

MARGIT SCHMOLKE

# Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen



*Meinen Eltern gewidmet*

MARGIT SCHMOLKE

# **Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen**

Eine empirische Untersuchung  
protektiver Faktoren und Ressourcen im Lebensalltag  
von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie

Mit einem Vorwort von Matthias C. Angermeyer

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884142769

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Schmolke, Margit: **Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen** : Eine empirische Untersuchung /Margit Schmolke. – Bonn : Psychiatrie-Verl., 2001

(Forschung für die Praxis - Hochschulschriften)

Zugl.: , Univ., Diss., 2001

ISBN 3-88414-276-3

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2001

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck: WB-Druck, Rieden am Forggensee

Psychiatrie-Verlag im Internet: <http://www.psychiatrie.de/verlag>

# Inhalt

<b>Vorwort</b> von Matthias C. Angermeyer	9
<b>1. Einleitung</b>	11
<b>2. Theoretische und methodologische Grundlagen</b>	15
2.1 Zur Kontroverse »pathogenetisches« versus »salutogenetisches Paradigma«	15
2.2 Gesundheitsbegriff und Definitionen von Gesundheit	19
2.3 Laienkonzepte und subjektive Gesundheitstheorien	23
2.4 Modellvorstellungen zu Gesundheit und Krankheit	25
2.4.1 Risikofaktorenmodell	25
2.4.2 Lebensweisen- und Lebensstilmodelle	26
2.4.3 Modell zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	27
2.4.4 Modell der Salutogenese	28
2.4.4.1 Grundgedanken des Modells	28
2.4.4.2 Rezeption des Modells im deutschen Sprachraum	31
2.4.4.3 Einbeziehung des Konzeptes in verschiedenen Praxis- und Forschungsbereichen	33
2.4.5 Modell der Widerstandsfähigkeit (Hardiness)	35
2.4.6 Anforderungs-Ressourcen-Modell	36
2.4.7 Sozialisationstheoretisches Gesundheitsmodell	37
2.4.8 Health Resource/Risk Balance Model	39
2.5 Basiskonzepte der Gesundheitsförderung	40
2.5.1 Konzeption und Grundlagen der Gesundheitsförderung	40
2.5.2 Konzeption des Empowerment	44
2.5.3 Integration des Ressourcen-Begriffs in das Konzept der Gesundheitsförderung	46
2.5.4 Beziehung zwischen den Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung	51
2.6 Forschungsmethoden im Bereich der Gesundheitsförderung	53
2.7 Zum Stand der Schizophrenieforschung	59
2.7.1 Klassifikation der Schizophrenie	59
2.7.2 Verlauf der Schizophrenie	60
2.7.3 Konzepte der Schizophrenie	62
2.8 Zur Bedeutung des Konzepts der Gesundheitsförderung für psychiatrische und insbesondere schizophrene Patienten	68
2.8.1 Die Bedeutung der Ressourcenperspektive für die Diagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie	68

2.8.2	Zur Subjektperspektive in der Psychiatrie und in der Schizophrenieforschung	72
2.8.3	Selbsthilfepotential, Selbstheilungsversuche und Bewältigungskompetenzen von schizophrenen Patienten	77
2.8.4	Ressourcen- und subjektorientierte Ansätze zur Behandlung schizophrener Erkrankter	81
2.8.4.1	Ausgewählte Basiskonzepte	82
2.8.4.2	Innovative Projekte	85
2.8.5	Grenzen des »Ressourcen- und Bewältigungsoptimismus«	88
2.8.6	Implikationen für die klinische Praxis	90
2.8.6.1	Ethische Implikationen für Betroffene und Professionelle	91
2.8.6.2	Nutzen einer veränderten professionellen Rolle für die Patienten	93
2.8.6.3	Wider eine Trennung von Gesundheitsförderung und Behandlung	96
<b>3.</b>	<b>Qualitative Untersuchung</b>	<b>98</b>
3.1	Ziel der qualitativen Untersuchung	98
3.2	Methoden	100
3.2.1	Setting: Die Leipziger Lebensqualitätsstudie	101
3.2.1.1	Forschungsanliegen	101
3.2.1.2	Gesamtstichprobe	102
3.2.1.3	Datenerhebung und Instrumente	102
3.2.2	Patientenstichprobe der qualitativen Untersuchung	104
3.2.3	Qualitative Auswertung der Interviews	105
3.2.3.1	Entwicklung eines Kategoriensystems	105
3.2.3.2	Erstellung von überindividuellen Komparationstabellen	107
3.3	Ergebnisse der qualitativen Untersuchung	108
3.3.1	Exemplarische Darstellung einer Interviewauswertung mit dem Kategoriensystem	108
3.3.1.1	Biographie von Frau C: <i>»... daß ich eigentlich genau so ein Mensch bin wie alle anderen...«</i>	108
3.3.1.2	Auswertung der Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit	110
3.3.1.3	Auswertung der Kategorie 2: Personale Ressourcen	113
3.3.1.4	Auswertung der Kategorie 3: Bewältigungskompetenzen, Selbsthilfebemühungen, Regulationsmechanismen	115
3.3.1.5	Auswertung der Kategorie 4: Soziale Ressourcen	117
3.3.1.6	Auswertung der Kategorie 5: Materielle Ressourcen	120
3.3.2	Vergleich der Einzelfallauswertungen in Komparationstabellen	121
3.3.3	Ergebnisse der kategorialen Interviewauswertungen für neun Probanden	123
3.3.3.1	Ergebnisse für die Kategorie 1	124
3.3.3.2	Ergebnisse für die Kategorie 2	129
3.3.3.3	Ergebnisse für die Kategorie 3	134
3.3.3.4	Ergebnisse für die Kategorie 4	135
3.3.3.5	Ergebnisse für die Kategorie 5	143
3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der qualitativen Untersuchung	146

4. Quantitative Untersuchung	151
4.1 Forschungsfragen	151
4.2 Methoden	152
4.2.1 Patientenstichprobe	152
4.2.2 Entwicklung eines quantitativen Auswertungsverfahrens: Das Gesundheitsressourcen-Inventar (GRI)	153
4.2.2.1 Theoretische Grundlagen und Entwicklung des Inventars	153
4.2.2.2 Struktur und Aufbau des GRI	156
4.2.3 Rater und Ratingverfahren	159
4.2.4 Quantitative Analyse	160
4.2.4.1 Reliabilität (Interrater-Übereinstimmung) und interne Konsistenz des GRI	160
4.2.4.2 Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Komponenten des GRI	160
4.2.4.3 Beziehung zwischen Gesundheitsressourcen und dem Schweregrad der Psychopathologie und Lebensqualität	161
4.2.5 Inhaltsanalyse der spezifischen narrativen Statements zu den Gesundheitsressourcen im GRI	161
4.3 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung	162
4.3.1 Interrater-Reliabilität des Ratingverfahrens (Gesundheitsressourcen-Inventar) (Forschungsfrage 1)	162
4.3.1.1 Darstellung der Ratings von Rater 1 und 2	162
4.3.1.2 Korrelationskoeffizienten zwischen den Ratings	163
4.3.2 Interne Konsistenz des GRI (Forschungsfrage 2)	165
4.3.3 Verteilung der Ratings des GRI in der Untersuchungsgruppe (Forschungsfrage 3)	166
4.3.3.1 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppen	166
4.3.3.2 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppe A (Umgang mit eigener Krankheit) und ihre Kategorien und Einzelitems	167
4.3.3.3 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppe B (Steigerung der Gesundheit) und ihre Kategorien und Einzelitems	167
4.3.3.4 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppe C (Funktionsfähigkeit und Strebbewältigung) und ihre Kategorien und Einzelitems	170
4.3.3.5 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppe D (Soziale und materielle Ressourcen) und ihre Kategorien und Einzelitems	171
4.3.3.6 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppe E (Selbstverwirklichung und Lebenssinn) und ihre Kategorien und Einzelitems	173
4.3.4 Ergebnisse der Inhaltsanalyse der spezifischen narrativen Statements im GRI (Forschungsfrage 4)	175
4.3.4.1 Ergänzende Analyse von Statements zu einzelnen Sonderbereichen	177
4.3.4.2 Darstellung der den narrativen Statements zugrundeliegenden Hauptthemen	178
4.3.5 Beziehung zwischen dem GRI und externen Variablen (Schweregrad der Psychopathologie und Lebensqualität) (Forschungsfrage 5)	198
4.3.5.1 Interkorrelationen der externen Variablen untereinander	200
4.3.5.2 Korrelationen zwischen dem GRI und seinen Hauptgruppen und den externen Variablen	200

4.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der quantitativen Untersuchung	202
<b>5.</b>	<b>Diskussion</b>	207
5.1	Einbettung der Ergebnisse in die Lebensqualitäts-Forschung	207
5.2	Implikationen einer gesundheitsfördernden Sichtweise	209
5.3	Diskussion der Untersuchungsergebnisse	210
5.4	Begrenztheit der Untersuchung und Anregungen für zukünftige Forschungsansätze	221
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick</b>	224
	<b>Literaturverzeichnis</b>	226
	<b>Anhang</b>	
	<b>Anhang A:</b> Interviewleitfäden zur biographischen Entwicklung und zur subjektiven Lebensqualität im Rahmen der Leipziger Lebensqualitätsstudie	249
	<b>Anhang B:</b> Interviewauswertungen nach dem Kategoriensystem	262
	Frau P: <i>Die Partnerschaft »gibt eben einen gewissen Sinn im Leben, als wenn ich alleine wäre.«</i>	262
	Frau G: <i>»Ich war immer ein Herdentier.«</i>	276
	Herr B: <i>»Da habe ich guten Kontakt in der Kneipe. Da kriege ich alles.«</i>	294
	Herr R: <i>»Ich würde sofort Arbeit finden, aber ich möchte mich nicht unter Wert verkaufen.«</i>	311
	<b>Anhang C:</b> Komparationstabellen	334
	<b>Anhang D:</b> Gesundheitsressourcen-Inventar (GRI)	363



# Vorwort

Menschen mit schizophrenen Erkrankungen werden bislang in der Öffentlichkeit aber auch in der Wissenschaft primär unter dem Aspekt der mit der Erkrankung verbundenen Defizite wahrgenommen. In den letzten Jahren mehren sich allerdings auch unter psychiatrischen Experten die Stimmen, die in der Behandlung von schizophrenen Erkrankungen einen grundsätzlichen Wechsel der Perspektive von einer defizitorientierten zur einer ressourcenorientierten Sichtweise fordern. Grundlage dieser Forderung ist die Einsicht, daß die meisten Menschen mit schizophrenen oder anderen schweren psychischen Erkrankungen aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung mit ihrer Krankheit vielfältige Bewältigungskompetenzen und Selbsthilfepotentiale und damit eine eigene Form von »Expertenwissen« entwickelt haben, das therapeutisch sinnvoll genutzt werden kann.

Die Autorin, die selbst über langjährige Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit an Schizophrenie erkrankten Menschen verfügt, stellt die Analyse dieser Ressourcen in das Zentrum ihres Buches. Ihr ist es dabei ein Anliegen zu betonen, daß das Verständnis und die Aufmerksamkeit des Klinikers für die Psychopathologie und das reale Leiden des Patienten nicht vernachlässigt werden sollen, sondern daß eine salutogenetische bzw. gesundheitsfördernde Sichtweise eine bedeutsame Ergänzung zum pathogenetischen Verständnis und keinen Gegensatz dazu darstellt. Die Herausarbeitung der »sozialen Ressourcen« als protektive Faktoren in der Lebenswelt der Patienten steht konzeptionell in enger Verbindung mit den Ansätzen der Sozialpsychiatrie, der Gemeindepsychologie und der sozialen Netzwerkforschung. Der in dem Buch diskutierte ressourcenorientierte Ansatz stellt das Subjekt, d.h. die Person des Patienten, in den Vordergrund. Dies impliziert eine ethische Grundhaltung im klinischen Handeln – eine Grundhaltung, die nicht von der Eliminierung von Symptomen und Krankheit als primärem Ziel ausgeht. In der Konsequenz bedeutet dies, daß der an Gesundheitsressourcen orientierte professionelle Helfer bereit sein muß, die bisherige pathogenetische Defizitorientierung zu verlassen und sich für eine gleichzeitige Beachtung patho- und salutogenetischer Faktoren zu öffnen. In einer Zeit, in der die Medikalisierung in der Psychiatrie wieder starken Aufschwung erfährt, ist eine solche Sichtweise besonders bedeutsam.

Im Rahmen der Schizophrenieforschung stellt diese Arbeit einen innovativen Forschungsbeitrag dar, da psychopathologische Ansätze der Schizophrenie mit Konzepten der Salutogenese, der Gesundheitsförderung und der Ressourcenforschung erstmalig miteinander in Verbindung gebracht werden. Gesundheitsförderung steht dabei in engem Zusammenhang mit einer unterstützenden, nicht-stigmatisierenden Umgebung, in der das »Personsein« (personhood) vor dem »Patientsein« (patienthood) gilt. Therapeutische Ansätze sollen, so verstanden, an der Steigerung des eigenen Verantwortungsgefühls und Selbstwertes des einzelnen Patienten ansetzen und ihn ermutigen, über den eigenen Therapie- oder Rehabilitationsansatz selbst zu entscheiden. Der Autorin ist wichtig, daß Gesundheitsförderung und klinische Intervention als keine sich ausschließenden Konzepte verstanden werden, sondern daß in das klinische Handeln salutogenetisches Denken und eine gesundheitsförderliche Einstellung einfließen.

In ihrer empirischen Studie stellt die Autorin fest, daß die Gesundheitsressourcen der von ihr untersuchten schizophrenen Patienten ganz individuell gestaltet sind. Es gibt nicht *die* Gesundheitsressourcen *des* schizophren Erkrankten. Sie stehen in enger Verbindung zu den persönlichen Werten, Lebenszielen und zu der individuellen Lebensgeschichte des einzelnen. Es gilt, daß diese Ressourcen von Therapeut und Patient gemeinsam entdeckt werden müssen, was sich als ein kreativer Prozeß gestalten kann. Interessant ist die Entdeckung in einzelnen Fällen der Studie, daß ein »Risikofaktor« im herkömmlichen Sinne der Präventivmedizin sich als ein wichtiger »protektiver Faktor« herausstellen kann. Das Buch kann somit als wichtiger konzeptioneller und empirischer Beitrag zur gegenwärtig geführten Diskussion um die Kontroverse »pathogenetisches« versus »salutogenetisches Paradigma« in den Sozialwissenschaften und in der Medizin verstanden werden.

Die in der vorliegenden Arbeit beispielhaft demonstrierte Betrachtung von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen unter dem Aspekt ihrer Fähigkeiten und Kompetenzen statt unter dem Aspekt ihrer Defizite und Beeinträchtigungen könnte einen wichtigen Beitrag zur Entstigmatisierung dieser Personengruppe leisten. Voraussetzung dafür wäre allerdings, daß eine derartige Betrachtungsweise zukünftig sowohl in der klinisch/therapeutischen als auch in wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Schizophrenie stärker verankert wird. Möglicherweise kann dieses Buch einen Beitrag zu dieser Entwicklung leisten. Schließlich kommt der vorliegenden Arbeit auch im Rahmen der Weiterentwicklung des Lebensqualitätskonzeptes eine wichtige Bedeutung zu, indem sie mit den subjektiv wahrgenommenen Ressourcen und Kompetenzen auf eine Dimension von Lebensqualität verweist, die in gegenwärtig existierenden Ansätzen der Lebensqualitätsforschung kaum berücksichtigt werden.

*Leipzig, im Juni 2001*  
*Matthias C. Angermeyer*

# 1. Einleitung

Jemand, der gesund erscheint, kann nicht schizophren sein. Jemand, der sein Leben meistert, kann nicht schizophren gewesen sein. Meinungen wie diese – so FINZEN und HOFFMANN-RICHTER (1997) – existieren nach wie vor weitverbreitet in der Bevölkerung und verzerren die Realität. Das schlimmste an der Krankheit Schizophrenie ist ihr Stigma, mit ihr werden Unheimlichkeit, Unheilbarkeit, Unberechenbarkeit, ja oft Gefährlichkeit verbunden. Schizophrene gelten als unintelligent, unkritisch und undifferenziert. Für Menschen, die an einer Schizophrenie leiden, bedeutet dies eine Falle auf mehreren Ebenen. Sie werden auf sich selbst zurückgeworfen, auch wenn sie ihr Leiden überwunden haben. Sie erscheinen in den Augen der anderen unglaubwürdig, wenn sie sagen, daß es ihnen gut geht. Und es behindert die Entwicklung ihrer eigenen Identität, wenn diese nur auf ihre Krankheit bezogen wird. Der schizophren Erkrankte ist damit konfrontiert, sich nicht nur mit der Erfahrung seiner Krankheit auseinanderzusetzen, sondern auch mit der Last der Vorurteile gegenüber der Schizophrenie, die seine Umgebung hat. Er muß damit leben, daß jede kleine Abweichung in seinem Verhalten von seiner Umgebung ängstlich darauf überprüft wird, ob »es« nicht möglicherweise wieder losgeht (FINZEN, 1997a).

Zu den Vorurteilen gegenüber dem Krankheitsbild Schizophrenie hat die Wissenschaftsgeschichte teilweise selbst beigetragen, als Emil Kraepelin, einer der frühen Systematiker der Psychiatrie, Ende des 19. Jahrhunderts die Abgrenzung der Schizophrenie von anderen psychischen Störungen vollzog und die Erkrankung als »Dementia praecox« (vorzeitige Verblödung) bezeichnete. In fataler Weise hat sich diese Denktradition ganzer Psychiatergenerationen bis heute ausgewirkt, die Schizophrenie nicht in erster Linie durch ihre Symptome zu definieren, sondern durch ihren »ungünstigen« Verlauf. Krankheitsbilder, die abklingen und nicht wieder auftraten, wurden lange nicht als schizophrene Psychosen angesehen. Die Annahme der Unheilbarkeit als primäres Diagnosekriterium gipfelte in dem Massenmord an psychisch Kranken im Dritten Reich. Der größte Teil der Opfer waren schizophrene Patienten. Auch wenn in der Zwischenzeit die wissenschaftlichen Erkenntnisse über Schizophrenie wesentlich weiterentwickelt wurden und psychosoziale Bedingungs- und Wirkfaktoren zunehmend einbezogen werden in das Verständnis und in die Behandlung von Schizophrenie, wird diese Krankheit, mehr als jede andere psychische Erkrankung, nach wie vor als Makel erlebt und von den Betroffenen und ihren Familien ängstlich verborgen.

Eine erfreuliche Veränderung in der Psychiaterlandschaft wird sichtbar durch die in den letzten Jahren stark verbreitete Selbsthilfebewegung und den Zusammenschluß Psychiatererfahrener in eigenen Organisationen, um sich für ihr Recht auf würdige Behandlung und auf Mitentscheidung und Mitgestaltung in der Therapie einzusetzen. So wichtig und unterstützenswert das Anliegen dieser Bewegung, sich als »Experten in eigener Sache« aktiv einzumischen, ist, birgt sie doch auch die Gefahr, daß sie als Subgruppenkultur unter sich bleibt und daß ihre Mitglieder wieder nur auf ihre Identität als »engagierte Expatienten«, »Consumer« oder »User« festgelegt und reduziert werden. Es geht nicht so sehr darum, »ein Schizophrener zu sein, der sich gut macht«, wie dies ein Teilnehmer in einem Forschungs-

projekt zur sozialen Integration schizophrener Erkrankter in der Gemeinde formuliert hat (BARHAM & HAYWARD, 1997). Es geht vielmehr um die Entwicklung der gesamten Identität als Person, bei der die Krankheit nur *eine* Seite im Leben darstellt.

Die *andere* Seite im Leben der von Schizophrenie Betroffenen zu thematisieren, führt zu dem Anliegen der vorliegenden Arbeit. Damit ist die nicht-pathologische oder »salutogenetische« Seite gemeint, nämlich die vorhandenen Stärken, Lebenserfahrungen, kreativen Möglichkeiten ihrer Lebensgestaltung sowie die Selbsthilfepotentiale und Kompetenzen, mit der Erkrankung umzugehen. Es geht um die individuellen Strategien der Gesundheitsförderung, die diese Menschen in ihrem Lebensalltag entwickelt oder (wieder)entdeckt haben, sowie um Gesundheitsressourcen, die ihnen in ihrem sozialen Umfeld zur Verfügung stehen bzw. die sie für sich aktivieren und mobilisieren.

Noch in den 70er Jahren wurde bemängelt, daß jeder einzelnen Untersuchung zur Frage, wie Lebensprobleme aus eigener Kraft und mit angemessenen Mitteln praktisch bewältigt werden können, Tausende von Arbeiten über Fehlanpassung gegenüberstanden (BEUTEL, 1989). Dieser Forschungsrückstand wurde inzwischen zwar nicht aufgeholt, aber doch vermindert. Mittlerweile ist in der sozialpolitischen Diskussion zur Gesundheitsförderung eine zunehmende Abkehr von rein krankheitsorientierten, kurativen Konzepten und eine Hinwendung zu präventiven Ansätzen zu beobachten. Den Aufruf nach einem Perspektivenwechsel und einer Hinwendung zu positiven Aspekten der Gesundheit vertreten in den letzten Jahren zunehmend Forscher und Kliniker aus unterschiedlichen Disziplinen, die erkannt haben, daß die überwiegende Orientierung an dem pathogenetischen Paradigma und an den Risikofaktoren längst nicht mehr effizient und ausreichend für die präventive und therapeutische Arbeit mit Patienten ist. Im Sinne des von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geforderten umfassenden positiven Gesundheitsverständnisses gewinnt die Frage nach den Ressourcen für die Erhaltung und Förderung der psychosozialen Gesundheit an Bedeutung.

Um eine erweiterte gesundheitsorientierte, bedürfnis- und subjektorientierte Sichtweise in der Forschung und Praxis umzusetzen, bedarf es der Öffnung der verschiedenen Berufsgruppen untereinander und der interdisziplinären Zusammenarbeit, da keine Disziplin alleine den Anspruch erheben kann, die damit verbundenen umfassenden Aufgaben bewältigen zu können. Es bedarf ebenso einer Öffnung der Professionellen gegenüber den Patienten, um deren persönliche Bedürfnisse und Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung in die klinische Praxis einzubeziehen, wenn es um einen echten Erkenntnisgewinn gehen soll. In beiden Fällen ist noch ein weiter Weg zu gehen, einer der Hinderungsgründe mag in dem »professionellen Zentrismus« (STASTNY & AMERING, 1997) liegen.

In der vorliegenden Arbeit werden zunächst im theoretischen Teil die WHO-Konzeption der Gesundheitsförderung und verschiedene Modelle in der Gesundheitsforschung, die Gesundheit und Krankheitsprozesse in ihrer komplexen Wechselwirkung untersuchen, vorgestellt. Einen besonderen Stellenwert nimmt das Modell der Salutogenese von ANTONOVSKY (1979, 1987) ein, es lieferte für die vorliegende empirische Untersuchung wichtige Anregungen. Es werden unterschiedliche Definitionen zum heterogenen Begriff »Gesundheit« sowie über Laienkonzepte und subjektive Gesundheitstheorien referiert. Letztere sind wichtige Bausteine in der Gesundheitsförderung ebenso wie die Konzepte des Empowerment und der Ressourcen. Ein Kapitel gibt einen Überblick über bisher angewandte Forschungsmethoden im Bereich der Gesundheitsförderung. Im Anschluß daran werden zentrale Schizo-

phreniekonzepte sowie Erkenntnisse über den Verlauf der Erkrankung dargestellt. Schließlich wird die praxisrelevante Bedeutung des Konzepts der Gesundheitsförderung für die Arbeit insbesondere mit schizophren Erkrankten herausgearbeitet. Zentral dabei ist die Entwicklung einer »Subjekt- und Ressourcenperspektive«, deren Umsetzung weitreichende Implikationen für die Diagnostik, für die Psychotherapie und für die Schizophrenieforschung hat. In ausgewählten Psychotherapieansätzen wird die Konsequenz dieser Perspektive deutlich, sie impliziert eine ethische therapeutische Grundhaltung, die die gesamte Persönlichkeit des Patienten einbezieht und die nicht nur technisches Wissen, sondern den persönlichen Einsatz vom Therapeuten fordert.

Der methodische Teil, eine Pilotstudie, besteht aus zwei Untersuchungsphasen. In der ersten Phase werden transkribierte Interviews mit ambulant betreuten schizophren erkrankten Probanden, die im Rahmen eines größeren vierjährigen Forschungsprojektes der Universität Leipzig hinsichtlich ihrer Lebensqualität durchgeführt wurden, mit einer qualitativen Forschungsmethodik (MAYRING, 1995; JÜTTEMANN, 1990) ausgewertet. In einer zweiten Phase werden weitere Interviewtranskripte aus dem Projekt mit einem eigens dazu entwickelten Auswertungsverfahren quantitativ analysiert. Zusätzlich werden die bei der Auswertung mitnotierten narrativen Statements inhaltsanalytisch ausgewertet und aus diesem Material übergeordnete Hauptthemen herausgearbeitet. Sowohl die qualitative als auch die quantitative Auswertungsmethodik dient der spezifischen Erfassung der subjektiven Ressourcen und Gesundheitsförderungs-Strategien der Probanden in ihrem alltäglichen Lebenskontext. Die Ergebnisse werden für beide Untersuchungsphasen getrennt dargestellt. Im Diskussionsteil werden die wichtigsten Ergebnisse der gesamten Untersuchung mit aktuellen Erkenntnissen aus der Literatur in Beziehung gesetzt und diskutiert.

Die Anregung zu der theoretischen Beschäftigung mit dem Thema Gesundheitsressourcen fand ich durch meine psychotherapeutische Arbeit insbesondere mit schizophren erkrankten Patienten. In dieser Arbeit habe ich erfahren, wie langwierig und mühsam dieser therapeutische Prozeß ist und wieviel Zeit und Geduld er erfordert. In der Arbeit mit diesen Patienten konnte ich aber auch viele ihrer starken, kreativen und liebenswerten Seiten entdecken, und wir konnten wichtige gemeinsame Erkenntnisse und Erfahrungen sammeln, beide Seiten lernten Neues dazu. Diese Erfahrungen sind allerdings nur möglich, wenn man sich als TherapeutIn menschlich und persönlich auf die gemeinsame Begegnung einläßt. Eine formal-sachliche und symptomorientierte therapeutische Einstellung hätte mit Sicherheit zum Abbruch der therapeutischen Beziehung geführt. Und es wurde zumindest für mich deutlich, daß sich die Therapie mit schizophren erkrankten Menschen in keine standardisierten Therapiemanuale, wie sie in einigen Therapieansätzen gegenwärtig entwickelt werden, hineinpressen läßt.

In einer Zeit, in der die Medikalisierung der Psychiatrie und Klinischen Psychologie (KEUPP, 1991; AUCKENTHALER, 1997) wieder starken Auftrieb bekommt und zunehmend den klinischen Alltag bestimmt, ist ein Menschenbild, das den Patienten nicht zum bloßen Träger einer Krankheit reduziert, umso notwendiger. Ich möchte die Hoffnung ausdrücken, daß eine breite Aufklärung in der Öffentlichkeit über die lange Zeit unberücksichtigten gesunden Seiten von psychiatrischen Patienten dazu beiträgt, den hartnäckigen Vorurteilen und Tendenzen zu sozialer Ausgrenzung entgegenzuwirken.

Für die vorliegende Publikation, die auf einer Dissertation (Dr. phil.) im Fachbereich

Umwelt und Gesellschaft, Fachgebiet Persönlichkeitspsychologie und Klinische Psychologie, der Technischen Universität Berlin basiert, wurden einige Kapitel im theoretischen Teil erweitert. Im Anhang wurden aus Platzgründen die Zwischenschritte der inhaltsanalytischen Auswertung der narrativen Statements (quantitative Untersuchung) gestrichen und die Anzahl der qualitativen Interviewauswertungen halbiert.

An dieser Stelle möchte ich mich zu allererst bei den Interviewteilnehmern der Lebensqualitätsstudie der Universität Leipzig für ihre Bereitschaft und für ihre Offenheit bedanken, mit der sie über ihr Leben erzählt haben. Bei der Bearbeitung der Interviews habe ich viel Sympathie für sie entwickelt, auch ohne sie persönlich kennengelernt zu haben. Mein besonderer Dank gilt auch Herrn Professor Gerd Jüttemann (TU Berlin) und Frau Professor Auckenthaler (FU Berlin), die mich durch den Prozeß der Arbeit begleitet haben. Für die anregenden Gruppendiskussionen danke ich den Teilnehmern des Forschungsprojektes der Universität Leipzig zum Thema Lebensqualität, insbesondere Herrn Professor Matthias Angermeyer, Herrn Dr. Reinhold Kilian und Herrn Dr. Matthias Uhle. Sehr hilfreich für mich waren die Anregungen und Rückmeldungen von Frau Professor Alexa Franke und den Professoren Wolfram Schüffel und Christoph Klotter. Mein Dank für das Engagement und den lebendigen Austausch sei der Diplomanden- und Doktorandengruppe am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse ausgedrückt. Außerdem möchte ich mich herzlich bedanken bei Herrn Dr. Helmut Volger für seine Ermutigung und den gemeinsamen Austausch sowie dafür, daß er mir die Freude am wissenschaftlichen Arbeiten vermittelt hat. Für seinen kritischen Blick und seine Aufforderung zum wissenschaftlichen Standpunkt danke ich Herrn Dipl.Psych. Gerhard Menzel. Und last but not least bin ich meinem Mann Juan sehr verbunden und dankbar für seine zahlreichen Anregungen und die fruchtbaren Diskussionen mit ihm sowie für den emotionalen Rückhalt während dieser Zeit durch meine Familie, die Familie meines Mannes und meiner Freunde.

## 2. Theoretische und methodologische Grundlagen

Der theoretische Teil beinhaltet die Grundlagen und Konzepte zur Gesundheitsförderung, insbesondere werden verschiedene Modelle zu Gesundheit und Krankheit sowie die grundlegenden Komponenten der Konzeption von Gesundheitsförderung vorgestellt, die für die vorliegende Untersuchung relevant sind. Das Konzept der Gesundheitsförderung wird dem der Prävention gegenübergestellt. Außerdem wird eine Übersicht über Forschungsmethoden, die auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung eingesetzt werden, sowie über zentrale Schizophreniekonzepte gegeben. Insbesondere soll die Bedeutung einer Subjekt- und Ressourcenperspektive für das Verständnis und die klinische Arbeit mit psychiatrischen, insbesondere schizophrenen Patienten, herausgearbeitet werden. Schließlich werden bereits existierende ressourcenorientierte Konzepte zur Behandlung von Schizophrenie beschrieben sowie auf die Grenzen des »Ressourcen- und Bewältigungsoptimismus« hingewiesen. Als erstes soll auf die aktuell diskutierte Pathogenese-Salutogenese-Kontroverse eingegangen werden.

### 2.1 Zur Kontroverse »pathogenetisches« versus »salutogenetisches Paradigma«

Im Verständnis des bis heute noch dominierenden biomedizinischen Störungsmodells wird zwischen Krankheit und Gesundheit qualitativ unterschieden: Eine Person ist entweder krank oder gesund. Einzelne Krankheiten sind durch charakteristische Symptome, Verlauf und Ätiologie gekennzeichnet und klar voneinander abgrenzbar. Die Behandlung ist eine medizinische und läßt sich mit der Reparatur einer defekten körperlichen Maschine vergleichen (vgl. BECKER, 1992).

Das biomedizinische Krankheitsmodell wird nach wie vor von der biologischen Psychiatrie auf das Verständnis von psychischen Störungen angewandt. Die wichtigsten Kernaussagen dieses Modells sind: 1. daß Krankheiten durch Veränderungen der biologischen Substanz und Organisation des menschlichen Körpers im Sinne von Störungen und Dysregulationen verursacht werden, 2. daß die äußerlichen Erscheinungen von Krankheiten als Symptome für die zugrundeliegenden organischen Prozesse aufgefaßt werden, und 3. daß ein objektives Maß für Krankheit in der meßbaren Abweichung von Merkmalen eines biologisch voll funktionstüchtigen Organismus auffindbar sei (vgl. THOM & WEISE, 1979; BECKER, 1992; BERGER, 1999). Zu den wichtigsten Konsequenzen des Modells gehört das Bemühen um den Nachweis biologischer Ursachen für psychische Störungen sowie die Entwicklung eines nosologischen Systems, in dem mit Krankheitseinheiten im Sinne der Medizin operiert wird.

Zu den äußerlichen Erscheinungen von Krankheiten gehören störende Verhaltensweisen, die als Symptome bezeichnet werden und nicht die »Krankheit« selbst sind, sie haben nur Zeichen- oder Ausdrucksfunktion für eine ihnen zugrunde liegende (biologische) Ursache (vgl. KEUPP, 1972). Kurt SCHNEIDER (1946, S. 306) vertrat ein explizit medizi-

nisches Krankheitsverständnis in der Psychiatrie: »Der Krankheitsbegriff ist für uns auch in der Psychiatrie ein streng *medizinischer*. Krankheit *selbst* gibt es nur im Leiblichen und ›krankhaft‹ heißen wir seelisch Abnormes dann, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückzuführen ist.«

Die einfache Übertragung des klassischen medizinischen Krankheitsmodells auf die Psychiatrie ist im Laufe der Zeit in dem Maße problematischer geworden, als es nicht gelang, eindeutige biologische Ursachen für einen großen Kreis von psychischen Störungen, insbesondere für die Schizophrenien, aufzudecken. Die stigmatisierende Wirkung des Krankheitsverständnisses auf die Identität der stark verletzlichen Patienten wurde besonders von GOFFMAN (1972) thematisiert. Stark in Frage gestellt wurde die Verwendbarkeit des medizinischen Krankheitsmodells in der Psychiatrie in den sechziger Jahren durch verstärkt einsetzende Bemühungen um die Erfassung »sozialer Komponenten« bei der Entstehung und Entwicklung psychischer Störungen. Insbesondere sozialpsychiatrische Forscher und Kliniker sowie Vertreter der Psychoanalyse kritisierten, daß ein ausschließlich naturwissenschaftliches Krankheitsverständnis für die Psychiatrie zu eng sei und die psychodynamischen, sozialen und gesellschaftlichen Seiten des Geschehens außer acht lasse.

So bezeichnet CARUSO (1978) den medizinischen Krankheitsbegriff in der Psychiatrie als »krankmachenden Krankheitsbegriff«, der die bereits bestehende Isolation des Patienten aufgrund seiner Erkrankung noch verstärken würde. Er fordert neben der medizinischen Diagnose eine vom Psychologen zu erstellende phänomenologische Diagnose, die den Patienten in seiner lebensgeschichtlichen und sozialen Perspektive beschreibt.

In seiner radikalen ideologischen Kritik an der Psychiatrie geht SZASZ (1961) sehr viel weiter, er stellt das Krankheitskonzept als Ganzes infrage. Für ihn ist der Sachverhalt, der damit erfaßt werden soll, ein soziales Phänomen, dessen begriffliche Fassung weder auf biologischer Ebene noch auf einer isoliert psychologischen Ebene gelingen kann (vgl. KEUPP, 1972). Seine kritische Einstellung zur Verwendung des medizinischen Krankheitsbegriffs in der Psychiatrie lieferte die Anfänge spezieller sozialpsychiatrischer Forschungen in den USA. Eine These von Szasz besagt, »daß der Begriff der seelischen Krankheit ausgedient hat, ganz gleich, wie nützlich er einmal gewesen sein mag, und daß er heute nur noch die Funktion eines bequemen Mythos besitzt...« (SZASZ, 1961). Weitere Kritiker an der Psychiatrie wie etwa Laing, Cooper und Basaglia betrachten die Behandlung und die Etikettierung des psychisch Kranken an sich als das entscheidend Krankmachende und ziehen die Schlußfolgerung daraus, daß die Freiheit von jeglicher Art von Psychiatriisierung selbst zur Heilung führen würde.

DÖRNER (1974) betont einige Jahre später, daß der heute geltende, der Körpermedizin entlehnte Krankheitsbegriff in der Psychiatrie inzwischen relativiert werde und diese Relativierung zumindest als Forderung allgemein akzeptiert sei. Eine zunehmende Orientierung an den sozialen Bedingungen von Krankheit und Gesundheit würde sichtbar werden. Er plädiert für eine »gemeinsame Sprache«, in der das medizinische und ein alternatives sozialpsychiatrisches Modell gleichzeitig zum Ausdruck gebracht werden kann: »Denn um jemanden wirklich zu verstehen und zu fördern, der 10 oder 20 Jahre im medizinischen Modell als schizophran oder manisch-depressiv sozialisiert und ›behandelt‹ worden ist, stehe ich vor der Forderung, zunächst einmal eine Sprache zu finden, in der ich mich ihm gegenüber zugleich im medizinischen *und* im alternativen sozialpsychologisch-pädagogischen Modell verständlich zu machen vermag.« (DÖRNER 1974, S. 129)



Seit der Deinstitutionalisierungswelle in der Psychiatrie weltweit und seit der Psychiatrie-Enquete in den 70er Jahren wurden große Schritte in Richtung Modernisierung und Reformierung der psychiatrischen Versorgungsstruktur getan. Die zunehmende Kenntnis um psychosoziale Wirkfaktoren bei Entstehung und Verlauf seelischer Störungen modifizierte schließlich den am somatischen Modell orientierten Ansatz und floß in eine mehrdimensionale Sichtweise ein. Dennoch blieb auch dieser Ansatz letztendlich dem Pathogenese-Konzept verhaftet. Den bisherigen biologischen Behandlungsverfahren wurden lediglich neue psychiatrische und vor allem psychosoziale Interventionen additiv hinzugefügt (BERGER, 1999). Kritisch werden auch biopsychosoziale Modelle betrachtet, die zwar als generelle Leitidee auf hohe Akzeptanz stoßen, jedoch der konkreten inhaltlichen Ausfüllung bedürfen, um fruchtbar zu werden (BECKER, 1992). Hinsichtlich der inhaltlichen Konkretisierung, z.B. die relative Gewichtung biologischer, psychischer und sozialer Bedingungen oder die vermittelnden Mechanismen, bestehen erhebliche Auffassungsunterschiede. Das Etikett »biopsychosozial« schwebt nach Auffassung von BECKER (1992) in Gefahr, zum unverbindlichen Modewort zu degenerieren.

Eine Ausnahme von rein additiven Ansätzen bilden Psychiatriekonzepte und psychosomatische Konzepte, die grundlegend integrativ konzipiert sind und deren Konzepte in die reale therapeutische Arbeit mit Patienten umgesetzt werden – etwa systemische Konzepte mit der Einbeziehung des gesamten Systems Familie oder dynamisch-psychiatrische bzw. psychosomatische Konzepte mit der Integration von psychiatrischen, physiologischen und psychodynamischen Ansätzen sowie ökologische Konzepte mit dem wechselseitigen Austausch zwischen dem einzelnen und seiner sozialen und materiellen Umwelt. Diese Konzepte beinhalten eine integrierende Perspektive, in der der Einzelne nicht mehr getrennt, isoliert und reduziert auf seine Symptomatologie betrachtet wird, sondern Teil einer psychosozialen Landschaft ist, zu der er in einem wechselseitigen Austausch steht. Als Konsequenz einer solchen ökologischen oder integrierten Denkweise werden psychiatrische Symptome nicht mehr lediglich als Defizite bewertet, sondern unter bestimmten Umständen als eine Art Schutzfunktion, Kommunikationsmittel oder als Problemlösung betrachtet. Symptome werden ihrer ausschließlichen Definition als Krankheitszeichen entledigt (vgl. u.a. CIOMPI, 1982; SELVINI-PALAZZOLI, BOSCOLO, CECCHIN & PRATA, 1985; A. MEYER, 1915; MENNINGER, 1936; AMMON, 1973; v.UEXKÜLL, FUCHS, MÜLLER-BRAUNSCHWEIG & JOHNEN, 1997; KISKER, AMSEL-KAINARU & SPAZIER, 1967; WING, 1978; DÖRNER, 1990; STRAUSS, 1992).

Bis heute bleibt die Frage offen, wie das Problem der multiple erkrankten und chronisch kranken Patienten langfristig zu lösen sei. Das Konzept der Pathogenese und das Morbus-Denken allein ist nicht in der Lage, dieses Problem zu lösen und die neuen psychiatrischen Probleme und damit verbundenen psychosozialen und gesellschaftlichen Herausforderungen, die mit der Chronizität verbunden sind, handzuhaben. BERGER (1999) betont, daß auch modernere psychiatrische Versorgungsstrukturen chronische Erkrankungen nicht verhindern würden. Er plädiert für eine neue Sichtweise, die den Blick auf die subjektive Seite und die damit verbundenen Ressourcen von Patienten richtet und welche ihren Niederschlag in einer Reihe von Innovationen findet, wie u.a. der Gründung von Selbsthilfeverbänden und der Schaffung bedürfnisorientierter, der Lebensqualität förderlicher therapeutischer Angebote. Wichtig dabei sei jedoch ein Perspektivenwechsel in Richtung »salutogenetisches Paradigma«, d.h. daß Krankheit auf einem Kontinuum zu

verstehen sei und nicht nur nach den Bedingungen gefragt wird, unter denen Krankheit entsteht, sondern gerade auch nach den Bedingungen, die die Gesundheit erhalten und fördern (vgl. ANTONOVSKY, 1987).

ANTONOVSKY (1993) stellt den pathogenetischen Begriffen die Begriffe des »salutogenetischen Paradigmas« gegenüber:

- a) Dichotomie versus Kontinuum
- b) Patientenstatus versus Gesamtzustand einer Person
- c) Risikofaktoren versus heilsame Ressourcen
- d) Pathogene Stressoren versus gesundheitliche Stressoren
- e) Behandlung spezifischer Erreger versus Stärkung gesundheitserhaltender Faktoren

In den letzten Jahren wird diskutiert, ob es sich bei dem Konzept der Salutogenese von ANTONOVSKY (1979, 1987) um ein neues »Paradigma« handelt oder nicht. In dem Buch von MARGRAF, SIEGRIST und NEUMER (1998) wird die Kontroverse »pathogenetisches versus salutogenetisches Paradigma« theoretisch und methodologisch intensiv diskutiert, wobei sich die Autoren grundsätzlich darin einig sind, daß es sich bei dem Salutogenese-Konzept nicht um einen Paradigmenwechsel im Sinne von KUHN (1967) handeln würde, sondern daß in einem differenzierten pathogenetischen Ansatz notwendigerweise ein salutogenetisches Denken mit eingeschlossen sei. Eine Polarisierung zwischen den beiden Ansätzen wird nicht für erforderlich gehalten und sei auch nicht sinnvoll. Sinnvoller sei es vielmehr, jeweils risikohafte und protektive Effekte gesundheitsrelevanter Variablen zu unterscheiden, wobei hierfür oft der Kontext anderer Merkmale eine wesentliche Rolle spielen würde. Methodologisch seien dafür multivariate Ansätze erforderlich, welche nicht nur variablenbezogen, sondern individuumbezogen sein sollten (vgl. BENDER & LÖSEL, 1998; MAGNUSSON & BERGMAN, 1988). Statt eines Paradigmenwechsels wird von Jork (2000) der Begriff »Perspektivenwechsel« für zutreffender gehalten.

Bezüglich der Kontroverse »Pathogenese« versus »Salutogenese« meint ANTONOVSKY (1987, 1997), daß es sich bei beiden Perspektiven um eine »komplementäre Beziehung« handeln solle. Er ist der Auffassung, daß die pathogenetische Orientierung zwar vielen fortschrittlichen Erkenntnissen in Wissenschaft und Praxis zugrundeliege, daß sie aber nur einen geringen Teil der vorliegenden Daten von Untersuchungen erklären könne, und daß sie durch ihre »totale Dominanz« über unser Denken viele einschränkende Konsequenzen habe. Antonovsky ist jedoch keinesfalls für die völlige Aufgabe der pathogenetischen Orientierung, diese sei wichtig u.a. in der Krebsforschung und in der Aufklärung pathogener Konsequenzen von Stressoren. Er plädiert vielmehr dafür, »die beiden Orientierungen als komplementär zu betrachten und dafür, daß die intellektuellen und materiellen Ressourcen ausgeglichener verteilt werden, als dies gegenwärtig der Fall ist« (ANTONOVSKY, 1997, S. 30).

Im folgenden soll nun ein Überblick über Gesundheitsmodelle aus unterschiedlichen Disziplinen sowie eine Übersicht über die vielfältigen Definitionen und Begriffsvorstellungen zu »Gesundheit« gegeben werden.

## 2.2 Gesundheitsbegriff und Definitionen von Gesundheit

Alexa FRANKE (1993a) macht bei einer Literaturrecherche die überraschende Feststellung, daß der Begriff »Gesundheit« in sämtlichen psychologischen Lexikas von 1976-1990 fehlt, nur zwei Lexikas enthalten den Begriff »psychische Gesundheit«. Die Autorin schlußfolgert aus diesem Ergebnis, daß die Psychologie als Wissenschaft dem Thema Gesundheit bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt hat, wenn überhaupt, so beschränkt sie sich fast ausschließlich auf die »seelische Gesundheit« als einen Teilbereich. Seit Mitte der 80er und in den 90er Jahren ist ein starker Anstieg gesundheitspsychologischer Veröffentlichungen festzustellen in Form von Zeitschriftenartikeln, Handbüchern und Zeitschriften zu Gesundheitspsychologie und Gesundheitsförderung, die unterschiedliche Aspekte von Gesundheit und Prävention thematisieren. Ein ausschließlich von Psychologen vorgelegtes Buch zum Thema »Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen« (RIELÄNDER & BRÜCHER-ALBERS, 1999) ist ein Beispiel dafür, daß die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung keine Randphänomene der Psychologie mehr sind.

Der starke Trend zu Prävention und Gesundheitserhaltung läßt sich historisch durch vier Strömungen erklären, die SCHWARZER in einem Vorwort (1990) zur Erklärung der Entstehung des neuen Faches »Gesundheitspsychologie« heranzieht:

1. Das neue Verständnis von Gesundheit, d.h. Gesundheit wird als positiver Zustand definiert, nicht allein als Abwesenheit von Krankheit.
2. Veränderungen bei den wichtigsten Krankheiten und Todesursachen: Statt akuter Infektionskrankheiten und Epidemien bestimmen heute chronisch-degenerative Erkrankungen, zumeist durch ungesunde Lebensgewohnheiten (mit)bedingt, das Bild sowie Unfälle und andere verhaltensbedingte Gesundheitsschäden.
3. Die rapide ansteigenden Kosten im Gesundheitswesen kennzeichnen die Entwicklung in allen Industrienationen. »Die kurative Medizin ist auf Dauer nicht finanzierbar; legt man daher den Schwerpunkt auf Prävention, dann kommt der Förderung des Gesundheitsverhaltens die höchste Bedeutung zu.« (SCHWARZER, 1990)
4. Der Paradigmenwechsel in der Forschung vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Modell.

Es existieren die verschiedensten Definitionsbeispiele von »Gesundheit« aus unterschiedlichen Bereichen. Allerdings ist man sich darüber einig, daß es eine allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition von Gesundheit nicht gibt. WALLER (1995) zitiert einige Definitionsversuche:

- Gesundheit ist das geordnete Zusammenspiel normaler Funktionsabläufe und des normalen Stoffwechsels (Büchner).
- Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können (Freud).
- Gesundheit heißt, man muß sich wohlfühlen, sich frei bewegen können, guten Appetit haben, normal in seinen Funktionen sein und daher keinen Arzt aufsuchen müssen (Gandhi).
- Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen (WHO).
- Gesundheit bezeichnet einen Prozeß der Anpassung. Sie ist nicht das Ergebnis instink-

tiven Verhaltens, sondern autonomer, wenngleich kulturell geformter Reaktionen auf eine sozial geschaffene Realität. Sie bezeichnet die Fähigkeit, sich auf ein wechselndes Milieu einzustellen, erwachsen und älter zu werden, im Falle einer Verletzung oder Krankheit zu gesunden, zu leiden und in Frieden den Tod zu erwarten. Daneben bezieht Gesundheit auch die Zukunft mit ein, daher gehören zu ihr auch die Angst sowie die innere Kraft, mit ihr zu leben (Berger). (Vgl. WALLER 1995, S. 9)

UDRIS, KRAFT, MUSSMAN und RIMANN (1992, S. 11) listen folgende in der Literatur häufig genannte Kriterien von Gesundheit auf, die allerdings nicht trennscharf sind und sich teilweise überlappen:

- Abwesenheit von Symptomen, Krankheit oder Behinderung;
  - Schmerz- und Beschwerdefreiheit;
  - keine funktionelle Beeinträchtigung von Lebensaktivitäten;
  - positiv bewertete psychologische Erfahrung;
  - adäquate Einschätzung der eigenen Handlungskompetenz (Selbstvertrauen, »Glaube an das Ich«);
  - Liebes- und Genußfähigkeit, aber auch »Fähigkeit zu Trauern«;
  - Resistenz (Widerstandsfähigkeit) gegenüber Belastungen;
  - Kapazität bzw. Potential, selbständig (langfristig) Ziele zu setzen und diese zu verfolgen;
  - Fähigkeit, Umwelt- und soziale Anforderungen bzw. Belastungen und Krisen zu bewältigen;
  - Suchen und Finden von »Sinn« in allen Lebensaktivitäten
- (vgl. auch BEUTEL, 1989; ERBEN, FRANZKOWIAK & WENZEL, 1986; NOACK, 1987).

KREMER (1982) schlägt die Erarbeitung eines »ganzheitlichen Gesundheitsbegriffes« vor, der Krankheit als möglichen Teil eines Wachstumsprozesses einschließt, um so einer neuen, positiveren, mehr pragmatischen und präventiven Einstellung gegenüber Gesundheit Ausdruck zu geben. Gesundheit wird als Prozeß und nicht als ein Zustand des Menschen im vielschichtigen Kontext von Geist-Körper-Umwelt betrachtet. Er bezieht sich dabei auf Batesons systemisches Denken, wenn er sagt: »Würden wir also eine Krankheit tatsächlich kontextuell sehen, dann hätten wir auch ein Verständnis von Gesundheit. (...) Als Individuum leben wir in einer Realität, die so strukturiert ist, daß wir lernen, Krankheit zu vermeiden ohne Gesundheit zu suchen.« (KREMER, 1982, S. 23)

Interessant ist in diesem Zusammenhang, der etymologischen Bedeutung des englischen Begriffs von Gesundheit »health« und »healing« nachzugehen, sie lautet *hal*, ein Wort aus dem Sanskrit, und bedeutet »whole«, d.h. ganz, vollkommen oder vollständig (vgl. Random House Dictionary of the English Language, 1971).

VON UEXKÜLL (1988, S. 1286) betont den subjektiven Erlebensaspekt, wenn er von »sich gesund fühlen« spricht. Für ihn ist gesund sein ein »... ungestörter Auf- und Umbau der Umgebungsbeziehungen ..., in denen ein Lebewesen seine Bedürfnisse befriedigen kann«. Im Denken der französischen Medizintradition sieht CANGUILHEM (1974) Gesundheit als einen »Komplex von Sicherungen, Absicherungen in der Gegenwart und Versicherungen gegenüber der Zukunft« und insofern auch als »bestimmte Toleranz gegenüber der Unverläßlichkeit der Umwelt«. Gesundheit als eine »Sicherheitsreserve an Reaktionsmög-

lichkeiten« erlaube, »krank werden zu können und doch davon zu genesen« (CANGUILHEM, 1974, S. 133/134).

Eine terminologische Festlegung von Gesund-Sein »an sich« und von Krank-Sein »an sich« ist für KNOLL (1983, S. 48) aus einer philosophischen Perspektive nicht begründbar, weil beide in einem notwendigen dialektischen Gegensatz einander vermitteln und »beide in sich selbst den ursprünglichen Widerspruch erhalten, gemeinsam aber eine Beziehung in die Welt setzen«. Beide Momente sind aus der Sicht des Autors grundsätzlich nicht isoliert zu definieren.

BECKER (1982) vergleicht die bekanntesten Persönlichkeitstheorien hinsichtlich der von ihnen als bedeutsam erachteten Kriterien »seelischer Gesundheit« und faßt diese Kriterien in drei Modellen zusammen:

- a) Regulations-Kompetenz-Modelle (Freud, Menninger, mit Einschränkung Erikson)
- b) Selbstaktualisierungs-Modelle (Fromm, Rogers, Maslow)
- c) Sinnfindungs-Modelle (Frankl, Allport)

Die Abspaltung einer psychischen Gesundheit als Teilbereich der Gesundheit wird allerdings von FRANKE (1993a) kritisiert. Würde von psychischer Gesundheit gesprochen, so existierten so viele Beschreibungen des seelisch Gesunden im Sinne eines Idealtypus wie es Persönlichkeitstheorien in der Psychologie gibt. Da jede Persönlichkeitstheorie nicht nur eine, sondern mehrere Kriterien psychischer Gesundheit angibt, sei deren Zahl nicht mehr zu überschauen. Eine Abspaltung der psychischen Gesundheit von der allgemeinen Gesundheit würde am Beispiel der Psychosomatik als widersinniges Unterfangen am deutlichsten werden, denn die Psychosomatik gehe ja gerade von der ständigen Interaktion zwischen somatischen, kognitiv-emotionalen und motorischen Reaktionen aus.

FRANKE (1990) gibt einen guten Überblick über sieben Gesundheits-Definitionen, die viele Einzeldefinitionen integrieren:

1. *Gesundheit als Störungsfreiheit*, oder einfacher formuliert: Gesund ist, wer nicht krank ist.
2. *Gesundheit als Leistungsfähigkeit*: Die bekannteste Definition stammt von dem amerikanischen Soziologen Parsons, der Gesundheit als »Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung von Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist« (PARSONS, 1972, S.71) definiert. Auch in psychologischen Gesundheitsdefinitionen, darauf weist Franke unter Berufung auf BECKER (1982) hin, spielt der Aspekt der Leistungsfähigkeit im Sinne von Produktivität, Tätigkeit bzw. Kompetenz eine wichtige Rolle.
3. *Gesundheit als Rollenerfüllung* ist eng verknüpft mit dem Begriff von Gesundheit als Leistungsfähigkeit. Bewertungsgrundlage für die Gesundheit einer Person ist deren Fähigkeit, ihren Anteil am Gesamt der gesellschaftlichen Aufgaben zu leisten. Gesundheit stellt somit eine funktionale Norm dar.
4. *Gesundheit als Gleichgewichtszustand bzw. Homöostase* gehört zu den ältesten, noch aus der Antike stammenden Definitionen. Aber auch medizinisch-naturwissenschaftliche Modelle dienen als Basis für solche Gesundheitsdefinitionen.
5. *Gesundheit als Flexibilität* ist dem Homöostase-Konzept eng verwandt, beschreibt aber eher die aktive, flexible Anpassung an neue Situationen. Statt eines Ruhezustandes wird die dynamische Veränderung angestrebt.

6. *Gesundheit als Anpassung* beschreibt Gesundheit als Fähigkeit, sich mit den Bedingungen der Umwelt optimal auseinander zu setzen. Gemeint ist hier nicht nur die seelisch gesunde Persönlichkeit, die nicht selten auch als »optimal angepaßte Persönlichkeit« bezeichnet wird. Angesprochen sind primär biomedizinische Anpassungsprozesse. So kann sich der Mensch vor Krankheitserregern nicht nur schützen, er kann darüber hinaus seine Resistenzkräfte gegen Infektionen erhöhen.
7. *Gesundheit als Wohlbefinden* schließlich hebt die subjektive Seite der Gesundheit hervor, wie etwa vorgezeichnet in der WHO-Definition von 1946. (Vgl. FRANKE, 1990)

Der WHO-Gesundheitsdefinition wird oft vorgeworfen, einen unerreichbaren, utopischen Idealzustand zu konzipieren und daß Wohlbefinden nur einen von verschiedenen Indikatoren von Gesundheit darstelle, der außerdem noch trügerisch sein kann. In dem Grundgedanken der Definition jedoch, daß Gesundheit ein Ganzes ist, dessen körperliche, psychische und soziale Anteile miteinander integriert sein müssen, hält FRANKE (1993a) diese Definition für nicht zu widerlegen. KICKBUSCH (1982) greift den Utopismusvorwurf der WHO-Definition gegenüber auf und schildert die Veränderungen des Gesundheitsbegriffes der WHO, die aufgrund eines »Paradigmenwechsels innerhalb der Organisation« stattgefunden haben. Anstelle eines medizinischen Verständnisses plädiere man innerhalb der WHO für einen sozialen Gesundheitsbegriff.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle, daß der WHO-Gesundheitsdefinition in jüngster Zeit der Ausdruck »dynamisch« hinzugefügt wurde, d.h. »Gesundheit ist ein *dynamischer* Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen« (World Health Organisation, 1998). Der Vorschlag, das »spirituelle« Wohlbefinden hinzuzufügen, wurde in den einschlägigen Gremien der WHO diskutiert, aber (noch) nicht aufgegriffen. Die WHO schlägt außerdem aus der Perspektive von nicht-staatlichen (non-governmental) Organisationen vor, Gesundheit nicht nur als ein rein professionelles Anliegen zu betrachten, sondern »als einen aktiven Faktor im Leben jedes Einzelnen, der zum Wohlbefinden aller in der Gesellschaft beiträgt« (vgl. WORLD HEALTH ORGANISATION, 1997).

Schließlich soll Hans-Georg GADAMER (1993) mit seinem Aufsatz über die »Verborgenheit der Gesundheit« zu Wort kommen, der Krankheit und Gesundheit mit einem weit gespannten philosophischen Blick betrachtet. Im Vergleich zur Krankheit und zum Symptom, das durch seine Auffälligkeit gekennzeichnet sei, bestehe das Geheimnis der Gesundheit darin, daß sie im Verborgenen liege: »Sie bietet sich nicht selbst an.« (a.a.O., S. 138) Würde man etwa einem gesunden Menschen Standardwerte aufzwingen wollen, mit denen Gesundheit festgelegt werden soll, dann würde man ihn eher krank machen. Es liege im Wesen der Gesundheit, daß sie sich in ihren eigenen Maßen selbst erhält. Gesundheit komme trotz aller Verborgenheit in einer Art Wohlgefühl zutage und darin, daß »wir vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit« (a.a.O., S. 144).

»Es handelt sich nicht um die bloße Übereinstimmung von Ursache und Wirkung, von Eingriff und Erfolg, sondern um eine verborgene Harmonie, um deren Wiedergewinnung es geht, und in der schließlich das Wunder der Rekonvaleszenz und das Geheimnis der Gesundheit liegt. Sie bedeutet Geborgenheit.« (GADAMER, 1993, S. 148)

Gadamer versteht den menschlichen Organismus trotz seines Abwehrsystems gegenüber schädlichen Einwirkungen nicht in einer ständigen Abwehrhaltung begriffen. Er spricht von einem »inneren« Gleichgewicht, das die Natur im Menschen zu halten weiß, und von einem »einzigem Ineinander der Lebendigkeit« (a.a.O., S. 148).

### 2.3 Laienkonzepte und subjektive Gesundheitstheorien

Parallel zu wissenschaftlichen oder »offiziellen« Definitionen von Gesundheit spielen Laienkonzepte, Alltagswissen und subjektive Gesundheitskonzepte des Einzelnen eine bedeutsame Rolle im Hinblick auf den Umgang mit der eigenen Gesundheit und Krankheit. Es geht dabei um die Frage, welchen Einfluß solche subjektiven Konzepte und vor allem ihre Diskrepanzen zu wissenschaftlichen bzw. professionellen Konzeptionen auf den Erfolg präventiver oder therapeutischer Interventionen haben (vgl. FLICK, 1991; FALTERMAIER, 1991; BECKER, 1992; BELZ-MERK, BENDEL & STRITTMATTER, 1992).

Nach einer Phase der Konzentration auf »subjektive Krankheitstheorien« wird derzeit im Rahmen der Gesundheitswissenschaften zunehmend erkannt, daß nicht mehr das Wissen und die Vorstellungen der Subjekte über ihre Krankheit allein relevant sind. Vielmehr wird die Frage aufgegriffen, welche subjektiven Vorstellungen von Gesundheit eigentlich existieren und verwendet werden und wie sich diese empirisch fassen lassen. FLICK (1991) geht dabei der Entstehung und Wirksamkeit von »Folkmodels« als einer Form des Alltagswissens und von »sozialen Repräsentationen« von Gesundheit und Krankheit nach. Soziale Repräsentationen hängen einerseits von dem sozialen Kontext ab, in dem sie verwendet werden, andererseits werden sie auch von dem Kontext geprägt, in dem sie bestimmt werden (FLICK 1991).

In einer als klassisch zu bezeichnenden Studie wurden von HERZLICH (1973), einer zentralen Vertreterin der Theorie der »Sozialen Repräsentationen«, die subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepte von 80 Angehörigen der Pariser Mittelschicht mit qualitativen Intensivinterviews untersucht. Deren Gesundheitskonzepte wurden in drei Gruppen eingeteilt:

1. »Gesundheit im Vakuum« als schlichte Abwesenheit körperlicher Beschwerden bzw. als Nichtspüren des Körpers.
2. »Gesundheitsreserve« als persönliche physische Robustheit oder Widerstandskraft gegenüber Erkrankungen, die man in unterschiedlichem Ausprägungsgrad besitzen und im Laufe des Lebens stärken oder gefährden kann.
3. »Gleichgewicht« als höchste Form der Gesundheit, die sich unter anderem als körperliches und seelisches Wohlbefinden, Energiefülle, Aktivität und effizientes Handeln äußert. (HERZLICH, 1973)

In dieser Untersuchung wird ein weiteres interessantes Ergebnis deutlich: Für Laien stellen Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Kategorien dar, d.h. eine Person kann eine Krankheit haben und sich dennoch gesund fühlen, sie kann gesund sein und sich dennoch krank fühlen. Weiterhin zeigt sich, daß sich die meisten Alltagsmenschen nicht eindeutig als gesund oder krank bezeichnen, sondern sich in ein Zwischenstadium (»intermediate state«) einordnen (vgl. FALTERMAIER, 1991).

HERZLICH (1991) spricht von einem »neuen Laien-Bewußtsein«, das sich im Laufe der letzten Jahre in mannigfaltigen Praktiken und Organisationen verkörpert, wie z.B. das wiederbelebte Interesse an Homöopathie, Akupunktur und verschiedenen Arten der »sanften Medizin« oder die Gründung von Gesundheitsläden oder Selbsthilfegruppen. Dieses neue Bewußtsein hat eine »neue Würde« erlangt und zu einer Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses geführt: Die absolute Abhängigkeit vom Arzt wird zurückgewiesen, der Arzt soll nicht mehr alleine entscheiden und dem Patienten seine Sicht der Krankheit aufzwingen, sondern das eigene Wissen des Patienten über seine Erkrankung einbeziehen und ernstnehmen. Dieses spezifische Wissen des Patienten beruhe auf der täglichen Beobachtung und der Wahrnehmung, die »unendlich viel feiner ist als die des Arztes jemals sein kann«. Dieses Wissen sei dem des Arztes »überlegen«, da es »zugleich von außen und von innen« kommt und auf dem täglichen Erleben des Patienten gründet. So wird der »medizinischen Logik« eine »soziale Logik« gegenübergestellt, die auf der Verbindung von technischem Wissen und alltäglicher Repräsentation gründet. Die Krankheit wird nicht nur als ein organischer Zustand gesehen, sondern auch als eine Lebensform, die Arbeit, Freizeit und Beziehungen mit anderen einbezieht (vgl. HERZLICH, 1991, S. 301).

Ähnliche Erkenntnisse hat FALTERMAIER (1991) entwickelt. Er versteht das gesundheitsbezogene Handeln von Laien als ein bedeutsames, aber »verdecktes Gesundheitssystem« des Alltags. Die subjektiven Theorien und Konzepte von Gesundheit spielen für die Erklärung einer Gesundheitsselfhilfe im Alltag, vor allem für präventive Aktivitäten, eine wichtige Rolle. Die medizinisch-anthropologische Forschung hat durch interkulturelle Vergleiche nicht nur auf Parallelen und Unterschiede in der Gesundheits- und Krankheitskultur aufmerksam gemacht. Sie verweist auch auf die große Bedeutung eines nicht-professionellen Gesundheitssystems in allen, auch in den modernen Gesellschaften. Auch wenn diese kulturell geprägten Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit stark von der Dominanz eines professionellen Modells, d.h. des medizinischen Krankheitsmodells, beeinflusst sind, spricht aus der Sicht des Autors einiges für die Existenz einer relativ eigenständigen »Gesundheitskultur von unten«. Deren Wurzeln reichen weit zurück in die Vergangenheit, in der bedeutungsvollere Traditionen einer »Volksmedizin« existierten.

FALTERMAIER (1991, 1994) weist auf die Bedeutsamkeit der individuellen Gesundheits-handlungen und -einstellungen für den Bereich der Gesundheitsförderung hin. Er betont, daß eine sinnvolle Gesundheitsförderung, die die Mündigkeit von Bürgern und Patienten ernst nimmt, nicht daran vorbei komme, sich auf deren Lebenswelt und Vorstellungswelt einzulassen. Dabei spielen »informelle Unterstützungsressourcen« im sozialen und familiären Bereich eine besondere Rolle. »Eine Wiederaneignung von Gesundheit durch die Betroffenen bedarf des Sichtbarmachens alltäglicher Gesundheitsleistungen.« (FALTERMAIER, 1991, S. 58)



## 2.4 Modellvorstellungen zu Gesundheit und Krankheit

In diesem Abschnitt werden verschiedene Modelle vorgestellt, die das Zusammenwirken von Gesundheit und Krankheit beschreiben. Im einzelnen handelt es sich um Modelle, die weitgehend als theoretischer Hintergrund für die eigene empirische Untersuchung dienen.

### 2.4.1 Risikofaktorenmodell

Das Risikofaktorenmodell wird hier deshalb erwähnt, da es in enger konzeptioneller Beziehung zur Prävention steht, auf die später im Abschnitt über »Gesundheitsförderung« näher eingegangen werden soll. Die Entwicklung des Risikofaktorenmodells ist eng verknüpft mit dem Wandel des Krankheitsspektrums von den Infektions- zu den Zivilisationskrankheiten. Zur Erklärung chronisch-degenerativer Krankheiten reichte das lineare Krankheitsmodell der Organmedizin nicht aus. In der epidemiologischen Forschung zur Entstehung von Zivilisationskrankheiten rückte an die Stelle der Ätiologie der Begriff der Risikofaktoren: »Risikofaktoren sind definierte pathogen wirksame Krankheitsursachen, die einzeln oder multifaktoriell eine Krankheit entstehen lassen.« (SCHAEFER, 1976)

Ergebnisse verschiedener epidemiologischer und sozialmedizinischer Untersuchungen weisen darauf hin, daß Risikofaktoren die Entstehung von zum Teil lebensbedrohenden Zivilisationskrankheiten mit beeinflussen (vgl. LAASER, 1982). Insbesondere für den Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegen eine Reihe empirisch gut abgesicherter Risikofaktoren vor. So gelten z.B. Bluthochdruck, Cholesterinämie, Übergewicht und Rauchen als zentrale Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen (vgl. im Überblick KREUTER, KLAES, HOFFMEISTER & LAASER, 1995).

Das Risikofaktorenmodell stellt das theoretische Konzept zahlreicher verhaltensorientierter Präventionsprogramme dar, wie etwa Raucherentwöhnungskurse, Ernährungsempfehlungen oder sportliche Kampagnen. Beim Risikofaktorenkonzept werden in Erweiterung der naturwissenschaftlich-medizinischen Sichtweise auch psychosoziale Bedingungen in die Faktorenkette der Krankheitsentstehung einbezogen. Dabei wird davon ausgegangen, daß gesundheitsriskante Verhaltensweisen bzw. krankheitsförderliche organische und/oder psychosoziale Faktoren die Entstehung chronisch-degenerativer Krankheiten begünstigen. Durch Früherkennung oder durch das Vermeiden von bestimmten Verhaltensweisen soll der Entstehung von Krankheiten vorgebeugt werden. Auf den Mangel an Bewegung und sportlicher Aktivität weist in diesem Zusammenhang OPPER (1998) hin. Sie weist in einer empirischen Arbeit nach, daß Bewegung und Sport ein wichtiges Instrument zur Bekämpfung von Risikofaktoren und zur Gesundheitsförderung darstellt.

Allerdings zeigte sich in den letzten Jahren, daß eine Akzentverlagerung auf präventiv-medizinische und rehabilitative Bemühungen alleine hinsichtlich chronischer Erkrankungen nicht ausreicht, um wirksam die Risikofaktoren zu beseitigen. Als wichtige Ursache der bislang unzulänglichen Erfolge präventiver Ansätze läßt sich neben methodischen Problemen auch die konzeptionelle Einseitigkeit identifizieren, d.h. die Orientierung an Krankheitsvermeidung oder das individualistische Modell des Fehlverhaltens (vgl. BEN-GEL & STÖSSEL, 1988). ANTONOVSKY (1996) – wie später noch näher ausgeführt werden wird – lehnt explizit das Risikofaktorenmodell ab. Er betont, daß das Handeln und die Wünsche von Menschen jeweils aus ihrer gesamten Situation heraus verstanden werden

müssen und sie nicht nur als »Träger von Krankheitsrisiken« wahrzunehmen. In diesem Zusammenhang führt KLOTTER (1997) aus, daß Präventionskonzepte und das Risikofaktorenmodell indirekt an eine Vorstellung anknüpfen, die Gesundheit als eine Art »Energievorrat« betrachtet, mit dem sparsam umgegangen werden muß. Es suggeriert, daß wenn man nur hinreichend auf seine Gesundheit achtet und alle Risiken vermeidet, nahezu ein ewiges Leben zu erwarten ist.

Aus entwicklungspsychologischer Sicht betrachten BENDER und LÖSEL (1998) Risikofaktoren dann als psychopathologisch bedeutsam, wenn Risiken oder Stressoren kumulativ auftreten. Mit der Anzahl der vorhandenen Risikofaktoren steige die Wahrscheinlichkeit, eine ernsthafte psychische Störung zu entwickeln, deutlich an. Das Zusammenwirken multipler Risikofaktoren könne additiv, multiplikativ oder sogar exponentiell sein. BALDWIN, BALDWIN und COLE (1990) schlußfolgern aufgrund ihrer Untersuchungen an Kindern, daß Risikofaktoren als relativ zu verstehen und oft nur im Kontext anderer Merkmale bestimmbar seien. Beispielsweise mag autoritäres elterliches Erziehungsverhalten, das u.a. Kontrolle und Überwachung der Kinder einschließt, in Familien der Mittelschicht (mit relativ geringen Entwicklungsrisiken) negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder haben. In Familien der sozialen Unterschicht mit vielfältigen Risiken dagegen kann es Kinder vor Gefahren schützen und daher mit guter Anpassung verbunden sein. Allgemein gesprochen kann ein als Risikofaktor bestimmtes Merkmal in einem anderen Kontext u.U. protektive Effekte haben, weil er ein vorhandenes Risiko verringert.

#### **2.4.2 Lebensweisen- und Lebensstilmodelle**

Angesichts der Mißerfolge der Gesundheitsversorgung, der Kostenexplosion im sekundären und tertiären Präventionsbereich bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Primärprävention, des unverminderten Auftretens von Zivilisationskrankheiten und einer Gesundheitspolitik, die auf hochspezialisierte Versorgung ausgerichtet ist und dabei Selbsthilfemöglichkeiten verkennt, hat die WHO eine Neuorientierung des Gesundheitswesens gefordert. Sie setzte dabei den Schwerpunkt auf den organisierten Bereich der Primärprävention und auf »die Förderung von gesundheitsdienlichen Lebensweisen, die Eindämmung verhütbarer Erkrankungen und die Bereitstellung einer Versorgung, die für alle angemessen, zugänglich und akzeptabel ist« (KICKBUSCH, 1982, S. 270). Eine Vorreiterrolle für die Entstehung des Lebensweisenmodells nahm die WHO ein, als sie 1977 die Ziele zum Programm »Gesundheit für alle im Jahr 2000« festlegte (vgl. WHO, 1993).

Das Lebensweisenkonzept stellt eine Erweiterung des Risikofaktorenmodells dar, da neben dem Vermeiden gesundheitsriskanter Verhaltensweisen auch »positive gesundheitsförderliche« Faktoren von Bedeutung sind. Das ursprüngliche Verständnis des Konzeptes orientierte sich am individuellen Lebensstil von Personen, doch Anfang der achtziger Jahre erfolgte eine Umorientierung hin zu einer sozialökologischen Denkweise, mit der das individualistische »Erreger-Paradigma« abgelöst wurde (vgl. KICKBUSCH, 1983, S. 9). Eine Selbstverantwortlichkeit für den Ausbruch einer Krankheit wird im Lebensweisenkonzept seitdem heftig kritisiert und stattdessen werden insbesondere soziale und strukturelle Bedingungen als Krankheitsursachen betrachtet. So sollen neben individuellen Verhaltensweisen die ihnen zugrundeliegenden sozialen, politischen und kulturellen Bedingungen erfaßt werden. WENZEL (1986) verdeutlicht diesen Zusammenhang: »In der Lebensweise kommt zum

Ausdruck, unter welchen Lebensbedingungen eine soziale Gruppe zu welchen (Re)Aktionsformen gelangt, d.h. die Lebensweisen geben Aufschluß darüber, welche handlungsleitenden Orientierungen eine Gruppe in der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit ihren Lebensbedingungen zu entwickeln vermag.« (a.a.O., S. 86)

RÜTTEN (1993) und ABEL (1992) haben ein Lebensstil-Konzept entworfen in Anlehnung an den Begriff »Lebensführung« von Max Weber und den Begriff »Stile des Lebens« von Georg Simmel (vgl. BERGER & HRADIL, 1993). Die Autoren differenzieren dementsprechend zwischen »Lebensstil«, »Lebenslage« und »Lebensführung«. Mit diesem Modell versuchen die Autoren, individuelles Verhalten und die an spezifische soziale Lebensbedingungen gebundenen Lebenschancen einer Person miteinander zu verknüpfen. Dieses Modell soll in der folgenden Definition von ABEL (1992, S. 124) beschrieben werden:

»1. Lebensstile sind das Produkt des komplexen Zusammenwirkens von Verhaltensweisen, Einstellungen und sozialstrukturellen Bedingungen. Nicht die Ausprägung einzelner Lebensstilelemente steht im Vordergrund des Lebensstilkonzepts, sondern *spezifische Muster*, die sich aus den komplexen Interaktionen der Elemente ergeben.

2. Als soziologische Kategorie umfaßt Lebensstil mehr als die Lebensführung einzelner Individuen. Die Herausbildung von gruppentypischen Mustern der Lebensführung ist Voraussetzung für die Entwicklung von spezifischen Lebensstilen. Lebensstile sind somit *kollektive Phänomene*.

3. Die Bildung von Lebensstilen wird von individuellen Präferenzen und sozialstrukturellen Bedingungen beeinflusst. Im Konzept des Lebensstils sind somit *individuelle als auch soziale Faktoren* sowie die Interaktion dieser beiden zu berücksichtigen.« (Hervorh. durch den Autor)

So wichtig und notwendig die Herausarbeitung der strukturellen Zusammenhänge zwischen individuellen Lebensweisen und Lebensstilen und den sozialen und sozioökonomischen Bedingungen ist, so wird in diesen Konzepten die in der vorliegenden Arbeit interessierende Frage vernachlässigt, wie der spezifische Beitrag des Einzelnen bei oder trotz der bestehenden sozialen Bedingungen aussehen kann, die eigenen Gesundheitsmöglichkeiten zu stärken und auszubauen.

### **2.4.3 Modell zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit**

ELKELES und MIELCK (1993) entwickelten auf der Grundlage verschiedener theoretischer Ansätze zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ein eigenes Modell. Das Modell basiert auf Konzeptionen von westdeutschen und englischen Studien und versucht, deren Einzelelemente in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen. In Anlehnung an STEINKAMP (1993) konzipierten die Autoren ein hierarchisches Mehrebenenmodell mit den drei Ebenen: Makro-, Meso- und Mikroebene.

- Auf der Makroebene: Hier wird die »Soziale Ungleichheit« angesiedelt, die sich in Unterschieden von Wissen, Geld, Macht und Prestige ausdrückt.
- Auf der Mesoebene: Die soziale Ungleichheit führt zu »Unterschiedlichen gesundheitlichen Beanspruchungen« (Belastungen sowie Bewältigungsressourcen) sowie zur »Unterschiedlichen gesundheitlichen Versorgung« (Qualität von Prävention, Kuration, Rehabilitation). Daraus resultieren die »Unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Lebensstile« (Gesundheits-/Krankheitsverhalten wie z.B. Rauchen, Ernährung, Symptomtoleranz).

- Auf der Mikroebene: Hier wird die »Gesundheitliche Ungleichheit« (Unterschiede in Morbidität und Mortalität) angesiedelt, in diese Ebene münden die genannten Faktoren der Makro- und Mesoebene.

Unter der »gesundheitlichen Ungleichheit« (Mikroebene) verstehen die Autoren »die als ungerecht empfundenen gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen« (ELKELES & MIELCK, 1993, S. 29).

In diesem Zusammenhang sei auf die Studien von EVANS, BARER und MARMOR (1994) hingewiesen, die sich der Frage widmen, warum einige Menschen gesund sind und andere nicht. Sie untersuchen die Determinanten von Gesundheit in verschiedenen Bevölkerungsgruppen im Zusammenhang mit Schichtzugehörigkeit, Zugang zur Gesundheitsversorgung und materiellen Bedingungen. Dabei erforschen sie insbesondere die Verbindung zwischen sozialer Hierarchie, Makro- und Mikro-Umweltfaktoren und anderen Bestimmungsstücken von Gesundheit und stellen fest, daß der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und Gesundheit alleine nicht ausreicht, um Unterschiede im Gesundheitsstatus zu erklären. Die Autoren bestätigen die Ergebnisse von großangelegten statistischen Studien, daß Wohlstand grundsätzlich hoch korreliert mit dem Gesundheitsstatus, sie betonen jedoch auch, daß es genügend Beispiele für »Gesunde ohne Reichtum« und »Reichtum ohne Gesundheit« gibt, nicht nur bei einzelnen Individuen, sondern quer durch alle Gesellschaften.

Entscheidend ist für die Autoren, daß Ergebnissen neuerer Untersuchungen zufolge die Qualität der »microenvironment« sowohl auf soziokultureller als auch auf materieller Ebene zur Gesundheit des einzelnen beiträgt. Demnach können, vereinfacht ausgedrückt, »arme Leute« oft ein langes und erfülltes Leben haben und »reiche Leute« vorzeitig sterben. Diese Fälle unterliegen jedoch nicht einfach dem Zufall oder erbbiologischen Gründen, sondern die Armen, denen es gesundheitlich gut geht, profitieren beispielsweise von einem besonders unterstützenden sozialen Milieu und positiven Entwicklungseinflüssen in Kindheit und Erziehung, durch das sie ein Gefühl der Stärke und Kontrolle über ihr Leben entwickelt haben (vgl. EVANS & STODDART, 1994). Die Autoren verweisen u.a. auf die bekannten Studien zur Resilienz von WERNER & SMITH (1989).

#### **2.4.4 Modell der Salutogenese**

Das wohl bekannteste und in der Literatur meist zitierte Gesundheitskonzept stammt von dem Medizinsoziologen Aaron ANTONOVSKY, das sehr zur anfangs geschilderten Kontroverse »pathogenetisch« versus »salutogenetisch« angeregt hat. Da das Konzept der Salutogenese wichtige Anregungen für die vorliegende empirische Untersuchung liefert, soll es ausführlicher als die anderen Gesundheitsmodelle beschrieben werden.

##### **2.4.4.1 Grundgedanken des Modells**

In Anlehnung an LAZARUS (1966) begann Antonovsky ein Streßkonzept zu vertreten, in dem Stressoren nicht mehr als grundsätzlich krankmachend verstanden wurden, sondern als Stimuli, die einen Zustand der Anspannung auslösen, ohne daß dies unbedingt zu Streß führen muß. Damit vollzog sich der Wechsel von seinen ursprünglich sozialepidemiologischen Forschungsinteressen hin zu einer psychologischen Fragestellung nach individuellen Verarbeitungsmustern angesichts von Anspannungszuständen. Ausschlaggebend für Anto-

novskys weitere Forschungstätigkeit waren Überlegungen, die er aufgrund einer Untersuchung an Frauen verschiedener ethnischer Gruppen über die Auswirkungen der Wechseljahre entwickelte. Die untersuchten Frauen der Geburtsjahrgänge 1914-1923 waren in Zentraleuropa geboren und teilweise in einem Konzentrationslager inhaftiert gewesen. Wie erwartet war die Gruppe der ehemaligen Inhaftierten signifikant stärker gesundheitlich belastet als andere Frauen. Aber immerhin 29 % der inhaftierten Frauen berichteten trotz dieser traumatischen Erlebnisse über eine relativ gute psychische Gesundheit. Antonovsky fragte sich, wie es diese Frauen geschafft hatten, trotz der extremen Belastungen gesund zu bleiben. Dieser Perspektivenwechsel sollte seine ganze weitere Forschungstätigkeit bestimmen (vgl. BENGEL, STRITTMATTER und WILLMANN, 1998).

Im Unterschied zu der üblichen pathogenetisch orientierten Frage nach den Ursachen von Krankheiten interessierte sich Antonovsky seitdem für das Phänomen, daß Menschen trotz der Konfrontation mit einer Vielzahl von Gesundheitsrisiken gesund bleiben, statt zu erkranken, in manchen Fällen ihre Gesundheit sogar steigern. Er interessierte sich für den »abweichenden Fall«, der oft als »unglückseliges Nebenprodukt« wissenschaftlicher Methodologie im Rahmen einer pathogenetischen Orientierung ignoriert wurde. »Der Pathogenetiker ist mit einer Bestätigung von Hypothesen zufrieden; der Salutogenetiker betrachtet, ohne die Bedeutung des Erfahrenen zu verschmähen, den abweichenden Fall. Welche Schwarzen leiden nicht an Hypertonie? Welche Personen vom Typ A bekommen keine koronaren Erkrankungen? Welche Raucher bekommen keinen Lungenkrebs?« (ANTONOVSKY, 1997, S. 29)

Mit dem Begriff der »Salutogenese« hat Antonovsky eine Leitidee eingebracht, die sich für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit als fruchtbar erweist (ANTONOVSKY, 1979, 1987). Er entwickelte die Vorstellung eines »Gesundheits-Krankheits-Kontinuums« und fragt, was die Menschen in Richtung auf das gesunde Ende des health-ease/dis-ease-Kontinuums rückt. Der Kontinuumgedanke bedeutet, daß es keine klare Grenzlinie zwischen Gesundheit und Krankheit gibt. Die Frage, wo auf diesem Kontinuum eine Person anzusiedeln ist, stellt sich als Ergebnis eines interaktiven Prozesses zwischen belastenden Faktoren (Stressoren) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen) im Kontext der Lebenserfahrungen einer Person heraus, d.h. die Art des Umgangs mit dem Stressor, also das Bewältigungshandeln, und nicht der Stressor allein sind dafür verantwortlich, in welche Richtung sich das Individuum auf dem Kontinuum bewegt.

Die bestimmenden Komponenten des Salutogenese-Modells sind:

- **Stressoren bzw. generalisierte Defizite**  
Zu den belastenden Faktoren zählt Antonovsky die psychosozialen, physischen und biochemischen Stressoren, die sowohl endogen (im Körperinnern) als auch exogen (durch die Umwelt) wirksam werden können, sowie Organschwächen. Sowohl Unter- als auch Überforderung kann als Stressor wirken. Diese Stressoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Verschiebung in Richtung des Krankheitspols auf dem Kontinuum. Antonovsky kritisiert am Risikofaktorenmodell, daß dieses unberücksichtigt läßt, daß zahlreiche Menschen trotz vorhandener Risikofaktoren nicht erkranken.
- **Generalisierte Widerstandsressourcen bzw. Schutzfaktoren**  
Schutzfaktoren sind die sozialen, personalen (psychischen und körperlichen) Ressourcen und makrostrukturelle Faktoren. Sie sind nicht nur in der Person selbst und in ih-

ren Verhaltensweisen (interne Schutzfaktoren) verankert, sondern wirken vielfältig auch von außen (externe Schutzfaktoren) auf ein Individuum bzw. auf ganze Bevölkerungsgruppen (vgl. ANTONOVSKY, 1979). Wichtig ist auch der soziokulturelle und historisch-biographische Kontext der Person und ihre Lebenserfahrung. Im einzelnen handelt es sich bei den Schutzfaktoren u.a. um ein intaktes Immunsystem, finanzielle Sicherheit, günstiges Wohn- und Arbeitsumfeld, Intelligenz, Ich-Stärke, individuelle Bewältigungsmuster (z.B. Optimismus), intakte zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Unterstützungssysteme, Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Gruppen, Identität und kulturelle Stabilität.

▪ **Kohärenzgefühl (Sense of Coherence)**

Die psychosozialen und genetischen Ressourcen lassen das Individuum Erfahrungen im Leben machen, die in ihm ein »Gefühl der Kohärenz« entwickeln. Das Kohärenzgefühl entwickelt sich auf der Grundlage von Lebenserfahrungen (z.B. Erziehungsstil, soziale Beziehungen, existentielle Lebensereignisse, etc.) und wird vor allem in der Kindheit, aber auch über die gesamte Lebensspanne hinweg geprägt. Es ist keine Reaktion auf eine spezifische Situation, sondern eine globale Orientierung einer Person.

Im folgenden soll auf das Hauptkonzept der Salutogenese, das Kohärenzgefühl, näher eingegangen werden. ANTONOVSKY (1997, S. 36) definiert es so:

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

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

Antonovskys hat diese drei Komponenten Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness) genannt. Die Sinnhaftigkeit versteht er »in der emotionalen und nicht nur kognitiven Bedeutung des Wortes«. »Leben macht emotional Sinn« und zwar dann, wenn auch unglückliche Erfahrungen willentlich als Herausforderungen angenommen werden und dazu bestimmen, Sinn in ihnen zu suchen und sie mit Würde zu überwinden (vgl. ANTONOVSKY, 1987, S. 18f.)

Die Hypothese von Antonovsky lautet: »Je stärker das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto erfolgreicher wird sie die unausweichlichen kontinuierlichen und der menschlichen Existenz innewohnenden Stressoren bewältigen können.« (ANTONOVSKY, 1993, S. 12) Er möchte aber klarstellen, daß das Kohärenzgefühl kein spezifischer Coping-Stil ist, sondern vielmehr die Person dazu befähigt, eine bestimmte Coping-Art zu wählen und die Ressourcen, die erfolgversprechend zum Umgang mit einem bestimmten Stressor beitragen, auszusuchen. Für die Praxis bedeutet dieser Ansatz folgendes: Der mit diesem Modell arbeitende Professionelle muß bereit sein, die bisherige pathogenetische Defizit-orientierung zu verlassen und sich für eine gleichzeitige Beachtung patho- und

salutogenetischer Faktoren zu öffnen. Gesundheit wird nicht als Homöostase verstanden, sondern als »Heterostase«, da Stressoren im Modell der Salutogenese nicht immer gleich schädlich, sondern ubiquitär und als Herausforderungen zu verstehen sind (vgl. JORK, 2000).

Antonovsky hat nie einen Originalitätsanspruch auf sein Konzept gestellt. Er weist auf Ähnlichkeiten seines Konzepts des Kohärenzgefühls (SOC) mit anderen Gesundheitskonzepten hin, z.B. das Konzept der »Hardiness« im Sinne von Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren von KOBASA (1982), das Konzept der »Self-efficacy« (Selbstwirksamkeit) von BANDURA (1977), die Langzeitstudien zu »Resilienz« (Stressresistenz) von WERNER und SMITH (1982) oder die Sinnfrage in der Logotherapie von FRANKL (1975, 1987) im Zusammenhang mit »Meaningfulness« als der zentralen Komponente des Kohärenzgefühls (vgl. ANTONOVSKY, 1987, 1997).

#### 2.4.4.2 Rezeption des Modells im deutschen Sprachraum

Die Übersetzung in 15 Sprachen des von Antonovsky entwickelten Fragebogens »Sense of Coherence (SOC) Scale« belegt das große Interesse an dem Konzept der Salutogenese weltweit. In seinem Buch von 1987 beschäftigt sich der Autor mit der Frage der empirischen Überprüfbarkeit des Kohärenzgefühls und hat zu diesem Zweck den 29 Items umfassenden Fragebogen entwickelt, den er damals als »Fragebogen zur Lebensorientierung« bezeichnete. Eine deutschsprachige Fassung liegt von NOACK, BACHMANN, OLIVIERI, KOPP und UDRIS (1991) vor. Elf Fragen beziehen sich auf den Faktor Verstehbarkeit (comprehensibility), zehn Fragen auf Handhabbarkeit (manageability) und acht Fragen auf Sinnhaftigkeit (meaningfulness).

Die deutsche Übersetzung von Antonovskys Buch »Unraveling the Mystery of Health« (1987) durch Alexa FRANKE (1997) ist ein wichtiger Beitrag dazu, daß das Konzept im deutschen Sprachraum zunehmend bekannt wird und dadurch eine größere Zugänglichkeit erfährt. In ihrem Vorwort sagt Franke:

»In der Klinischen Psychologie, der Psychosomatik, der Gesundheitsförderung, im Bereich der Jugendhilfe und der Geriatrie beruft man sich auf Antonovsky, Salutogenese und Kohärenzgefühl, aber dies leider oft, ohne die Originalliteratur zu kennen.« Und weiter: »Antonovskys Konzept ist nicht fertig; es beinhaltet Unklares, Widersprüchliches und manches scheint nicht zu Ende gedacht. Aber es hat uns auf jeden Fall ein Kernkonzept hinterlassen, das es wert ist, weiter ausdifferenziert und erforscht zu werden.« (FRANKE, 1997, S. 11)

FRANKE (1994) bescheinigt dem Salutogenese-Konzept trotz seiner noch dürftigen wissenschaftstheoretischen Untermauerung hohe praktische Relevanz, es sei ein aus einer anthropologischen und politischen Werthaltung geborenes Konzept.

Die deutsche Rezeption des Modells ist überwiegend positiv. HURRELMANN (1988) sieht zwar in der großen Komplexität des Modells eine Schwäche, er meint damit die umfassende Einbeziehung aller denkbaren Stressoren und Widerstandsressourcen. Er betont jedoch, daß Antonovsky einen für die interdisziplinäre Forschung stimulierenden Beitrag geleistet habe und daß das Modell eine große Integrationskraft in sich berge. An der empirischen Untermauerung des Modells arbeiten zur Zeit verschiedene Gruppen, z.B. die Gruppe um Noack aus Bern, Udris aus Zürich, an psychosomatischen Kliniken wie Berus, Schömberg

sowie die Gruppe um Franke aus Dortmund (vgl. FRANKE, 1994). Aus der Perspektive unterschiedlicher Disziplinen (Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin und -psychologie, Psychosomatik, Psychiatrie, Psychotherapie, Gesundheitsforschung) wird in dem kürzlich erschienenen »Handbuch der Salutogenese« Antonovskys Konzept theoretisch diskutiert und vor allem seine Relevanz für die klinische Praxis und Ausbildung hervorgehoben (vgl. SCHÜFFEL et al., 1998). Die Themengebiete in diesem Handbuch sind in einem weiten Bogen gespannt, sie reichen von konzeptionellen Beiträgen zum medizinischen Denkmodell, therapeutischen Fallberichten aus verschiedenen medizinischen Disziplinen über ressourcenorientierte Projekte aus diversen Berufszweigen bis hin zu Fragen ärztlicher Ausbildung und Forschungsaspekten zum Konzept der Salutogenese.

JÜTTEMANN (1998) bringt den Begriff der Salutogenese mit dem von ihm im Rahmen der Persönlichkeitspsychologie entwickelten Begriff der »Autogenese« in Verbindung und stellt hinsichtlich der »Eigenständigkeit und Wirkmächtigkeit personaler Kräfte« eine Gemeinsamkeit zwischen beiden Auffassungen fest. Jüttemann bezeichnet seinen Begriff der Autogenese als komplexe Erfahrungstatsache: »Autogenese ist eigenverantwortliche Lebens- und Selbstgestaltung mit dem aus Sicht des Subjekts idealen, gesellschaftlich gesehen aber nur unter bestimmten Voraussetzungen anerkennenswert erscheinenden Ziel einer optimalen Ausschöpfung gegebener persönlicher Entfaltungsmöglichkeiten.« (JÜTTEMANN, 1998, S. 120) Für die psychologisch-individualhistorische Betrachtung der Autogenese, so Jüttemann, ist der Gesichtspunkt der Selbstbestimmung des Subjekts, der auf einen zentralen Bereich autonomer Lebensführung und Persönlichkeitsentwicklung verweist, von entscheidender Bedeutung. Als Gegenbegriffe zur »Autogenese« schlägt er u.a. Homöostase, Abhängigkeit, Fremdbestimmung und Dressur vor. Sogenannte defizitäre Autogenesen bzw. das völlige Fehlen einer Autogenese könnten als Entstehungshintergrund z.B. für das Auftreten abweichender Verhaltensformen oder psychosomatischer Erkrankungen in Betracht kommen (vgl. JÜTTEMANN, 1998).

Zum Diskussionsstand und Stellenwert von Antonovskys Modell der Salutogenese legen BENGEL, STRITTMATTER und WILLMANN (1998) im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Expertise vor. Im Mittelpunkt der Bewertungen durch die Autoren stehen folgende Fragestellungen:

- 1) Warum besitzt das Konzept eine solch hohe Attraktivität? Kann von einem Paradigmenwechsel in der Gesundheitsforschung und -versorgung gesprochen werden?
- 2) Welche Bedeutung schreiben die Gesundheitswissenschaften diesem Konzept zu?
- 3) Welche empirischen Belege liegen für das Konzept vor?
- 4) Welche Konsequenzen lassen sich für die Forschung und für die medizinische, psychosoziale und präventive Versorgung ziehen?

Eine zentrale Aussage der Autoren lautet, daß das Modell der Salutogenese als die erste und am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit bezeichnet werden kann. Es berücksichtigt Einflußgrößen auf sozialer, physiologischer, biochemischer, emotionaler und kognitiver Ebene. Durch dieses Einbeziehen vieler Variablen und Ebenen hat es einen hohen Integrationswert, entspricht einem komplexen, metatheoretischen und heuristischen Prozeßmodell, d.h. es bietet sich als Orientierungsrahmen an, der komplexe Zusammenhänge ordnen und veranschaulichen kann. Die abschließenden Bemerkungen der Expertise beinhalten, daß die Grundgedanken des salutogenetischen Ansatz-



zes nicht neu sind. Von der antiken Medizin bis heute lassen sich Vorläufer und verwandte Konzeptionen finden. Antonovsky ist nach Beurteilung der Autoren jedoch der erste, der nicht nur das pathogenetische Modell kritisiert, sondern ihm ausdrücklich eine salutogenetische Theorie entgegensetzt und mit empirischen Studien zu unterstützen versucht. Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß eine übergreifende Bewertung des Konzeptes derzeit noch nicht möglich ist, da sich der Stand der Forschung als noch zu unspezifisch und uneinheitlich erweist. Viele der Annahmen, die das Modell macht, sind aufgrund seiner Komplexität einer empirischen Prüfung nur schwer zugänglich (vgl. BENGEL, STRITTMATTER & WILLMANN, 1998).

Inwieweit das Konzept der Salutogenese ein neues, empirisch abgesichertes Konzept und vom pathogenetischen Ansatz tatsächlich unterschiedlich ist oder beide Ansätze nur als »zwei Seiten derselben Medaille« zu verstehen sind, wird in mehreren Beiträgen in dem Buch »Gesundheits- oder Krankheitstheorie?« von MARGRAF, SIEGRIST und NEUMER (1998) kritisch diskutiert. So kritisiert beispielsweise BECKER (1992, 1998) die ungenügende theoretische Analyse der Beziehung zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit und die bisher nur begrenzte empirische Überprüfung des Modells. Im Verständnis von NOVAK (1998) kann die Schwäche empirischer Prüfbarkeit des Salutogenese-Konzeptes seinem bedeutenden Nutzen für die gesundheitswissenschaftliche Forschung und Praxis allerdings keinen Abbruch tun. Dieser Nutzen resultiert aus dem zentralen Bezug des Konzeptes des Kohärenzgefühls zu Sinnfragen menschlichen Daseins.

Es sei hier auf einige der Schlußfolgerungen von NOVAK (1998) hinsichtlich des Salutogenese-Konzeptes hingewiesen:

1. Das Konstrukt des Sense of Coherence steht in einem existenzanalytischen Begründungszusammenhang.
2. Im existenzanalytischen Begründungszusammenhang lassen sich »gesund« und »krank« nicht konstant als Pole eines health-ease/dis-ease-Kontinuums hypostasieren.
3. Salutogenese und Pathogenese erweisen sich in ihrem relevanten Begründungszusammenhang als diametral voneinander abgegrenzte, aber komplementäre Sachverhalte bezeichnende Begriffe.
4. Die Komplementarität von Salutogenese- und Pathogenese-Konzepten ist unverzichtbare theoretische Fundierung empirischer Forschung der Gesundheitswissenschaften. (Vgl. NOVAK, 1998, S. 37)

Wie bereits erwähnt, ging es Antonovsky nicht um ein Entweder-Oder der salutogenetischen und pathogenetischen Konzeption. Er plädierte vielmehr dafür, die Dominanz des biomedizinischen Modells und seiner pathogenetisch orientierten Fragestellungen und Untersuchungen infrage zu stellen. Beide Konzepte sollen nach seinem Verständnis in einer komplementären Beziehung zueinander stehen.

#### **2.4.4.3 Einbeziehung des Konzeptes in verschiedenen Praxis- und Forschungsbereichen**

Seit der Formulierung des Konzeptes der Salutogenese von ANTONOVSKY (1979, 1987) ist bei Klinikern und Forschern im psychosozialen und medizinischen Bereich ein starkes und wachsendes Interesse an den Widerstandsressourcen und Prozessen, die eine Krankheitsverarbeitung begünstigen, zu verzeichnen. Insbesondere das Konzept des »Sense of Co-

herence« wurde mittlerweile in unterschiedlichen Forschungs- und Praxisfeldern aufgegriffen und es wurde der Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-Scale) in Verbindung mit anderen krankheitsspezifischen Skalen und Persönlichkeitsfragebögen eingesetzt. Die folgende Auflistung soll einen Überblick über diese Praxis- und Forschungsbereiche geben:

- Allgemeine und psychiatrische Krankenpflege (z.B. SULLIVAN, 1989; ONEGA, 1991; SCHACHTNER, 1996)
- Allgemeinmedizin und Notfallmedizin (z.B. LANGIUS et al. 1992; MALTERUD & HOLLNAGEL, 1997; SOHN, 1997)
- Psychosomatik-Forschung (z.B. LAMPRECHT & JOHNEN, 1994; SACK et al., 1997; SCHÜFFEL & BRUCKS, 1998)
- Verhaltensmedizin (z.B. BRODA et al., 1995)
- Zahnmedizin (z.B. WENDT et al., 1996)
- Diabetes-Behandlung (z.B. LUNDMAN & NORBERG, 1993)
- Krebsforschung (z.B. CHARLTON, 1996; BARTSCH & BENDEL, 1997; STIERLIN & GROSSARTH-MATICEK, 2000)
- HIV-Therapie (z.B. OLBRICHT et al., 1994)
- Suizid- und Krisenintervention (z.B. FRANKE, 1993b)
- Alkohol- und Drogentherapie (z.B. FUCHTMANN, 1994; KERN, 1999)
- Depressionsbehandlung (z.B. CARSTENS & SPANGENBERG, 1997)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (z.B. WAAD & HULT, 1997)
- Jugendforschung (z.B. KOLIP & HURRELMANN, 1994; HOFER, 2000)
- Gesundheitspsychologie (z.B. JERUSALEM, 1997; FALTERMAIER, 1997)
- Resilienzforschung (z.B. CEDERBLAD, 1996)
- Persönlichkeitsforschung (z.B. JÜTTEMANN, 1998; FIEDLER, 1999)
- Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. PAULUS, 1995; RENNER, 1997)
- Rehabilitationspsychologie (z.B. DOUBRAWA, 1995; BRODA, 1995)
- Soziale Netzwerkforschung (z.B. GRAESER, 2000)
- Psychologische Methodenforschung (z.B. LUTZ et al., 1998)
- Altersforschung (z.B. SCHNEIDER, 1995)
- Körperbehinderung (z.B. WINDISCH & KNIEL, 1993)
- Selbsthilfegruppen (z.B. BACHL et al., 1996)
- Religionsforschung (z.B. LEVIN, 1996)
- Ausbildung im Gesundheitswesen (z.B. ANSCHÜTZ, 1997; ZACEK, 1997)
- Organisationspsychologie (Arbeitsplatzforschung) (z.B. UDRIS et al., 1994)
- Sportwissenschaften (z.B. BOES, 1993; OPPER, 1998)

BENDEL, STRITTMATTER und WILLMANN (1998) geben in ihrer Expertise zum Salutogenese-Konzept einen Überblick über den Stellenwert und die Nutzung des Konzeptes in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Psychosomatik und Psychotherapie sowie im Rehabilitationsbereich. Zu erwähnen ist an dieser Stelle, daß eine Literaturrecherche zu den Stichworten »Schizophrenie und Salutogenese« in den letzten zehn Jahren ergab, daß in diesem Zeitraum keine Veröffentlichungen dazu existieren. Insgesamt wird das Konzept der Salutogenese im Bereich der psychiatrischen Forschung und Behandlung derzeit kaum einbezogen.

### 2.4.5 Modell der Widerstandsfähigkeit (Hardiness)

Etwa zeitgleich aber unabhängig von Antonovskys Entwicklung seines Modell der Salutogenese hat Suzanne KOBASA ein dreigeteiltes Modell der Widerstandsfähigkeit (Hardiness) als Erklärungskonzept zu der Tatsache vorgeschlagen, daß einige Menschen trotz hoher Streßbelastung nicht krank werden. Sie geht dabei von der existentiellen Persönlichkeits-theorie von MADDI aus (KOBASA, MADDI & COURINGTON, 1981) und ist dem Salu-togenese-Modell in seiner Grundfrage ähnlich, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden von ANTONOVSKY (1987) diskutiert. KOBASA (1979) definiert ihr Anliegen: »Die Existenz von Personen mit hohen Streßwerten, die nicht krank werden (...) ist in der populären und wissenschaftlichen Literatur über Streß und Krankheit übersehen worden.« In dieser und einer Reihe späterer Veröffentlichungen hat sich Kobasa weiter auf die Frage der Streßresistenz konzentriert, das Konzept der Widerstandsfähigkeit fortentwickelt und es empirisch überprüft.

Kobasa und ihre Mitarbeiter betrachten ihr Persönlichkeitskonzept »Hardiness« als Einheit aus drei unauflöslich miteinander verflochtenen Komponenten: Engagement, Kontrolle und Herausforderung. Sie postulieren, daß diese drei Komponenten a) die Bewertung eines belastenden Ereignisses bestimmen und b) das Bewältigungsverhalten beeinflussen (vgl. auch BEUTEL, 1989).

**1. Engagement:** Dem Begriff Engagement wird der Begriff der Entfremdung gegenübergestellt. »Personen mit starkem Engagement tendieren dazu, sich bei allem, was sie tun, stark einzubringen, statt die Dinge in einer distanzierten, formalen Art anzugehen.« (KOBASA & MADDI, 1982, S. 1; zit. nach ANTONOVSKY, 1997)

»Engagement ist die Fähigkeit, an die Wahrheit, Bedeutung und den Wert dessen zu glauben, wer man ist und was man tut .. mit der Tendenz, sich in die vielen Lebenssituationen einschließlich Arbeit, Familie, zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Institutionen zu involvieren...; ein allumfassendes Zielbewußtsein.« (KOBASA, 1982, S. 6)

**2. Kontrolle:** Kobasa betont die Beeinflußbarkeit von Ereignissen. Menschen mit einem hohen Ausmaß an Kontrolle glauben und handeln so, als ob sie die Ereignisse ihrer Erfahrung beeinflussen können, anstelle angesichts äußerer Einflüsse machtlos zu sein (KOBASA & MADDI, 1982, S. 1; zit. nach ANTONOVSKY, 1997).

»Personen mit Kontrolle suchen Erklärungen dafür, warum etwas geschieht, nicht nur in Handlungen anderer oder im Schicksal, sondern auch unter Berücksichtigung ihrer eigenen Verantwortlichkeit. (...) Sie fühlen sich in der Lage, eigenständig effektiv zu handeln.« (KOBASA, 1982, S. 9)

**3. Herausforderung:** »Personen mit hohem Ausmaß an Herausforderung betrachten Veränderungen im Leben eher als Norm denn als Ausnahme und antizipieren diese Veränderungen als einen Stimulus für Wachstum und nicht als Sicherheitsgefährdung.« (KOBASA & MADDI, 1982, S. 1; zit nach ANTONOVSKY, 1997)

»Aus der Perspektive der Herausforderung kann ein Großteil der Störung, die mit dem Eintreten eines streßhaften Lebensereignisses einhergeht, als eine Möglichkeit und ein Ansporn für

die persönliche Weiterentwicklung antizipiert werden. (...) Personen, die die Herausforderung willkommen heißen (...), zeichnen sich durch Offenheit oder kognitive Flexibilität und durch Ambiguitätstoleranz aus.« (KOBASA, 1982, S.7f.)

In der von Kobasa und ihren Mitarbeitern entwickelten Skala werden diese Konzepte allerdings weitgehend mit Negativformulierungen der Items erfaßt im Sinne von Selbstentfremdung (versus Engagement) von der Arbeit und von sich selbst, z.B. mit dem Item »Ich frage mich, warum ich überhaupt arbeite«, oder im Sinne von Machtlosigkeit (versus Kontrolle), z.B. mit dem Item »Die meisten meiner Aktivitäten sind von den Anforderungen der Gesellschaft bestimmt« (vgl. BEUTEL, 1989; ANTONOVSKY, 1997). KOBASA (1989) untersucht insbesondere die Frage nach der Interdependenz zwischen individuellen Persönlichkeitsfaktoren und sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Faktoren, die in ihrer Wechselwirkung für die Wirksamkeit von Widerstandsfähigkeit verantwortlich sind. So schreibt sie bestimmten sozialen Faktoren in einem bestimmten Kontext eine wirksame Puffer- bzw. Vermittlungsfunktion gegenüber Stressoren zu oder versteht sie als Verstärker von bereits im Individuum vorhandenen Persönlichkeitsfaktoren (z.B. Gefühl von Beeinflußbarkeit).

#### **2.4.6 Anforderungs-Ressourcen-Modell**

Der Trierer Psychologe Peter BECKER hat ein integratives Gesundheitsmodell vorgelegt, das einige Parallelen zum salutogenetischen Modell von Antonovsky aufweist. Das Modell basiert auf Hypothesen über Bedingungen, die den aktuellen physischen und psychischen Gesundheitszustand eines Individuums mitbestimmen. Dieser Grad der körperlichen und seelischen Gesundheit läßt sich vor allem am Wohlbefinden (bzw. an Klagen über Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen) sowie an eventuell vorhandenen organischen Erkrankungen, aber auch indirekt an der Fähigkeit zur Erfüllung sozialer Rollen, ablesen (vgl. BECKER, 1992).

Der Kerngedanke des Modells besagt, »daß der aktuelle Gesundheitszustand davon abhängt, inwieweit es einer Person mit Hilfe der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen innerhalb der letzten Zeit gelungen ist bzw. aktuell gelingt, bestimmte Anforderungen zu bewältigen. Fällt die Erfolgsbilanz der letzten Zeit positiv aus, ist eher mit Wohlbefinden und Gesundheit, bei negativer Bilanz mit Mißbefinden und Krankheit zu rechnen« (BECKER, 1992, S. 99). Becker unterscheidet zwischen externen und internen Anforderungen sowie zwischen externen und internen Ressourcen. Ob es als Reaktion auf belastende Situationen zu einer Verschlechterung der Gesundheit kommt, hängt entscheidend vom aktuellen individuellen Bewältigungsverhalten, emotionalen Verhalten und Gesundheitsverhalten ab.

Zu den **Anforderungen** gehören:

- Externe psychosoziale Anforderungen: berufliche, schulische sowie Anforderungen von Seiten der Familie und bestimmter gesellschaftlicher Gruppen und Institutionen.
- Externe physische Anforderungen: körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, Lärm, Schadstoffbelastung, Schichtarbeit, generelle Belastungen durch Umweltverschmutzung und Krankheitserreger in der Umwelt.
- Interne psychische Anforderungen: vom Individuum ausgehende Sollwerte, die aus psy-

chischen Bedürfnissen, verinnerlichten Normen und Werten sowie weiteren individuellen Parametern resultieren.

- Interne physische Anforderungen: konstitutionelle Vulnerabilitäten wie genetische oder erworbene Krankheitsdispositionen.

Zu den **Ressourcen** gehören:

- Externe psychosoziale Ressourcen: günstige familiäre Bedingungen, günstige Bedingungen am Arbeitsplatz, intakte nachbarschaftliche Beziehungen, günstige materielle Bedingungen, gut ausgebautes Netz von Gesundheitsdiensten und sozialen, kulturellen und pädagogischen Einrichtungen, demokratische und rechtsstaatliche politische Rahmenbedingungen.
- Externe physische Ressourcen: eine gesunde Umwelt, ein Angebot an preiswerter, gesunder Nahrung, Medikamenten, Schutzeinrichtungen vor gesundheitlichen Gefährdungen am Arbeitsplatz, im Wohnbereich und im Straßenverkehr.
- Interne psychische Ressourcen: habituelles Gesundheitsverhalten (wie gesunde Ernährung, Bewegung, Entspannung, Erholung) und habituelle seelische Gesundheit (sich dem Leben und seinen Schwierigkeiten gewachsen zu fühlen, Sinnerfülltheit des Lebens, Selbstverwirklichung, hohes Selbstwertgefühl, Liebesfähigkeit, etc.)
- Interne physische Ressourcen: gute physische Kondition, geringe Labilität des autonomen Nervensystems, konstitutionelle Invulnerabilität (niedrige genetische oder erworbene Krankheitsdisposition) (Vgl. BECKER, 1992, S. 99-105)

Das Konzept der seelischen Gesundheit wurde von BECKER und MINSEL (1986) ausführlich dargestellt. Zu seiner diagnostischen Erfassung dient der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF (BECKER, 1989). Der Autor stellt empirische Befunde zusammen, die eine erste Stützung der These beinhalten, daß die habituelle seelische Gesundheit den Status einer »protektiven Persönlichkeitseigenschaft« hat (BECKER, 1992). Mit dem dargestellten Anforderungs-Ressourcen-Modell lassen sich Ansatzpunkte und Richtungen für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung ableiten, die nach Auffassung von Becker eine Aufgabe ist, die nur auf interdisziplinärem Wege zu lösen ist. Auf keinen Fall falle Prävention und Gesundheitsförderung ausschließlich in den Zuständigkeitsbereich der Medizin.

#### **2.4.7 Sozialisationstheoretisches Gesundheitsmodell**

Im Jahre 1988 hat der Sozialisationsforscher Klaus HURRELMANN sein komplexes Gesundheitsmodell vorgelegt. Er definiert Gesundheit als »Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet« (HURRELMANN, 1988, S. 16f.).

Aus sozialisationstheoretischer Perspektive versteht Hurrelmann Gesundheit als Teil der individuellen lebensgeschichtlichen Entwicklung. Ein wichtiges Bestimmungsstück ist die zufriedenstellende Kontinuität des Selbsterlebens (der Identität) sowie die persönliche Selbstverwirklichung in Abstimmung mit und in Rücksichtnahme auf die Interaktionspartner. Ähnlich wie Antonovsky und Becker konstruiert Hurrelmann sein Gesundheits-

modell als ein komplexes Modell der Interdependenzen von Lebensbedingungen, Belastungen, Ressourcen und Symptomen. Symptome werden dabei als »soziale, psychische und somatische Auffälligkeiten« verstanden, sie resultieren aus der Überforderung der personalen und sozialen Kapazitäten (Ressourcen) der Lebensbewältigung durch soziale, psychische und somatische Risikofaktoren (Belastungen) im Lebenslauf innerhalb der jeweils gegebenen Lebensbedingungen.

In seinem »Modell für den stufenweisen Entstehungsprozeß sozialer Abweichung, Verhaltensauffälligkeit und Gesundheitsbeeinträchtigung« nennt er vier Stufen dieses Prozesses, dabei haben »personale Ressourcen« und »soziale Ressourcen« eine wichtige stützende Funktion mit der Möglichkeit, auftretende Störungen in jedem Entwicklungsabschnitt abwenden zu können:

1. Stufe: Entwicklungsaufgaben, Anforderungen des Statusübergangs im Jugendalter (Schulleistungen, Ablösung vom Elternhaus, Gleichaltrigenbeziehungen, etc.)
2. Stufe: Risikofaktoren für Verhaltensauffälligkeit im Jugendalter (Schulversagen, Konflikte mit Eltern, Isolation von Freunden, etc.)
3. Stufe: Auftreten von Symptomen der Verhaltensauffälligkeit (Delinquenz, Drogenmißbrauch, psychosomatische Beschwerden, etc.)
4. Stufe: Verfestigung und Verstärkung der Symptome und Entwicklung einer »abweichenden Karriere« (als Kranker, Delinquenter, etc.) (Vgl. HURRELMANN, 1988).

HURRELMANN (1991) versteht gesundheitsgefährdendes Verhalten als die symptomatische Erscheinung einer tieferliegenden sozialen Bewältigungskrise. Für effektive Interventionsmaßnahmen hält er es für wichtig, das gesamte soziale Umfeld des Kindes oder Jugendlichen in die gesundheitserzieherischen Maßnahmen einzubeziehen. Es geht um die Frage, wie die Bedürfnisse nach Unabhängigkeit, intensivem Erleben, Gemeinschaft, mitmenschlichen Beziehungen, Selbsterkenntnis, Selbstverwirklichung und Selbstsicherheit befriedigt werden können. Im Kern gesundheitsfördernder Maßnahmen muß deshalb der Versuch gemacht werden, Jugendliche in ihrem Bemühen nach eigenen Lebensformen zu unterstützen. Gesundheitsförderung wird als »Stärkung von individuellen Bewältigungskompetenzen und sozialen Unterstützungspotentialen« verstanden. Eine »umfassende Gesundheitsförderung« sollte nach Auffassung von HURRELMANN (1991) im Schulbereich, im familiären Bereich, im Freizeitbereich sowie im Arbeitsbereich ansetzen.

Er plädiert beispielsweise für den Arbeitsbereich, von einem »positiven Arbeitsbegriff« auszugehen, der dem Jugendlichen die Möglichkeit bietet, Sinnvolles zu schaffen, gesellschaftliche Nützlichkeit zu erfahren, Produkte zu entwickeln und zu gestalten, sich als Person auszudrücken und darzustellen, Ideen und Gedanken in die Tat umzusetzen und zu verwirklichen. Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ist der entscheidende symbolische Schritt ins Erwachsenenalter. Wenn dieser Schritt dem Jugendlichen nicht gewährt wird, wird ihm das »soziale Fundament für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung« entzogen (vgl. HURRELMANN, 1991, S. 213).

### 2.4.8 Health Resource/Risk Balance Model

Das »Health Resource/Risk Balance Model« ist ein praxisnahes Modell, das basierend auf klinisch-ärztlichen Erfahrungen entwickelt wurde. Es stammt von HOLLNAGEL und MALTERUD (1995) von den Forschungsabteilungen für Allgemeinmedizin der Universitäten Kopenhagen und Bergen. Das Grundanliegen der Autorinnen ist es, ein klinisches Modell zu entwickeln, das die Aufmerksamkeit des Klinikers weg von den Risikofaktoren in Richtung auf das individuelle Selbstheilungspotential des Patienten und die von ihm selbst genannten Gesundheitsressourcen richtet.

Die Autorinnen stellen dabei folgende Fragen, die ein Ressourcen-Konzept erfüllen sollte:

1. Handelt es sich um selbstgenannte Gesundheitsressourcen des Patienten oder um Ressourcen aus der Sicht des Arztes?
2. Behandelt das Konzept spezifische Gesundheitsressourcen oder beinhaltet es Bewältigungsstrategien im allgemeinen?
3. Ist das Konzept abstrakt gehalten oder kann es auf den Kontext der täglichen Praxis angewandt werden?
4. Wurde in dem Konzept eine geschlechtsspezifische Perspektive berücksichtigt?

Hinsichtlich der Ressourcen und der unterschiedlichen Coping-Theorien wählten die Autorinnen für die Entwicklung ihres Modells das Konzept der Salutogenese von ANTONOVSKY (1979) aus, da sein Konzept sich nicht auf die Beziehung von Streß und Krankheit richtet, sondern die Frage nach den Widerstandsressourcen und der erfolgreichen Streßbewältigung innerhalb eines größeren sozialen Systems gestellt wird und welche Faktoren für diesen Erfolg verantwortlich sind.

Die zweite Quelle für das Modell von Hollnagel und Malterud stellt die »patientenzentrierte klinische Methode« von McWHINNEY (1989) dar. McWHINNEY (1986) kritisiert an der traditionellen klinischen Methode, daß sie ausschließlich Krankheit diagnostiziert, aber nicht zum Ziel hat, die subjektive Bedeutung der Krankheit für den Patienten zu verstehen. Sie attestiert dem traditionellen Ansatz eine schwerwiegende »defektorientierte Diagnostik«, bei der wesentliche Informationen für das eigentliche Verstehen klinischer Probleme nicht erfaßt werden. Im Verständnis der »patientenzentrierten klinischen Methode« wird der subjektiven Sichtweise des Patienten die gleiche Bedeutung beigemessen wie den traditionellen medizinischen Befunden, um zu einer vollständigen diagnostischen Schlußfolgerung zu gelangen. Die Aufgabe des Arztes sei es, das Krankheitserleben des Patienten (einschließlich Erwartungen, Gefühle, Ängste) in sein medizinisches und diagnostisches Verständnis zu integrieren sowie die Gesundheitsressourcen des Patienten zu erfassen.

Als dritte Quelle für ihr Modell beziehen die Autorinnen die Perspektive des »unterprivilegierten Anderen« ein und wählten dafür feministische Theorien, die der »Kritischen Theorie« der Frankfurter Schule (Horkheimer, Marcuse, Adorno und Habermas) nahestehen. Ein Ziel der Kritischen Theorie ist, Empowerment zu fördern durch kommunikatives Handeln, welches idealerweise die Pathologie einer Situation aufdecken und ihr zukünftiges emanzipatorisches Potential identifizieren kann (HOLLNAGEL & MALTERUD, 1995). Insbesondere liefern feministische Theorien spezifische Konzepte über Gesundheitsressourcen von Frauen (vgl. MALTERUD & HOLLNAGEL, 1997). Danach würden Frauen ein umfassenderes soziales und gesundheitsorientiertes Verständnis entwickeln aufgrund ihrer spezifischen So-

zialisierung und Lebenserfahrung im Vergleich zur männlichen Sozialisierung. Mit Anwendung ihres Modells in einer eigenen Studie konnten die Autorinnen folgende frauenspezifische Gesundheitsressourcen herausarbeiten: a) Interne Stärke, mobilisiert durch äußere Anforderungen, b) interaktive Netzwerke innerhalb und außerhalb der Familie, c) Praktizieren eines bestimmten Lebensstils, d) körperliche und soziale Aktivitäten, e) Akzeptanz des natürlichen Krankheitsverlaufs und f) Konstitution.

Das Health Resource/Risk Balance-Modell, das sich explizit an die Praktiker und klinisch Arbeitenden richtet, enthält zusammengefaßt folgende Ebenen:

- Das ärztliche Anliegen (»objective« matters) und das Anliegen des Patienten (»subjective« matters);
- Krankheit und Risikofaktoren (aus ärztlicher Sicht) und Krankheitserleben des Patienten,
- Allgemeine Widerstandsressourcen (aus ärztlicher Sicht) und subjektiv wahrgenommene Ressourcen des Patienten und
- Integration aller genannten Informationen.

## 2.5 Basiskonzepte der Gesundheitsförderung

Der folgende Abschnitt behandelt die grundlegende Konzeption von Gesundheitsförderung, insbesondere das 1986 formulierte Ziel der Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung. Außerdem werden einzelne Konzepte beschrieben, die wesentliche Bausteine der Gesundheitsförderung darstellen, wie etwa die Konzepte der personalen und sozialen Ressourcen und des Empowerments. Schließlich soll das Konzept der Prävention dem der Gesundheitsförderung gegenübergestellt werden.

In den folgenden Abschnitten wird deutlich werden, daß die Begriffe im Bereich der Gesundheitsförderung nicht einheitlich definiert und benutzt werden. Für die vorliegende Arbeit ist unter »individuellen Strategien der Gesundheitsförderung« folgendes gemeint: sowohl gesundheitsförderliche Strategien in Form von Aktivitäten, Bewältigungs- und Regulierungsmechanismen, Einstellungen und subjektiven Konzepten des Einzelnen als auch die Aktivierung, Nutzung bzw. Mobilisierung von vorhandenen bzw. wiederzuentdeckenden (personalen, sozialen, materiellen) Gesundheitsressourcen im sozial-ökologischen Lebensumfeld sowie innerhalb der Persönlichkeit des Individuums.

### 2.5.1 Konzeption und Grundlagen der Gesundheitsförderung

»Die Gesundheit eines Menschen ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt *nur* dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, dann ist der Mensch bereits krank.«  
(Viktor v. WEIZSÄCKER, 1930; Hervorh. durch den Autor)

Das vorangestellte Zitat von Viktor v. Weizsäcker formuliert ein aktuelles zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung, nämlich daß Gesundheit als ein aktiv herzustellender wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen ist und nicht als vorrangiges Lebensziel, wie dies auch in der Ottawa-Charta der WHO formuliert wurde. Gesundheit wird demnach von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und ge-



lebt, nämlich dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.« (Ottawa-Charter, 1986) Gesundheit kann nicht erreicht und gefördert werden lediglich durch Prävention und Behandlung von Krankheiten, dies gilt ebenso für psychische Krankheiten (vgl. ORLEY, 1998). Geht es um Gesundheitsförderung, dann stößt das Konzept der Prävention auf klare Grenzen, worauf später (im Abschnitt 2.5.4.) näher eingegangen wird.

Die erste internationale Konferenz der WHO zur Gesundheitsförderung fand am 21.11.1986 in Ottawa statt, sie verstand sich in erster Linie als eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung. Die Diskussion befaßte sich vorrangig mit Erfordernissen in Industrieländern, es wurden aber auch Probleme aller anderen Regionen erörtert. Während in den vergangenen Jahrzehnten die medizinisch ausgerichtete Gesundheitsversorgung in den Industrienationen mit stetig steigenden Kosten verbunden war, wurde zunehmend deutlich, daß weitere Investitionen im kurativen Bereich die Gesundheit der Bevölkerung nicht mehr grundlegend verbessern kann. Aufgrund dieser Erkenntnis setzt sich die Ottawa-Charta für eine umfassende, soziale und ökologische Auffassung von Gesundheit ein. Danach erfordert »aktives, gesundheitsförderliches Handeln« folgende Schritte:

- **Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln**  
(Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen, strukturelle Veränderungen; koordiniertes Handeln für größere Chancengleichheit in Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik; Entwicklung von ungefährlicheren Produkten, gesünderen Konsumgütern; erholsame, saubere Umgebung)
- **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen**  
(Gegenseitige Unterstützung fördern; Sorge um die Gemeinschaft, die natürliche Umwelt, gesunde Ernährung; Erhaltung der natürlichen Ressourcen als globale Aufgabe; gesundheitsförderliche Arbeits- und Lebensbedingungen)
- **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen**  
(Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung; Stärkung ihrer Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange)
- **Persönliche Kompetenzen entwickeln**  
(Entwicklung der Persönlichkeit und sozialer Fähigkeiten; Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten; Befähigung, mit verschiedenen Lebensphasen und chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können)
- **Die Gesundheitsdienste neu orientieren**  
(Erweiterung medizinisch-kurativer Leistungen durch Gesundheitsförderung; feinfühlig, respektvolle Haltung gegenüber unterschiedlichen kulturellen Bedürfnissen; verstärkte gesundheitsbezogene Forschung, Veränderung in Aus- und Weiterbildung, was einen Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen impliziert) (vgl. WORLD HEALTH ORGANISATION, 1988).

Die Teilnehmer der Konferenz rufen zur »gemeinsamen Verpflichtung zur Gesundheitsförderung« auf, d.h. auf den verschiedenen oben beschriebenen Ebenen aktiv mitzuwirken.

ken. Der Aufruf beinhaltet u.a., die einzelnen Menschen selbst als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und sie zu unterstützen und auch finanziell zu befähigen, sich selbst, ihre Familien und Freunde gesund zu erhalten (vgl. WORLD HEALTH ORGANISATION, 1988).

Seit der Ottawa-Konferenz gab es drei weitere Konferenzen zur Gesundheitsförderung und einige WHO-Programme und Projekte wurden seitdem entwickelt und durchgeführt, welche das Ziel haben, Gesundheitsförderungskonzepte in die Praxis umzusetzen, z.B. »Gesunde Städte« und »Gesunde Inseln«, Netzwerke von »Gesundheitsfördernden Schulen« und »Gesundheitsfördernden Kliniken«, Projekte zu »Gesundheitsfördernden Arbeitsplätzen« sowie Aktionspläne zu Alkohol und Tabak, aktivem Leben und gesundem Altern (vgl. NUTBEAM, 1998a).

NOACK (1987) gibt einen guten Überblick über die Konzeptionen von Gesundheit und Gesundheitsförderung. Er hält dabei zwei Dimensionen der Gesundheit für die Gesundheitsförderung als wesentlich: a) Gesundheitsbalance und b) Gesundheitspotential.

Die a) »*Gesundheitsbalance*« wird als Prozeß oder interner Zustand betrachtet und als dynamisches Äquilibrium bezeichnet. Laien erleben einen solchen Zustand entweder als die Abwesenheit körperlicher und psychosozialer Bedürfnisse, Symptome, Krankheit oder Behinderung, bzw. in einem positiven Sinne als körperliches, psychisches oder soziales Wohlbefinden, abhängig von ihrem soziokulturellen Hintergrund bzw. gesundheitsbezogener Erfahrungen. Demgegenüber definieren Professionelle die Gesundheitsbalance in physiologischer und/oder psychologischer Terminologie und in Verhaltensparametern, die je nach bestehenden Normen variieren können.

Das b) »*Gesundheitspotential*« ist nicht nur ein besonderer Zustand in einem spezifischen Zeitraum oder Situation, sondern eine wichtige und relativ stabile Voraussetzung für die Gesundheitsbalance. Das Gesundheitspotential bezieht sich entweder auf die Kapazität oder auf die besondere Art von Interaktion zwischen der Person und ihrer Umwelt, die notwendig ist, um eine Balance aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen, wenn sie verloren gegangen ist. Es bedeutet z.B. eine gesunde Ernährungsweise, Immunresistenz, körperliche Fitness, emotionale Stabilität, angemessenes Wissen über und Einstellung zu Gesundheit, ein gesunder Lebensstil oder effektive Bewältigungsmuster gegenüber psychosozialen Streß. Globaler ausgedrückt handelt es sich um den körperlichen Gesundheitsstatus, ein allgemeines Coping-Potential, Lebensstil und Selbsthilferessourcen (vgl. NOACK, 1987, S. 16).

Noack hält es für sinnvoll, alle klinischen Aktivitäten wie medizinische Diagnose, Behandlung und Patientenbetreuung vom Konzept der Gesundheitsförderung auszuschließen, was ihn zu einer klaren Aufteilung veranlaßt: Die Verbesserung der »Gesundheitsbalance« soll das Ziel der medizinischen Behandlung und Patientenbetreuung sein, während die Aufrechterhaltung und Optimierung des »Gesundheitspotentials« des einzelnen das Hauptanliegen der Gesundheitsförderung darstellen soll.

In der Konzeption der Gesundheitsförderung wird zwischen dem individuellen und dem gemeinschaftlichen Ansatz unterschieden: Der individuelle Ansatz zielt direkt auf die Stärkung des Gesundheitspotentials des einzelnen, während der Gemeinschaftsansatz primär auf die Verbesserung des sozialökologischen Gesundheitspotentials abzielt, d.h. die ökonomischen, sozialen, kulturellen, technischen und Umweltfaktoren. Die Gesundheitsprobleme der Industrienationen unterscheiden sich stark von denen in Entwicklungs-

ländern und erfordern unterschiedliche Zielsetzungen und Strategien von Gesundheitsförderung. In großen Teilen der Dritten Welt gilt es, gegen Hunger anzukämpfen und die Lebensbedingungen zu verbessern, während es in Industrienationen darum geht, die negativen Konsequenzen des technologischen Fortschritts zu reduzieren, die zu ungesunden Lebensstilen führen (vgl. NOACK, 1987).

MILZ (1992) macht Vorschläge für die praktische Umsetzung des Health Promotion-Ansatzes und betont, daß das Individuum in seiner komplexen, realen Lebenssituation untersucht und in seiner eigenen Sprache und Ausdrucksform verstanden werden muß, wenn gesundheitsfördernde Lebensstile sinnvoll gefördert werden sollen. Unterstützende Aktionen müssen unabhängig von den Präferenzen der Professionellen stattfinden, was zu Konflikten zwischen ihren eigenen Vorstellungen und denen ihres Klientels führen kann. Er schlägt folgende hierarchisch aufgebaute Interventionsebenen vor: Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz, frühes Aufdecken von Gesundheitsmängeln, frühe Diagnostik von Krankheiten, Akutbehandlung, kontinuierliche Behandlung und Rehabilitation.

Wenn es um die praktische Realisierung der Konzepte der Gesundheitsförderung geht, besteht allerdings noch eine große Kluft zwischen den Zielen und ihrer Umsetzung. Die Frage der Zuständigkeit für die Aufgaben der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung im Gesundheitsreformgesetz wurde durch die Übertragung dieser Aufgaben auf die Krankenkassen neu geregelt (vgl. NOWAK, 1990). KLOTTER (1997) kritisiert, daß von den Krankenversicherungen von Anfang an (seit 1989) nicht deutlich zwischen Marketing und Gesundheitsförderung getrennt wurde, viele Krankenkassen haben intern die Abteilung Gesundheitsförderung der Marketingabteilung unterstellt. Wenn Gesundheitsförderung als Marketing ausgegeben wird, müssen die Teilnehmer wie Kunden, nämlich nett, freundlich und fröhlich behandelt werden. Damit gerät Gesundheitsförderung zur Animation. KLOTTER (1997) stellt fest, daß Ende der 80er Jahre nur wenige wußten, wie Gesundheitsförderung zu gestalten sei, was zu einer Flut an unqualifizierten Kursangeboten jeglicher Art führte. Er fordert die Aus- und Fortbildung von Kursleitern, die Entwicklung und Erprobung von Manualen, das Entwickeln von Interventionstechniken, die Auswahl des Klientels samt Indikation und Kontraindikation.

In diesem Zusammenhang geht WALLER (1992) der Frage nach, inwieweit psychosoziale Dienste für die Gesundheitsförderung eingebezogen werden und fordert zu einer realistischen Einschätzung der Situation auf. Er meint, daß die psychosozialen Dienste voll ausgelastet sind mit der Hilfe für Menschen in sozialer, psychischer und materieller Not. Ohne Erweiterung der personellen Kapazität würde eine Neuorientierung psychosozialer Dienste in Richtung Gesundheitsförderung bedeuten, daß ein erheblicher Teil ihrer therapeutischen Arbeit für Menschen in Krisen, Konflikten, mit Krankheiten und Behinderungen reduziert werden müßte. Angesichts der tiefgreifenden Veränderungen, insbesondere im Osten Deutschlands, die mit großer psychischer und sozialer Not verbunden sind, wäre es fatal, wenn die Idee der Gesundheitsförderung die Kluft zwischen Gesunden und Kranken, Privilegierten und Benachteiligten vertiefen würde, anstatt dazu beizutragen, sie zu überbrücken.

KICKBUSCH (1995), konzeptionell federführend für den WHO-Ansatz der Gesundheitsförderung, hat verschiedenenorts ihre Sorge davor ausgedrückt, daß die Gesundheitsförderung zur »Sozialarbeit der Medizin« degradiert werden könnte, d.h. daß alle »weiche Themen« von sozialen und individuellen Gesundheitsaufgaben an wohlthätige,

einflußlose Gruppierungen delegiert werden, diese Gruppierungen aber von zentralen gesundheitspolitischen Entscheidungen ausgeschlossen werden. Sie fordert deshalb, daß die Gesundheitsförderung sich wegbewegen muß von dem Bereich Gesundheitserziehung, dem viele Länder und Professionelle noch anhaften, und sich zu einem Kernbereich moderner Gesundheitspolitik entfalten sollte. Sie betont den ausdrücklich demokratischen Ansatz der Ottawa-Charta und hebt hervor, daß im Sinne von Gesundheitsförderung der Prozeß wichtiger sei als das Ergebnis, was vor allem für hierarchisch strukturierte Gesellschaften nicht einfach zu akzeptieren sei. Diese Erkenntnis ist ihrer Ansicht nach auch für Professionelle nicht einfach, die lernen müssen, in ihrer klinischen Arbeit zuzuhören und sich von einer kontrollierenden hin zu einer »befähigenden Handlungsweise« (enabling) umzustellen. KICKBUSCH (1995) setzt sich insbesondere für die Erforschung der Gesundheit von Frauen ein und fordert einen Gesundheitsansatz, der weniger die reproduktive Gesundheit von Frauen als vielmehr ihren zentralen Beitrag zur gesellschaftlichen Entwicklung thematisiert. Ein solcher Ansatz sollte dabei vor allem salutogenetische Hypothesen erforschen.

### **2.5.2 Konzeption des Empowerment**

Der Begriff »Empowerment« bedeutet übersetzt etwa »Selbstbefähigung« oder »Selbstbemächtigung«. Er entstammt historisch der nordamerikanischen Emanzipationsbewegung der Frauen und der Befreiungsbewegung der Schwarzen. In beiden Fällen ging es um eine Auflehnung gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit. Für diesen Kampf war ein Zurückgewinnen von Stärke und Kraft notwendig, aus der heraus es gelingt, sich für die eigenen Rechte einzusetzen und sich nicht länger unterlegen zu fühlen (vgl. KNUF & SEIBERT, 2000; Einleitung S. 6).

Das Konzept des Empowerment ist eng verbunden mit der Definition der Ottawa-Charta, die gesundheitsbezogene Aktionen sowohl auf individueller als auch auf der Ebene der Gemeinde beschreibt und Empowerment zu den zentralen Bestandteilen der Gesundheitsförderung zählt. Das bedeutet im einzelnen, daß Individuen und Organisationen ihre Fähigkeiten und Ressourcen in gemeinschaftlicher Anstrengung einsetzen, um aktiv an politischen, sozialen und kulturellen Entscheidungsprozessen teilzuhaben (vgl. NUTBEAM, 1998a). Durch das Engagement wird das Bewußtsein gestärkt, einen gestaltenden Einfluß auf die eigenen Lebensbedingungen nehmen zu können. Es werden neue persönliche Kompetenzen entdeckt und gefördert und befriedigende Sozialkontakte in der Gemeinde geknüpft (vgl. LEGEWIE, 1997).

Empowerment ist das Gegenteil von Demoralisierung. RAPPAPORT (1985) stellt das Konzept des Empowerment dem Konzept der traditionellen Prävention gegenüber. Während der traditionelle Präventionsansatz von einem Bedürftigkeits- bzw. Risikofaktorenmodell ausgeht und expertenorientierte Hilfsangebote für bedürftige Menschen oder Risikogruppen anbietet, baut der Empowerment-Ansatz auf vorhandene bzw. zu entwickelnde Stärken. Das folgende Zitat beschreibt die Zielsetzung von Empowerment:

»Prävention braucht professionelle Experten, Empowerment Mitstreiter sozialer Veränderungen. Empowerment geht davon aus, daß viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden oder zumindest möglich sind, vorausgesetzt, man schafft Handlungsmöglichkeiten. Das Konzept des Empowerments unterstellt, daß das, was als Defizite wahrgenommen wird, das Ergeb-

nis sozialer Strukturen und mangelnder Ressourcen darstellt, in denen sich vorhandene Fähigkeiten nicht entfalten können. Müssen neue Fähigkeiten erlernt werden, so sind sie am besten in der natürlichen Welt, statt in künstlichen Programmen zu lernen, in denen jeder Beteiligte weiß, daß in Wirklichkeit der Experte die Zügel in der Hand hält.« (RAPPAPOUR, 1985, S. 270f.)

Auf individueller Ebene bedeutet Empowerment, wenn Menschen sich aus einer Situation von Macht- und Hilflosigkeit herausbewegen und ihre Stärken (wieder)entdecken. Sie sehen einen direkten Zusammenhang zwischen ihren Lebenszielen und dem Gefühl, wie diese erreicht werden können. Die Ottawa-Charta betont die Stärkung der grundlegenden Lebensfertigkeiten (»Life skills«) und Kapazitäten des Individuums, d.h. beispielsweise Entscheidungen treffen, Probleme lösen, kreatives und kritisches Denken, Empathie, Kommunikations- und interpersonelle Fähigkeiten, Bewältigung von Emotionen und Umgang mit Stress (vgl. NUTBEAM, 1998a).

Nach STARK (1996) erzählen Empowerment-Prozesse von »Geschichten der Stärke in einer Situation des Mangels«, von der aktivierenden Entwicklung gleichwertiger Rollenbeziehungen zwischen Personen und Gemeinschaften – etwa zwischen Laien und Professionellen – denen es gelingt, ihre Ressourcen zu erkennen und zu nutzen. Dieses Potential ist kein knappes Gut, das kontrolliert und verteilt, sondern eher als Möglichkeitsraum entdeckt werden muß (RAPPAPOUR 1986; zit. nach STARK, 1996). In den meisten Fällen muß es freigesetzt werden, »befreit von den Verkrustungen eines Denkens in Defiziten« und der Abhängigkeit von Experten. Stark versteht Empowerment nicht als ein neues, modisches Wort, sondern als einen Begriff, der neue Blickwinkel auf soziale Zusammenhänge eröffnet und verschüttete Potentiale freisetzt (vgl. STARK, 1996, S. 17).

LEGEWIE und JANß EN (1997), die Empowerment-Effekte bei engagierten Menschen in Bürgerinitiativen untersuchten, zählen den »subjektiven Gemeinschaftssinn« zu den wichtigsten kognitiven Strukturen, die für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gemeinwesen bedeutsam sind. Dazu zählt das Gefühl, an einem Ort beheimatet zu sein, sich in soziale Netze eingegliedert zu fühlen und »gebraucht« zu werden (RÖHRLE, 1994). Im Rahmen des persönlichkeitspsychologischen Konzeptes der internalen Kontrollüberzeugung spricht FISCHER (1991) von einem Bedürfnis nach Kontrolle über die eigenen Lebensumstände, das sich in dem Bestreben äußert, Ereignisse und Umstände in der eigenen Lebenswelt zu beeinflussen, vorherzusagen oder sich zumindest erklären zu können.

ZIMMERMANN (1990, zit. nach STARK, 1996) bezeichnet den Weg zu psychologischem Empowerment als »learned helpfulness«, ein Ansatz, der die Auswirkungen einer Verbindung von Kontrollbewußtsein und kontrollierendem oder gestaltendem Handeln beschreibt – eine positive Alternative oder Ergänzung zu dem traditionellen Modell der »gelernten Hilflosigkeit« von SELIGMAN (1975). Ergebnisse einer ersten empirischen Untersuchung zeigen, daß die aktive Teilnahme an gemeinwesenorientierten Initiativen positive Auswirkungen auf die Entwicklung psychologischen Empowerments bei Studenten und Stadtteilbewohner hat. Dabei habe das Bewußtsein von Empowerment stärkere positive Auswirkungen gegenüber Entfremdungsgefühlen als einfach das aktive Engagement in einer Initiative (vgl. STARK, 1996).

ANTONOVSKY (1987) bezieht hier eine andere Position. Er kritisiert die Überbetonung internaler Kontrollüberzeugung als typische Wertorientierung in einer westlichen, indu-

strialisierten Kultur. Er postuliert demgegenüber die Überzeugung und das Vertrauen, »daß sich die Angelegenheiten gut entwickeln werden« und er läßt bewußt offen, ob die Kontrolle durch die eigene Handlung, das Anvertrauen an »mächtige« andere oder durch Partizipation an deren Kontrolle sichergestellt wird. Antonovsky zufolge ist keine sichere Erfolgserwartung erforderlich und komplexe, auch konfliktrichtige Komplikationen können dann bewältigt werden, wenn sie für den einzelnen verstehbar sind und die Zuversicht erhalten bleibt (vgl. auch BEUTEL, 1989).

In der Praxis, sogar in der psychiatrischen Selbsthilfebewegung, steht man dem Empowerment-Begriff in einigen Punkten skeptisch gegenüber, so wichtig und existentiell er auch in seinen Grundannahmen angesehen wird. Die »(Wieder-)Gewinnung der Kontrolle über die eigenen Lebensumstände« ist für viele Psychiatrieerfahrenen ein sehr hoher Anspruch und stellt oft eine Überforderung für sie dar. »Power« ist etwas, über das sie vor allem in Krisenzeiten gar nicht, ungenügend oder aber im Übermaß verfügen. Kritisch gesehen wird, daß in dem Konzept des Empowerment ein Leitbild von Gesundheit impliziert ist, das für chronisch Kranke gar nicht mehr erreichbar ist. Dennoch hilft das Konzept, (professionelle) Türen zu öffnen (vgl. GEISLINGER, 2000).

Das Konzept des Empowerment stellt – unter Berücksichtigung seiner Grenzen – eine zentrale Komponente des Gesundheitsförderungs-Ansatzes dar, da es grundsätzlich von bestehenden bzw. verschütteten Fähigkeiten und Stärken des Individuums ausgeht, die es zu entdecken und zu unterstützen gilt. Dieser Ansatz steht in enger konzeptioneller Verbindung zur »Ressourcen-Forschung«, die die gesundheitsfördernden Ressourcen des Individuums untersucht, auf die im folgenden eingegangen werden soll.

### **2.5.3 Integration des Ressourcen-Begriffs in das Konzept der Gesundheitsförderung**

Der Begriff »Ressourcenforschung« wurde von BADURA (1981) analog zum Begriff der »Belastungsforschung« entwickelt und stellt ein Gegengewicht zum pathogenetischen Ansatz dar. Zu den klassischen Fragestellungen der »Belastungsforschung« gehört die Identifizierung von akuten bzw. chronischen Belastungen, die zur Entstehung von Krankheiten beitragen und/oder ihrer Bewältigung im Wege stehen. Die Identifizierung von persönlichen, sozialen, organisationalen und materiellen Ressourcen, Hilfen und Schutzfaktoren für die Verhinderung von Krankheiten bzw. für die Erleichterung ihrer Bewältigung ist Gegenstand der »Ressourcenforschung«. Im Sinne der Ressourcenforschung lautet die zentrale Frage: Welche »Mittel« stehen einer Person zur Verfügung bzw. lassen sich aktivieren, um mit Streß fertig zu werden, Belastungen zu ertragen und die eigene Gesundheit zu erhalten bzw. nicht krank zu werden (vgl. UDRIS, KRAFT, MUSSMAN & RIMANN, 1992).

In der Ottawa-Charta der WHO wird Gesundheit »... als eine Ressource für das tägliche Leben, nicht als Ziel des Lebens« charakterisiert. »Es ist ein positives Konzept, das soziale und persönliche Ressourcen betont, ebenso wie physische Fähigkeiten« (KICKBUSCH, 1986, S. 2). In der Ottawa-Charta wird auf den Ressourcenansatz von Caplan (1964) zurückgegriffen (vgl. UDRIS et al., 1992). Sein Ätiologie-Modell zur Erklärung der für Gesundheit notwendigen Voraussetzungen ist relativ einfach und besagt: Das Vorhandensein bestimmter Ressourcen begünstigt Gesundheit, ein Mangel an wichtigen Ressourcen kann zu Störungen der Gesundheit führen.

Eine *echte*, elaborierte Ressourcentheorie fehlt jedoch nach Auffassung von UDRIS und

seinen Mitarbeitern (1992) nach wie vor. Sie entwickelten einen system- und handlungstheoretischen Ansatz, mit dem sie zwischen einem »strukturellen« und einem »funktionalen« Aspekt von Ressourcen unterscheiden.

**Struktureller Aspekt von Ressourcen:** Ressourcen von und für Gesundheit lassen sich durch die strukturellen Eigenschaften der Systemkomponenten selbst beschreiben wie z.B. Stärke, Stabilität, Differenziertheit oder Lernfähigkeit der einzelnen Systeme.

**Funktionaler Aspekt von Ressourcen:** In funktionaler Hinsicht wird Gesundheit als Prozeß der Erzeugung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung einer dynamischen Balance betrachtet, d.h. als ein »zielgerichtetes Zurückgreifen«, »Nutzen« oder »Beeinflussen« dieser Systemeigenschaften etwa durch Austausch, Kommunikation oder Transaktion. Dieser Prozeß dient dem »eigentlichen« Zweck der Salutogenese, nämlich der Selbstorganisation und Selbsterneuerung des »gesunden« Systems Individuum (vgl. UDRIS et al., 1992, S. 14). In ihrem system- und handlungstheoretischen Ansatz unterteilen UDRIS und seine Mitarbeiter (1992) Ressourcen in a) »Organisationale Ressourcen« mit Situationskontrolle und sozialer Unterstützung einerseits und b) »Personale Ressourcen« mit situationskonstanten Handlungsmustern, kognitiven Überzeugungssystemen und Bewältigungsmustern andererseits. Dabei kommt der komplexen Wechselwirkung zwischen personalen und organisationalen Ressourcen eine zentrale Bedeutung zu. Dies bedeutet, daß die Gesundheitsrelevanz von personalen Ressourcen nicht unabhängig von sozialen Beziehungen verstanden werden kann. Beispielsweise wird soziale Unterstützung nur auf der Grundlage der individuellen Beziehungserfahrung und -gestaltung wirksam. Die bisherige, häufig isolierte Betrachtung des Individuums in der Forschungsliteratur führte zu einer Überbetonung individueller, autarker und auf aktive Kontrolle ausgerichteter Bewältigung. Ebenso wird soziale Unterstützung vielfach als etwas Statisches, Gegebenes gesehen, als etwas, was dem Einzelnen, der Hilfe braucht, »einfach zur Verfügung steht« als externe Ressource. Wichtiges dynamisches Bindeglied zwischen personalen und sozialen Ressourcen ist im Verständnis der Autoren die Fähigkeit, hilfreiche und vertrauensvolle Beziehungen herzustellen, anzunehmen und aufrechtzuerhalten bzw. ein dynamischer Prozeß, in dem das Individuum Hilfeleistungen evozieren, mobilisieren, annehmen, anderen geben oder auch abweisen kann (vgl. UDRIS et al., 1992).

An dieser Stelle sei noch einmal Antonovskys Verständnis von Ressourcen zu erwähnen. Er sieht die Nutzung und Aktivierung von Ressourcen weniger als ein individuelles Geschehen, sondern in »wechselseitiger Abhängigkeit« und in einem »vertrauensvollen Sichverlassen auf die Ressourcen anderer«. Er drückt diese Sichtweise mit folgendem Statement aus: »Mir stehen Ressourcen zur Verfügung – eigene oder solche von zuverlässigen und vertrauenswürdigen Menschen, mit denen ich schon gut zurechtkommen werde.« (ANTONOVSKY, 1997, S. 62)

Gesundheitsrelevante Ressourcen werden in der Literatur – bei häufig synonymem Verwendung der Begriffe – in zwei Gruppen unterschieden:

- a) *Innere Ressourcen*, d.h. (interne, individuelle, subjektive, personale) physische und psychische Ressourcen.
- b) *Äußere Ressourcen*, d.h. (externe, objektive) physikalische, materielle, biologische, ökologische, soziale, institutionelle, kulturelle, organisationale Ressourcen.

(Vgl. die in Abschnitt 2.4. beschriebenen Gesundheitsmodelle von ANTONOVSKY, BECKER, HURRELMANN und außerdem UDRIS & FRESE, 1988.)

**Personale Ressourcen:**

Im folgenden werden die Konstrukte aufgezählt, die in der Literatur als gesundheitsfördernde, personale Ressourcen aufgefaßt werden (vgl. BEUTEL, 1989; UDRIS et al., 1992; SCHULTE-CLOOS & BAISCH, 1996; FALTERMAIER, 1999). Es handelt sich dabei um eine heterogene Aufzählung von Persönlichkeitskonstrukten und Konzepten mit unterschiedlichem Theoriebezug:

- Zuversicht bzw. Optimismus (vgl. SCHEIER & CARVER, 1985);
- »Prinzip Hoffnung« (vgl. HEIM, 1994) oder »archaisches Hoffnungspotential« (DENEKE et al., 1987);
- Internale Kontrollüberzeugung (locus of control) (ROTTER, 1975);
- Selbstvertrauen oder positives Selbstwertgefühl (u.a. FOLKMAN et al., 1986; HOLAHAN & MOOS, 1985);
- Selbstwirksamkeit (self-efficacy) (BANDURA, 1977);
- Stabiles Selbstsystem (DENEKE et al. 1987);
- Ich-Identität (ANTONOVSKY, 1979; AMMON, 1982)
- Unbekümmerte Selbsteinschätzung (HOLAHAN & MOOS, 1985);
- Interpersonales Vertrauen (ROTTER, 1967);
- Selbstaufmerksamkeit (SULS & FLETCHER, 1985);
- Selbstregulation (MCCRAE & COSTA, 1986);
- Ich-Stärke (ein Begriff aus der Psychoanalyse, z.B. BARRON, 1953; BALINT, 1988);
- Intelligenz (ANTONOVSKY, 1979)
- Gefühl der Ganzheit und Identität (z.B. TRESS, 1986)
- Kognitive Kompetenzen und Temperamentsfaktoren (z.B. Flexibilität) (LÖSEL et al. 1992);
- Bewältigungskompetenzen (coping styles) (vgl. FOLKMAN, 1984);
- Hardiness (KOBASA, 1982);
- Kohärenzerleben (ANTONOVSKY, 1979, 1987).

BEUTEL (1989) weist darauf hin, daß einige Autoren (z.B. KOBASA et al., 1982) annehmen, daß sich die personalen Ressourcen in Form konkreter Bewältigungsstrategien ausdrücken und wirksam werden. Wo dieser Zusammenhang gemessen wurde, ist er allerdings eher als inkonstant und gering ausgeprägt anzusehen. Er schlägt daher vor, daß die stärker verhaltensorientierten Bewältigungsstrategien unabhängig von den personalen Ressourcen erhoben werden sollen. Zu den gesundheitsförderlichen Bewältigungsstrategien zählt er u.a. aktives versus vermeidendes Coping bzw. Tendenz zur Problemabschwächung (vgl. BECKER, 1985; HOLAHAN & MOOS, 1985), Bevorzugung reifer gegenüber unreifer Abwehrformen (vgl. VAILLANT, 1974). Von UDRIS et al. (1992) werden das bewertungsorientierte, problemorientierte und emotionsorientierte Coping (MOOS, 1988) dazugezählt.

**Soziale Ressourcen:**

Zu den sozialen Ressourcen werden soziale Unterstützung, soziale Integration und soziale Netzwerke sowie Zugangsmöglichkeiten zu professionellen Hilfen gezählt. Als einer der ersten hat MECHANIC (1962, 1977) auf die soziale Unterstützung als »moderierende Funktion« hingewiesen und sie den internalen Ressourcen als gleichwertige Copingvariable ge-



genübergestellt. Im Gesundheitsförderungs-Verständnis der WHO beinhaltet soziale Unterstützung die emotionale Unterstützung, das Teilen von Information, materielle Ressourcen sowie Dienstleistungen und wird als wichtiger Bestandteil von Gesundheit betrachtet. Außerdem trägt sie zur Verbesserung der Lebensqualität bei (vgl. NUTBEAM, 1998a).

*Soziale Netzwerke* können je nach Größe und Zusammensetzung in unterschiedlichem Grade folgende Funktionen erfüllen: Informationsvermittlung, praktische Alltagshilfe, emotionale Unterstützung und Vermittlung eines Rahmens für den Aufbau der sozialen Identität. Menschen mit einem ressourcenreichen Netzwerk können mit Bedrohungen, Belastungen und Konflikten besser fertig werden als Menschen mit einem reduzierten Netzwerk (KEUPP, 1991; v. KARDOFF & STARK, 1990). Soziale Unterstützung besitzt eine positive Funktion für die Streßbewältigung, für die Prävention von Krankheiten und Befindensstörungen sowie für die Aufrechterhaltung der Gesundheit (vgl. u.a. COHEN & SYME, 1985; RÖHRLE, 1987; HOUSE, 1981). In Analogie zum biologischen Immunsystem spricht CAPLAN (1964) vom »sozialen Immunsystem«.

SCHWARZER (1992) unterscheidet zwischen *sozialer Integration* und *sozialer Unterstützung*. Soziale Integration meint mehr die formalen Bedingungen des sozialen Netzwerkes (z.B. Netzwerkgröße und -dichte, Interaktionsfrequenz). Ein soziales Netz läßt sich als ein Potential für sowohl positive als auch negative Interaktionen auffassen. Wer enge Sozialbeziehungen pflegt, wird davon profitieren, aber auch Konflikte und Spannungen ertragen müssen. Soziale Integration ist im Prinzip weder gut noch schlecht, sie stellt eine wichtige Voraussetzung für soziale Unterstützung dar. Demgegenüber beschreibt soziale Unterstützung mehr den qualitativen und funktionalen Aspekt sozialer Beziehungen. Schwarzer unterscheidet zwischen wahrgenommener und erhaltener Unterstützung, die emotional, instrumental oder informationell sein kann.

Enge Bindungen sind zwar keine notwendigen Voraussetzungen von sozialer Unterstützung, die alltäglichen Interaktionen mit einer Vielzahl von Menschen (etwa Friseure, Verkäufer, Barmixer) können wichtige Elemente des Gefühls der Einbettung und der sozialen Unterstützung ausmachen. Die meisten Prozesse von Unterstützung spielen sich aber aus der Sicht von SCHWARZER (1992) in engen Sozialbeziehungen ab, wie z.B. in der Ehe, in der Familie oder mit Freunden. SCHULTE-CLOOS und BAISCH (1996) betonen aufgrund einer eigenen Untersuchung, daß eher das Gefühl von Eingebundensein eine unterstützende Rolle spielt als die reale, instrumentelle Unterstützung.

In Bezug auf das Konzept der Gesundheitsförderung wird oft betont, daß sowohl die soziale Unterstützung als auch das soziale Netzwerk wesentlich von dem aktiven Austausch zwischen der Person und ihrer Umgebung abhängen. Soziale Unterstützung kann also nicht einfach als gegeben angesehen werden, sondern »sie muß auch von der Person wahrgenommen und angenommen werden« (HURRELMANN, 1991, S. 198). Außerdem kann hier ergänzt werden, daß die Person in ihren unterschiedlichen sozialen Beziehungen nicht nur der empfangende, sondern auch der gebende Teil von Unterstützung sein kann. AMMON (1982) weist auf die Wechselwirkung zwischen der Identität des einzelnen Menschen (hier verstanden als personale Ressource) und sozialen Beziehungen, insbesondere den emotionalen und sozialen Austausch (»Sozialenergie«) unter Menschen hin. Ähnlich wie UDRIS et al. (1992) in ihrem oben beschriebenen systemtheoretischen Verständnis von personalen und sozialen Ressourcen stehen in Ammons gruppendynamischen Verständnis Identität und soziale Beziehungen in einem engen wechselseitigen Bedingungsverhältnis zueinander.

Abschließend soll neben dem großen Potential, das den Ressourcen für die Gesunderhaltung und Resistenz gegen Erkrankungen innewohnt, auch die Begrenztheit ihrer Wirksamkeit erwähnt werden. SCHULTE-CLOOS und BAISCH (1996) untersuchten in einer Studie zur Resilienz, die eng mit den Ressourcen zusammenhängt, sog. resiliente Personen, die in ihrem Leben erhebliche Belastungen anscheinend ohne offensichtliche Schädigungen im physischen oder psychischen Bereich durchgemacht hatten. Die Autoren stellen fest, daß den Betroffenen klar war, daß auch ihre Belastbarkeit Grenzen kennt. Die Autoren sprechen von einem »Mythos der lebenslangen Unverwundbarkeit«. Sie kritisieren am Ressourcen-Konzept, daß es sowohl in der Begrifflichkeit nicht klar definiert ist und daß empirisch nicht nachgewiesen werden kann, welche Bestandteile letztlich die Bedeutung als Ressource im Belastungsprozeß ausmachen. So sei es beispielsweise schwierig, die Frage zu beantworten, ob »Selbstwert« die Voraussetzung oder die Folge von »sozialer Unterstützung« ist. SCHULTE-CLOOS und BAISCH (1996) weisen im folgenden auf einige methodische Schwierigkeiten und Unklarheiten hinsichtlich des Resilienz- und Ressourcen-Konzeptes hin:

- a) Unklar ist, ob eine sog. Ressource als Resilienz-Faktor konzeptioniert werden soll oder ob es angemessener erscheint, schon das Fehlen dieses Faktors als zusätzlichen Stressor aufzufassen.
- b) Belastung und Streß müssen unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten differenziert betrachtet werden, z.B. unter welchen Kontextbedingungen wird welche Belastung zum Motor für die Entwicklung welcher Ressourcen? Oder ist die Entwicklung bestimmter Ressourcen (z.B. Selbstwert) gebunden an bestimmte Altersstufen?
- c) Ressourcen dürfen nicht als unabhängig konzeptioniert werden, gerade ihre nicht additive Wirkung muß erwogen werden. So gibt es Hinweise aus der sozialpsychologischen Forschung, daß soziale Unterstützung bei Mangel an Selbstwert eher kontraproduktiv wirken kann.
- d) Die Potenz einer Ressource im Bewältigungsprozeß zeigt sich insbesondere bei bedrohlicher Belastung, weniger wirksam müßte sie bei sog. Alltagsschwierigkeiten sein, und dies müßten Studien belegen können.
- e) Die wechselseitige Abhängigkeit von Ressourcen muß genauer untersucht werden, es wäre zu fragen, ob das Vorhandensein einer Ressource die Abwesenheit einer anderen kompensieren kann (z.B. kognitive Fähigkeiten den Mangel an sozialer Unterstützung).
- f) Wechselwirkungen mit anderen Variablen (z.B. Geschlecht, sozioökonomischer Status) müssen beachtet werden. Es gibt Hinweise aus der Forschung, daß soziale Unterstützung bei Frauen ein bedeutsamerer Streßpuffer sei als bei Männern (vgl. SCHULTE-CLOOS & BAISCH, 1996, S. 436).

Bezüglich Punkt b) »Alter/Entwicklung« stellen BENDER und LÖSEL (1998) fest, daß Belastungsreaktionen mit zunehmender Reife von Kindern bzw. Jugendlichen eher im nach außen weniger auffälligen internalisierenden Bereich liegen. Bei Fremdbeurteilungen besteht dann die Gefahr, daß Personen deshalb als »resilient« eingestuft werden, weil sie gegenüber einer Vergleichsgruppe keine deutlichen externalisierenden Störungen wie Aggressivität oder Delinquenz aufweisen. Dabei können Ängste, depressive Verstimmungen, psychosomatische Beschwerden und andere internalisierende Probleme unter Umständen übersehen werden.

### 2.5.4 Beziehung zwischen den Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung

Bevor auf die Beziehung zwischen den Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung eingegangen wird, soll kurz der Hauptgedanke der Prävention dargestellt werden. Es wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden. *Primäre Prävention* zielt dabei auf strukturelle (z.B. Arbeitsschutz, Gesundheitsbildung), gruppenbezogene (z.B. Früherkennungsuntersuchungen) und individuelle (z.B. Ernährung, Bewegung) Maßnahmen zur Verhinderung von Erkrankungen. Die *sekundäre Prävention* richtet sich auf vorbeugende Maßnahmen bei identifizierten Risikopopulationen (z.B. Aids-Prävention) und gesundheitlich vorgeschädigten Personen (z.B. spezielle Kurse für infarktgefährdete Menschen). *Tertiäre Prävention* soll einer Verschlimmerung chronischer Krankheit, etwa durch rehabilitative Maßnahmen oder durch Rückfallprophylaxe vorbeugen (vgl. v. KARDOFF, 1997).

Die Präventionsforschung leistete einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsforschung, z.B. eine bessere Kenntnis der Risikofaktoren für verschiedene Erkrankungen, und gab Anstöße für Initiativen für die epidemiologische Forschung. In der psychologischen Disziplin wurde der präventive Ansatz vor allem im Rahmen der Gemeindepsychologie vertreten, deren Wurzeln aus der in Nordamerika ins Leben gerufenen Mental-Health-Bewegung stammen, und eröffnete eine sozialpsychologische Dimension in der klinischen Psychologie. Schließlich trug die Präventionsforschung als historische Vorkämpferin mit dazu bei, daß ihre Begrenztheit, vor allem die Begrenztheit des in ihr entwickelten Risikofaktorenmodells, erkannt wurde und eine an der Gesundheitsförderung orientierte Forschung Fuß fassen konnte (FRANKE, 1993).

In ihrem Konzept bleibt die Prävention jedoch pathogenetisch orientiert, Krankheitsverhinderung, Minimierung bzw. Vermeidung von Risiken sind das Ziel, nicht Gesundheitsförderung und Orientierung an positiven Aspekten von Gesundheit. Prävention ist an Gesundheitsnormen und entsprechenden Gesundheitserziehungs-Programmen durch Professionelle und Experten ausgerichtet, während Gesundheitsförderung auf das Prinzip Hilfe zur Selbsthilfe und die aktive Einbeziehung des Gesundheitspotentials von einzelnen und Gruppen fokussiert und deren Laienwissen und -erfahrung über Gesundheit als wichtige Information nutzt (vgl. NOACK, 1987; MEZZICH & SCHMOLKE, 1999). Die Mehrzahl der Präventionskonzepte sind noch weitgehend den normativen Normalitätsfiktionen der modernen Industriegesellschaft verpflichtet, was eine präventiv normalisierende Sonderbehandlung der als Problem/Risiko identifizierten Personen bzw. Gruppen zur Folge hat (v. KARDOFF, 1997).

Seit der Ottawa-Charta der WHO (1986) wurde klar erkannt, daß den dominanten, überwiegend chronisch degenerativ verlaufenden Massenerkrankungen mit monokausalen und lediglich belastungs- bzw. noxenorientierten Ätiologievorstellungen, die die traditionellen Präventionskonzepte vertreten, nicht beizukommen ist. Empirisch gehaltvoll und praktisch richtungweisend sind nach Ansicht von ROSENBROCK (1997) Konzepte, in denen Gesundheit und Krankheit als Folge des Gelingens bzw. Mißglückens der Balance zwischen solchen Belastungen sowie materiellen und biopsychosozialen Ressourcen zur Gesunderhaltung betrachtet wird (vgl. BECKER, 1982; EVANS et al., 1994; SIEGRIST, 1996). Es bahnt sich in den neueren Diskussionen und Konzeptualisierungen präventiver Konzep-

te ein Schwerpunkt an, der sich zunehmend auf das veränderte Verständnis von Gesundheit und Krankheit verlagert: vom Ziel der »Verhinderung« in Richtung »Gestaltung«.

Es geht nicht mehr allein um Krankheitsverhinderung, sondern um Gesundheitsförderung, nicht mehr nur um Gewaltvermeidung, sondern um gewaltfreie Problemlösung, nicht mehr allein um Verhinderung von Ausgrenzung und Isolierung, sondern um soziale Integration, nicht mehr vorrangig um individualisierende Zurechnung, sondern um die Entwicklung gemeinschaftlich-partizipativer Gestaltung von Lebensverhältnissen. Hier löst sich der technische Präventionsbegriff in ein »aktiv gestaltendes Element von Gesellschaftspolitik« auf. Dieses veränderte Verständnis von Prävention wurde stark beeinflusst von sozialen Bewegungen, insbesondere der Frauengesundheitsbewegung, der Selbsthilfebewegung und Initiativen aus dem Bereich der Jugend- und Resozialisierungsarbeit (vgl. v. KARDOFF, 1997).

Im Verständnis von WALLER (1992) stellt Gesundheitsförderung das psychosoziale und politische Gegenkonzept zum biomedizinisch geprägten Präventionskonzept dar. Er stellt folgende Positionen auf:

- Gegen die negative Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen setzt Gesundheitsförderung die positive Definition von Gesundheit als Gestaltungskraft und Bewältigungsfähigkeit.
- Gegen das Modell der Prävention, das auf Vermeidungsverhalten bezüglich Risikofaktoren und Krankheiten zielt, setzt Gesundheitsförderung das Modell des selbstbestimmten Gesundheitshandelns.
- Gegen die Medikalisierung von Gesundheit und Prävention setzt Gesundheitsförderung die Politisierung von Gesundheit.
- Gegen die professionelle Vereinnahmung von Gesundheit und Prävention setzt Gesundheitsförderung die Mitsprache und Mitgestaltung der Bürger und die Berücksichtigung von Laienkompetenz und Selbsthilfe.
- Gegen die Privatisierung und Individualisierung von Gesundheitsrisiken in der Prävention setzt Gesundheitsförderung die öffentliche Zuständigkeit für die Gesunderhaltung der Bevölkerung (WALLER, 1991, S. 121).

Im Rahmen der Versorgungspraxis scheint allerdings die Gegenwart und die unmittelbare Zukunft der Primärprävention weitaus besser gesichert als die der Gesundheitsförderung (KICKBUSCH, 1989). Einer der Hauptgründe liegt in ihrer besonderen konzeptionellen Nähe zum bereits etablierten System der Krankenversorgung. Es fehlt bisher an vergleichendem Wissen, insbesondere über die Besonderheiten und speziellen Vorzüge beider Ansätze, so daß in der Praxis noch völlig unentschieden ist, ob sich in Zukunft nur eine der beiden Varianten durchsetzen wird oder ob beide Ansätze nebeneinander existieren werden (SCHNABEL, KOLIP & HURRELMANN, 1997). Es wird außerdem eine mangelnde Verständigung beklagt zwischen den eher naturwissenschaftlich ausgerichteten Vertretern der Präventivmedizin und den eher sozialwissenschaftlich ausgerichteten Vertretern der Gesundheitsförderung im Bereich der Forschung und Ausbildung von Public Health Experten sowie im Rahmen von gesundheitswissenschaftlichen Zusatzstudiengängen (SCHNABEL et al., 1997).

Abschließend soll kurz auf die Verbindung zwischen Gesundheitsförderung und Salutogenese eingegangen werden. ANTONOVSKY (1996) stellt fest, daß viele Veröffentlichungen

mit »Gesundheitsförderung« in ihrem Titel doch lediglich Beiträge zur Krankheitsprävention seien. Er warnt im Rahmen eines WHO-Seminars davor, daß die Gesundheitsförderung in Gefahr sei, dem Risikofaktorenkonzept zu erliegen mangels einer eigenen Theorie. Er macht an vielen Beispielen klar, daß alle gutgemeinten, richtig begründeten Programme, auch solche der Gesundheitsförderung, an der Idee der Salutogenese grundsätzlich dann vorbeigehen, wenn sie schon vorher wissen, was für andere Menschen gut und richtig sei. Der Schlüssel zur Gesundheitsförderung liegt nach Antonovsky in der Stärkung der drei Komponenten des von ihm entwickelten Kohärenzsinnes – Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit – sowie in der Perspektive, die den gesamten Menschen und nicht nur seine Krankheit im Blick haben muß. Das von ihm entwickelte Konstrukt des »Sense of Coherence« bildet in seinem Verständnis eine Grundlage und Orientierung für Forschung und Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung.

KICKBUSCH (1996), die sich für eine theoretische Fundierung der Gesundheitsförderung innerhalb der WHO starkt macht, unterstreicht die Bedeutsamkeit von Antonovskys Konzept der Salutogenese und betont, wie wichtig es ist, die richtige Frage zu stellen: nämlich danach, wie Gesundheit entsteht. Sie hat sich auch dafür eingesetzt, daß Antonovskys Ansatz in der WHO-Konzeption der Gesundheitsförderung berücksichtigt wurde. Kickbusch vertritt die Auffassung, daß Gesundheitsförderungsstrategien sowohl die Stärkung des Selbst des Einzelnen als auch der Gemeinde und ihrer Strukturen, z.B. Schulen, Kliniken, Arbeitsplätze, zum Ziel haben und dabei protektive Faktoren und Vermittlungsstrukturen ausfindig gemacht werden sollten.

## 2.6 Forschungsmethoden im Bereich der Gesundheitsförderung

Zunächst lassen sich in der Gesundheitsförderung drei Ebenen unterscheiden, auf denen Interventionen und Forschung stattfinden: auf der Makro-, Meso- und Mikroebene, d.h. von Public Health, Gesundheitspolitik und Umweltforschung über Gemeindestrukturen, Organisationen und Gruppen bis hin zur individuellen Ebene. Folgende Bereiche gehören zur Gesundheitsförderung: 1. Gleicher Zugang zum Gesundheitssystem, 2. gesundheitsförderliche Umwelt im Arbeits- und Wohnbereich, 3. Stärkung von sozialen Netzwerken und soziale Unterstützung, 4. gesundheitsförderliche Lebensstile, Gesundheitsverhalten und Bewältigungsmöglichkeiten, 5. Verbreitung von Information und Wissen (vgl. ABELIN, BRZEZINSKI & CARSTAIRS, 1987).

Zunächst zur individuellen Ebene: Während die Forschungsmethoden im Bereich der Psychopathologie weit entwickelt sind, insbesondere die Verfeinerung von diagnostischen Kategorien und Klassifikationssystemen, von spezifischen Interviewtechniken, Skalen und Manualen mit dem Ziel, Symptomatologie, Schweregrad von Erkrankungen sowie Funktionsbeeinträchtigungen festzustellen, sind Meßinstrumente und Forschungsmethoden im Bereich der Gesundheitsförderung (z.B. positive Gesundheit oder Resilienzforschung) weit weniger fortgeschritten und systematisiert. Ein Teil des Problems liegt in der Schwierigkeit für den Forscher oder Kliniker, Gesundheit einheitlich zu definieren. Der Bereich von Verhalten und innerseelischen Zuständen, die als gesund oder anpassungsfähig bezeichnet werden, ist komplexer und weitreichender als eine klar umgrenzte spezifische Erkrankung (vgl. BEARDSLEE, 1989). In den letzten Jahren ist außerdem ein ständig wachsendes

Angebot an Maßnahmen der Gesundheitsförderung von unterschiedlichsten Institutionen und Personen beobachtet worden. Ein weiterer Grund dafür, daß das Forschungsfeld der Gesundheitsförderung vielfältiger, weiter gestreut, heterogener und deshalb auch weniger einheitlich und überschaubar ist als das der Psychopathologie.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung wird insbesondere ein Mangel an diagnostischen und evaluativen Strategien sowie an Kriterien zur Prozeßkontrolle und Wirksamkeitsabschätzung mit gleichzeitig reliablen und validen Meßinstrumenten beklagt. Erste Vorschläge und Realisierungen für theoretische Systematisierungen, diagnostische Strategien und praktische Umsetzungen lassen sich im deutschsprachigen Raum erkennen (z.B. DLUGOSCH & WOTAWA, 1994). KRIEGER und DLUGOSCH (1999) halten es für notwendig, traditionelle Wege zu verlassen und die Entwicklung alternativer und innovativer Strategien, Kriterien und Verfahren für die Evaluation von Gesundheitsförderungs-Maßnahmen zu ermöglichen. Sie schlagen eine »treatmentorientierte Diagnostik« vor, die eine enge Verzahnung von Diagnostik und Intervention anstrebt. Gleichzeitig könnten durch solche diagnostischen Verfahren quantitative Informationen bereitgestellt werden, die eine kontinuierliche Prozeß- und Ergebnisevaluation ermöglichen würden (KRIEGER, 1994). Für den Bereich der Gesundheitsförderung stehen bereits Verfahren zur Erfassung relevanter Personen- und Umweltparameter zur Verfügung, wie z.B. ein computergestütztes Verfahren zur Exploration psychosozialer Anforderungen und Ressourcen (vgl. KRIEGER, 1995).

Im folgenden sollen einige Beispiele von Forschungsmethoden im Rahmen der Gesundheitsförderung gegeben werden, die in verschiedenen Bereichen auf den drei Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebenen) eingesetzt werden.

#### ***Anwendungsorientierte Forschung bzw. Public Health-Forschung:***

Kommunale Gesundheitsplanung, Public Health Forschung, Health Policy Forschung mit den Praxisprojekten »Healthy Cities« oder »Healthy Islands«, der Setting-Ansatz in Subsystemen der Gemeinde, z.B. »Gesundheitsfördernde Kliniken«, »Gesundheitsfördernde Schulen« (vgl. TROJAN, 1997; BERGER, 1999). Ein Beispiel für ein gemeindebezogenes partizipatives Forschungsprojekt:

- Das Projekt »Bürgerbeteiligung« als Beitrag zur gesundheitsorientierten Stadtentwicklung von LEGEWIE und JANßEN (1997), die unterschiedliche Erhebungsmethoden einsetzten (z.B. Dokumentenanalyse, strukturierte Passanten- und Bewohnerbefragungen, Durchführung/Auswertung von Podiumsdiskussionen, offene Interviews, Bürgerforen und Zukunftswerkstätten mit qualitativer Auswertungsmethodik).

#### ***Epidemiologische Forschung:***

Informationen über die Verteilung bestimmter Merkmale und Einflußfaktoren bezüglich des Gesundheitszustandes in bestimmten Populationen (z.B. Umwelt-, Risikofaktoren, sozioökonomischer Status). Die Disziplin »Sozialepidemiologie«, die sich in den letzten zwei Jahrzehnten entwickelt hat, untersucht Gesundheit und Krankheit in bestimmten Populationen im Hinblick auf soziale, psychologische, ökonomische und politische Faktoren (vgl. NUTBEAM, 1998a)

#### ***Längsschnittstudien:***

Prospektive Studien an ausgewählten Populationen mit Messungen zu verschiedenen

Zeitpunkten über lange Zeiträume hinweg mit Einsatz verschiedener Erhebungsinstrumente, zur Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Risiko- und Schutzfaktoren und lebensgeschichtlichen Faktoren. Als Beispiele seien hier folgende Studien genannt:

- Die bekannte Kauai-Studie von WERNER und SMITH (1989) zur Resilienz (Widerstandsfähigkeit) von Risikokindern;
- die Lundby-Studie von CEDERBLAD, DAHLIN, HAGNELL und HANSSON (1994) über salutogene Faktoren in der Kindheit bei Risikokindern;
- die Johns Hopkins Studie (THOMAS & GREENSTREET, 1973) mit Erfassung von Risiko- und protektiven Faktoren bei verschiedenen schweren körperlichen und psychischen Krankheiten.

Der Vorteil solcher Untersuchungen ist, daß sich nicht nur Schwankungen der Befindlichkeit, sondern auch Entstehung und Verlauf körperlicher oder psychischer Erkrankungen entwicklungsgeschichtlich verfolgen lassen. Der Nachteil von Längsschnittuntersuchungen über Jahrzehnte hinweg ist, daß oft ein Mangel einer differenzierten Methodik nach heutigen Vorstellungen herrscht und die Methodik im Verlauf der Studien mehrfach modifiziert wurde, was die Vergleichbarkeit der Daten erschwert (vgl. BEUTEL, 1989).

#### ***Querschnittsstudien:***

Studien an ausgewählten Populationen mit dem Ziel, bestimmte Zusammenhänge zwischen Belastungsfaktoren, Erkrankungen und Schutzfaktoren herauszuarbeiten, z.T. unter Einsatz von Kontrollgruppen. Beispiele für Querschnittsstudien sind:

- Die Studie von LIEBERZ (1988) über Schutzfaktoren gegen neurotische Entwicklung;
- die Studie von KAUFFMANN, GRUNEBaum, COHLER und GAMER (1979) über »Superkids«, d.h. kompetente Kinder von psychotischen Müttern;
- die Vergleichsstudie von RUTTER und QUINTON (1984) über Frauen aus der Normalbevölkerung und im Kinderheim aufgewachsene Frauen mit entwicklungsfördernden Faktoren (z.B. Schule und Partnerschaft).

#### ***Retrospektive Studien:***

Studien, in denen Probanden von Experten ausgesucht werden, die als Gesunde eingestuft werden bzw. Extremgruppenvergleich von Erkrankten und Nichterkrankten unter hoher Belastung, die mit verschiedenen Erhebungsverfahren getestet werden, um Rückschlüsse auf ihre Gesundheitsressourcen und Bewältigungsstrategien zu ziehen. Beispiele für solche Untersuchungen sind:

- die Vergleichsstudie von BECKER (1985) zum Bewältigungsverhalten zwischen gesunden und psychisch kranken Frauen;
- die Studie von DENEKE et al. (1987) an Gesunden mit Selbsteinschätzung der Untersuchten;
- die Studie von TRESS (1986) mit klinischem Rating von frühkindlichen Belastungsfaktoren bei Gesunden und Erkrankten.

Aufgrund einer Reihe methodischer Einschränkungen, u.a. Selektionseffekte und fragliche Vergleichbarkeit der Kontrollgruppen sind diese retrospektiven Studien als explorativ einzustufen (vgl. BEUTEL, 1989).

**Qualitative Studien:**

Studien an kleineren Untersuchungsgruppen mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Faktoren in Beziehung zu den subjektiven Sichtweisen, Erlebensweisen und Einstellungen der Probanden zu untersuchen unter Einbeziehung des sozialen Kontextes und ihrer Biographie. Dazu gehört auch das Studium der subjektiven Gesundheitskonzepte und des Alltagswissens der Probanden (vgl. FLICK, 1991). Beispiele für qualitative Studien:

- Das Forschungsprojekt SALUTE (UDRIS, KRAFT & MUSSMAN, 1991) mit qualitativen Interviews an »gesunden« Personen zur Erfassung ihrer Gesundheitsressourcen und der Einstellung zu ihrer Gesundheit;
- die explorative Studie von FALTERMAIER (1994) mit qualitativen Interviews über das Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln von Menschen aus unterschiedlichen Berufsgruppen in ihrem Alltag;
- das partizipative Forschungsprojekt von GOLD (1998) zur Erfassung von Schutzfaktoren und Gesundheitsförderungsstrategien bei weiblichen Sozialarbeitern anhand von Interviews in Fokusgruppen.

**Standardisierte Erhebungsmethoden:**

Im folgenden wird, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, eine Auswahl an standardisierten Skalen und Fragebögen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und -forschung vorgestellt, die explizit Basiskonzepte der Gesundheitsförderung enthalten (wie z.B. Ressourcen, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Einstellungen) und in der Literatur erwähnt werden:

- »*Personal View Survey*« (KOBASA, 1979, 1982): Fragebogen zur Widerstandsfähigkeit (Hardiness) gegenüber Streß und belastenden Lebensereignissen. 50 Items zu 3 Bereichen: Engagement (18 Items), Kontrolle (15 Items), Herausforderung (17 Items).
- »*Sense of Coherence Scale*« (SOC Scale) (ANTONOVSKY, 1979, 1987), als deutsche Übersetzung »Fragebogen zum Kohärenzgefühl« (NOACK et al., 1991): Fragebogen mit 29 Items, davon 11 Items Comprehensibility (Verstehbarkeit), 10 Items Manageability (Handhabbarkeit), 9 Items Meaningfulness (Sinnhaftigkeit). Kurzfassung mit 13 Items (SOC-13). Der Fragebogen wurde in 15 Sprachen übersetzt.
- »*Skalen zur psychischen Gesundheit*« (SPG) (KRIPPENDORF & PLÖHN, 1985): Fragebogen mit 76 Items, 7 Skalen: Autonomie, Willensstärke, Lebensbejahung, Natürlichkeit, Selbstreflexion, Integration, Sinnfindung.
- *Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF)* (BECKER, 1989): Fragebogen mit 120 Items, 2 »Superfaktoren« Verhaltenskontrolle und Seelische Gesundheit, 3 Bereiche: a) Seelisch-körperliches Wohlbefinden, b) Selbstaktualisierung, c) Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung.
- »*Health Promotion Lifestyle Profile*« (HPLP) (vgl. WALKER, KERR, PENDER & SECHRIST, 1990): Fragebogen mit 48 Items, 6 Subskalen: Self-actualization, health responsibility, exercise, nutrition, interpersonal support, stress management sowie ein Gesamtwert »overall health promotion lifestyle«.
- *Fragebogen zu »Gesundheit und Streß«* (SCHNEEWIND & WEIß, 1991), deutsche Übersetzung der »Health and Stress Profile« (HSP) von OLSON, STEWART und WILSON (1989): 424 Items, die 35 Konzepten zugeordnet werden. Einteilung in 3 Bereiche: a) Streß, b) Ressourcen (Verhalten, Einstellungen, zwischenmenschliche Beziehungen)



und c) Anpassung jeweils für die Lebensbereiche Individuum, Arbeit, Partnerschaft, Familie.

- »Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens« (FEG) (DLUGOSCH, 1994): Erfassung der Bereiche: Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung, Medikamente, Schlaf, Allgemeines Wohlbefinden/Probleme, Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Neben dem Gesundheitsverhalten werden für jeden Bereich auch die vermittelnden funktionalen Verknüpfungen und kognitiven Bewertungen erhoben, die Änderungsintentionen beeinflussen und tatsächliche Verhaltensänderungen herbeiführen.
- »Fragebogen zur seelischen Gesundheit« (SG) (BREIT & BERGMANN, 1995): Dem Fragebogen werden historisch einflußreiche Persönlichkeitsmodelle zugrunde gelegt. 4 Dimensionen: Psychisches Wohlbefinden, Regulationskompetenz, Selbstaktualisierung und Sinnfindung.
- »Fragebogen zur persönlichen Reifung nach Belastung« (PARK, COHEN & MURCH, 1995, engl. Originalfassung »Stress-related personal growth«, der von MAERCKER (1998) als Alternative zur SOC-Scale eingesetzt wurde, um adäquater das Sinnerleben zu erfassen. Fragebogen mit 50 Items, Kurzform mit 15 Items. Drei Bereiche: a) verbesserte soziale Ressourcen (bzw. soziale Beziehungen), b) verbesserte personelle Ressourcen, c) Entwicklung neuer Bewältigungsfähigkeiten (MAERCKER, 1998).
- »Computergestütztes Verfahren zur Exploration psychosozialer Anforderungen und Ressourcen« (CEPAR) (KRIEGER, 1995): Instrument zur Erfassung relevanter Personen- und Umweltparameter.
- Marburger Versionen der »Sense of Coherence Scale« (MR-SOC I-III) (LUTZ, HERBST, IFFLAND & SCHNEIDER, 1998): Drei verschiedene Versionen. Getrennte Erhebung der Skalen Comprehensibility, Manageability und Meaningfulness der SOC-Scale (Antonovsky) mit jeweils positiver und negativer Itemformulierung bei Patienten und Gesunden. Je nach Version unterschiedliche Itemanzahl.
- »Salutogenese-Screening (SALUS)« (JORK & SCHLAMP, 2000): Instrumentarium ist als Weiterentwicklung zu Antonovskys SOC-Scale konzipiert mit dem Ziel, generelle gesundheitserhaltende Ressourcen zu erfassen: 14 Items zu 7 Bereichen: Habituelles Wohlbefinden, soziale Kompetenz, soziale Unterstützung, dispositioneller Optimismus, generalisierte Kompetenzerwartung, Sinnsuche, Hedonismus. (Instrument wurde im Januar 2000 im Vergleich zur Kurzform der SOC-Scale und der Selbstbeurteilungsskala für Depression nach v. Zerssen an 150 Hörern der Universität Frankfurt im höheren Lebensalter eingesetzt. Vgl. JORK & HOIDN, 2000)
- »Ressourcen-Fremdeinschätzung (RES)« (TRÖSKEN & GRAWE, 2000): Fragebogen zur Fremdeinschätzung durch Therapeuten und Angehörige. Ein allgemeiner und ein therapiespezifischer Teil, bestehend aus 156 Items mit Einschätzung zu Fähigkeiten, Verhaltensbereitschaften und positiven Umständen bezüglich des Patienten. In Verbindung dazu wurde ein Leitfaden für ein »Ressourceninterview« entwickelt. Die Instrumente werden derzeit an depressiven und Angstpatienten im Rahmen eines Forschungsprojekts an der Universität Bern durchgeführt.

Interessant ist an dieser Stelle ein Vergleich zwischen den genannten Skalen und Fragebögen und dem »Life Skills Profile« (LSP) von ROSEN, HADZI-PAVLOVIC und PARKER (1989), dessen Bezeichnung anmutet, ein allgemeines Instrument im Bereich der Ge-

sundheitswissenschaften zu sein. Es stellt sich jedoch heraus, daß das Instrument durchweg pathogenetisch konzipiert ist. Sämtliche fünf Bereiche des Instrumentes erfassen – unabhängig vom Status der Symptomatologie – die Funktionsfähigkeit, die Anpassung und den Grad der Behinderung von schizophrenen Erwachsenen, z.B. Vernachlässigung, Unruhe, eingeschränkte soziale Fähigkeiten, eingeschränkte Kommunikation und Mangel an Verantwortung (vgl. PARKER, HADZI-PAVLOVIC & ROSEN, 2000).

Zusammenfassend läßt sich für die Evaluationsforschung im Rahmen der Gesundheitsförderung sagen, daß langfristige und mehrere miteinander vernetzte Forschungsprogramme und Interventionen grundsätzlich als erfolgversprechender angesehen werden als einzelne und kurzfristig eingesetzte Programme, da ihre Ergebnisse oft erst zu einem späteren Zeitpunkt sichtbar werden. Traditionelle, outcome-orientierte Methoden zur Evaluation können diese langfristigen Ergebnisse oft nicht erfassen. Deshalb wird die Förderung und Entwicklung von Evaluationsdesigns gefordert, die sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden beinhalten und nicht nur das Ergebnis, sondern auch den Forschungsprozeß erfassen (vgl. NUTBEAM, 1998b).

Auch SCHNABEL, KOLIP und HURRELMANN (1997) fordern qualitative Meßverfahren (z.B. Leitfadeninterviews, teilnehmende Beobachtung, Organisationsanalyse) und »weichere« Indikatoren, um bestimmte Effekte – wie etwa den Einfluß von strukturbildenden Maßnahmen in der Gemeinde auf die Versorgungs- und Lebensqualität dort lebender Menschen – angemessener und differenzierter bewerten zu können. Es würde aber ihrer Ansicht nach wenig Sinn machen, auf die Analysetechniken der quantitativen Sozialforschung zu verzichten, wenn sich dadurch der Aussagewert qualitativ gesammelter und deshalb gelegentlich als weniger valide geltender Interventionsbefunde verbessern ließe. Was die Autoren jedoch ablehnen, ist ein einseitiges Bestehen auf »harte«, d.h. im wesentlichen quantifizier- und replizierbare Erfolgsindikatoren, wie etwa die prozentuale Senkung von Mortalitätsraten oder die Prävalenz von Risikofaktoren, ein aus ihrer Sicht immer wieder begangener Fehler im Umgang mit Ergebnissen von durchgeführten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen (vgl. SCHNABEL et al., 1997).

FALTERMAIER (1999), der sich für eine innovative Weiterentwicklung der Gesundheitswissenschaften einsetzt, plädiert für eine größere Spannweite und Pluralität im Einsatz von Forschungsmethoden und hält nicht nur naturwissenschaftlich orientierte Forschungsmethoden, sondern ebenfalls qualitative Ansätze für notwendig. Er betont dabei die Orientierung an einer »Subjekt- und Ressourcenperspektive«, die mit sensiblen und offeneren Methoden erfaßt werden soll, d.h. die subjekt- und lebensweltorientiert sind, um die Theorienbildung besser und empirisch begründet voranzubringen (FALTERMAIER 1999, S. 128). In der »Gesundheitspsychologie« überwiegt nach seiner Ansicht eine eher naturwissenschaftliche Orientierung, es gebe aber eine Fülle von Verbindungslinien zwischen einem natur- und sozialwissenschaftlichen Paradigma. Der Autor belegt dies am Beispiel der psychosomatischen Forschung, in der sowohl medizinische als auch psychologische Untersuchungen unabdingbar sind, um psychophysiologische Zusammenhänge empirisch nachzuweisen. Eine Suche nach Anschlußstellen für die jeweiligen Befunde und eine Entwicklung in Richtung »interdisziplinärer Gesundheitswissenschaften« seien wichtiger als ein Systemstreit zwischen den Paradigmen und einzelnen Disziplinen (vgl. FALTERMAIER 1999, S. 129).

## 2.7 Zum Stand der Schizophrenieforschung

Im folgenden Abschnitt soll der derzeitige Stand der Forschung über Schizophrenie kurz umrissen werden, dabei sollen die für das Thema der vorliegenden Untersuchung relevanten Aspekte beschrieben werden. Zunächst wird die Klassifikation der Schizophrenie nach dem ICD-10 wiedergegeben, anschließend werden zentrale Forschungsergebnisse zum Verlauf und zur Prognose der Schizophrenie zusammengefaßt und schließlich einige gegenwärtig diskutierte und angewandte Schizophreniekonzepte skizziert.

### 2.7.1 Klassifikation der Schizophrenie

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO, ICD-10 Kapitel V (F) (DILLING et al., 1991, S. 95 ff), wird Schizophrenie (F20) folgendermaßen beschrieben:

»Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewußtseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch gewisse kognitive Defizite entwickeln. Die Störung beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben.

Die Betroffenen glauben oft, daß ihre innersten Gedanken, Gefühle und Handlungen anderen bekannt sind oder daß andere daran teilhaben. Ein Erklärungswahn kann entstehen mit dem Inhalt, daß natürliche oder übernatürliche Kräfte tätig sind, welche die Gedanken und Handlungen des betreffenden Individuums in oft bizarrer Weise beeinflussen. Die Betroffenen können sich so als Schlüsselfigur allen Geschehens erleben. Besonders akustische Halluzinationen sind häufig und können das Verhalten oder die Gedanken kommentieren. Die Wahrnehmung ist oft auf andere Weise gestört: Farben oder Geräusche können ungewöhnlich lebhaft oder in ihrer Qualität verändert wahrgenommen werden. Unbedeutende Eigenschaften alltäglicher Dinge können wichtiger sein als das ganze Objekt oder die Gesamtsituation. Zu Beginn ist auch Ratlosigkeit häufig und führt oft zu der Überzeugung, daß alltägliche Situationen eine besondere, meist unheimliche Beziehung besitzen, die sich einzig auf die betroffene Person bezieht. Bei der charakteristischen schizophrenen Denkstörung werden nebensächliche und unwichtige Züge eines Gesamtkonzepts, die bei normaler psychischer Aktivität zurückgehalten werden, in den Vordergrund gerückt und an Stelle wichtiger und situationsentsprechender Elemente verwendet. So wird das Denken vage, schief und verschwommen, der sprachliche Ausdruck wird gelegentlich unverständlich. Brüche und Einschiebungen in den Gedankenfluß sind häufig. Gedanken scheinen wie von einer äußeren Stelle entzogen. Die Stimmung ist charakteristischerweise flach, kapriziös oder unangemessen. Ambivalenz und Antriebsstörung können als Trägheit, Negativismus oder Stupor erscheinen. Katatonie kann vorhanden sein.

Der Anfang kann akut mit schwerwiegend gestörtem Verhalten sein oder schleichend mit allmählicher Entwicklung seltsamer Gedanken und Verhaltensweisen. Der Verlauf zeigt gleichfalls große Unterschiede und ist keineswegs unvermeidlich chronisch oder sich verschlechternd (die Klassifikation des Verlaufs erfolgt mittels der fünften Stelle). Bei einem Teil der Fälle, der in verschiedenen Kulturen und Bevölkerungen variiert, kommt es zur vollständigen oder fast vollständigen Heilung. Die beiden Geschlechter sind etwa gleich häufig betroffen, aber der Beginn liegt bei den Frauen tendenziell später.«

Die Diagnose Schizophrenie sollte nur dann gestellt werden, wenn mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der unten genannten Gruppen 1-4 oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 5-8 vorliegen:

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Körperteil kommen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Möglichkeiten zu besitzen (z.B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein).
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, oder täglich für Wochen oder Monate auftretend.
6. Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluß, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (*flexibilitas cerea*), Negativismus, Mutismus und Stupor.
8. »Negative« Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte (dies hat zumeist sozialen Rückzug und ein Nachlassen der sozialen Leistungsfähigkeit zur Folge). Es muß sichergestellt sein, daß diese Symptome nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht werden.

Da der Begriff Schizophrenie eine psychische Störung mit einer enormen Vielfältigkeit in ihrer Erscheinungsform kennzeichnet, ist die Diagnose oft schwierig. In der Praxis setzt sich inzwischen, besonders als Folge einer Initiative der Weltgesundheitsorganisation von 1973, das enge Konzept eines »zentralen schizophrenen Syndroms« durch (vgl. SCHAUB, 1993). Neun Länder, die sich durch ihre Kultur deutlich voneinander unterscheiden, charakterisieren das Kernsyndrom der Schizophrenie durch »Erlebnisse der Beeinflussung und des Gemachten, akustische Halluzinationen, Wahnstimmung, Verlust der Krankheitseinsicht, verflachter Affekt, geringe Rapportfähigkeit« (SÜLLWOLD, 1977, S. 30).

### **2.7.2 Verlauf der Schizophrenie**

1896 teilte KRAEPELIN schwere psychiatrische Störungen in solche mit einem guten Ausgang (manisch-depressive Erkrankung) und solche mit einer schlechten Prognose (*Dementia praecox*) ein. Damit legte er den Grundstein für eines der grundlegenden Mißverständnisse von Schizophrenie, nämlich daß diese Erkrankung unvermeidlich mit einem chronischen Verlauf und einem schlechten Ausgang verbunden sei. BLEULER (1908) war ursprünglich etwas optimistischer bezüglich der Prognose der »Gruppe der Schizophrenien«. Später allerdings meinte er, daß eine völlige Heilung von Schizophrenie fast nie vorkomme. Diese negative Sichtweise der beiden Pioniere hinsichtlich des Ausgangs von Schizophrenie liegt nach Auffassung von FLEISCHACKER und MEISE (1998) daran, daß

es zu dieser Zeit noch keine relevante Schizophreniebehandlung gab und daß die Pioniere nur die »schlimmsten Fälle« gesehen und ihre Beobachtungen dann auf alle schizophränen Erkrankten verallgemeinert haben. Patienten mit günstigem Verlauf gehen jedoch in klinischen Follow-up-Studien oft verloren, weil sie in den Institutionen nicht mehr anzutreffen sind, z.B. wegen erfolgreicher psychosozialer Reintegration oder weil sie keinen weiteren Behandlungsbedarf haben. Obwohl die Ergebnisse einiger Langzeitstudien deutlich gemacht haben, daß es sich bei der Schizophrenie um eine »heterogene Erkrankung« handelt, was die Prognose betrifft, herrscht nach wie vor in der klinischen Praxis eine pessimistische Einstellung zum Verlauf der Erkrankung vor (vgl. FLEISCHHACKER & MEISE, 1998).

In ihrer Verlaufsstudie konnten HUBER, GROß und SCHÜTTLER (1979) belegen, daß die Mehrzahl der Kranken die meiste Zeit keine typisch schizophränen Syndrome zeigen. Ebenso weist Huber (1987) aufgrund der unterschiedlichen Verläufe von Schizophrenie auf den Aspekt der Selbstgestaltung hin:

»Dem Patienten bleibt trotz Erkrankung und ihrer Residuen eine Eigenaktivität, deren therapeutische Förderung vordringlich ist.« (HUBER, 1987, S. 268)

Verlaufsstudien haben gezeigt, daß nach 25 Jahren jeweils ein Drittel der schizophränen Erkrankten geheilt, deutlich gebessert und schwer krank sind (M. BLEULER, 1972). Die großen Verlaufsstudien zeigen diesbezüglich konvergierende Ergebnisse (vgl. M. BLEULER, 1972; M. BLEULER, HUBER, GROSS & SCHÜTTLER, 1976; CIOMPI & MÜLLER, 1976; HUBER et al., 1979; HARDING, BROOKS, ASHIKAGA, STRAUSS & BREIER, 1987). Im hohen Alter kann die schizophrene Symptomatik ganz zurücktreten (vgl. M. BLEULER, 1972; CIOMPI & MÜLLER, 1976; MÜLLER, 1985).

Die Verlaufsforchung weist deutlich auf eine oft übersehene, aber wichtige Unterscheidung hin: die Schwere (Ausprägung der Symptome) ist nicht gleichzusetzen mit der Behinderung durch die Krankheit (d.h. Dysfunktionalität). Manche Patienten können trotz schwerer Symptome in einem für sie passenden Rahmen verhältnismäßig gut außerhalb einer Klinik leben. Sie haben gelernt, mit ihren Symptomen so umzugehen, daß sie in ihren Alltagsfunktionen davon nicht zu schwer beeinträchtigt sind. Andere wiederum können das nicht, sie sind den Symptomen hilflos ausgeliefert oder sehnen sich sogar nach ihnen (z.B. nach Halluzinationen angenehmen Inhalts). Sie glauben, sie zu brauchen oder benützen sie im Sinne eines »sekundären Krankheitsgewinns« und bleiben so im Schonraum der Krankenrolle (SCHARFETTER, 1995).

Für eine relativ *günstige Prognose* bezüglich Remission, ohne eine Aussage über die Rezidivneigung zu machen, spricht: eine gut angepasste, stabile, sozial adaptierte prä-morbide Persönlichkeit, verheiratet, psychoreaktiver Anstoß zur Krankheitsmanifestation, akuter, dramatischer Beginn ohne zu massive Desintegrationszeichen, krisenhaft exazerbierender Verlauf mit rascher Remissionstendenz und kurzer Hospitalisierungszeit. Umgekehrt spricht für eine relativ *ungünstige Prognose*, d.h. Neigung zu chronisch einfürmigem oder rezidivierendem Verlauf: eine auffällige, instabile, schizoide Primärpersönlichkeit ohne soziale Bindungen, schleichender Verlauf ohne dramatischen äußeren Anlaß, Kombination mit Sucht, besonders Alkohol (SCHARFETTER, 1995). Eine Trennung zwischen vollständigen Remissionen im Sinne von Heilungen und sozialen Remissionen

(im Sinne von Anpassung an das prämorbid Leben mit bleibenden Spuren von der durchgemachten psychotischen Erfahrung) hält SCHARFETTER (1995) für künstlich. »Die Endzustände sind so verschieden, daß sie sich einer überzeugend nachvollziehbaren Typologie entziehen. Außerdem ist die Defekttypologie an sich schon ominös. (...) Der Deutung als psychosozialen Artefakt (durch Hospitalisation, Unterstimulation) steht die Annahme gegenüber, im Endzustand zeige sich der als zerebral-pathologisch interpretierte »Morbus schizophréniae.« (SCHARFETTER, 1995, S. 222)

KRÜGER, PIESCH, THOMA und SCHMIDT-MICHEL (1994) stellen in diesem Zusammenhang folgende Faktoren auf, die Chronifizierungsprozesse von psychisch Kranken fördern:

- Übernahme der Patientenrolle ohne weitere Rollenalternativen,
- »befriedigende« Erklärungen für einen Zustand (Vererbung, Traumata, hirnorganische Störungen) seitens der professionellen Helfer und der Patienten,
- subjektlose Sprache im Klinikalltag (z.B. »Im Rahmen eines psychotischen Schubs kam es zu einem Gewaltausbruch«),
- Fremdbestimmung (z.B. »Nur zwei Patienten konnten wir nach X verwurzeln«),
- Tradierung von Eindrücken (Negativ-Momente bzw. Ereignisse werden an einzelne Personen gekoppelt und die Personen darüber identifiziert),
- die Klinik als Lebensbegleiterin (vgl. auch KRISOR & PFANNKUCH, 1996).

Im Vergleich dazu nennt SCHARFETTER (1995) verlaufsbeeinflussende Faktoren – von der AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1992) zusammengestellt – die die Quote der hospitalisierungsbedürftigen Patienten reduzieren:

- a) Neuroleptika haben, statistisch gesehen, eine beträchtliche Verminderung der Hospitalisierungsnotwendigkeit mit sich gebracht.
- b) Veränderung der Klinikkonzepte: Ein anderes, aktiveres, rehabilitativeres klinikinternes Milieu, eine aktivere Krankenbetreuung gegenüber der kustodialen Verkümmern und Verwahrung führen zu früheren Entlassungen.
- c) Verbesserte ambulante Betreuung ermöglicht vielen Patienten, außerhalb der Krankenhäuser zu leben, z.B. Tageskliniken, Nachtkliniken, geschützte Werkstätten, Wohngemeinschaften.
- d) Soziale Unterstimulierung oder auch übermäßige, besonders affektive Beanspruchung fördern ausgesprochen die Rückfallneigung. Eine kombinierte pharmakologische und Psychotherapie kann diese Faktoren beeinflussen und damit die Rückfallquote vermindern (vgl. WING & BROWN, 1970; LEFF & VAUGHN, 1985).

### 2.7.3 Konzepte der Schizophrenie

Biologisch orientierte Forschungen sind trotz zahlreicher psychosozialer und psychodynamischer Erkenntnisse in der gegenwärtigen Schizophrenieforschung nach wie vor vorherrschend. Sie sollen hier als erstes kurz beschrieben werden, im Anschluß daran werden kognitiv-behaviorale, familientheoretische und psychodynamische Ansätze erläutert.

Das biomedizinisch orientierte *Basisstörungskonzept* (HUBER, 1983; SÜLLWOLD, 1977, 1986) geht von primären, uncharakteristischen Basisstörungen aus und versucht, ein Modell für die vermittelnde Funktion kognitiver Störungen zwischen neurochemischen Dysfunktionen und Symptomen darzustellen. Nach diesem Konzept »führt eine neurochemische Störung im transphänomenalen Bereich zu einer Störung der Verarbeitung von

Informationen mit einer Nivellierung der Erfahrungshierarchien und einigen wenigen Basisstörungen, die als gemeinsame Zwischenglieder mit unterschiedlichen Anteilen in den vielfältigen, von den Patienten erlebten, relativ substratnahen Basissymptomen enthalten und den durch Amalgamierung mit der anthropologischen Matrix entstehenden schizophreientypischen End- und Überbauphänomenen enthalten sind« (HUBER, 1983, S. 23). Zur standardisierten Dokumentation der Basissymptome wurde das »Bonner Instrument zur Erfassung der Basissymptome« entwickelt, das die Basissymptome in sechs Hauptkategorien erfaßt: A. direkte und B. indirekte dynamische Defizienzen, C.1 kognitive Denk- und C.2 kognitive Wahrnehmungsstörungen, D. Coenästhesien, E. zentralvegetative und motorische Störungen sowie F. Bewältigungsmechanismen. SÜLLWOLD (1977, 1986) erweiterte die Ergebnisse der experimentellen Schizophrenieforschung, indem sie einen Fragebogen zur Erfassung subjektiver Defizienzen und Copingreaktionen schizophrener Erkrankter entwickelte.

HUBER (1983) weist auf die Fähigkeit schizophrener Erkrankter zur kritischen Distanzierung, Selbstwahrnehmung der Defizienzen und zur Entwicklung von Kompensations- und Bewältigungsstrategien hin. Er bezeichnet die Rückzugstendenzen schizophrener Erkrankter, in Anlehnung an BLEULER (1911), als »sekundären Autismus«: »Weil die Patienten erfahren haben, daß emotionale Stimulation, aber auch affektiv neutrale, emotionsfreie Beanspruchung, z.B. durch Arbeit oder durch Gespräche, sich nachteilig auswirken kann, ziehen sie sich zurück und versuchen, Ausmaß und Art der Kontakte zu kontrollieren.« (HUBER, 1987, S. 206) Aufgrund des Rückzugs aus sozialen Situationen kann es zu einer Verstärkung des sozialen Defizits kommen, das den Betroffenen in die Isolation treibt.

Kritisch zu bemerken ist, daß das Basisstörungenkonzept auf ausschließlich biologischen Grundannahmen basiert und von primären Defizienzen des schizophrener Leidenden ausgeht. Bewältigungs- und Kompensationsversuche der Betroffenen werden hier lediglich als Reaktion auf diese biologisch fundierten Defizienzen verstanden, psychosoziale Entstehungsbedingungen werden in diesem Konzept vernachlässigt.

Eine komplexere, biopsychosoziale Perspektive nimmt das integrative *Modell der Vulnerabilität* von ZUBIN und SPRING (1977) ein. Das Modell postuliert, daß das dauerhafte Merkmal der Schizophrenie nicht die bestehende schizophrene Episode selbst ist, sondern die Vulnerabilität (d.h. Verletzlichkeit, Anfälligkeit) gegenüber der Entwicklung solcher Krankheitsepisoden. Die Autoren unterscheiden zwischen einer Vulnerabilität als relativ stabiles, überdauerndes Merkmal (trait) und Episoden schizophrener Erkrankung als instabile wechselnde Zustände (states). Die Vulnerabilität kann latent bleiben, bis sie durch einen Stressor zum Ausdruck kommt. Bei der Entstehung einer vulnerablen Persönlichkeit können Faktorenbündel aus dem biologischen, psychologischen und psychosozialen Bereich zusammenwirken. Im sozialen Bereich ist z.B. die Häufung von in hohem Maß belastenden Familienkonstellationen zu nennen. Streß kann somit die Ausprägung der Vulnerabilität beeinflussen. Den Belastungen bzw. Stressoren kommen in diesem Modell vorrangig auslösende Funktion zu. Eine schizophrene Episode tritt bei einem dafür vulnerablen Menschen dann auf, wenn er mit Problemen und Belastungen konfrontiert wird, die seine Bewältigungskompetenz übersteigen. Situative Belastungen in der aktuellen Lebensphase, wie etwa die Ablösungsproblematik von der Herkunftsfamilie in der Adoleszenz, kritische Lebensereignisse und stark emotionale Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen können zu solchen Auslösern werden. Kann das Individu-

um selbst oder sein soziales Umfeld die Ursache und Wirkung dieser Belastung nicht abfangen, ist eine psychotische Episode wahrscheinlich (vgl. SCHAUB, 1993).

Ausprägung von Vulnerabilität und Streß stehen in einem reziproken Verhältnis zueinander: Bei stärker ausgeprägter Vulnerabilität genügen geringfügige Belastungen, bei geringer Ausprägung der Verletzlichkeit tritt eine schizophrene Episode nur bei starken Belastungen auf.

Drei potentiell protektive Faktoren gegenüber Schizophrenie werden von ZUBIN (1986) genannt:

1. das soziale Netz,
2. die vom Patienten besetzte »ökologische Nische« und
3. die prämorbid Persönlichkeit, einschließlich Intelligenz, persönlicher Kompetenz und erlernter Bewältigungsmöglichkeiten.

Das Vulnerabilitätsmodell wurde später zu einem Vulnerabilitäts-Streß-Coping-Kompetenz-Modell erweitert (vgl. NÜCHTERLEIN & DAWSON, 1984) und scheint geeignet zu sein, verschiedene Ansätze der Schizophrenieforschung zu einem integrativen Modell zu verbinden, das Interaktionen zwischen biologischen, psychosozialen, intrapsychischen und interpersonellen Kommunikationsprozessen berücksichtigt und kognitive und affektive Aspekte miteinander verbindet (vgl. FLEISCHHACKER & MEISE, 1998). Allerdings ist kritisch einzuwenden, daß das Vulnerabilitätsmodell ebenso wie das Diathese-Streß-Modell (vgl. GOTTESMANN, 1993) eindeutig von einer konstitutionellen Prädisposition gegenüber der schizophrenen Erkrankung ausgeht. Ein eindeutiger erbgenetischer Faktor ist jedoch bis heute stark umstritten, ein eindeutiger Nachweis existiert nicht. Daher klingt folgende Aussage zur Ätiopathogenese von Schizophrenie unter Bezugnahme auf das »Vulnerabilitäts-Streß-Modell« doch recht voreilig und kühn: »Ein genetischer Faktor i. S. eines polygenen Erbganges ist aufgrund von Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien gesichert...« (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND NERVENHEILKUNDE, 1998, S. 11)

In diesem Zusammenhang seien neuere *Adoptionsstudien* im Rahmen der Schizophrenieforschung erwähnt, die die zentrale Bedeutung von erbbiologischen Faktoren bei der Entstehung von Schizophrenie relativieren und infrage stellen. Es hat sich gezeigt, daß man bei Adoptionsuntersuchungen ohne eine gleichzeitige genaue Analyse der Lebensbedingungen und der möglichen Einflüsse in der körperlichen und seelischen Entwicklung und in der Sozialisation der untersuchten Kinder (und späteren Erwachsenen) nur globale und nicht differenzierte Aussagen über die ätiopathogenetischen Prozesse machen kann (vgl. MENTZOS, 2000). Als methodisch anspruchsvoll gilt die Adoptionsstudie von TIENARI et al. (1994). Eine Gruppe von 180 Kindern, die von schizophrenen Müttern zur Adoption gegeben wurden, konnte mit einer Kontrollgruppe ebenfalls adoptierter Kinder, die nicht von schizophrenen Eltern stammten, verglichen werden. Die Forscher haben direkt die Mitglieder der Adoptivfamilien interviewt. Zwar fanden sich signifikant häufiger schwere psychische Störungen unter den adoptierten Kindern von schizophrenen Müttern im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dieser Unterschied war allerdings nur in der Untergruppe von Familien mit gestörten Beziehungsmodi zu finden, was für die Bedeutung des Milieufaktors bzw. des psychosozialen Umfeldes spricht.

Eine Teiluntersuchung der oben erwähnten Adoptivfamilienstudie von WAHLBERG et al.



(1997) ergab, daß die mit Schizophrenie belasteten Kinder bedeutend stärker sowohl auf negative, aber auch auf positive Einflüsse reagierten. Die von schizophrenen Müttern stammenden Kinder sind sozusagen in gewisser Hinsicht »sensibler«. Sie reagieren sowohl auf ungünstige Einflüsse »negativ« als auch auf günstige Einflüsse »positiv« in einem eindeutig stärker ausgeprägten Ausmaß als Kinder, die nicht mit Schizophrenie belastet sind, d.h. sie profitieren anscheinend mehr aus einer ungestörten Adoptivfamilie als es die anderen, »biologisch nicht belasteten« adoptierten Kinder tun (vgl. MENTZOS, 2000). Als eindeutig protektiv stellten sich also für Adoptivkinder von schizophrenen Müttern diejenigen Familien heraus, in denen gesundheitsförderliche Beziehungsmodi und Kommunikationsweisen vorherrschten.

**Familientheoretische Ansätze**, die wichtige Beiträge insbesondere zu familiären Kommunikationsmustern lieferten, stellten in den 50er und 60er Jahren eine radikale Abgrenzung gegenüber den bis dahin dominierenden unidimensionalen biologischen Ansätzen, aber auch gegenüber den psychodynamischen Ansätzen dar. Die »double-bind«-Hypothese der Forschergruppe um BATESON, JACKSON, HALEY und WEAKLAND (1956) gehört zu den bekanntesten Hypothesen, die sich auf gestörte familiäre Beziehungen als entscheidende Determinanten für die Entwicklung einer Schizophrenie beziehen. Von diesem Denkmodell nahmen viele spätere Theorien ihren Ausgang. Eine double-bind-Situation ist durch paradoxe Kommunikationsmuster gekennzeichnet, das Individuum befindet sich in einem unerträglichen, gleichwohl unlösbaren Konflikt. BATESON, JACKSON, HALEY und WEAKLAND (1956) sehen schizophrenes Verhalten als einzige Fluchtmöglichkeit aufgrund des abgeschlossenen Familiensystems mit den der Familie immanenten Vorschriften und Verboten. Schizophrenie wird als Reaktion mit einer Normalisierungsfunktion betrachtet, um mit den unerträglichen Verhältnissen in der familiären Umgebung fertig zu werden. WATZLAWICK (1982) greift diese Hypothese auf und wertet Schizophrenie »als die einzig mögliche Reaktion auf einen absurden und unhaltbaren zwischenmenschlichen Kontext« (S. 49).

Die **Expressed-Emotion-Forschung** untersucht den Einfluß naher Familienangehöriger auf den Verlauf schizophrener Erkrankungen. Sie hat in den letzten Jahren besondere Beachtung gefunden (vgl. BROWN, BIRLEY & WING, 1972; VAUGHN & LEFF, 1976). Eine negativ gefärbte, kritische Einstellung zum Patienten und ein starkes emotionales Engagement (High Expressed Emotion, HEE) sind mitentscheidend, ob ein schizophrener Patient einige Monate nach stationärer Entlassung einen Rückfall erleidet oder nicht. Die Wahrscheinlichkeit eines psychotischen Rezidivs steigt auf 50-60 % und somit auf das Vierfache an, wenn der Patient in eine HEE-Familie anstelle einer NEE-Familie zurückkehrt (vgl. BROWN et al., 1972; LEFF & VAUGHN, 1985; FALLOON, 1988). In den letzten Jahren sind mehrere kontrollierte Studien veröffentlicht worden, in denen schizophrene Patienten mit einer Kombination von Neuroleptika- und Familientherapie behandelt wurden (vgl. u.a. LEFF, KUIPERS, BERKOWITZ, EBERLEIN-VRIES & STURGEON, 1982; TARRIER et al., 1989). Diese kontrollierten Studien verweisen auf die Effektivität von Familienbetreuungs-Programmen. Die Rückfallraten nach sechs oder neun Monaten lagen bei den Kontrollgruppen (neuroleptische Standardversorgung und stützende Einzelbetreuung) zwischen 33 und 50%, bei den familientherapeutisch behandelten Gruppen zwischen 6

und 11 %. In den Studien mit einer 2-Jahres-Katamnese lagen die Rückfallraten in den Kontrollgruppen bei 70 %, in den Experimentalgruppen bei ca. 20 %. Die rückfallprophylaktische Wirkung der Familienbetreuung wurde damit überzeugend nachgewiesen (vgl. Hahlweg, DOSE, FEINSTEIN & MÜLLER, 1989). In jüngster Zeit wird das Konzept der »Expressed Emotion« im Hinblick auf seine präzise Bedeutung hinterfragt und es werden Aspekte der Stabilität und Unabhängigkeit von der Symptomatik der Patienten beleuchtet (vgl. u.a. KANTER, LAMB & LOEPER, 1987; Überblick bei SCHAUB, 1993). MENTZOS (2000) zufolge beruht die psychotisierende Wirkung der Expressed-Emotions nicht auf einer unspezifischen und ubiquitären, intensiven Emotionalität, vielmehr gehe es um den Versuch einer Regulierung von Nähe und Distanz durch den Patienten. Nicht nur negative Emotionen, sondern auch positive Emotionen können zu psychotischen Rückfällen führen. Ein psychodynamisches Verständnis könnte dies wie folgt erklären: Während kritische, negative Äußerungen den Schizophrenen abstoßen und die Distanz zum Objekt vermehren, implizieren intrusive emotionalisierte Äußerungen u.U. eine abrupte Minderung der Distanz und signalisieren somit die Verwischung der Unterschiede zwischen Subjekt und Objekt. Der in dieser Hinsicht hoch sensibilisierte schizophrene Erkrankte fühlt sich durch das intrusive, wenn auch »gut gemeinte« emotionalisierte Verhalten der Umgebung gleichsam vereinnahmt. Wird ihm also erhöhte Distanz oder zu große Nähe aufgezwungen, so werden Schutz- und Abwehrmechanismen mobilisiert, die im manifesten klinischen Bild den Rückfall bedeuten (vgl. MENTZOS, 2000).

**Verhaltenstherapeutische und kognitive Ansätze** beinhalten folgende Zielrichtungen: a) Training sozialer Fertigkeiten, b) kognitive Trainingsprogramme hinsichtlich neuropsychologisch-kognitiver Defizite, c) psychoedukative, bewältigungsorientierte Interventionen für Patienten und ihre Angehörigen sowie d) kognitive Verhaltenstherapie in Bezug auf die Residualsymptomatik (vgl. BRENNER, 2000). Insbesondere wird eine Kombination von neuroleptischer Behandlung mit Verhaltenstrainings-Programmen präferiert. In den letzten 15 Jahren gab es mehr als 50 Studien über Trainingsverfahren kognitiver und sozialer Fertigkeiten bei psychiatrischen Patienten (Übersicht bei BRADY, 1984). Diese Trainings zeigten eine Verbesserung der kognitiven und sozialen Fertigkeiten, eine Reduktion der psychopathologischen Symptomatik und trugen zur Rückfallprophylaxe bei. Ein Ziel der Früherkennung von schizophrenen Symptomen ist das schnelle medikamentöse Abfangen des anlaufenden psychotischen Prozesses, um die soziale und berufliche Anpassung zu verbessern (vgl. SCHAUB, 1993). Inwieweit mit diesen symptomorientierten Ansätzen eine langfristige Wirksamkeit der Interventionen erzielt wird, müßte noch genauer untersucht werden. In der Untersuchung von ZORN und RÖDER (2000) wurde beispielsweise eine Follow-up-Untersuchung nach nur 48 Wochen im Anschluß an ein 24-wöchiges Trainingsprogramm für soziale Fertigkeiten durchgeführt. Psychodynamisch orientierte Kliniker kritisieren bei den kognitiv-behavioralen Ansätzen, daß sie ein Schizophrenieverständnis eher im Sinne eines Defektes bzw. einer Behinderung vertreten, die es gilt, durch differenzierte Trainingstechniken abzumildern und zu minimieren. Der Patient würde in Richtung auf soziale Anpassung trainiert werden, und er solle lernen, seine Symptomatologie unter Kontrolle zu halten. Die individuelle Entwicklungs- und Lebensgeschichte des Patienten und die sich entwickelnde, auf Vertrauen basierende Therapeut-Patient-Beziehung würden in diesen Ansätzen vernachlässigt werden.

Demgegenüber verstehen *psychodynamische Ansätze* Schizophrenie als Ausdruck der Lebensgeschichte des Betroffenen, die Psychose wird als Ausdruck der Person und ihres Leidens gesehen. Psychodynamische Forscher und Therapeuten vertreten ein ganzheitlich-personales Verständnis und betonen die Einmaligkeit des Patienten als Person. Sie heben den existentiellen Charakter der Begegnung von Therapeut und Patient hervor, innerhalb derer der Patient eine wiedergutmachende Erfahrung sowie neue Erfahrungen machen kann, die für seine Heilung existentiell wichtig sind. Von Bedeutung ist ebenfalls das therapeutische Feld bestehend aus verschiedenen Therapeuten, Mitarbeitern und Mitpatienten, also das »therapeutische Milieu« (AMMON, 1979a), für den schizophränen Erkrankten. Unter Bezugnahme auf die »Brückenmetapher« lassen sich diese Formen von Psychosentherapie als Brücke zwischen Patient und Therapeut verstehen, die das »gegenseitige Teilhaben-Lassen an der Seinsweise des anderen« ermöglicht. »Welche Persönlichkeitsveränderungen diese Begegnung bei Patient und Therapeut bewirkt und ob daraus Lindering des Leidens oder sogar Heilung entsteht, entzieht sich der unmittelbaren Einflußnahme des Therapeuten.« (FRAUENFELDER, EBNER & SCHÄTZLE, 1998)

Allerdings bedeutet eine psychodynamische Therapie mit schizophränen Patienten auch, daß der Therapeut eine Vielzahl unbequemer und intensiver, angstmachender Gefühle aushalten muß im Rahmen seiner Gegenübertragungsgefühle und er erkennen muß, daß dies die Gefühle seines Patienten sind, die es einfühlsam zu verstehen gilt (vgl. KARON, 1992). Die einfühlsame Haltung des Therapeuten gegenüber dem schizophränen Patienten wird auch von ARIETI (1997) betont:

»Wir werden in der Lage sein, ihm zu helfen und ihm unsere eigene Botschaft zu übermitteln, wenn er uns als gleichrangig empfindet, als Menschen, die seine Wertvorstellungen teilen. Wenn er das Gefühl hat, daß manche der wirklichen oder eingebildeten Kräfte, die ihn verstören, auch uns beunruhigen, wird er anfangen, ohne Mißtrauen zu uns in Beziehung zu treten.« (ARIETI, 1997, S. 240)

Vertreter von psychodynamischen Ansätzen gehen von einer eher langjährigen Therapie schizophräner Patienten aus, um eine grundlegende Stabilisierung zu erreichen, und lehnen rein symptomorientierte Therapien als reduktionistisch ab. Ein wichtiger Befund aus Psychotherapiestudien ist, daß die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie der alleinigen Pharmakotherapie deutlich überlegen ist (vgl. FRAUENFELDER et al., 1998). Im Rahmen einer »flexiblen Psychotherapie« (FENTON & MCGLASHAN, 1995) wird ein pragmatischer psychotherapeutischer Zugang als der schizophränen Erkrankung angemessen betrachtet, d.h. die Therapie soll flexibel auf die jeweilige Art von Schizophrenie des individuellen Patienten bezogen sowie auf die unterschiedlichen Phasen während eines psychotischen Prozesses abgestimmt sein (z.B. akute Phase oder Erholungsphase). Entscheidend ist bei diesem Ansatz den Autoren zufolge, daß der Patient in einer therapeutischen Beziehung eingebettet ist, die in der Tradition der Intensiven Psychotherapie von FROMM-REICHMANN (1950, 1978) steht. Der Psychotherapeut müsse zum langjährigen vertrauten Begleiter werden, der mit dem Patienten durch alle Phasen der schizophränen Erkrankung mitgehe, an den verschiedenen therapeutischen Maßnahmen mitarbeite und sie koordiniere (vgl. FENTON & MCGLASHAN, 1995). Der Therapeut sollte seinerseits nicht isoliert, sondern in einer Mitarbeitergruppe eingebettet arbeiten (AMMON, 1979a).

BENEDETTI (1998), der seit Jahrzehnten ein psychodynamisches Verständnis und Behandlungskonzept für schizophrene Erkrankte entwickelt hat, erwähnt ein Zitat von Manfred BLEULER (1972), das hier erwähnt werden soll, da es deutlich macht, was ein echtes menschliches und psychotherapeutisches Engagement um schizophrene Patienten hinsichtlich der Entfaltung ihrer vorhandenen Gesundheitsressourcen ermöglichen kann.

»Je mehr und je geschickter man sich mit Schizophrenen abgibt, je günstiger die Umstände zur Entfaltung ihrer Interessen, Talente und Leidenschaften sind, um so mehr treten Stumpfheit und Passivität zurück. Je weniger man sich hingegen um sie kümmert, je mehr man sie in überfüllten Anstalten ohne genügend Personal sich selbst überläßt, um so häufiger und schwerer treten Stumpfheit und Passivität an den Tag.« (M. BLEULER, 1972)

## **2.8 Zur Bedeutung des Konzepts der Gesundheitsförderung für psychiatrische und insbesondere schizophrene Patienten**

In diesem Abschnitt wird auf die praktische Relevanz der bisher beschriebenen Gesundheitsmodelle und Basiskonzepte der Gesundheitsförderung eingegangen. Zunächst werden verschiedene psychosoziale und medizinische Bereiche genannt, in denen das salutogenetische Konzept bisher zur Anwendung gekommen ist. Im Anschluß daran soll die klinische Bedeutung der »Ressourcen- und Subjektperspektive« für die Diagnostik und Psychotherapie sowie für die Schizophrenieforschung dargestellt werden. Schließlich werden die in der Literatur genannten und in empirischen Studien erforschten Selbsthilfepotentiale und Bewältigungskompetenzen schizophrener Patienten beschrieben. Die Implikationen der Konzepte der Gesundheitsförderung für die klinische Praxis, insbesondere für eine ethische therapeutische Grundhaltung, werden abschließend erläutert.

### **2.8.1 Die Bedeutung der Ressourcenperspektive für die Diagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie**

»Vor allem möchte ich, daß mein Leben einen Sinn hat jenseits meiner Diagnose.« (DYKSTRA, 1997)

Die erste Begegnung mit dem Patienten findet häufig in der diagnostischen Situation statt. Der weitere Verlauf hängt dabei entscheidend davon ab, wie offen und interessiert der Diagnostiker an der gesamten Person des Patienten ist und nicht nur (manchmal fasziniert) an seiner Psychopathologie. GLATZEL (1978) hat dafür den Begriff der »interaktionalen Abhängigkeit der Psychopathologie« geprägt. Damit ist gemeint, daß der Diagnostiker mit seinem Verhalten und seiner Einstellung mitbestimmt, was der Kranke erlebt und was er ihm davon kommuniziert. So bestimmt der Diagnostiker z.B. mit, in welchem Maße die Introspektionsfähigkeit und Sprachfähigkeit des Patienten geweckt wird durch eine warme, zugewandte und interessierte Haltung dem Patienten gegenüber bzw. inwieweit die Mitteilungsbereitschaft des Patienten durch eine eher sachliche, distanzierte Haltung reduziert wird. Der Diagnostiker trägt also wesentlich zum Inhalt des Befundes bei, nicht nur zu seiner Bewertung. Daß sich viele psychiatrische Patienten mit der blo-

ßen Benennung der Diagnose und ihrer Erkrankung diskriminiert und einseitig betrachtet fühlen, wird von einer Autorin der Serie »First Person Account« im Schizophrenia Bulletin klar ausgedrückt: »Above all else, I want my life to have meaning apart from my diagnosis.« (vgl. DYKSTRA, 1997; siehe Eingangszitat) In seinem Buch »Schizophrenie – Die Krankheit verstehen« hebt FINZEN zu allererst die menschliche Seite und die Lebensgeschichte von Kranken hervor:

»Patienten sind Menschen. Die Krankheit ist Teil ihrer Biographie. Aber sie sind nicht nur Kranke. Sie haben ein Leben jenseits der Krankheit – davor, danach, daneben. Das ist eine Binsenweisheit. Dennoch tun wir gelegentlich gut daran, uns das in Erinnerung zu rufen, begegnen wir ihnen doch in der besonderen Situation ihrer Krankheit in aller Regel zum ersten Mal.« (FINZEN, 1995, S. 13)

Aufgrund von Prozeß- und Wirksamkeitsstudien im Rahmen der Psychotherapieforschung wird die »Ressourcenaktivierung« zu den vier Wirkfaktoren gezählt, welche als gesicherte Elemente einer empirisch fundierten psychotherapeutischen Veränderungstheorie betrachtet werden. Die anderen drei Wirkfaktoren kristallisierten sich als »Problemaktualisierung«, »Aktive Hilfe zur Problembewältigung« und »Motivationale Klärung« heraus. Die Faktenbasis für diese Ergebnisse besteht laut GRAWE (1995) aus über 2000 signifikanten Zusammenhängen, die in therapieschulübergreifenden Prozeß-Outcome-Studien zwischen Merkmalen des Therapieprozesses und den Therapieeffekten gefunden wurden, und ist ausführlich in dem Artikel von ORLINSKY, GRAWE und PARKS (1994) dargestellt.

Unter die »Ressourcenaktivierung« fällt vieles von dem, was in der Psychotherapieliteratur mit dem Begriff »unspezifische Wirkfaktoren« bezeichnet wird. Dazu gehören z.B. die Erweckung von Erwartungen und Hoffnung beim Patienten (FRANK, 1992), daß der Therapeut ihm helfen kann und wird, die Herstellung eines plausiblen Erklärungsmodells für die Probleme des Patienten sowie die Motivation des Patienten. Es ist empirisch belegt, daß all diese Aspekte einen bedeutsamen positiven Einfluß auf das Therapieergebnis haben können, aber nur dann, wenn die potentiellen Ressourcen durch ein spezifisch auf die individuellen Möglichkeiten und Voraussetzungen des Patienten zugeschnittenes therapeutisches Angebot aktiviert und genutzt werden (GRAWE, 1995).

Eine der wichtigsten Ressourcen im Therapieprozeß stellen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten dar, sowohl die »mitgebrachten« Beziehungen, vor allem zum Partner und zu Familienangehörigen (vgl. KARPEL, 1986) als auch die mit der Therapie-situation neu entstehende(n) Beziehung(en). Wichtig ist dabei, daß der Patient seinen Therapeuten als ihn unterstützend, aufbauend, in seinem Selbstwert positiv bestätigend erlebt. In den Prozeß-Outcome-Studien von ORLINSKY und HOWARD (1986) und ORLINSKY et al. (1994) wurde herausgefunden, daß die höchsten diesbezüglichen Korrelationen mit dem Therapieerfolg nicht für das Beziehungsverhalten des Therapeuten, sondern für das des Patienten gefunden wurden. Das heißt, es kommt vor allem darauf an, in welchem Ausmaß der Patient sich selbst als fähig zu einer guten Beziehung erleben kann.

In diesem Zusammenhang ist YALOM (1974) zu erwähnen, der auf die Wirkfaktoren »Altruismus« und »interpersonales Lernen« im Rahmen der Gruppenpsychotherapie hinweist sowie auf die »Universalität des Leidens«, d.h. die Erfahrung der Patienten, seelische

Probleme mit anderen teilen zu können. Wichtig erscheint hier insbesondere der altruistische Wirkfaktor, nämlich daß Patienten das Bedürfnis haben, nicht nur sich selbst zu helfen bzw. helfen zu lassen, sondern sich selbst zu vergessen und anderen zu helfen. FRANK (1992) hat in seinem klassischen Vergleich therapeutischer Systeme darauf hingewiesen, daß schon in den traditionellen Gesellschaften altruistische Handlungen fest in die Heilrituale integriert waren. HERMER (1996) bringt diese Erkenntnisse in Zusammenhang mit dem Bonmot: »Die beste Methode, einem Menschen zu helfen, ist die, sich von ihm helfen zu lassen.«

Die Erkenntnisse der klassischen und neueren Psychotherapieforscher macht ein Umdenken hinsichtlich der Diagnostik erforderlich in Richtung der Erfassung nicht mehr nur defizit- und symptomorientierter Informationen, sondern auch der Stärken, Eigenarten, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Interessen, Einstellungen und Ziele, die ein Patient neben dem aktuellen Leid in die Behandlung mitbringt. Eine ausführliche Erfassung der »gesunden Seite« des Patienten kann für den Veränderungsprozeß einer Psychotherapie oder psychiatrischen Behandlung gezielt genutzt werden.

HERMER (1996) überprüfte klassische Psychotherapie-Texte, inwieweit sie sich auf Defizite oder Ressourcen beziehen. Er wählte dafür FREUDS »Abriß der Psychoanalyse« (1938), WOLPES »Praxis der Verhaltenstherapie« (1972) und einen Handbuchartikel von ROGERS über klientenzentrierte Therapie (1983). Im psychoanalytischen Text überwogen die defizitorientierten Stellen im Verhältnis 5 zu 1. Die Verhaltenstherapie erkämpfte sich ein Unentschieden, d.h. störungsbezogenes und kompetenzbezogenes Denken hielten sich die Waage. Nur bei der klientenzentrierten Psychotherapie überwogen die Stellen, die sich mit den Potenzen der Patienten befaßten, das Verhältnis war 3 zu 1.

Ein Blick in neuere Veröffentlichungen verschiedener Therapierichtungen zeigt die Tendenz, zu Beginn der Therapie auch nach den Ressourcen der Patienten zu fragen. So widmet beispielsweise ROHDE-DACHSER (1986) in ihren psychoanalytischen Ausführungen über Borderline-Störungen ein Kapitel der »Suche nach den Ressourcen des Patienten« und betont zwei Fragen, die am Anfang einer Borderline-Therapie von Nutzen seien: a) was der Patient selbst glaubt, in der Therapie zu benötigen, statt ihm die Zielsetzung von Seiten des Therapeuten vorzugeben, und b) wie der Patient es bisher geschafft hat, sich über Wasser zu halten, also die Frage nach spezifischen Überlebensmöglichkeiten und den gesunden Seiten, nach denen man in der Therapie manchmal allerdings länger suchen muß (vgl. ROHDE-DACHSER, 1986). Auch in der Verhaltenstherapie gilt das Interesse neben der Problemanalyse den vorhandenen Möglichkeiten und Stärken des Patienten, ihm wird ein besonderes »Expertentum« bescheinigt, das ihn nicht nur als Betroffenen seiner psychischen Schwierigkeiten versteht (vgl. FIEDLER, 1998). PESECHKIAN (2000) bezieht in seiner Positiven Psychotherapie die Fähigkeiten des Patienten zur Konfliktverarbeitung und zur Selbsthilfe mit ein und betont dabei die »transkulturelle« Situation und die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten.

LUTZ und MARK (1995) veranstalteten einen Kongreß zur »seelischen Gesundheit psychisch Kranker«, bei dem der Frage nachgegangen wurde, was gesund erhält und wie man seine Gesundheit wieder zurückerlangen kann. Dabei stellen sie fest, daß zwar in jüngster Zeit einige testpsychologische Instrumente zur Erfassung von Gesundheit entwickelt wurden, daß aber die Bemühung um eine umfassende »Saluto-Diagnostik« noch tief in den Anfängen stecke. Die derzeitige Entwicklung sei dadurch geprägt, daß die Grundzü-

ge einer testpsychologischen Patho-Diagnostik weitgehend unhinterfragt auf die Saluto-Diagnostik übertragen werden. Die Autoren weisen mit Nachdruck darauf hin, daß bei der Entwicklung einer neuen Salutodiagnostik beachtet werden müsse, daß Gesundheit nicht die Negation von Krankheit sei, d.h. mit einer einfachen Umpolung negativer Fragebogen-Items in positive sind nicht bereits Indikatoren für seelische Gesundheit formuliert. In die gleiche Richtung geht die Forderung von NESTMANN (1996) nach einer »Ressourcendiagnostik« für den psychosozialen Beratungsbereich (d.h. die Erfassung persönlicher Stärken, Netzwerkkarte und Unterstützungsanalyse, Organisations- und Institutsdiagnosen), die gleichberechtigt neben der Problemdiagnostik stehen soll.

In der Regel ist die psychiatrische Diagnostik überwiegend auf die Probleme und Symptomatologie ausgerichtet, wie dies etwa in den Klassifikationssystemen DSM-IV oder ICD-10 zu ersehen ist. Auch die zusätzlichen Skalen oder Achsen, die sich auf nichtpsychopathologische Aspekte beziehen, konzentrieren sich auf den Grad der Funktionsfähigkeit und das Ausmaß der psychosozialen Einschränkung durch die Erkrankung und nicht explizit auf positive Aspekte der Gesundheit und Lebenssituation von Patienten.

Ein wichtiger Schritt in Richtung Relativierung von psychiatrischen Erkrankungen durch die Einbeziehung des kulturellen Kontextes wurde im DSM-IV (APA, 1994) getan. Dort befinden sich im Anhang I ein Glossar über die kulturgebundenen Syndrome (culture-bound syndromes) sowie Erläuterungen über den kulturellen Kontext des Patienten. Allerdings ist der Stellenwert der kulturellen Eingebundenheit einer Erkrankung im nordamerikanisch geprägten DSM-IV nicht sehr zentral, da dieses Kapitel lediglich im Anhang plazierte, oder besser, marginalisiert, wurde. Eine vielversprechende Entwicklung in Richtung eines umfassenderen Diagnostikmodells stellen die »International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA)« (MEZZICH et al., 1997) dar. Dieses diagnostische Modell schlägt vor, neben der Erhebung von Krankheiten, Einschränkungen, kontextueller (sozialer und materieller) Faktoren und der Lebensqualität auch eine »idiographische Formulierung« abzufassen, die nicht nur die Einschätzung durch den Therapeuten enthält, sondern auch die subjektive Perspektive des Patienten, einschließlich positiver Aspekte seiner Gesundheit, sowie die Perspektiven seiner Bezugspersonen. Zur idiographischen Formulierung gehört auch die kulturelle Identität des Patienten.

Die Ressourcenermittlung und die Frage nach der Identität des Patienten sind feste Bestandteile der Dynamisch-Psychiatrischen Diagnostik, u.a. mittels des »Ich-Struktur-Tests nach Ammon (ISTA)« (vgl. AMMON, FINKE & WOLFRUM, 1998; BURBIEL, DWORSCHAK & SCHMOLKE, 1994). Dabei finden neben pathologischen und defizitären Persönlichkeitsstrukturen insbesondere die konstruktiven Strukturen der Persönlichkeit sowie identitätsfördernde Faktoren im Leben der Patienten besondere Beachtung. Bei Case-Konferenzen werden anhand spezieller Erhebungsbögen neben der Krankheitsseite die gesunden Lebensbereiche und Persönlichkeitsaspekte der Patienten sowohl im Rahmen der Klinikbehandlung als auch in ihrem privaten und beruflichen Leben systematisch eruiert (z.B. Begabungen, Fähigkeiten, Interessen, Humor, Kontaktfähigkeit, Religiosität, Naturverbundenheit, stützende Bezugspersonen im sozialen Umfeld, Verantwortung gegenüber anderen Menschen oder Aufgaben, Lebensziele).

Zu erwähnen ist auch die »Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik« (OPD), die seit 1992 in einem Arbeitskreis von Vertretern einer psychodynamisch orientierten Psychosomatik entwickelt wurde aufgrund der Unzufriedenheit am aktuellen Stand der

psychoanalytischen Diagnostik und an der ausschließlich phänomenalen Klassifikation des ICD-10 und des DSM-III/IV. Die OPD, die fünf Achsen (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung; Beziehung; Konflikt; Struktur; psychische und psychosomatische Störungen) beinhaltet, geht auf der ersten Achse auf die Ressourcen des Patienten ein, insbesondere auf die psychosoziale Integration, die personalen Ressourcen und soziale Unterstützung, die jeweils auf einer vierstufigen Skala im Fremdrating eingeschätzt werden (Arbeitskreis OPD, 1998).

Abschließend sei kurz auf die Lebensqualitätsforschung hingewiesen. Für die Erhebung der Lebensqualität, die in den letzten Jahren zunehmender Bestandteil der Diagnostik in Medizin, medizinischer Psychologie und Psychiatrie geworden ist, hat die Gesundheitsorientierung ebenfalls an Bedeutung gewonnen. Man spricht von einer »gesundheitsbezogenen Lebensqualität«, damit ist die subjektiv erlebte Gesundheit von Patienten gemeint (vgl. BULLINGER, 1997; zu »subjektiver Lebensqualität« siehe KILIAN, 1995). Folgende Aussage bringt diese Entwicklung zum Ausdruck:

»Jedem Arzt, jeder Ärztin ist aus eigener Erfahrung bekannt, daß ein guter sozio-emotionaler Rückhalt, den der Patient in seiner engsten Bezugsgruppe erfährt, die Verträglichkeit einer Therapie, unter Umständen sogar den Krankheitsverlauf verbessern kann. Ich-Stärke, Zukunftsorientierung, Religiosität – um nur drei weitere wichtige Eigenschaften zu nennen – haben vergleichbare Wirkungen. Diese Gegebenheiten können nicht einfach aus der Bewertung der Situation des chronisch Kranken ausgeklammert werden.« (SIEGRIST, 1990, S. 62)

SIEGRIST (1990) streicht die Bedeutung der personalen und sozialen Ressourcen der Patienten heraus, die wichtige Indikatoren zur Erfassung ihrer Lebensqualität sein sollten. Diese Ressourcen versteht er als Moderatorvariablen, die in das zu untersuchende Beziehungsgeflecht zwischen Therapie, Krankheitsverlauf und Befinden bzw. Handlungsvermögen des Patienten einzubeziehen sind.

### **2.8.2 Zur Subjektivperspektive in der Psychiatrie und in der Schizophrenieforschung**

»Jeder ist zu jeder Zeit in erster Linie Mensch.«  
(Harry Stack SULLIVAN, 1953)

Biologisches und biomedizinisches Denken bestimmt wieder oder immer noch viele gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskussionen und hat auch wieder Hochkonjunktur in der Psychiatrie (KEUPP, 1991; FORSTER, 1996) und in der Klinischen Psychologie (AUCKENTHALER, 1997). Der Boom neurobiologischer Forschung scheint zu suggerieren, daß die vollkommene Erklärung psychiatrischer Phänomene kurz bevor stehe. AUCKENTHALER (1997, S. 63) problematisiert die zunehmende »Medikalisierung der Klinischen Psychologie«. Als Belege für diesen Trend nennt sie die zunehmende Bedeutung einer »störungsspezifischen« Klinischen Psychologie, die Ausgrenzung der Prävention, die positive und bereitwillige Bezugnahme auf das »medizinische Modell« durch die Klinischen Psychologen selbst, die Manualisierung von Psychotherapie sowie die Orientierung der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung an der pharmakologischen Forschung. Als Hauptargumente für den Einsatz von Psychotherapiemanualen werden die



Orientierung an standardisierte Regeln, die Beschleunigung der therapeutischen Ausbildung und die mögliche Einschränkung bis zum Verzicht von Supervision angeführt (vgl. LAMBERT & BERGIN, 1994). Dadurch könnte »eine von den Weltanschauungen der Therapeut(inn)en unabhängige Anwendung standardisierter Interventionen« ermöglicht werden (vgl. BEUTLER, MACHADO & NEUFELDT, 1994). Behandlung würde auf diese Weise dem Patienten nurmehr »verabreicht« werden analog zur pharmakologischen Behandlung. Die Gefahr besteht, daß die Ergebnisse der Psychotherapieforschung ignoriert werden, z.B. daß der Erfolg weit mehr von der Qualität der therapeutischen Beziehung, der Aufnahmebereitschaft des Klienten und anderen »unspezifischen Wirkfaktoren« abhängt als vom Einsatz einzelner Techniken (vgl. AUCKENTHALER, 1997).

Gleichberechtigt und im Kontrast zu den genannten Medikalisierungstendenzen stellt CORIN (1995) eine Renaissance subjektorientierter Sinnsuche und Forschung fest. Diese Feststellung wird auch von ZAUMSEIL und ANGERMEYER (1997) geteilt, wenn sie von einer »Gegenbewegung zur Medikalisation« sprechen, die sich im zunehmenden Forschungsinteresse an Krankheitserzählungen ausdrückt, in denen es um Fragen des Sinns und der persönlichen Verantwortung geht.

Nach KLERMAN (1984) herrscht ein unvermeidliches Spannungsfeld zwischen der medizinischen Philosophie des DSM-III oder ICD-10 einerseits, die für die Wissenschaft unverzichtbar sei, und der klinisch-praktischen Notwendigkeit, die Einzigartigkeit und Individualität des Patienten angemessen zu berücksichtigen, andererseits. Sowohl Corin als auch Klerman erinnern daran, daß medizinische Diagnosen Konstruktionen sind, die sich erst im subjektiven Zusammenhang der individuellen Wirklichkeit annähern (vgl. BOCK, 1997).

Asmus Finzen stellt in seinem Vorwort zu dem Buch von ANGERMEYER und ZAUMSEIL (1997) fest, daß es vor allem Kulturanthropologen, Soziologen und Sozialpsychologen sind, die insbesondere mit qualitativer und biographischer Forschung die »Subjektivität psychischen Leidens« in den Mittelpunkt ihrer Untersuchungen stellen. Er meint, daß den Wissenschaftlern dieser Disziplinen die Identifikation mit der subjektiven Sichtweise der Kranken leichter falle als den Medizinern, die gelernt haben zu objektivieren, um handeln zu können. Er plädiert dafür, beide Disziplinen, Psychiatrie und Sozialwissenschaften, gelten zu lassen, um psychisch Kranke und ihre Krankheit zu verstehen:

»Wissenschaftliche Psychiatrie ohne Objektivierung und Abstraktion verbietet sich. Aber Psychiatrie ohne Respektierung und ohne Verstehen der Subjektivität der kranken Menschen in ihrer sozialen Welt ist nicht menschlich.« (FINZEN, 1997b, S. 8)

Im folgenden werden einige qualitative Forschungsprojekte im Rahmen der Schizophrenieforschung beschrieben, die sich mit den Themen »Identität« und »Subjektivität« der Patienten befassen.

Der englische Psychologe **Peter BARHAM** (1994, 1997) untersuchte mehrfach hospitalisierte psychotisch erkrankte Menschen in Einzel- und Gruppeninterviews hinsichtlich ihres subjektiven Erlebens der eigenen sozialen Situation. Die Erfahrung von Abwertung war eines der Schlüsselthemen in den Interviews. In ihren Formulierungen waren Aussagen zu finden, die eher Differenz statt Zugehörigkeit, Ausgrenzung statt Integration in ihrem sozialen Umfeld thematisierten. Er kommt zu der Schlußfolgerung, daß die psychiatrische Theorie

und Praxis nicht dazu ermutigen, »einen Menschen mit Schizophrenie in aller Tiefe als Person zu sehen. Und ein Teil des Problems psychisch kranker Menschen rührt daher, daß sie selbst nicht ermutigt werden, sich so zu sehen. Die eigene Sicht auf sich selbst wird der Schizophrenie untergeordnet« (BARHAM, 1994, S. 6). Die Befragten waren permanent von Zweifeln an ihrem eigenen Wert geplagt und mit etwas beschäftigt, was sich als »Kampf um persönlichen Wert« bezeichnen läßt. Ein Teilnehmer drückt dies treffend aus:

»Wenn wir ein Teil der Gemeinde werden sollen, dann müssen wir dort aus eigenem Recht, als Leute mit eigenen Fähigkeiten und Fehlern sein können, nicht als der Schizophrene vom Ort. Ich will kein Schizophrener sein, der sich ›gut macht.« (BARHAM & HAYWARD, 1997, S 99)

Für die meisten der Befragten lag die Herausforderung darin, sich der Reduktion auf die Identität als psychiatrische Patienten oder psychisch kranke Person zu widersetzen.

**John STRAUSS** (1989), Psychiater und Schizophrenieforscher von der Yale University, hat ein lebensgeschichtliches Krankheitskonzept (»Life-Context-Approach«) entwickelt, in dem Krankheit und Gesundheit gleichzeitig existieren und die objektivierende Trennung von Person und Störung aufgehoben ist. Basierend auf ausführlichen Interviews mit schizophren erkrankten Patienten im Rahmen von Follow-up-Untersuchungen fand er eine Gruppe von Personen, die nach einer längeren Phase der Krankheit bemerkten, daß sie nicht nur mit ihrer Krankheit leben, sondern auch ein Leben außerhalb oder trotz der Krankheit führen wollen (STRAUSS, 1989).

DAVIDSON und STRAUSS (1992) schildern den Fall eines chronisch schizophrenen Menschen, der sich nach langer erfolgloser Behandlung »von sich aus« erholte und ein in vieler Hinsicht unerwartet erfolgreiches und befriedigendes Leben führte. Die Autoren argumentieren, daß keines der gängigen Krankheitskonzepte diese Entwicklung schlüssig erklären könne und führen dies auf grundlegende theoretische Mängel zurück. Das medizinische Krankheitskonzept sei zwar in mancher Hinsicht unverzichtbar, sehe die Krankheitsdynamik aber weitgehend getrennt von Lebensbedingungen und subjektiven Faktoren, wie z.B. das Erleben von Hoffnung und Mut. Andererseits betone zwar das psychosoziale Störungsmodell die beeinflussenden sozialen und familiären Faktoren, laufe aber Gefahr, die Krankheitsentwicklung zu psychologisieren und die Verantwortung des einzelnen zu überschätzen.

In ihren Interviews mit 66 chronisch erkrankten Patienten stellten DAVIDSON und STRAUSS (1992) fest, daß praktisch alle in der einen oder anderen Art Erlebnisse schildern, in denen es im Laufe ihrer Erkrankung um die Wiederentdeckung und Rekonstruktion eines dynamischen Gefühls von sich selbst (»sense of self«) geht. Während einige Teilnehmer dieses Gefühl nach einer ausgedehnten Zeit des Rückzugs und Passivität wiederentdeckten, konnten andere wieder zu denjenigen Bereichen zurückkehren, die vor der akuten und relativ kurzen psychotischen Episode intakt waren und funktionierten. Die Autoren zitieren einen anonymen »consumer«, der für das Schizophrenia Bulletin einen Artikel für die »First Person Account«-Serie schrieb. Dieser erklärte, daß es für ihn dann möglich wurde, ein Gefühl für sich selbst zu bekommen, nachdem er akzeptiert hatte, daß er seine Krankheit weder beseitigen noch wegwünschen könne. Dieses Gefühl bestehe jenseits seiner Krankheit und so konnte er wieder Hoffnung entwickeln und nach vorwärts blicken. Die Autoren schlußfolgern, daß bei der Erforschung solcher Prozesse inmitten ei-

ner Erkrankung durch genaues Zuhören dieser erfahrenen Patienten Informationen geliefert werden, die für das Verständnis von positiven Veränderungsprozessen und für die Verbesserung psychiatrischer Behandlung und Rehabilitation psychiatrischer Patienten sehr wertvoll sind (vgl. DAVIDSON & STRAUSS, 1992).

**Ellen Corin**, eine kanadische Ethnologin, teilte psychisch kranke Untersuchungsteilnehmer aus Montreal in zwei Gruppen ein: diejenigen, die in den letzten vier Jahren häufiger hospitalisiert wurden und diejenigen, die gar nicht oder selten in eine Klinik mußten. Mit offenen Interviews, die qualitativ mit einer neu konzipierten kritischen Hermeneutik ausgewertet wurden, versuchte sie herauszufinden, ob sich die Teilnehmer hinsichtlich ihrer grundlegenden Haltung zur Welt, zu sich selbst und in Beziehung zur umgebenden Kultur grundsätzlich voneinander unterscheiden. Sie konnte einen inhaltlich differenzierbaren Unterschied zwischen den beiden Gruppen feststellen: Die Personen, die weniger häufig hospitalisiert waren, zeichnen sich durch bestimmte Formen eines »positiven Rückzugs« (positive withdrawal) (CORIN, 1990) aus. Diese Form des Rückzugs ist charakterisiert durch eine Position der Distanz zu sozialen Rollen und sozialen Beziehungen verbunden mit verschiedenen Strategien, die dennoch eine subtile, feine Verbindungslinie zu ihrer sozialen Umgebung aufrechterhalten. Diese Distanz zur sozialen Welt versteht Corin eher als eine Einstellung des »detachment« als einen empfundenen Ausschluß. Ihre Fallbeispiele beschreiben, welche Rolle dabei Symbole und Bedeutungen für das subjektive Erleben des Patienten spielen (vgl. CORIN & LAUZON, 1992). Ein Auszug aus einem Interview illustriert den »positiven Rückzug« eines Patienten, der sein vorangegangenes Leben als überaus hektisch und geschäftig bezeichnet:

»Als ich das Krankenhaus verließ, bin ich mit mir selbst ins reine gekommen, ich habe fast versucht, mich in mich selbst zurückzuziehen, ich brauchte den Rückzug, dieses gelegentliche Alleinsein.« (CORIN, 1997)

Diese Form des positiven Rückzugs scheint eine für psychisch kranke Menschen offenbar »zutragliche Lebensweise« zu sein, »die in einer Synthese von Zurückgezogenheit und vorsichtiger, eigenwilliger sozialer Teilhabe ein Personsein ermöglicht« (ZAUMSEIL & ANGERMEYER, 1997). Während der »soziale Rückzug« in der psychiatrischen Diagnostik als Negativsymptom der Schizophrenie betrachtet wird, ist es für Corin durchaus denkbar, daß in verschiedenen Kulturen dieses Phänomen eine je unterschiedliche Bewertung erhält, so z.B. in der indischen Gesellschaft, in der eine persönliche Haltung des Rückzugs aus der Welt geschätzt wird. Eine andere Bedeutung hat das Phänomen in Gesellschaften, in denen ganze Teile der Bevölkerung der Mainstream-Kultur zunehmend entfremdet sind, so daß Isolation und Marginalität schlichtweg »ungesehen« bleiben wie in den Vereinigten Staaten (CORIN, 1997).

Die nordamerikanische Ethnologin **Sue Estroff** und ihre Mitarbeiter führten Interviews mit chronisch psychisch kranken Personen im Rahmen einer Längsschnittstudie durch. Sie entwickeln auf der Grundlage qualitativer und quantitativer Textauswertung eine Typologie der unterschiedlichen Arten des Sprechens psychisch Erkrankter über ihre eigene Krankheit. Es geht ihnen um die Frage, ob und in welcher Weise die Untersuchungsteilnehmer die Tatsache, eine psychische Krankheit zu haben, anerkennen und was dies für den Entwurf ihrer Identität bedeutet. Eines der Ergebnisse ist die »Normalisierung«, die in den Aussagen

der Patienten enthalten ist. Die normalisierende Rede kann sich auf den Gesundheitszustand und die Diagnose, auf das Individuum oder auf beides konzentrieren, worauf bereits GOFFMAN (1972) hingewiesen hat. Die Absicht der normalisierenden Rede besteht darin, die Zuschreibung der Krankheit anzuzweifeln und den Zustand entweder als gewöhnlich zu bezeichnen oder die Person mit einer psychischen Erkrankung als nicht pathologisch einzuordnen. Ein Beispiel für Normalisierung ist die folgende Aussage:

»Ich denke, jeder ist ein bißchen psychisch krank. Bloß, manche wissen es und andere nicht.«  
(ESTROFF, LACHICOTTE, ILLINGWORTH & JOHNSTON, 1997)

Die Vorstellung, daß psychische Krankheiten in der Bevölkerung weit verbreitet sind, normalisiert diesen Zustand buchstäblich und erzeugt bei dem einzelnen den Anspruch, einer größeren, normalen Gruppe anzugehören. Diese Art normalisierender Behauptungen schließt nicht nur den gesundheitlichen Zustand ein, sondern auch die Person. Die Autoren vermuten, daß Chronizität und Behinderung dann beginnen, wenn der normalisierende Diskurs endet, oder wenn die Person glaubt, daß niemand mehr zuhört. Für Anthropologen und Kliniker liegt nach Ansicht der Autorin eine wichtige Herausforderung darin, die Gespräche mit ihnen aufrechtzuerhalten (vgl. ESTROFF et al., 1997; ESTROFF 1981).

Einen wichtigen Beitrag zur Subjektperspektive leisten auch die authentischen Dokumente von Betroffenen über ihr subjektives Erleben der schizophrenen Erkrankung und wie sie gelernt haben, mit der Erkrankung zu leben. Solche Selbstbeschreibungen werden z.B. regelmäßig in der Serie »**First Person Account**« des Schizophrenia Bulletins veröffentlicht. Diese Serie versteht sich als ein Forum des Selbstausdrucks und als einen Ort der Kommunikation. Den einzelnen Autoren ist es ein Anliegen, über ihre Erfahrungen zu berichten und damit anderen Betroffenen Mut zu machen und Hoffnung zu vermitteln, einige von ihnen zeigen Wege auf, wie sie aus ihrer Erkrankung selbst wieder herausgefunden haben (vgl. u.a. MOLTA, 1997; DYKSTRA, 1997; ANONYMOUS, 1989; LEETE, 1989).

Es ist an dieser Stelle zu betonen, daß Subjektivität nur in ihrem spezifischen soziokulturellen, historisch-biographischen Kontext zu verorten und zu verstehen ist. Das bedeutet auch, die Mikroebene des konkreten Lebensalltags mit der Makroebene des soziokulturellen Wandels in einem Zusammenhang zu sehen (vgl. WULFF, 1988; ZAUMSEIL & LEFERINK, 1997; DEVRIES & DELESPAUL, 1989; DEVRIES, 1990). Die Unteilbarkeit von Mensch und Beziehungskontext wird auch im Identitätsverständnis von Ammon deutlich:

»Der Mensch entwickelt seine Identität in einer Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus.« (AMMON, 1978)

Biographie und Subjekt fallen in eins, wenn man das Subjekt nicht als etwas Gegebenes, sondern als etwas Werdendes betrachtet. Ein solches Subjekt wird erst erfahrbar im »interaktiven Austausch in der Begegnung« (v. BAEYER, 1963). Die transkulturelle Psychiatrie betont den kulturellen Kontext, in den eine Person mit einer psychischen Erkrankung eingebettet ist. So haben beispielsweise die bis heute dominierenden westlich orientierten Psychiatriekonzepte mit der Betonung von Autonomie, Individualität und Kontrolle einen geringen praktischen Wert in anderen, etwa orientalistisch geprägten Kulturen, in denen

eher Spiritualität und Gemeinschaftsgefühl vorherrschend sind und das Krankheitsverständnis wesentlich prägen (vgl. FABREGA, 1989).

HUGHES und WINTROB (1995) schlagen ein Modell für die Psychiatrie der Zukunft vor, das Krankheiten als »Störungen des Lebensprozesses« versteht und nicht als abstrakte Krankheitseinheiten mit einem autonomen ontologischen Status jenseits des spezifischen, konkreten Lebenskontextes. Es handelt sich dabei um gegenseitig sich verstärkende Feedbackschleifen zwischen der Person und der kulturellen Umwelt, wobei das Individuum als ein System auf verschiedenen Ebenen gesehen wird: der gesellschaftlichen, familiären, psychologischen und biologischen Ebene mit dem Potential zur strukturellen Veränderung innerhalb jeder Systemebene. SARBIN und MANCUSO (1982) haben für die Lösung der Schizophrenie-Problematik ein »kontextualistisches Modell« entworfen, ein Modell, das psychosoziale Prozesse und soziokulturelle Erwartungen in einen Zusammenhang stellt und das mechanistische Paradigma der Schizophrenie der herkömmlichen Psychiatrie kritisch hinterfragt.

### **2.8.3 Selbsthilfepotential, Selbstheilungsversuche und Bewältigungskompetenzen von schizophrenen Patienten**

»Oberste Regel ist die, die Kranken vorgängig jeder Behandlung genau auf die ihnen innewohnende Tendenz zur Selbstheilung zu untersuchen und dann erst im Sinne der Unterstützung und Förderung derselben die Therapie zu wählen.«  
(KLAESI, 1922a, S. 606)

Trotz der offensichtlichen Fülle an vorhandenem Material fanden Selbstheilungsversuche schizophrener Erkrankter zunächst keine Bedeutung in der empirischen Schizophrenieforschung, wohingegen sie in der psychodynamisch-psychotherapeutischen Literatur seit langem einen festen Platz einnehmen (vgl. u.a. WINKLER, 1954; ARIETI, 1955; BENEDETTI, 1971; NUNBERG, 1975; AMMON, 1979a; SCHARFETTER, 1995). Mit der Entwicklung neuerer Schizophreniekonzepte, die ein Zusammenwirken biologischer, psychologischer und Umweltvariablen bei Entstehung und Verlauf der Erkrankung postulieren, richtete sich das Forschungsinteresse wieder verstärkt auf die individuellen Umgangsweisen und Bewältigungsstrategien des schizophrenen Erkrankten bezüglich seiner Erkrankung und das darin enthaltene Selbsthilfepotential (vgl. LANGE, 1981; BÖKER et al., 1984; THURM-MUSSGAY & HÄFNER, 1990; McNALLY & GOLDBERG, 1997).

In der Literatur lassen sich unterschiedlich weit gefaßte Begriffe zur Beschreibung von Selbsthilfeversuchen finden. So deuteten frühe Psychiater die klinisch-manifeste produktive Symptomatik der Psychose selbst als Anpassungsversuche gegenüber den zugrundeliegenden »primären« Störungen. Am Fall Schreber interpretierte FREUD (1911) erstmals die paranoide Produktion als »Heilungsversuch«. BLEULER (1911) spricht von »mehr oder weniger mißglückten oder auch geglückten Anpassungsversuchen« an eine Grundstörung, MÜLLER (1930) betrachtet diese Versuche als »schöpferische Abwehr« und damit vielleicht schon als überwiegend unbewußte »Selbstrettungsversuche erster Ordnung«, KLAESI (1922b) faßte schizophrene Stereotypien als abgewandelte, erstarrte »Selbstheilungsversuche« auf. JANZARIK sprach 1959 von einer »stabilisierenden Intentionalität« und KISKER (1960) von »Rückordnungsversuchen« schizophrener Erkrankter (Überblick bei LANGE, 1981 und BÖKER, 1986).

Demgegenüber sahen vor allem Vertreter der sog. Antipsychiatrie (LAING, 1959) die Psychose als eine Abwehrreaktion gegen eine die Selbstverwirklichung unterdrückende Gesellschaft. Familientheoretisch und systemtheoretisch orientierte Autoren interpretierten schizophrenes Verhalten als Bewältigungsreaktion auf gestörte Kommunikationsmuster in Familie und Lebenswelt (BATESON et al., 1956; LIDZ, CORNELISON, FLECK & TERRY, 1957; WATZLAWICK et al., 1982). Ähnlich versteht AMMON (1979) die »schizophrene Reaktion« als Folge einer krankmachenden Familiengruppe, wobei der Erkrankte in der psychotischen Reaktion versucht, den totalen Ich- und Identitätsverlust abzuwehren.

Nach SCHARFETTER (1995) zeigen die Symptome selbst den Stand der »Selbststrettingsversuche« des Patienten an. »Denn es ist ja das Versagen der Selbstheilungsbemühungen, welches einen Menschen zum Infirmen, zum Kranken macht, dem es nicht mehr gelingt, den Ansprüchen seines Lebens in seinem soziokulturellen Kontext zu genügen.« (S. 232) Er konnte in einer eigenen Untersuchung feststellen, daß mit der Schwere der Erkrankung die Zahl der Autotherapieversuche und deren Wirksamkeit abnimmt. Die am häufigsten als hilfreich angegebene Maßnahme bei den Schizophrenen waren Körperübungen. Die Frage, in welcher Art und Weise schizophrene Patienten selbst zu ihrer Krankheit Stellung nehmen und sie zu verarbeiten suchen, wurde in der Literatur früher hauptsächlich aus dem Blickwinkel des Untersuchers abgehandelt. Längsschnittuntersuchungen zu diesem Thema basierten zumeist weniger auf einer direkten Befragung der Erkrankten als auf der Beobachtung symptomprovozierender Bedingungen und anderer Einflußgrößen auf den Krankheitsverlauf (SCHAUB, 1993).

»Es scheint eine gewisse Scheu zu bestehen, den Schizophrenen als kompetent anzusehen. Kompetenz erstreckt sich hierbei auf das Ausdrücken des eigenen Erlebens und Befindens.« (PETERMANN & BRUNS, 1981, S. 43)

Im Rahmen der Copingforschung hat sich diesbezüglich ein deutlicher Wandel vollzogen, so daß die Betroffenen verstärkt selbst zu Wort kommen. Aussagen zu Bewältigungsformen liegen in Form von Selbstschilderungen (vgl. LALLY, 1989; LOVEJOY, 1984; BOCKES, 1985; LEETE, 1989) sowie in Form von Berichten (vgl. SECHEHAYE, 1951; KAPLAN, 1964; WING, 1977) vor.

LANGE (1981) fand in 616 Krankengeschichten schizophrener Patienten zahlreiche Hinweise auf Anpassungsstrategien, Bewältigungsreaktionen und Selbstheilungsversuche. Er teilte diese in globale Strategien und in krankheitsspezifische Reaktionsweisen ein. Innerhalb der »globalen Strategien« fand der Autor u.a. folgende Möglichkeiten der Patienten: Versuche zur Selbst- oder Weltanalyse, Entwicklung psychologisch-philosophischer Systeme, Aufsuchen von Psychotherapie, Hilfesuche in religiösen Einrichtungen, Erstellung von Lebensregeln, Anwendung von Meditationstechniken, Bezug von Lehrbüchern, künstlerische und naive Gestaltungen, Selbstbehandlung mit Medikamenten (Beruhigungsmittel, Homöopathika), Suchtmittel (Drogen, Alkohol, Nikotin) oder diätetische Maßnahmen, progressive Lebensstrategien (neue Bezugspersonen, Stellenwechsel, Überwindung der Einsamkeit, Aufsuchen von Konfliktsituationen, um zu lernen, diese durchzustehen) oder regressive Lebensstrategien (ruhige, geschützte Lebensweise, Tagesablauf mit strenger Regelmäßigkeit, Rückzug). Die regressiven Lebensstrategien schienen bei den meisten Patienten zu überwiegen und kommen mit

den progressiven oft kombiniert vor. Zu den »krankheitsspezifischen Reaktionsweisen« gehörten Versuche, einzelne Symptome zu bewältigen, die sich über die ganze Palette psychotischer Störungen erstrecken (z.B. Schutz vor akustischen oder optischen Halluzinationen durch bestimmte Verhaltensmaßnahmen).

BÖKER et al. (1984) fanden in ihrer Untersuchung mit schizophren erkrankten Patienten, daß alle Teilnehmer von bewußten Anstrengungen berichteten, um die subjektiv erlebten Basisstörungen (v.a. kognitive Störungen) zu kompensieren. Dabei wurden – zu ihrer Überraschung – mehr problemorientierte als emotionszentrierte Kompensationsanstrengungen gemacht. Die bisherigen Forschungsergebnisse dazu wiesen hauptsächlich auf nicht-problemlösungsorientierte Kompensationsformen von schizophren Erkrankten hin in Form von Abwehr-, Vermeidungs- und Rückzugsverhalten. Die problemlösungsorientierten Kompensationsversuche bezogen sich zumeist auf kognitive Strategien wie Umstrukturierung, Realitätstestung und Handlungsverlagerung.

THURM-MUSSGAY und HÄFNER (1990) unterscheiden (ähnlich wie LANGE, 1981) zwischen globalen und spezifischen Bewältigungsstrategien. Unter die globalen Strategien fallen bestimmte Einstellungen und die Verarbeitung der Tatsache der Erkrankung an sich sowie die Entwicklung eines an die veränderte Lebenssituation angepaßten Lebensstils, z.B. ein eher aktiver oder eher regressiver Lebensstil, der vor Überforderung schützen soll. Zu den spezifischen Strategien gehören konkrete Verhaltensweisen, die mit der Symptomatologie verbunden sind, z.B. Kontrolle über die Symptome und Kompensationsversuche gegenüber den Basisstörungen (wie etwa kognitive Beeinträchtigungen, Störungen der Aufmerksamkeit). Die Autoren fanden in ihrer Untersuchung u.a. innerpsychische Bewältigungs- und Vorbeugeversuche mit palliativer Funktion, z.B. Integrieren der Krankheit in das persönliche Lebenskonzept (emotionszentriert), sowie Maßnahmen, die eine bewußte Auseinandersetzung mit der Krankheit einschließt, z.B. Testen der Realität (problemzentriert). Von klinischer Relevanz ist dabei die Rückfallprophylaxe, d.h. ersten Krankheitszeichen soll gezielt und rechtzeitig durch psychoedukative Maßnahmen begegnet werden, in die die Patienten selbst sowie ihre Angehörigen einbezogen sind.

McNALLY und GOLDBERG (1997) fanden in ihrer qualitativ angelegten Untersuchung spezifische kognitive Bewältigungsstrategien (»naturalistic strategies«) schizophrener Erkrankter, die diese von sich aus entwickelt haben, um aktiv den psychotischen Symptomen zu begegnen. Eine dieser Strategien wurde mit »coping self-talk« einschließlich neun Subtypen beschrieben, die von den Patienten als Reaktion auf halluzinatorische Symptome entwickelt wurden. Diese Selbstgespräche brachten die Stimmen zwar nicht zum Verschwinden, schienen aber die Stärke der Wahnvorstellungen zu reduzieren, die mit dem Stimmenhören verbunden waren. Zu den neun Subtypen gehören Vernunft, Objektivität, Verdrängung, Geschehenlassen, Änderung der Einstellung, Realitätsüberprüfung, Willensanstrengung, Selbstbestätigung und Humor über sich selbst.

Kritisch zu bewerten ist, daß der überwiegende Teil der behavioral-kognitiven Untersuchungen von Bewältigungsstrategien schizophrener Erkrankter sich auf die symptombezogenen Bewältigungsversuche konzentriert, wie beispielsweise das Erkennen von Frühwarnsignalen der Erkrankung (z.B. DOCHERTY, VAN KAMMEN, SIRIS & MARDER, 1978), der Umgang mit Basisstörungen (z.B. SÜLLWOLD, 1977) oder mit produktiver Symptomatik (z.B. FALLOON & TALBOT, 1981). Dieses krankheitsspezifische Verständnis von Bewältigung impliziert eine Behandlung, die auf gezielte Lernprogramme mit Selbstkon-

trollmaßnahmen und Symptom-Management sowie den gezielten Einsatz von pharmakologischen Interventionen abzielt. Die Lebenswelt der Patienten als ganze wird jedoch weniger berücksichtigt.

WIEDL und SCHÖTTNER (1989) vertreten demgegenüber einen Ansatz, bei dem die gesamte Lebenssituation der Betroffenen einbezogen werden soll. Sie entwickelten das Osnabrücker Belastungs- und Bewältigungsinventar zur Erfassung »spezifischer, mit einer schizophrenen Erkrankung verbundener Anforderungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen«. Die Untersuchungsebenen sind Symptome/Behinderungen, Selbst und Umwelt. Es werden der Grad der jeweils subjektiv erlebten Belastungen, die subjektiv wahrgenommene Kontrollierbarkeit und Wandelbarkeit sowie Zufriedenheit mit dem Bewältigungsversuch erfaßt. Anhand eines Tagebuchs zur Erfassung von Belastung und Bewältigung soll ein stärker prozeßorientierter Zugang gewonnen werden.

CORIN und LAUZON (1992) kritisieren aus anthropologischer Perspektive die Begrenztheit der gängigen Coping-Theorien im Rahmen der Schizophrenieforschung und meinen ebenfalls, daß diese zu stark auf die Bewältigung bestimmter Symptome konzentriert sind, statt die individuelle Lebenssituation und die Bedürfnisse des einzelnen einzubeziehen. Eine Ausnahme bildet ihrer Ansicht nach der Ansatz von RAKFELDT und STRAUSS (1983; sowie STRAUSS, HAFEZ, LIEBERMAN & HARDING, 1985). Der von Corin und Lauzon positiv formulierte soziale Rückzug nicht rehospitalisierter Patienten (»positive withdrawal«, siehe Kapitel 2.8.2) kann als ein Beispiel für ein differenziertes Verständnis von »sozialer Integration« dieser Patienten gesehen werden. Es beinhaltet ein Respektieren ihres Bedürfnisses nach Alleinesein auf der einen Seite und nach Kontaktaufnahme mit der sozialen Welt mit Bewahrung einer gewissen Distanz zu ihr (z.B. inmitten von Menschen auf einem öffentlichen Platz sein) auf der anderen Seite. Auf diese Weise können sie gleichzeitig »innerhalb« und »außerhalb« des sozialen Feldes sein.

Kritisch stehen CORIN und LAUZON (1992) solchen psychosozialen Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber, die in ihren Konzepten vorherrschende kulturelle Werte wie Leistung, Instrumentalisierung und Autonomie überbewerten. Das kann dazu führen, daß die subjektiven Wertvorstellungen und eigenen Strategien der Patienten des »In-der-Welt-Seins« übersehen und ignoriert werden. Eine Rehabilitation jedoch, die auf den bisher von den Patienten selbst entwickelten Strategien und Bedeutungen basiert, würde deren Welt einschließlich ihrer Stärken und Schwächen einbeziehen. In der Praxis könnte ein solches Vorgehen allerdings die eigenen Wertvorstellungen und Erwartungen der Professionellen hinsichtlich Reintegration und Rehabilitation infragestellen.

STRAUSS, HARDING, HAFEZ und LIEBERMAN (1986) gehen ebenfalls weit über das symptomfokussierte Bewältigungsverständnis hinaus. Sie weisen darauf hin, den schizophrenen Patienten in seiner aktiven Rolle im Genesungsprozeß ernstzunehmen. Sie sind überzeugt, daß ein Mensch zu viel mehr fähig sei, als nur injizierbare Medikamente zu empfangen, Anweisungen zu befolgen oder trainiert zu werden und verweisen auf die umfangreichen Berichte schizophrener Erkrankter sowie auf empirische Untersuchungen, die bei einigen Patienten ein hohes Maß an Initiative und Kreativität im Umgang mit ihren Schwierigkeiten erkennen lassen. Die Autoren erwähnen ein breites Spektrum an Determinanten, die auf den Genesungsprozeß positiv (oder auch negativ) einwirken können, diese reichen von Schlaf zu Hoffnung, von körperlicher Gesundheit zu Mut, von materiellen Ressourcen zu psychologischer Energie und Antriebskraft.



»Durch die Auswahl seiner Umgebung und dem Maß seiner Beteiligung an ihr, vielleicht durch den Entschluß, Symptome zu kontrollieren oder eben gerade nicht, vielleicht sogar durch eine von Mut und Hoffnung beeinflusste Willensanstrengung mag der Patient eine erhebliche Rolle im Genesungsprozeß der Psychose spielen.« (STRAUSS et al., 1986)

Die Aufgabe des Therapeuten sei, dem Patienten zu helfen, seinen eigenen Stil im Umgang mit seiner Erkrankung und den Symptomen zu finden.

THOMAE (1988) kritisiert den Begriff »Coping«, da unter diesem alle Verhaltens- und Reaktionsweisen subsumiert werden, die sich auf Streß und Belastung beziehen, aber auch solche, die eigentlich keine »aktivistische« Form des Reagierens erfordern, sondern eher ein »Akzeptieren der Situation«. Er zieht dem Coping-Begriff die Bezeichnungen »Daseinsthematik«, »Daseinstechnik« und »Reaktionen« vor, da letztere auch die sonst unberücksichtigten Reaktionen wie beispielsweise Meisterung einer Situation oder Tolerierung von gestellten Anforderungen mit einbeziehen. »Wer die ganze Breite von Reaktionen auf echte Belastungen erkunden will, muß sich von den aktivistischen und rationalistischen Ideologien freimachen, die explizit wie implizit besonders die gegenwärtige deutsche Psychologie von Streß und Coping beherrschen.« (THOMAE, 1988) Eine empirische Arbeit über verschiedene Formen der Auseinandersetzung mit Schizophrenie, die auf Thomaes Verständnis von Reaktionsweisen basiert, wurde von SCHAUB (1993) vorgelegt.

Abschließend kann festgestellt werden, daß die Bedeutung von individueller und kollektiver Selbsthilfe mittlerweile in zunehmendem Maße für psychoseerfahrene Menschen dargestellt und belegt worden ist (vgl. BOCK & WEIGAND, 1990; ROMME & ESCHER, 1989, 1996; WALKER, 1995). ROMME & ESCHER (1989, 1996) haben die Selbsthilfemöglichkeiten von Menschen, die Stimmen hören, eingehend untersucht und festgestellt, daß diejenigen, die lernen, mit den Stimmen umzugehen, eine Art innere Balance entwickeln können. Werden die Stimmen als Ausdruck des Selbst betrachtet, erhöht das die Bereitschaft und Fähigkeit, mit ihnen zu leben. Andere, die die Stimmen von Anfang an als aggressiv und negativ erleben, bringen sie nicht oder nur bedingt mit dem eigenen Selbst in Verbindung. Für die Behandlung bedeutet es, daß die subjektiv entwickelten Selbsthilfestrategien der Patienten ernstgenommen werden müssen. Die Frage, welche Bewältigung angemessen ist, ist nur individuell und subjektiv zu entscheiden. Ein professioneller Eingriff kann auch eine mehr oder weniger erfolgreiche innere Balance stören. Wenn die Psychose nicht nur als Dysregulation, sondern auch als Prozeß der Regulation verstanden wird, müssen Art, Umfang und Zeitpunkt professioneller Eingriffe sorgsam abgewogen werden (vgl. BOCK, 1997).

#### **2.8.4 Ressourcen- und subjektorientierte Ansätze zur Behandlung schizophrener Erkrankter**

»Das alte Ich, das bei einer Geisteskrankheit auf lange Zeit hin nicht verloren, sondern nur oberflächlich verdrängt oder in einem Gefühlssturm verborgen ist, wo es lange Zeit fähig und bereit bleibt, sich wieder geltend zu machen, muß soweit wie möglich zur Erinnerung gebracht und gestärkt werden.« (Wilhelm GRIESINGER, 1871, S. 495)

Griesinger wird zu Unrecht schlicht zu den Organikern gerechnet. Er hat zwar 1871 (S. 1) geschrieben: »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten«, aber er schrieb auch: »Die

psychischen Ursachen halten wir für die häufigsten und ergiebigsten Quellen des Irreseins, sowohl was Vorbereitung wie die unmittelbare Erregung der Krankheit betrifft.« (GRIESINGER 1871, S. 169; zit. nach SCHARFETTER, 1995). Es ging ihm dabei eher um ein psychophysiologisches Verstehen der Erkrankung. Der erste Satz sagt über erste oder letzte Ursachen psychischen Krankseins nichts aus, sondern nur darüber etwas, wie die verschiedensten möglichen Krankheitsursachen »körperlich« vermittelt werden. Mit der neuropathologischen Ära in der Psychiatrie hat sich dann allerdings doch eine ätiologische Interpretation des Griesingerschen Satzes durchgesetzt, derzufolge alle psychischen Krankheiten, vor allem die großen Psychosen, primär durch Körpervorgänge nicht nur vermittelt, sondern auch verursacht worden seien (WULFF, 1994).

Griesinger vertrat die grundlegende Auffassung, daß der sog. Irre ein Patient, ein leidender Mensch ist, der das gleiche Recht wie der organisch Kranke auf eine adäquate und humane Behandlung hat. Das einführende Zitat von ihm aus dem Jahre 1871 formuliert das, was heute teilweise als das Arbeiten mit den gesunden Anteilen der Persönlichkeit bzw. den Ressourcen des psychisch erkrankten Patienten bezeichnet wird (vgl. AMMON, 1973; ROHDE-DACHSER, 1986; FRANKE, 1994; SCHARFETTER, 1995; LUTZ & MARK, 1995; KRISOR & PFANNKUCH, 1996; HERMER, 1996; NESTMANN, 1996; REDDEMANN, 1996; BERGER, 1999; BURBIEL & SCHMOLKE, 1999; SCHMOLKE, 1999).

Die Ressourcenperspektive propagiert nicht ein Ideal des »allumfassend ressourcenreichen und handlungskompetenten Menschen in einer allumfassend ressourcenreichen Umwelt«, sondern beinhaltet auch Zugeständnis, Akzeptierung, Abfinden und Leben mit persönlichen und kontextualen Mängeln und Defiziten. Allerdings geht sie davon aus, daß auch im schwerstgeschädigten Individuum, in der defizitärsten Umwelt und in den gestörtesten Mensch-Umwelt-Transaktionen förderbare Ressourcen einer Entwicklung von Personen- und Umweltsystemen zu finden sind. Beispiele sind etwa die Erfahrungen aus psychiatrischen Programmen zur Enthospitalisierung, bei denen langjährige Anstaltspatienten alte und neue Ressourcen (wieder-)entwickeln und neue Kontextressourcen entstehen konnten (vgl. NESTMANN, 1996). FROMM-REICHMANN (1950), die sich intensiv um einen therapeutischen Zugang zu chronisch schizophren Erkrankten bemüht hatte, betont, daß diese Patienten einsame Menschen sind, aber in ihrem zurückgezogenen Zustand keineswegs glücklich seien. Und SULLIVAN (1962) hatte stets auf die grundsätzliche Fähigkeit zur »interpersonalen Bezogenheit« (interpersonal relatedness) sogar beim zurückgezogensten schizophrenen Patienten hingewiesen. In diesem Sinne soll im folgenden Abschnitt auf ausgewählte Basiskonzepte in der Schizophrenietherapie eingegangen werden, die einen Blick auf die Ressourcen bzw. gesunden Anteile des Patienten werfen und Hinweise liefern für ein subjektorientiertes psychotherapeutisches Arbeiten.

#### 2.8.4.1 Ausgewählte Basiskonzepte

Manfred BLEULER (1971, 1984) erkennt zwar den Krankheitswert an, der in der Unfähigkeit des schizophren Erkrankten liegt, das Leben in der Gemeinschaft zu bestehen, gleichzeitig rückt er ihn aber in die Nähe von Gesunden: »Den Schizophrenen sehen wir als einen von uns, der sich im gleichen Kampfe um ein Ich, um ein persönliches Dasein, den wir alle führen, erschöpft ergeben hat und die innere Widersprüchlichkeit der Wirklichkeit nicht mehr anpaßt.« (1984, S. 149) Und weiter: »Unter Mißachtung der Erfahrungen aus der äußeren verliert er sich in die Gestaltung einer inneren Welt, die seinem

Wesen besser entspricht. Er will und kann sich dem Zwang nicht mehr fügen, sich trotz aller Schwierigkeiten an die äußere Wirklichkeit anzupassen, er lehnt es ab, einen Teil seines Selbst zu verleugnen, indem er sich Konventionen fügt.« (BLEULER, 1971, S. 48) Nach seiner Ansicht gibt es keine einzelne Prädisposition, die zur Schizophrenie führt, sondern es handelt sich um solche von »größter Mannigfaltigkeit«, auch der Verlauf von Psychosen sei individuell sehr verschieden. Zur Therapie sagt Bleuler:

»Wie die Schizophrenien im Zuge persönlicher Entwicklung entstehen, so stützt sich ihre Behandlung grundsätzlich auf dieselben fundamentalen Gesetze, die die Persönlichkeit von Kindheit an entwickeln: die Eingliederung unter andere, die Betätigung der eigenen Kräfte.« (Manfred BLEULER, 1984, S. 148)

Wichtig seien klare feste Beziehungen zu anderen Menschen, wobei der Grad des Abstandes zum Patienten persönlich zu halten ist. Außerdem seien Anregungen und Beruhigung im »rechten Rhythmus« nach den persönlichen Bedürfnissen des Patienten wichtig, dazu könnten die Psychotherapie, die psychosoziale Therapie und die Pharmakotherapie beitragen (vgl. BLEULER, 1984).

AMMON (1975) betrachtet die Psychose als psychodynamisch verstehbare Reaktionsform auf pathogene verinnerlichte Beziehungsdynamiken der frühen Kindheit und als Ausdruck eines unbewußten Gruppengeschehens in der Familie, in dessen Verlauf das schwächste Gruppenmitglied zum Krankheitsträger dieser Gruppe werden muß. Ammon lehnt die sog. Uneinfühlbarkeit und Irreversibilität der Schizophrenie ab und ist davon überzeugt, daß Ich- und Identitätskrankheiten, zu denen er die Psychosen zählt, nicht per definitionem hoffnungsloses und individuelles Schicksal sind, sondern im Rahmen von zwischenmenschlichen Beziehungen verstanden und geheilt werden können. Die Grundregel für jede Psychotherapie ist, daß die Form der Therapie und die therapeutische Technik sich nach den Bedürfnissen des Patienten richten und seiner Entwicklung im Laufe der Therapie kontinuierlich und flexibel angepaßt werden müsse. Eine wirksame psychotherapeutische Behandlung schizophrener reagierender Patienten setze ein »vielfältiges und elastisches therapeutisches Instrumentarium« voraus.

Ammon hat explizit auf die »Stärkung der gesunden Ich-Anteile« im Rahmen der Behandlung hingewiesen, diese können bestimmte Begabungen, Fähigkeiten oder Interessen sein und werden als wichtige Kontaktbrücke und Identitätsangebote des Patienten verstanden, die aktiv als solche in die Therapie einbezogen werden sollten. »In der ersten Phase der Schizophrenietherapie gilt es, die konstruktiven Ich-Funktionen und Ich-Anteile des Patienten zu entdecken und sich mit diesen inselhaft vorhandenen, konstruktiven Bereichen des Patienten zu verbünden. Von dieser Basis aus kann die Therapie der gesamten Persönlichkeit des Patienten fortschreiten.« (AMMON, 1979a, S. 397) Als geeignete Therapieform sieht er neben der kontinuierlichen, psychodynamisch orientierten Einzeltherapie die Milieutherapie mit Förderung der gesunden Persönlichkeitsanteile in einem realen Beziehungs- und Tätigkeitsfeld in Verbindung mit nonverbalen Therapieformen.

»Durch die Aufmerksamkeit, die der Therapeut allen Erfahrungen des Patienten entgegenbringt, und die Anteilnahme, mit der er seine Aktionen begleitet, kann der gesunde Ich-Anteil des Pa-

tienten eine nachhaltige Stärkung erfahren und dadurch fortschreitend in die Lage versetzt werden, sich mit seinen kranken Ich-Anteilen auseinanderzusetzen.« (AMMON, 1979b, S. 610)

Das therapeutische Team und heterogen zusammengestellte Gruppen sind wichtige Faktoren für die Schizophrenietherapie, da dem Patienten von verschiedenen Seiten »Hilfs-Ich-Funktionen« angeboten werden können, z.B. im Ausdrücken von Gefühlen und bei realen Arbeitsanforderungen. In der Therapie findet eine »nachholende Ich-Entwicklung« statt. Der Therapeut sowie das therapeutische Team sollten psychotherapeutisch geschult sein, um die tiefgreifenden Ängste eines schizophrenen Patienten verstehen und damit umgehen zu können. Konventionelles, bürgerliches Denken ist dabei kontraindiziert. Grundsätzlich gilt, daß jede Beziehung, die der Patient hat – sei es zu Therapeuten, Mitpatienten, Freunden, Kindern, geliebten Tieren oder Dingen – in welcher er sich als wichtiger Partner ernstgenommen und existent fühlt, einen Schutz darstellt und somit wichtige protektive Faktoren sind (AMMON, 1979a, S. 409; vgl. auch BURBIEL & SCHMOLKE, 1999).

Für SCHARFETTER (1995) heißt Therapie mit schizophren Erkrankten Pflegen, Stützen, Warten, Klären, Ordnen, Haltgeben im Zwischenmenschlichen und in der gemeinsamen Realität, und Therapie heißt weiter Synthese und Rekonstruktion, Neu- und Wiederlernen, Festigen von verlorengegangenen, zerstörten oder verborgenen zwischenmenschlichen Möglichkeiten. Therapie heißt manchmal auch Lehren, mit der bestehenden Behinderung, Verletzlichkeit, Anfälligkeit besser umgehen zu lernen. Darüber hinaus sind die alltäglichen lebensnotwendigen Anliegen des Kranken (Wohnen, Essen, Kleidung, Lebensunterhalt) im Auge zu behalten.

Der Rolle des Therapeuten für den schizophren erkrankten Patienten wird eine wichtige Bedeutung beigemessen. Demnach stellt sich der Therapeut als »Medium der autoreparativen Kräfte« (SCHARFETTER, 1995) zur Verfügung. Für Benedetti (1975) ist der Grundsatz der Therapie die verlässliche, nicht egoistische Anwesenheit des Therapeuten in der Welt des Kranken. Die Einstellung und Ausbildung des Therapeuten bestimmt sein Verhältnis von »eingreifendem, direktivem, kustodiale, morbus-bekämpfendem, psychoedukativem Tun und dem wegweisenden, ermutigenden, das Selbstsein fördernden Begleiten in der Art eines Lotsen, eines Bergführers« (SCHARFETTER, 1995, S. 229). Die Haltung des Therapeuten zum Menschen und zum Lebendigen überhaupt sowie seine Krankheits-, Gesundheits- und Normenvorstellungen bestimmen seine Arbeit mit dem Patienten.

»Ob der Therapeut das Kranksein in einem Zusammenhang von Persönlichkeit und Lebenserfahrung sieht oder als Ergebnis eines Degenerationsprozesses, eines sinnblinden Einbruchs in die Lebensgeschichte – dies wird mitbestimmen, ob er technisch-kuratives Expertentum oder sehr persönliche Entwicklungsarbeit anbietet.« (SCHARFETTER, 1995, S. 229)

SCHARFETTER (1995) betont, daß der Therapeut nicht der Mächtige sei, der gesund macht und weist auf die notwendige Geduld und das Wartenkönnen von Seiten des Therapeuten hin. Die Behandlung habe sich nach den Bedürfnissen und der therapeutischen Zugänglichkeit des Patienten zu richten. Handeln und Lassen, Schonen und Beanspruchen im rechten Augenblick sei die Kunst des therapeutischen Handelns. »Wer sein Ich nicht mehr spürt, wird in der Dualität des gemeinsamen Handelns, Redens, Schweigens etc. eben

dieses Ich wiederzugewinnen versuchen.« (a.a.O., S. 236) Passivität und Apathie des Patienten bedürfe von Seiten des Therapeuten oft vieljährige Geduld, bis der Patient wieder den Mut findet, sich auf den Weg zu machen. In der Therapie und Rehabilitation müßten auch die Grenzen der Entwicklungs- und Veränderungsmöglichkeiten anerkannt werden. Psychiatrie habe u.a. auch die Aufgabe, Raststätte, Herberge, Schutz- und Schonraum für die Patienten zu sein. Schließlich betont SCHARFETTER (1995), daß der Therapeut nicht das »Menschengemeinsame« und das Gesunde und Zerbrechliche am Schizophrenen »vergessen« sollte. Zur Therapie und Rehabilitation als »Personifikationsprozeß« gehöre auch Geborgenheit, Sicherheit, Gebrauchtwerden, Leistendürfen (nicht nur müssen) – Aspekte also, die als feste Bestandteile einer ressourcenorientierten Therapie betrachtet werden können.

#### 2.8.4.2 Innovative Projekte

In dem kürzlich erschienenen Buch von **MARTINDALE et al.** (2000), das sachlich und ausgewogen verschiedene psychotherapeutische Ansätze und Projekte in der Psychosentherapie aus mehreren Ländern vorstellt, herrscht die grundsätzliche Übereinstimmung unter den Autoren, daß Psychotherapie bei Psychosen grundsätzlich hilfreich sei, wobei sich die Lager zwischen den kognitiven Verhaltenstherapeuten und den ganzheitlich psychodynamisch arbeitenden Therapeuten teilen. Empirische Untersuchungen zeigten, daß die integrierte und aufeinander abgestimmte Anwendung von psychotherapeutischen Verfahren in Verbindung mit pharmakologischer Behandlung am effektivsten sei. In dem Buch werden verschiedene psychotherapeutische Ansätze und Untersuchungen vorgestellt: Kognitive Verhaltenstherapie, »Compliance-Therapy« (kombinierte Behandlung mit anti-psychotischer Medikation und Psychotherapie), Multifamilientherapie mit Familien, deren Angehörige psychotisch sind, Gruppentherapie, psychosoziale Ansätze, rückfallprophylaktische Interventionen durch Einbeziehung der subjektiven Sichtweise der Patienten, psychoanalytische Einzeltherapie, Arbeit in einem Kriseninterventionszentrum sowie der Need-Adapted Approach zur Früherkennung und ambulanten Frühbehandlung ersterkrankter schizophrener Patienten.

Hervorzuheben ist der finnische Bedürfnisorientierte Ansatz (Need-Adapted Approach) von **ALANEN** (1997), der über drei Jahrzehnte im Rahmen des Turku Schizophrenia Project entwickelt wurde. Das Projekt zielt vor allem auf die frühzeitige psychodynamische Behandlung ersterkrankter schizophrener Patienten und die aktive Einbeziehung ihrer Familien (z.T. als Familientherapie) sowie des sozialen Umfeldes. Verschiedene psychotherapeutische Ansätze kommen in einem integrierten Konzept zur Anwendung. Der Patient ist als »Experte seiner Lebenssituation« angesprochen. Wichtig ist auch, daß Patient und Therapeut zusammenpassen. Die Kontakte zum Patienten und zur Familie sind langfristig angelegt, Verlässlichkeit, Kontinuität und Stabilität sollen gewährleistet sein. Längerfristig ist weniger die Häufigkeit der Kontakte wichtig als der bedürfnisgemäße individuelle Umgang mit auftretenden Krisen. Mit dieser Methode, die in den skandinavischen Ländern kontinuierlich angewandt wird, konnten Krankenhausaufenthalte sowie Rückfälle und somit Chronifizierung erheblich reduziert werden. Nicht in allen Behandlungen waren Psychopharmaka notwendig (vgl. **ALANEN et al.**, 2000).

Ein anderes ressourcenorientiertes Projekt stammt von **DAVIDSON, STAYNER, CHINMAN, LAMBERT und SLEDGE** (2000) aus den USA, das durch die aktive Einbeziehung des sub-

jektiven Erlebens von schizophrenen Patienten und die Förderung des Gemeinschaftslebens versucht, Rehospitalisierung und Rückfälle zu vermeiden. Die Autoren sehen drei Gründe, die zu Wiederaufnahmen in Kliniken führen und herkömmliche psychoedukative Präventionsprogramme ineffektiv machen:

- a) soziale Isolation,
- b) Demoralisierung und
- c) fehlender Anschluß zu ambulanten psychiatrischen Einrichtungen.

Das Anliegen des Projektes ist, den Patienten genau zuzuhören, wie sie ihr Leben in der Klinik und außerhalb in der Gemeinde erleben. Überraschend war für die Autoren zu erfahren, daß ein Klinikaufenthalt von vielen Patienten positiv erlebt wird, da sie dort versorgt werden und menschliche Zuwendung erhalten, was sie außerhalb der Klinik vermissen. Die Zielrichtung galt also, die Patienten in ihrer realen Lebenssituation aktiver in die ambulante Versorgung einzubeziehen, die sozialen Beziehungen untereinander (z.B. Aktivierung zu Freizeitaktivitäten) sowie ihr Selbstwertgefühl zu stärken und auf diese Weise präventiv einzuwirken. Dabei sollten die Patienten eine zunehmend aktive Rolle und Verantwortung für andere übernehmen (z.B. in von Patienten organisierten Aktivitäten). Im Vergleich mit Patienten, die ein Standardprogramm erhielten, waren bei den Patienten in dem speziellen Projekt bis zu 30 % weniger Wiederaufnahmen in eine Klinik und 92 % weniger Kliniktage festzustellen.

Als weiteres ist das Herner Modell von KRISOR (1993) zu nennen, das mit seinem Ansatz eine explizite Subjekt- und Ressourcenperspektive in der Behandlung psychiatrischer Patienten einnimmt. Das Modell ist gekennzeichnet durch die »gemeindepsychiatrische Trias«:

- a) eine fehlende Aufnahme-Station,
- b) die heterogene Zusammensetzung der PatientInnen einer jeweiligen Station, und
- c) offene Türen auf allen Stationen.

Es wird ein Menschenbild vertreten jenseits einer Symptomreduzierung. Institutionalisierte Psychiatrie erscheint als »Forum der Begegnung zwischen krisenerschütterten Subjekten und Menschen in professionellen Helferrollen« (KRISOR & PFANNKUCH, 1996, S. 395). Dieser auf Befähigung zur Selbsthilfe zielende und somit autonomieorientierte Ansatz – mit deutlicher Nähe zum Empowermentgedanken – berücksichtigt, »daß nur die Art von professionellem Angebot wirken kann, das in das System des Selbst- und Weltverständnisses der KlientInnen integrierbar ist und das persönlich glaubwürdig und überzeugend vermittelt wird« (KEUPP, 1993, S. 368). Ein solches Passungsverhältnis setzt eine Analyse »synchroner und historischer Regionalbezüge, in denen der einzelne sich befindet« (PFANNKUCH, 1994, S. 267) voraus, um die Wiedergewinnung der eigenen Autonomie nicht auf eine etwaige therapeutische Zweierbeziehung beschränkt zu lassen, sondern in vivo für den Klienten nutzbar zu machen (KRISOR, 1993).

Ein zentraler Bestandteil der Arbeit in Herne sind die »Ateliers«. Das sind Foren für Begegnungen zwischen Patienten, sonstigen interessierten Bürgern der Stadt, lokalen Mediatoren und Mitarbeitern, z.B. öffentliche Veranstaltungen (Vorträge, Diskussionsveranstaltungen, Exkursionen, Feste, Ausstellungen), die von den Klinikpatienten mitorganisiert werden, wodurch den Patienten die Möglichkeit zur Rollenvielfalt gegeben ist. Es geht

um das Zusammenwirken zwischen der Gemeinde und der psychiatrischen Abteilung und darum, die alltägliche Lebenswelt und Sinnbezüge der Patienten aufrechtzuerhalten. Über die Ateliervorstellungen wird versucht, das »Prinzip des Austausches« jenseits der Ebene pathologiebestimmter Rollenzuweisungen (mächtiger, wissender, aktiver Therapeut versus unwissender, entmündigter, passiver Patient) zu realisieren und somit weiteren gravierenden Selbstwertverlusten vorzubeugen (vgl. KRISOR & PFANNKUCH, 1996). Um diesen Ansatz umzusetzen, ist vom Professionellen ein Umdenken gefordert: Die gesamte Persönlichkeit des Therapeuten, nicht nur sein Wissen um Psychopathologie, hat therapeutischen Wert. Gerade das Setting der alltäglichen Realität erweitert nicht nur den Handlungs- und Erlebensrahmen der Klienten, sondern auch den der professionellen Helfer, es entsteht Raum für unentfremdete soziale Beziehungen.

Im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie wurde seit kurzem von **Kuntze** ein »Motivational Empowerment Training«, d.h. ein nach einem Manual angeleitetes Therapieprogramm entwickelt, das gezielt auf die Kontrollüberzeugungen, pessimistischen Therapieerwartungen, Negativsyndrome, depressiven Coping-Strategien und die resignative Haltung von schizophrenen Patienten einwirken soll. Die individuellen Attributionsstile, das Selbstbild und die gelernte Hilflosigkeit der Patienten sollen dahingehend verändert werden, daß sie zunehmend in der Lage sind, mit ihren Ressourcen kompetenter umzugehen und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Es wird erwartet, daß diese Interventionen, die auf die Motivation und den Antrieb der Patienten Einfluß nehmen, eine positive Wirkung auf den Langzeitverlauf der Schizophrenie haben (vgl. KUNTZE, 2000).

In dem kürzlich erschienenen Buch »Selbstbefähigung fördern« von **KNUF und SEIBERT** (2000) werden von verschiedenen Autoren Konzepte zum empowerment-orientierten Arbeiten in der Psychiatrie vorgelegt. Darunter befindet sich ein Beitrag von Peter Stastny aus New York, der die Entwicklung verschiedener Selbsthilfeprojekte im ambulanten Bereich unter aktiver Beteiligung von ehemaligen Betroffenen beschreibt. In dem Projekt »Share your bounty« aus den 80er Jahren wird eindrücklich beschrieben, wie Hilfesuchende in der Anstalt sich zu aktiven Hilfeleistenden im Rahmen einer eigenen Firma entwickelten. Die Grundidee war, wertvolle Lebensmittelüberschüsse von Flugzeugen und Krankenhäusern einzusammeln und an Obdachlose zu verteilen. Der Autor zu diesem Projekt:

»Es gibt nichts Eindrucksvolleres als die Äußerungen und Tätigkeiten von Menschen, denen man bis dato kaum ein sicheres Dasein außerhalb der Anstalt zugetraut hätte.« (STASTNY, 2000, S. 263)

Allerdings mußten die Mitglieder ihre Firma nach zehn Jahren auflösen, da nach Auslaufen der Fördergelder das Projekt nicht mehr weiter finanziell unterstützt wurde. Diesem Projekt folgte ein weiteres: die Betreuung von Patienten durch Gleichgestellte (peers). Das Ziel war nicht zu beweisen, daß ehemalige Patienten die Arbeit anderer Betreuer, z.B. als »case manager«, übernehmen können, sondern daß sie einen *besonderen* Beitrag zur Gesundung (»recovery«) und zur Lebensqualität ihrer »Kollegen« leisten können. Das Besondere dieses Beitrags, so STASTNY (2000), ergibt sich aus den speziellen Erfahrungen ihrer »Patientenkarrieren« und ist daher von Menschen ohne Psychiatrieerfahrung nicht nachvollziehbar. In dem Titel »Peer Specialist« kommt sowohl Gleichstellung als auch

Expertise zum Ausdruck. In einer Evaluationsstudie konnte nach einem Jahr nachgewiesen werden, daß die Klienten der Peer-Specialist-Gruppe über eine geringere Anzahl von Lebensproblemen berichteten und mit den finanziellen, rechtlichen und medizinischen Aspekten ihres Lebens zufriedener waren als zwei Vergleichsgruppen (mit oder ohne zusätzlichem Betreuungspersonal) (STASTNY, 2000).

Allerdings existiert dem Autor zufolge eine Diskrepanz zwischen der erfolgversprechenden Selbsthilfebewegung und Alternativmodellen auf der einen Seite und den gängigen Praktiken der psychiatrischen Versorgung auf der anderen. Die stationäre Behandlung sei weitgehend »abgeschottet gegen jede Reformbewegung«, ein »Umkippen der herrschenden Betreuungsordnung« würde ein Aufgeben von Machtpositionen auf Seiten der Professionellen bedeuten.

»Es ist sicher, daß in keinem der deutschsprachigen Länder sowie in den USA von Seiten der herrschenden psychiatrischen Strukturen eine Bereitschaft zur Machtteilung mit Betroffenen vorzufinden ist. Dies bedeutet, daß wir wahrscheinlich noch lange an einem zweigeteilten Gesundheitssystem herumlaborieren werden: einerseits die ärztlich verschriebene Ordnung, andererseits die von Betroffenen propagierte ‚Unordnung‘ der persönlichen Heilung.« (STASTNY, 2000, S. 275)

Trotz alledem besitzen die kreativen Ideen und die vielen bereits in die Praxis umgesetzten Projekte der Betroffenen- und Selbsthilfebewegung sowie von fortschrittlich orientierten Psychiatricansätzen eine unaufhaltsame und wegweisende Bedeutung für die Zukunft.

### **2.8.5 Grenzen des »Ressourcen- und Bewältigungsoptimismus«**

Insbesondere Keupp (1991, 1994) warnt davor, daß im Rahmen der zunehmenden Diskussion über die Inhalte der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, insbesondere der Bewältigungs- und Unterstützungsressourcen, ein unbegrenzter »Bewältigungsoptimismus« aufkommen könnte, der die gesellschaftliche Wirklichkeit ignoriert. Er weist auf die sozialstrukturellen Begrenzungen souveräner und selbstgestalteter Lebensführung hin sowie auf die Ideologieträchtigkeit mancher Ansätze der Gesundheitsförderung, die psychische Gesundheit zu einer »Angelegenheit von Lebensstil und guter Laune« machen und damit auf unbegrenzte individuelle Bewältigungsressourcen setzen. Er kritisiert ausdrücklich eine hedonistische Gesundheitsphilosophie, die meine, »Gesund ist, was Spaß macht« (der Titel zu einem Buch von ERNST, 1992), und gegen »Mensch-werde-positiv«-Empfehlungen. In eine ähnliche Richtung geht die Warnung von FALTERMAIER (1994), daß die Einseitigkeiten eines medizinischen Krankheitsmodells nicht durch neue Einseitigkeiten eines Gesundheitsmodells ersetzt werden dürften, etwa über die Setzung einer psychologischen Gesundheitsnorm oder einer »hedonistischen Gesundheitsphilosophie«, die wieder zu neuen Reduktionismen und Vereinfachungen führen würde.

Solche hedonistischen Komponenten könnten sich schnell als die zeitgenössische Leistungsmoral erweisen: Bei Wohlbefinden steigert sich die Leistung (KEUPP, 1994). Allerdings verliere die »Wohlbefindens«-Forschung jene Menschen aus ihrem Blick, denen ihre durchschnittlichen Lebenserfahrungen ein Gefühl der »Demoralisierung« vermitteln. Eine »Wohlbefindens«-Forschung richte ihr Augenmerk auf die Sieger-Typen, die ihr



Leben als ständige Herausforderung begreifen und in der sie sich als erfolgreich erweisen. Gesundheitliche Probleme, Unglück und Leid seien entsprechend die »negative Prämie für die Verlierer«, die es nicht schaffen, die vielfältigen gesellschaftlichen Chancen für sich zu nutzen.

»Wenn Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta ›auf einen Prozeß zielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen‹, dann müssen mit besonderer Aufmerksamkeit jene Prozesse untersucht werden, die spezifischen Menschengruppen die Selbstbestimmung über ihre Lebensführung erschweren bzw. verhindern.« (KEUPP, 1994, S. 162) Genau hier liege das nach wie vor »unverzichtbare Erkenntnispotential« der sozial-epidemiologischen Forschung für eine präventiv orientierte Gesundheitsforschung im Bereich psychischer Gesundheit. »Salutogenetische Konzepte« müßten dieses Erkenntnispotential nutzen, wenn sie eine Blickverengung auf privilegierte soziale Gruppen vermeiden wollen (KEUPP, 1994).

Bei der Empowerment-Diskussion handelt es sich nicht um Entweder-oder-Perspektiven, im Sinne von »Kinder in Not« oder »Bürger mit Rechten«, sondern sie müßten in dem Spannungsverhältnis, in dem sie zueinander stehen, erhalten bleiben (KEUPP, 1994). Denn Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, sei ein grausamer Scherz – eine Feststellung von RAPPAPORT (1985). Psychosoziale Praxis sollte sich um eine »realistische Einschätzung« von Bewältigungsmöglichkeiten auf der Subjekt- oder mikrosozialen Ebene bemühen. Sie sollte aufzeigen, wo gesellschaftliche Fremdbestimmung, Enteignung von Alltagskompetenzen, Zerstörung menschlicher Gestaltungsräume und wachsende ökologische Risiken durch individuelle Bewältigungsstrategien letztlich nicht überwunden werden können und geeignete gesellschaftliche Strukturreformen erforderlich seien (vgl. KEUPP, 1991, S. 83).

Für BOCK (1992) sind Gesundheit und Krankheit in falscher und unnötiger Weise zu Gegenpolen geworden im Sinne „Gesundheit ist erstrebenswert, Krankheit zu vermeiden – um jeden Preis«. Ein gelungenes Lebenskonzept werde mit körperlicher und seelischer Gesundheit gleichgesetzt, für Krankheit bleibe nur Mitleid. Eine derartige Sichtweise bringe Gesundheit als »unbedingtes Ideal« chronisch Kranke und Behinderte ins Abseits. »Nur einmal angenommen, es gäbe nur leistungsfähige, starke, ›normierte‹ und ungestörte Menschen. Trostlos und kalt, hohl und leer stelle ich mir eine solche Welt vor.« (BOCK, 1992, S. 111) Der Autor will auf zweierlei aufmerksam machen: einmal wie notwendig Krankheit für die menschliche Entwicklung per se sei und gleichzeitig, wie schwierig, ja fast unmöglich individuelle Gesundheitsförderung in Zeiten umfassender Umweltzerstörung sei. Jede Auffassung für sich getrennt möge stimmen, beide zusammen seien schwer auszuhalten. Bock bringt es auf die Formel: Der Mensch braucht Krankheit, er »holt« sich Krankheiten, doch in dem Maße, in dem immer mehr Pathogenität von außen hinzukäme (etwa in Form von Umweltzerstörung), gewinne Krankheit ein ungesundes Übergewicht.

In eben diesem Maße müsse Prävention weniger individuell und mehr und mehr politisch sein. Hauptanliegen der Psychiatrie bzw. einer Psychiatriereform kann aus seiner Sicht nicht sein, Krankheit zu vermeiden, sondern für Kranke gesunde Lebensbedingungen schaffen zu helfen. Oder mit anderen Worten:

»Gesunde Bedingungen stehen auch Kranken zu, auch wenn sich deren Krankheit dadurch nicht verändert.« (Bock, 1992, S. 113)

Gesunde Bedingungen sind für den Autor ein Grundrecht des einzelnen, unter gesunden Bedingungen meint er z.B. Möglichkeiten, sich persönlich zu entwickeln, eigenständig zu wohnen, sich in Tätigkeit zu verwirklichen und sich in Gemeinschaft zu erfahren.

In diesem Zusammenhang betont BADURA (1981) schließlich, daß auch dann optimale soziale Ressourcen keinen dauerhaften Schutz vor psychischen und/oder somatischen Schädigungen bieten können, wenn Belastungen ein im einzelnen konkret zu bestimmendes Maß überschreiten und es nicht gelingt, diese überhöhten Belastungen zu reduzieren. Damit meint er die Existenz von objektiv gegebenen, weitgehend personenunabhängig wirksamen Belastungen, die etwa ihren Ursprung in Problemkumulationen in Arbeitswelt und Familie haben.

Es kann also zusammenfassend gesagt werden, daß die Konzentration auf einzelne Faktoren – sei es auf individuelle Bewältigungskompetenzen oder auf soziale Ressourcen alleine, ohne ihren biographisch-entwicklungsgeschichtlichen und makrosozialen, gesellschaftlichen Kontext zu berücksichtigen – nicht ausreicht und zu neuen Reduktionismen führen würde. Eine solche verkürzte Sichtweise würde im übrigen auch dem ökologischen Verständnis von Gesundheitsförderung widersprechen.

### **2.8.6 Implikationen für die klinische Praxis**

Die Warnung vor hedonistischen Gesundheitsvorstellungen und einer damit verbundenen neuen Leistungsmoral und zunehmenden Individualisierungsdynamik sowie vor der Annahme unbegrenzter personaler oder sozialer Ressourcen muß ernstgenommen werden, da solche Vorstellungen im Rahmen der klinischen Praxis fatale Auswirkungen haben und zu gravierenden Mißverständnissen führen würden. Eine Aufteilung zwischen »Verlierern« (»Patienten«) und »Siegern« (»Gesunde«) im Sinne des hedonistischen Denkens würde Hilfesuchenden und Patienten unterstellen, daß sie eben die vielfältigen Chancen für sich nicht nutzen konnten, sie würden für ihr Leid alleine verantwortlich gemacht werden. Der ohnehin bestehende Graben zwischen »Gesunden« bzw. »Normalen« und »Patienten« bzw. »psychisch Erkrankten« würde sich weiter vergrößern.

Zu unterstützen sind die zunehmenden und lauter werdenden Stimmen der »Consumer« bzw. Psychiatrie- oder Psychoseerfahrenen, die den Professionellen in der therapeutischen Versorgung Wichtiges zu sagen haben und ein neues Selbstbewußtsein vermitteln, indem sie im Rahmen der Behandlung mehr Mitbestimmung und Mitgestaltung, aber auch psychotherapeutische Behandlung einfordern, sich in Selbsthilfegruppen organisieren sowie auf ihre Persönlichkeit, ihre Fähigkeiten und vor allem auf ihre menschliche Würde hinweisen, die es zu achten und zu schützen gilt (vgl. BRODY, 2000; VOELZKE, 1998). Beide Strömungen, Gesundheitseuphorie und Hedonismus einerseits und ein zunehmendes Auf-sich-aufmerksam-Machen der Consumer auf ihre Subjektivität und ihre Bedürfnisse andererseits, finden derzeit gleichzeitig statt und müssen in Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung, Therapieplanung und Aus- und Fortbildung im Auge behalten werden.

### 2.8.6.1 Ethische Implikationen für Betroffene und Professionelle

»Aber müssen wir nicht schon aus intellektueller Redlichkeit, mehr noch aus ethischer Verantwortung, von einer grundsätzlichen Lösbarkeit ausgehen und die theoretische Vorannahme der Unlösbarkeit fern halten, sprich die psychische Querschnittslähmung als Prognose ausschließen? Ob sie eintrifft, das muß das Leben entscheiden, und nicht der Psychiater.« (Gottfried WÖRISHOFER, 2000, S. 15)

Eine Subjekt- und Ressourcenperspektive impliziert einen therapeutischen Optimismus, d.h. sie schließt die grundsätzliche Möglichkeit ein, Entwicklungs- und Veränderungspotentiale sowie Regenerationskräfte zu erkennen und zu nutzen. Sie impliziert außerdem, von einer grundsätzlichen Lösbarkeit auch in noch so schwierigen Situationen auszugehen und einer fatalistischen Grundhaltung entgegenzuwirken.

Die oben ausgeführten Kernkonzepte der Gesundheitsförderung (Ressourcen, Empowerment, Salutogenese) beinhalten außerdem weit mehr als lediglich die Erhöhung von Wohlbefinden oder Förderung einzelner Bewältigungsstrategien. Sie implizieren eine ethische Grundhaltung im klinischen Handeln, die ein Umdenken in der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und sogar in der Sterbehilfe erforderlich machen. Es geht um eine Grundhaltung, die nicht von der Eliminierung von Symptomen und Krankheit als primäres Ziel ausgeht. Für FRANKE (1994) hat salutogenetisches Denken auch bei Personen mit chronischen, letalen Erkrankungen und in der Sterbebegleitung entscheidende Auswirkungen, da ein solches Denken den Tod nicht ausschließt oder ihn als das »letztendliche Versagen der Medizin« versteht, sondern als »Bestandteil des Lebens«. So verweist beispielsweise der folgende Auszug aus einem Zeitungsartikel über den Umgang mit Todkranken im Rahmen der Palliativmedizin auf eine so verstandene ethische Grundhaltung:

»Palliativmedizin versteht sich als Lebenshilfe im letzten Stadium des Lebens. Damit macht sie aktive Sterbehilfe überflüssig, sagte Eberhard Aulbert (Ev. Waldkrankenhaus Spandau). Dazu gehört mehr als Morphin. Todkranke brauchen in seelischen Nöten wie Angst und Einsamkeit Hilfe: den Beistand von Angehörigen, Freunden und professionellen Helfern. Zu dem von Aulbert skizzierten Konzept von Palliativmedizin gehört es, die Kranken bei der Verarbeitung ihrer Situation zu unterstützen, ihre Autonomie und Würde zu erhalten, die noch vorhandenen seelischen und körperlichen Ressourcen zu fördern und den Angehörigen zur Seite zu stehen, auch noch in der Trauerphase.« (STEIN, 1998)

Eine Ressourcen- und Subjektperspektive beinhaltet eine Sichtweise, die den Leidenden als ganze Persönlichkeit in seiner Lebenswelt mit seinen Beschwerden und Symptomen, mit seiner gesamten Lebensgeschichte, seinem sozialen und historischen Kontext, seinen Bezugspersonen, seinen Lebenszielen, Wünschen und Hoffnungen oder seiner religiösen Einstellung betrachtet und all diese Komponenten als hilfreiche und sinnvolle Informationen aktiv in die Praxis mit einbezieht. In diesem Sinne weist BERGER (1999) darauf hin, daß der Therapeut ein Krankheitsgeschehen nur auf dem Hintergrund des aktuellen Lebenshintergrunds des Patienten verstehen könne. Beispielsweise werde ein Verhalten, das, isoliert betrachtet, als verrückt bezeichnet werden würde, leicht nachvollziehbar und mache voll-

ständig Sinn, wenn es auf dem Hintergrund einer konfliktgeladenen Beziehung betrachtet wird, und das Problem vom Patienten nicht anders gelöst werden kann. Auf diese Weise können starke Erregung oder suizidales Verhalten verstanden werden. Umgekehrt fühlen sich Patienten nicht verstanden, wenn der Therapeut die subjektive und objektive Realität jenseits ihres symptomatischen Verhaltens außer acht läßt.

Präventives oder therapeutisches Handeln hat also eine größere Tragweite, wenn die Subjektivität und das Selbsthilfepotential des Patienten mit einbezogen werden, nicht nur für den Patienten, sondern auch für die Psychohygiene des Therapeuten. FRANKE (1994) betont in diesem Zusammenhang, daß sie ihren Beruf als Therapeutin schon lange nicht mehr ausüben könnte, wenn sie ausschließlich krankheitsorientiert arbeiten würde. Der Glaube an Gesundheit und daran, »daß Menschen es lernen können, tatkräftig und mit Freude und Genuß durch den Fluß des Lebens zu schwimmen«, sei ein Motor ihrer therapeutischen Arbeit. Das bloße Beseitigenwollen von Krankheit und Symptomen dürfte therapeutische Kreativität innerhalb kürzester Zeit töten und in eine tiefe Depression des Therapeuten münden. Auch für KRISOR und PFANNKUCH (1996) bedeutet die »kreative Identität des Professionellen« zum eigenen und zugunsten des Klienten gleichzeitig eine Relativierung des häufig negativ belegten Umgangs mit »Krankheit« und beugt somit einem möglichen »professionellen Ausgebranntsein« vor.

Insofern ist BENDER und LÖSEL (1998, S. 137) zuzustimmen, wenn sie die gesundheitspolitische Nützlichkeit eines ressourcenorientierten bzw. salutogenetischen Ansatzes hervorheben. Ein solcher Ansatz kann beim Praktiker

- a) den Blick für die Flexibilität menschlicher Entwicklung schärfen,
- b) die Aktivierung von Ressourcen des Individuums oder seiner Umwelt fördern,
- c) Entscheidungen über den Einsatz knapper Ressourcen verbessern,
- d) in schwierigen Interventionsbereichen Mut machen sowie
- e) Probleme des Burnout verringern.

Für die psychiatrische Praxis bedeutet eine Ressourcenperspektive außerdem, daß das Erleben von Leid in dialektischer Verbindung zu den Ressourcen steht. Das Erleben von Leid und dessen Mitteilung durch den Patienten dem Therapeuten oder einer Gruppe von Mitpatienten gegenüber ist an sich nicht etwas Krankes, sondern kann im Gegenteil als eine wichtige Gesundheitsfunktion verstanden werden, weil darüber neue zwischenmenschliche Erfahrungen möglich werden und dies aus der Isolation des Patienten führen kann. Ähnlich sieht FRANKL (1987) die Fähigkeit des Menschen, leiden zu können, als Bestandteil der Gesundheit an. »Zwischenmenschlich mitgeteiltes Leid, wenn es durch eine Gruppe getragen wird, kann zu neuen kreativen Entwicklungsmöglichkeiten führen. Beides muß gleichermaßen gefördert werden, die Leidfähigkeit und die Kraft, Lebenskrisen durchzustehen, ebenso wie sich der gesunden Seiten bewußt zu werden als auch diese zur eigenen Identität zugehörig zu erleben.« (BURBIEL & SCHMOLKE, 1999) Von der Gesamtpersönlichkeit abgespaltene Ressourcen, wie z.B. brillierende intellektuelle Fähigkeiten, die bei einem Borderline-Patienten häufig anzutreffen sind, gilt es, in die Identität des Patienten zu reintegrieren.

»Gesundheit als Therapieziel« ist dann zu verneinen, wenn diese zu einem verordneten Zwang wird im Sinne statistischer, idealer oder sozialer Normen. Damit ist gemeint, daß ein Patient seine persönliche Gesundheit durchaus außerhalb dieser Normen ansiedeln

kann. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, aushalten zu können, daß seine Patienten Zielvorstellungen haben, die von seinen eigenen abweichen können. Er muß auch aushalten können, daß Menschen nicht gesund werden wollen, sei es aus Angst vor zu großen Veränderungen oder vor zu großer Mühe, oder sei es das Vermeiden von Problemen, denen sie sich als Gesunde sonst stellen müßten (vgl. FRANKE, 1993).

»Nicht nur, wann jemand sich als krank erklärt, .. sondern auch, wie gesund er oder sie werden möchte, dafür hat jede und hat jeder je eigene Kriterien, die abhängig sind vom eigenen Körper, dem eigenen psychischen Erleben, den intellektuellen und sonstigen persönlichen Fähigkeiten, der Lebensgeschichte, den Sozialpartnern, usw.« (FRANKE, 1993, S.178)

Es geht also darum, die Entwicklungs- und Identitätsbedürfnisse der Patienten und ihre eigenen Vorstellungen, wie sie leben möchten, ernstzunehmen und zu akzeptieren. Schon früh haben psychodynamisch arbeitende Schizophrenie-Therapeuten hingewiesen, daß die Vorstellungen eines schizophran erkrankten Patienten über einen bestimmten Lebensstil von den kulturellen Konventionen oder vom Lebensstil des Therapeuten abweichen können (vgl. FROMM-REICHMANN, 1950; SULLIVAN, 1962; AMMON, 1979a; SCHARFETTER, 1995).

»Die Gesundung vieler schizophrener und schizoider Persönlichkeiten hängt davon ab, wie weit der Therapeut von Konventionen und Vorurteilen frei ist. Bei diesen Patienten kann und darf man nicht auf eine konventionelle Anpassung an die üblichen Erfordernisse unserer Kultur hinarbeiten, und noch weniger auf das, was der einzelne Psychotherapeut persönlich für diese Erfordernisse hält.« (FROMM-REICHMANN, 1978, S. 105)

Zu den traditionellen psychiatrischen Rehabilitationsvorstellungen gehört z.B. oft, daß Professionelle die Frage stellen, welche Tagesstruktur der Betreffende braucht. Wie sinnvoll die »strikte Einhaltung einer Tagesstruktur« ist, um psychisch Kranke in die Gemeinde zu integrieren, wird von STEINBÖCK (1997) kritisch diskutiert und als künstliche Forderung infrage gestellt. Er meint, daß die Betreffenden vielmehr Alltagsanforderungen brauchen, in denen sie einen Sinn sehen, und die Aufgabe bestehe eher darin, dies mit dem »Rehabilitanden« gemeinsam herauszufinden und ihn zu fragen: »Worin liegen die Anforderungen deines Alltags, womit begegnest du ihnen? Welche der geschilderten Stabilisierungsstrategien stehen dir zur Verfügung, wo brauchst du Unterstützung?« (STEINBÖCK, 1997, S. 7)

### **2.8.6.2 Nutzen einer veränderten professionellen Rolle für die Patienten**

Mit einer Subjekt- und Ressourcenperspektive ist eine veränderte professionelle Rolle und Patient-Therapeut-Beziehung verbunden. Durch die Negation der standardisierten Begegnungsform (aktiver, wissender Professioneller behandelt passiven, abhängigen Patienten) kann sich ein Raum für ein Menschenbild jenseits der Reduktion der Person auf die Psychopathologie entwickeln (vgl. KRISOR & PFANNKUCH, 1996). Die hierarchische Therapiebeziehung »kompetenter Helfer – defizitärer Patient« lockert sich. Letzterer hat die Chance, nicht nur zu nehmen, sondern auch zu geben. Er kann entdecken, daß er auch in der Krise Fähigkeiten besitzt, ja in manchen Bereichen dem Helfer sogar überlegen

sein kann. Die Mitarbeiter treten aus ihrer festgefügt professionellen Funktion heraus und können so von den Patienten vielfältiger erlebt werden (vgl. HERMER, 1996). Eine solche neue professionelle Haltung erfordert allerdings vom Mitarbeiter persönliches Engagement, hohe therapeutische Kompetenz, Teamfähigkeit und eine psychotherapeutische Ausbildung.

Daß Gedanken über »gesunde Anteile« in Verbindung mit einer persönlichen und realen Therapeut-Patient-Beziehung in der psychotherapeutischen Behandlung keine aktuellen Erkenntnisse sind, sondern schon früh im psychoanalytischen Denken verankert waren, soll in dem Zitat von Anna Freud zum Ausdruck gebracht werden:

»Soweit der Patient einen gesunden Anteil seiner Persönlichkeit hat, ist seine wirkliche Beziehung zu dem Analytiker nie völlig untergegangen. Bei allem gebührendem Respekt vor der notwendigen striktesten Behandlung der Übertragung, bin ich doch der Überzeugung, daß wir irgendwo der Erkenntnis Raum lassen sollten, daß Analytiker und Patienten auch zwei wirkliche Personen von gleichem Rang als Erwachsene sind, die in einer wirklichen persönlichen Beziehung zueinander stehen.« (Anna FREUD, 1954, S. 618)

SCHÜRMAN (1997) hat in einer Studie die Beziehungsformen zwischen Professionellen und psychisch erkrankten Patienten untersucht. Sie spricht von einem höheren Maß an Symmetrie zwischen Professionellen und »Langzeitnutzern« bei gleichzeitiger Akzeptanz ihrer unterschiedlichen Vorstellungen von Hilfeinhalten und Zielen. Dabei wird beispielsweise der Wunsch der Nutzer nach einem Rückzug erwähnt, ohne von den Professionellen »fallengelassen« zu werden. Dazu wird eine Untersuchung von NOUVERTNÉ (1996) an psychisch kranken Obdachlosen zitiert, die bezüglich der Ziele der therapeutischen Arbeit eine hohe Diskrepanz ergab: Während die Professionellen therapeutische Gespräche als wichtigstes Ziel ansahen, wollten die Nutzer vor allem »in Ruhe« gelassen werden oder wünschten sich Schutz und Unterstützung bei Alltagsaufgaben. Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung von SCHÜRMAN (1997) ist, daß die Patienten im Professionellen mehr sehen wollen als bloß »kompetente Technologen« oder »vermeintliche Vertreter des Allgemeinwohls« (ZAUMSEIL & LEFERINK, 1997). Die Grenzen zu »normalen« mitmenschlichen Beziehungen sollen durchlässiger und die Professionellen ein Stück weit weniger professionell sein. Die Wertschätzung, die psychisch Kranke generell in einer Beziehung zum Arzt, Pflegepersonal oder Psychologen erwarten, kann auf unterschiedliche Weise realisiert werden. Je nach Patient und Situation können respektvolle Distanz, wohlwollende Hilfe oder parteiliches Engagement positive Konsequenzen für die Beziehung haben. Das Konzept des Empowerment als Lösung wird von der Autorin allerdings angezweifelt, da in diesem Ansatz traditionelle »männliche Konzepte« wie Meisterung, Macht und Kontrolle betont werden und »weibliche Werte« wie Kommunikation, Kooperation und Fürsorge zu wenig Beachtung finden würden (SCHÜRMAN, 1997).

Viele Patienten erleben in der Psychiatrie Ohnmacht und Ausgeliefertsein: »Wir vermischen menschliche Gespräche und eine annehmende, akzeptierende Atmosphäre. Dies haben wir bitter nötig – gerade auch wenn wir desorientiert oder aggressiv wirken.« – ein Zitat von VOELZKE (1998, S. 56), selbst ein Psychiatrieerfahrener. Voelzke faßt Umfrageergebnisse von Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zusammen, die zur Qualität der psychiatrischen Versorgung befragt wurden. »Das Ergebnis ... zeigt in

erschreckender Weise, wie wenig sich PatientInnen (und ehemalige PatientInnen) in der Psychiatrie als Mensch beachtet und aufgenommen fühlen. Häufig wurde die Erfahrung gemacht, daß auf die speziellen Probleme, die zur Anstaltsaufnahme geführt hatten, nicht eingegangen wurde, sondern nur Medikamente verabreicht wurden.« (PEEK et al., 1995, S. 30-34)

Es wurden u.a. folgende Forderungen an die psychiatrische Versorgung gestellt: Beachtung der Menschenwürde, Wärme und menschliche Zuwendung, individuelle Begleitung, angstfreies Vertrauensverhältnis, desweiteren Möglichkeit zu offener Kritik, Förderung der Selbständigkeit, Schulung im Früherkennen der Symptome, Abschaffung der krankmachenden Lebensbedingungen, Beistand bei der Erfüllung von Bedürfnissen, möglichst wenig Medikamente, Heilung ohne Dauermedikation, Akzeptanz als Mensch, nicht als »Fall«, partnerzentriertes Verhalten, soziales Lernen, Toleranz, Aufklärung (vgl. PEEK et al., 1995). VOELZKE (1998) stellt diese kritischen Rückmeldungen der Psychiatrieerfahrenen einigen Untersuchungen von Professionellen über die Zufriedenheit von Patienten mit Dienstleistungen im Gesundheitswesen gegenüber, welche jedoch aus seiner Sicht zu positiv ausfallen. Als Grund für die zu positiven Rückmeldungen gibt er u.a. soziale Erwünschtheit von Seiten der Patienten an und bezieht sich dabei auf LEIMKÜHLER (1995).

VOELZKE (1998) fordert für psychotische Patienten eine »patientenorientierte Psychotherapie«, die entsprechend der individuellen Fähigkeiten, Einschränkungen und Probleme die jeweils geeignete Form und Umfang haben soll. Dabei soll die Psychotherapie mit anderen Angeboten, Hilfen und Maßnahmen integriert und vernetzt werden. Die Mitarbeiter sollten eine spezielle Weiterbildung in Psychosen-Psychotherapie erhalten im Sinne einer »haltenden Beziehung« (WINNICOTT, 1983) und nonverbale Wege zu Patienten anbieten. Dadurch soll den Patienten ermöglicht werden, die psychotische Krise als »sinnvolle Erfahrung« zu erleben. Außerdem sollte die Psychosen-Psychotherapie in der Akutphase in der Klinik beginnen und ambulant begleitend fortgesetzt werden.

»Eine intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen, persönlichen Belastungen, Grenzen, Ressourcen und die konsequente Weiterentwicklung von Bewältigungsstrategien kann langfristige effektive Hilfe sein (die auch unabhängig von Psychopharmaka machen kann). (...) Dabei darf nicht nur auf kurzfristige Effekte geachtet werden. Die kurze Dauer eines Klinikaufenthaltes oder die schnelle Unterdrückung von Symptomen ist kein (ausreichender) Beweis für Effizienz und Effektivität oder gar Heilung...« (VOELZKE, 1998, S. 59)

Allerdings wird eingeräumt, daß Psychotherapie kein »Allheilmittel« sei, nicht jeder will oder kann die bisher üblichen verbalen Psychotherapien für sich nutzen. Oftmals sei ein aus der Kindheit stammendes strenges Redeverbot über gewisse Dinge vorhanden, das aus Angst vor Bestrafung eine Blockade errichtet habe. Daher habe Freiwilligkeit über die Entscheidung der Therapieform zu gelten. Der Autor thematisiert alternative Behandlungs- und Begegnungsmöglichkeiten, wie z.B. Weglaufhaus, psychoedukative Gruppen, Psychose-Erfahrungsgruppen, Psychose-Seminare sowie die Bedeutung von Behandlungsvereinbarung zwischen dem Patienten und Professionellen und schließlich den Trialog, d.h. die Beziehung zwischen Patient, Angehörigen und Therapeuten (vgl. VOELZKE, 1998).

### 2.8.6.3 Wider eine Trennung von Gesundheitsförderung und Behandlung

Abschließend soll noch einmal betont werden, daß Gesundheitsförderung und Behandlung konzeptionell eng zusammengehören und zu einem umfassenden Behandlungskonzept beitragen, das davon ausgeht, daß es zwischen Gesundheit und Krankheit fließende Übergänge gibt. Ein solches Konzept ist etwas völlig anderes als das einfache Hinzufügen von einzelnen individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung zum traditionellen Behandlungskatalog. Einer Trennung zwischen Gesundheitsförderungs-Maßnahmen einerseits und therapeutischen und rehabilitativen Interventionen andererseits, wie dies z.B. NOACK (1987) fordert, kann daher nicht zugestimmt werden, da sonst Gesundheitsförderung mit seinen wichtigen Implikationen in der klinischen Praxis immer nur als »Option« betrachtet werden würde, die man mit in ein Programm »additiv« aufnehmen kann, aber nicht muß. Gesundheitsförderung hätte so gesehen lediglich eine »kosmetische« Funktion.

Schließlich ist hinsichtlich der psychosozialen Versorgungssituation festzuhalten, daß es in Zukunft notwendig ist, den gesteigerten Bedürfnissen nach Selbstbestimmung, Selbstorganisation und Lebensqualität Rechnung zu tragen. Dazu gehört es, die Einrichtungen der medizinischen und psychosozialen Versorgung besser zu vernetzen, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die Kooperation verschiedener Einrichtungen untereinander zu verstärken sowie die Bedingungen dafür zu verbessern, daß die in medizinischen und psychosozialen Bereichen tätigen Berufsgruppen ihre Arbeit in angemessener Form so verrichten können, daß sie selbst nicht Opfer ihres Engagements werden – Forderungen von KLEIBER (1998, S. 5). Für Professionelle im Gesundheitsbereich wurde die Konzeption eines zweijährigen interdisziplinär angelegten Ergänzungsstudiums »Psychoziale Prävention und Gesundheitsförderung« an der FU Berlin vorgelegt, das sich mit den Bedingungen, der Erhaltung und Förderung von Gesundheit, den Entstehungsbedingungen und Verarbeitungsformen psychischer Störungen und psychosozialer Probleme sowie den institutionalisierten Angeboten zu Prävention und Intervention beschäftigt (vgl. KLEIBER & GUSY, 1999).

Zusätzlich zur Förderung der aktiven Teilnahme des Patienten im Rahmen der Behandlung muß auch die Beschaffenheit der Klinik selbst und ihre Umgebung berücksichtigt werden. Strukturelle Erfordernisse, Therapieprogramme, Ernährung und Kommunikation müssen hinsichtlich der Frage untersucht werden, ob sie gesundheitsförderlich sind oder nicht. Dazu gehört auch die Stärkung einer gemeinsamen Identität der Klinikmitarbeiter innerhalb ihrer Institution. All dies sind zentrale Faktoren, die BERGER (1999) u.a. für das Konzept von »health promotion hospitals« zusammengetragen hat (vgl. dazu auch COHEN, 1996; FRANKEL, 1999).

Eine Subjekt- und Ressourcenperspektive kann zusammenfassend hinsichtlich des klinischen Handelns mit folgenden Attributen charakterisiert werden:

- Keine konzeptionelle Trennung zwischen Gesundheitsförderung und Behandlung
- Gesundheitsförderliche Behandlungsstrukturen
- Berücksichtigung von Ressourcen in der Diagnostik im Sinne einer Saluto-Diagnostik
- Fließende Übergänge zwischen gesund und krank
- Subjekt- und Ressourcenperspektive impliziert eine ethische therapeutische Grundhaltung



- Entwicklungsdenken statt Defizit- und Status-quo-Denken
- Flexibles und kreatives Arbeiten
- Reduzierung von Burnout bei Professionellen
- Symmetrische Therapeut-Patient-Beziehung
- Einbeziehung des Expertenwissens der Patienten
- Veränderte Therapieziele
- Prinzip Hoffnung
- Therapeutischer Optimismus

Der theoretische Teil dieser Arbeit soll mit einem literarischen Zitat von Heinar KIPPHARDT (1976), der vor seiner literarischen Karriere selbst als Psychiater gearbeitet hat, aus seinem Roman »März« abgeschlossen werden. Darin macht sich der junge Psychiater Kofler Notizen über seinen schizophrenen Patienten namens März:

»Die besseren Psychiater gehen davon aus, daß ihre therapeutische Arbeit darin besteht, die falschen, subjektiven Perspektiven des Patienten in die richtigen, objektiven des Therapeuten zu verwandeln. Dies sind aber die Perspektiven unserer kranken Gesellschaft. Ich kann dem Schizophrenen nur nahe kommen, wenn ich mich wenigstens frage, ob er mir nicht mehr über die innere Welt beibringen kann als ich ihm. Da bin ich auf dem Weg zu ihm. *Die Schizophrenie ist nicht nur ein Defekt.* Ich spüre im psychotischen Verhalten vieler Kranker einen unerkannten Wert, einen menschlichen Entwurf anderer Art. Jede wirkliche Entdeckung hat den abweichenden Blick zur Voraussetzung.« (Hervorh. durch M.S.)

### 3. Qualitative Untersuchung

Im ersten empirischen Teil der vorliegenden Untersuchung soll mit einer qualitativen Methodik ein subjektiver Zugang zu der Lebenswelt und den unterschiedlichen Lebens- und Erlebensweisen von schizophren erkrankten Menschen hergestellt werden, die im Rahmen einer groß angelegten Studie über Lebensqualität an der Universität Leipzig untersucht wurden. Das besondere Interesse in diesem ersten Methodenteil gilt der Erforschung von Gesundheitsstrategien, Kompetenzen und Ressourcen bei einer kleinen Stichprobe unter Anwendung von qualitativen Methoden.

In den folgenden Abschnitten werden das Ziel der qualitativen Untersuchung, der gesamte Forschungskontext, in den diese Untersuchung eingebettet ist, sowie die eingesetzten Erhebungs- und Auswertungsmethoden beschrieben.

#### 3.1 Ziel der qualitativen Untersuchung

Ziel der Untersuchung ist, mit einem qualitativen Ansatz die subjektive Lebenswelt schizophrener Patienten zu erkunden und sich einen Zugang zu bestehenden und evtl. verborgenen Gesundheitsressourcen zu verschaffen. Die gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse der qualitativen Auswertung dienen dann in einem zweiten Schritt der Entwicklung eines quantitativen Verfahrens, mit dem das umfangreiche Material systematischer und zeitlich effizienter ausgewertet und analysiert werden soll.

Zunächst soll der Einsatz von qualitativen Methoden begründet werden. Mit einem qualitativen Vorgehen soll gewährleistet werden, daß der Gegenstand theoretisch oder methodisch zunächst nicht eingeengt wird. Damit wird eine Offenheit dem Gegenstand gegenüber vorausgesetzt, mit der wichtige, manchmal neue und unerwartete Erkenntnisse gewonnen werden können. Außerdem kann ein qualitatives Vorgehen, insbesondere wenn es um die Entwicklung von Begriffen, Konzepten oder Kategorien geht, für Ordnung und Strukturierung sorgen und dadurch helfen, die Informationsfülle eines komplexen Gegenstands zu reduzieren (vgl. KELLE & KLUGE, 1999). Im Sinne von FALTERMAIER (1999) wird bei dem qualitativen Vorgehen eine »Subjekt- und Ressourcen-Perspektive« eingenommen, die durch sensible und offene Methoden erfaßt werden soll und die subjekt- und lebensweltorientiert sind.

Der qualitative Zugang zum Datenmaterial in der ersten Phase dieser Studie soll aber hier nicht lediglich als Vorbereitung oder Pilotstudie für die »eigentliche« Untersuchung verstanden werden, sondern nimmt als Methodik im Rahmen einer Einzelfallforschung einen eigenständigen Platz im Sinne eines wichtigen »Forschungsschrittes« (vgl. AUCKENTHALER, 1991) ein. AUCKENTHALER (1991) betont in diesem Zusammenhang, daß im Rahmen der klinischen Einzelfallforschung, insbesondere der neueren Psychotherapieforschung, die Untersuchung der realen Praxis eine zentrale Zielidee sei. Die Zuwendung zur Praxis bedeutet für die Autorin auch einen anderen Umgang mit Theorie und Empirie, d.h. konkrete Beobachtungen und/oder Erfahrungen sind als Forschungseinstieg min-

destens genauso anerkannt wie theoretische Annahmen. Das Entwickeln von Hypothesen, das Entdecken zentraler Kategorien oder Prototypen für diese Kategorien, das Verstehen des Zustandekommens einer bestimmten Veränderung gelten nicht nur als »Forschungsvorbereitung«, sondern als ganz wichtige »Forschungsschritte«, als (wenigstens vorläufige) »Forschungsziele« (AUCKENTHALER 1991). In diesem Sinne soll diese erste Phase der qualitativen Annäherung an den Untersuchungsgegenstand verstanden werden.

MAYRING (1996) faßt in »13 Säulen qualitativen Denkens« die wichtigsten Grundlagen qualitativer Forschung zusammen: 1. Einzelfallbezogenheit, 2. Offenheit, 3. Methodenkontrolle, 4. Vorverständnis, 5. Introspektion, 6. Forscher-Gegenstands-Interaktion, 7. Ganzheit, 8. Historizität, 9. Problemorientierung, 10. Argumentative Verallgemeinerung, 11. Induktion, 12. Regelbegriff und 13. Quantifizierbarkeit.

Folgende für das Anliegen der vorliegenden qualitativen Untersuchung relevanten Aspekte sollen herausgegriffen und kurz erläutert werden:

**Einzelfallbezogenheit:** Hier meint Mayring, daß in einem Forschungsprozeß immer auch Einzelfälle mit erhoben und analysiert werden sollen, an denen man die Adäquatheit von Verfahrensweisen und Ergebnisinterpretation überprüfen kann. Mit Einzelfallanalysen können auch Allgemeingültigkeit beanspruchende Theorien widerlegt werden.

**Offenheit:** Sowohl theoretische Strukturierungen und Hypothesen als auch methodische Verfahren dürfen im Forschungsprozeß den Blick auf wesentliche Aspekte des Gegenstandes nicht versperren. Sie müssen sich erweitern, modifizieren, auch revidieren lassen, wenn es notwendig erscheint.

**Vorverständnis:** Die Analyse sozialwissenschaftlicher Gegenstände ist immer vom Vorverständnis des Analytikers geprägt. Das Vorverständnis muß deshalb offengelegt und schrittweise am Gegenstand weiterentwickelt werden.

**Historizität:** Im humanwissenschaftlichen Bereich haben historische Zusammenhänge und Veränderungsprozesse prinzipiellen Vorrang. Verallgemeinerungen, die von den konkreten Kontextbedingungen absehen, müssen immer erst sorgfältig überprüft werden (vgl. JÜTTEMANN, 1986).

**Argumentative Verallgemeinerung:** Es muß explizit, argumentativ abgesichert begründet werden, welche Ergebnisse auf welche Situationen, Bereiche oder Zeiten hin verallgemeinert werden können.

**Quantifizierbarkeit:** Qualitative Untersuchungen können die Voraussetzungen für sinnvolle Quantifizierungen zur Absicherung und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse schaffen. Durch dieses integrative Verständnis wird der Gegensatz qualitativ-quantitativ entschärft und werden Verbindungslinien aufgezeigt. (Vgl. MAYRING, 1996, S. 14ff)

Im folgenden soll der Entwicklungsprozeß und der Forschungskontext, in dem die Fragestellung für die vorliegende Untersuchung entstanden ist, beschrieben werden. Die spezifische Fragestellung und das **Forschungsanliegen** der vorliegenden Studie war nicht von Anfang an festgelegt. Sie konkretisierten sich im Rahmen von intensiven Diskussionen in der Forschungsgruppe der Leipziger Lebensqualitätsstudie parallel zu dem offenen, thematisch noch nicht festgelegten Herangehen an die ersten dort durchgeführten Interviews mit schizophrenen Patienten. (Das Forschungssetting, die Leipziger Lebensqualitätsstudie, wird in Abschnitt 3.2.1 beschrieben.)

Die ersten Interviews vermittelten bei der Lektüre einen ersten Eindruck, der der landläufigen vorurteilsbehafteten Vorstellung von chronisch schizophrenen Patienten entgegensteht. Die Probanden erzählten überraschend offen und vertrauensvoll über ihr Leben, ihren Alltag, ihre Krankheitsgeschichte und viele persönlichen Dinge einem ihnen zunächst fremden Interviewer bzw. Interviewerin. Es fiel u.a. auf, daß nicht alle Interviewaussagen von der Krankheit überschattet und zahlreiche nicht-pathologische Aspekte thematisiert wurden. Die Krankheit stellte nur einen von vielen Aspekten im Leben der Probanden dar und beeinträchtigte nicht ihre gesamte Lebensgestaltung. Die Krankheit wurde von vielen Probanden dann thematisiert und als solche bezeichnet, wenn akute Symptome auftraten, die sie in ihrem alltäglichen Lebensvollzug stark beeinträchtigten. Außerhalb der akuten Krankheitsphasen bezeichneten sie sich nicht als psychisch krank.

In den Interviews wurde das Bedürfnis der Probanden spürbar, sich nicht als chronisch kranke Patienten darzustellen, sondern als Menschen, die ihre eigene Lebensgeschichte haben und an ihrem Lebensumfeld mehr oder weniger aktiv teilhaben. Es wurde in ihren Ausführungen aber auch, direkt oder indirekt, deutlich, wie stark die Erkrankung in ihr Leben eingegriffen und ihre Lebenslinie bzw. Biographie unterbrochen hat. Sie leiden z.T. erheblich unter deutlichen Leistungseinbußen, unter dem Verlust ihrer Arbeitsstelle, eines Teils ihres Freundeskreises und ihrer Lebensfreude.

Trotz oder parallel zu dieser deutlichen Einbuße an Lebensqualität und Leistungskapazität vermittelten die ersten Interviews den Eindruck, daß die Lebensweise der Probanden nicht vollständig defizitär und nicht ausschließlich durch die langjährige Krankheit geprägt ist, sondern daß sich die Probanden »etwas Gesundes« in ihrer Persönlichkeit und einen Bezug zu ihrem sozialen Umfeld erhalten haben, was ihnen ermöglicht, zumindest über eine längere Lebensphase ein »normales Leben« zu führen.

Die erste Lektüre der Interviews führte dann zur Beschäftigung mit der Literatur insbesondere über den Gesundheits- und Krankheitsbegriff in der Psychiatrie und Psychotherapie, über Konzepte der Salutogenese, Gesundheitsförderung und Gesundheitspsychologie, Empowerment, zur Bedeutung von personalen und sozialen Ressourcen, Bewältigungskompetenzen und Regulationsmechanismen, zur Subjektivität in der Psychiatrie sowie über Lebensqualität von psychiatrischen Patienten. Das Forschungsanliegen wurde formuliert. Es galt, einen tieferen Einblick in die nicht-pathologische Seite der Probanden in ihrem Alltag zu erhalten und den beschriebenen groben ersten Gesamteindruck von den Interviews mit einer qualitativen Forschungsmethodik zu verfeinern und zu differenzieren.

### 3.2 Methoden

Zunächst wird das gesamte Setting und der Forschungskontext der vorliegenden Untersuchung detailliert beschrieben, insbesondere die im Leipziger Forschungsprojekt eingesetzten Erhebungsmethoden und standardisierten Instrumente sowie die Gesamtstichprobe, aus der die Teilstichprobe für die vorliegende qualitative Untersuchung entnommen wurde. Im Anschluß daran werden die Probanden der Teilstichprobe charakterisiert sowie die Durchführung der qualitativen Auswertung in ihren einzelnen Schritten erläutert.

### **3.2.1 Setting: Die Leipziger Lebensqualitätsstudie**

Die vorliegende Untersuchung wurde durchgeführt im Rahmen eines Forschungsprojekts der Universität Leipzig, das durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01EG9732-7 im Rahmen des Forschungsverbundes Public Health Sachsen von 1996 bis 2000 gefördert wurde. Der ausführliche Titel des Forschungsprojektes lautet: »Subjektive Bedürfnisstruktur und Lebensqualität chronisch schizophrener Patienten und ihrer Angehörigen: Implikationen für die Planung und Implementation zukünftiger Versorgungsstrukturen«. Antragsteller des Projektes sind Professor Dr. med. Matthias C. Angermeyer, Dr. med. Matthias Uhle und Dr. phil. Reinhold Kilian von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig.

#### **3.2.1.1 Forschungsanliegen**

Das Projekt wurde zunächst für zwei Jahre (1996-1998) als Querschnittsuntersuchung angelegt und für weitere zwei Jahre (1999-2000) als Follow-up-Studie fortgeführt. Das Forschungsanliegen ist die Analyse der subjektiven Lebensqualität ambulant versorgter chronisch schizophrener Patienten und ihrer Angehörigen in der Region Leipzig und der sich daraus ergebenden Implikationen für bestehende und zukünftige ambulante psychiatrische und psychosoziale Versorgungseinrichtungen.

Die Antragsteller führten eine kritische Bestandsaufnahme der Studien zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität chronisch psychisch Kranker durch, die zeigte, daß diese Studien weder von ihrer theoretischen noch von ihrer methodischen Konzeption her den ursprünglich mit dem Konzept der Lebensqualität verbundenen Intentionen gerecht werden. Diese Intentionen beinhalten die Möglichkeit zur Artikulation der subjektiven Wünsche und Bedürfnisse durch die Betroffenen selbst. Die bisher vorliegenden Instrumente zur standardisierten Messung subjektiver Lebensqualität basieren jedoch weitgehend auf Expertenannahmen über die Bedürfnisse psychisch Kranker. Im Rahmen des Projektes sollte ein Forschungsansatz verwirklicht werden, der primär auf die Erfassung der Perspektive der Betroffenen abzielt.

Die Antragsteller fassen folgende Kritikpunkte an der bisherigen Lebensqualitätsforschung im Bereich der Psychiatrie zusammen:

1. Die theorielose Verknüpfung von objektiven Lebensbedingungen und subjektiver Zufriedenheit,
2. Instrumente, die weitgehend auf Expertenannahmen basieren,
3. diagnoseunspezifische Patiententichproben (bis auf wenige Ausnahmen),
4. isolierte Betrachtung der Lebenssituation der Patienten unter Vernachlässigung ihres sozialen Umfeldes, z.B. der Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen. (Vgl. ANGERMEYER, UHLE & KILIAN, 1996, Forschungsantrag S. 5)

Angesichts der Probleme der bislang im Rahmen der Analyse der Lebensqualität psychisch Kranker verwendeten Untersuchungsmethoden wurde für das Forschungsprojekt ein Verfahren entwickelt, das zum einen die Erfassung subjektiver Sinnstrukturen und Deutungsmuster und deren Entwicklungsbedingungen ermöglicht, zum anderen jedoch so weit wie möglich den Ansprüchen der Vergleichbarkeit und Replizierbarkeit der gewonnenen Untersuchungsergebnisse genügt. Grundlage dieses Verfahrens ist die Kombination von

standardisierten Erhebungsinstrumenten zur Erfassung der objektiven Lebenssituation und qualitativen Verfahren (problemzentrierte Interviews) zur Erfassung der biographischen Entwicklung sowie der subjektiven Perspektive der Patienten sowie von Angehörigen oder engen Bezugspersonen (vgl. ANGERMEYER et al., 1996, S. 12).

### 3.2.1.2 Gesamtstichprobe

Als Untersuchungspopulation wurde für das Gesamtprojekt eine repräsentative Stichprobe (N = 100) der in Leipzig ansässigen ambulant betreuten chronisch schizophrenen Patienten sowie 36 Familienangehörige ausgewählt. Auswahlkriterium der Patienten ist die Diagnose Schizophrenie (ICD-10) und eine Krankheitsdauer von mindestens fünf Jahren. Die Patientenstichprobe stammt aus den Einrichtungen des Leipziger Modellverbundes Gemeindenahe Psychiatrie sowie von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universitätsklinik Leipzig, der Städtischen Klinik Leipzig Südost sowie des Sächsischen Krankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Altscherbitz. Einschlußkriterien für die Untersuchungspopulation waren weiterhin Deutsch als Muttersprache sowie ein Mindestalter von 18 und ein Höchstalter von 70 Jahren.

Zur Sicherung des Datenschutzes erfolgte die erste Kontaktaufnahme zu den Patienten bzw. den Angehörigen ausschließlich durch die Mitarbeiter der genannten Institutionen. Vor Beginn der Untersuchung wurden die Probanden ausführlich über die Projektziele und den Umgang mit dem erhobenen Datenmaterial informiert und um ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an dem Projekt gebeten. Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte streng anonym, nach einer entsprechenden Aufbewahrungszeit werden alle im Rahmen des Projektes erfaßten Daten vernichtet. Als Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an der Untersuchung erhielten die Patienten für drei vorgesehene Interviewsitungen von jeweils zwei Stunden insgesamt DM 80,- die Bezugspersonen für zwei vorgesehene Interviewsitungen von jeweils zwei Stunden insgesamt DM 50,-. Im Rahmen eines Interviewertrainings wurde besonderes Gewicht darauf gelegt, daß während der Durchführung der Interviews Belastungen des Patienten oder des Angehörigen weitestgehend vermieden wurden.

### 3.2.1.3 Datenerhebung und Instrumente

Die Datenerhebung erfolgte durch die Mitarbeiter des Forschungsprojektes, die speziell geschult wurden. Zwei Diplompsychologinnen und ein Sozialarbeiter führten die Interviews durch, ein Psychiater stellte den Schweregrad der Psychopathologie fest. Die Interviewer trafen sich zu mindestens drei Terminen mit den Probanden, bei einigen Probanden waren mehrere Interviewtermine notwendig. Die Interviews fanden z.T. in den Wohnungen der Probanden, z.T. in den Räumen der Universität statt.

Folgende standardisierte Instrumente kamen zum Einsatz: Zur Erfassung der objektiven Lebenssituation der Probanden wurde die »Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung« (DAS-M) (JUNG, KRUMM, BIEHL, MAURER & BAUER-SCHUBART, 1989) verwendet. Zur Erfassung der subjektiv eingeschätzten Lebensqualität wurde die deutsche Fassung des Lancashire Quality of Life Profile (PRIEBE, GRUYTERS, HEINZE, HOFFMANN & JÄKEL, 1995; OLIVER, HUXLEY, PRIEBE & KAISER, 1997) eingesetzt. Die aktuellen psychopathologischen Beeinträchtigungen wurden mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (OVERALL & GORHAM, 1992) und der Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) (ANDREASEN, 1989) in der jeweils deutschen Version erfaßt.

Die Erfassung der subjektiven Perspektive erfolgte mit der Methode des »Problemzentrierten Interviews« (WITZEL, 1985), welches sich von den verschiedenen narrativen Interviewtechniken dadurch unterscheidet, daß aufgrund vorliegender empirischer Erkenntnisse und darauf basierender theoretischer Vorüberlegungen bereits konkrete Vorstellungen über den zu erforschenden Gegenstandsbereich zugrundegelegt werden können. Diese Interviewform wurde deshalb gewählt, um die notwendige Zeit für die Durchführung und Auswertung der Interviews erheblich zu verkürzen, zum anderen erlaubt sie eine im Vergleich zum narrativen Interview weitreichendere Standardisierung der Datenerhebung und –auswertung und bietet so insgesamt bessere Voraussetzungen für die Replikation und Vergleichbarkeit von Untersuchungsergebnissen (vgl. ANGERMEYER et al., 1996, S. 13). Die Interviews wurden von wissenschaftlichen Hilfskräften im Rahmen des Forschungsprojektes transkribiert.

Das Interview besteht aus zwei Teilen: a) zur biographischen Entwicklung und b) zur subjektiven Lebensqualität. Die in der Leipziger Forschungsgruppe entwickelten ausführlichen Interviewleitfäden sowohl für die biographische Entwicklung als auch für die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität können im *Anhang A* nachgelesen werden.

#### **a) Problemzentriertes Interview zur biographischen Entwicklung (IBE)**

Der biographische Teil des Interviews diente der Rekonstruktion der Entwicklungsbedingungen des aktuellen Aspirationsniveaus der Probanden sowie der von ihnen aktuell praktizierten Form der subjektiven Krankheitsbewältigung. Mit dem Begriff der Rekonstruktion ist dabei nicht die Aufdeckung kausaler Zusammenhänge, sondern die Sichtbarmachung einer Entwicklungsdynamik gemeint, die sich in der Veränderung von Bedürfnisstrukturen und Lebensperspektiven im Zeitverlauf und der retrospektiv vorgenommenen subjektiven Deutung dieser Veränderungen zeigt (vgl. ANGERMEYER et al. 1996, S. 15).

#### **b) Problemzentriertes Interview zur subjektiven Lebensqualität (LQ)**

Mit diesem Teil des Interviews wurden folgende aktuelle Themenbereiche erfaßt:

- Subjektive Bewertung zentraler Lebensbereiche vor dem Hintergrund der individuellen Präferenzen, Wertmaßstäbe und Beurteilungskriterien
- Subjektive Krankheitstheorie
- Subjektive Wahrnehmung von Rollenanforderungen und die subjektive Einschätzung der Fähigkeiten zur Erfüllung dieser Rollenanforderungen
- Subjektive Wahrnehmung von Fremdstigmatisierungen sowie Tendenzen zur Selbststigmatisierung
- Subjektive Bewertung psychiatrischer und sozialer Versorgungseinrichtungen
- Subjektive Bewertung psychiatrischer Behandlungsformen
- Subjektive Erwartungen hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der Lebenssituation
- Subjektive Einschätzung konkreter Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebenssituation

(Siehe Anhang A, vgl. ANGERMEYER et al., 1996, S. 17)

### 3.2.2 *Patientenstichprobe der qualitativen Untersuchung*

Die Stichprobe im Rahmen der eigenen qualitativen Untersuchung besteht aus neun Probanden, davon vier männliche und fünf weibliche Probanden. Die Zahl der psychiatrischen Klinikaufenthalte pro Proband schwankt zwischen zwei und 20 Aufenthalten. Die Untersuchungsteilnehmer befinden sich alle in mehr oder weniger intensiver ambulanter psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung. Die Probanden sind durch folgende Merkmale gekennzeichnet (alle Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Interviews):

**Pb 009 (Frau I):** 37 Jahre, unverheiratet. Abgeschlossene Berufsausbildung, Umschulung. Seit 1 Jahr arbeitslos. Eigene Wohnung. Lebt zeitweise mit Lebensgefährten zusammen. Hat einen Sohn, der am Wochenende bei ihr lebt, unter der Woche bei ihren Eltern. Alter bei Ersterkrankung: 22 Jahre. Drei stationäre psychiatrische Aufenthalte. Ist in größeren Abständen in ambulanter psychiatrischer Behandlung.

**Pb 010 (Frau P):** 53 Jahre, geschieden. Abitur, abgeschlossene Berufsausbildung. Berentet seit ca. 13 Jahren. Lebt mit Lebensgefährten zusammen in eigener Wohnung. Alter bei Ersterkrankung: 29 Jahre. Ca. acht stationäre psychiatrische Aufenthalte. Ist in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer Behandlung.

**Pb 012 (Herr S):** 39 Jahre, alleinstehend. Abitur, abgeschlossene Berufsausbildung. Berentet seit sieben Jahren. Lebt alleine in eigener Wohnung. Alter bei Ersterkrankung: 27 Jahre. Vier stationäre psychiatrische Aufenthalte. Ist in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer Behandlung, Teilnahme an einer Gesprächsgruppe.

**Pb 030 (Frau C):** 37 Jahre, alleinstehend. Abgeschlossene Berufsausbildung. Berentet seit ca. 17 Jahren. Arbeitet an drei Tagen/Woche in einem Nebenjob. Lebt alleine in eigener Wohnung. Alter bei Ersterkrankung: 20 Jahre. War zehn Jahre lang durchgehend in stationärer psychiatrischer Behandlung in vier Einrichtungen. Ist in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung.

**Pb 031 (Herr R):** 31 Jahre, unverheiratet. Abitur, nicht abgeschlossenes Studium. Berentet seit ca. sechs Jahren. Lebt mit Lebensgefährtin und gemeinsamem Kind zusammen in eigener Wohnung (ein zweites Kind ist unterwegs). Alter bei Ersterkrankung: 24 Jahre. Drei stationäre psychiatrische Aufenthalte. Ist in regelmäßiger psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung.

**Pb 032 (Frau A):** 39 Jahre, alleinstehend. Abgeschlossene Berufsausbildung. Ist ganztätig berufstätig. Lebt alleine in eigener Wohnung. Alter bei Ersterkrankung: 29 Jahre. Zwei stationäre psychiatrische Aufenthalte. Ist in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer Behandlung.

**Pb 036 (Herr B):** 51 Jahre, alleinstehend. Abgeschlossene Berufsausbildung. Berentet seit ca. sieben Jahren. Lebt alleine in eigener Wohnung. Alter bei Ersterkrankung: 35 Jahre. Ca. zwanzig stationäre psychiatrische Aufenthalte. Ist in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer Behandlung.

**Pb 048 (Frau G):** 59 Jahre, verheiratet, drei erwachsene Kinder. Abgeschlossene Berufsausbildung. Berentet seit ca. elf Jahren. Lebt mit Ehemann in eigener Wohnung. Alter bei Ersterkrankung: 37 Jahre. Mehrere stationäre psychiatrische Aufenthalte. Ist in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer Behandlung, Teilnahme an einer Gesprächsgruppe.

**Pb 103 (Herr M):** 33 Jahre, verheiratet (kurz vor Scheidung), ein 17 Jahre alter Sohn,



zwei weitere uneheliche Kinder. Abgeschlossene Berufsausbildung. Ist ganztätig berufstätig. Lebt alleine in eigener Wohnung. Alter bei Ersterkrankung: 20 Jahre. Drei stationäre psychiatrische Aufenthalte. Ist in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer Behandlung.

### **3.2.3 Qualitative Auswertung der Interviews**

Die Interviews der neun Probanden wurden ausgewählt, sobald diese im Rahmen des Leipziger Forschungsprojektes als Transkriptionsmanuskripte vorlagen bzw. zur Auswertung zur Verfügung standen. Die Phase der aufwendigen Transkriptionsarbeit der umfangreichen Interviews hätte bis zum Abschluß aller Interviews zu lange Zeit gedauert, um dann erst eine systematische Auswahl der Interviews nach festgelegten Kriterien vorzunehmen. Da es in der ersten Forschungsphase darum ging, sich dem Material mit einer offenen qualitativen Methodik zu nähern, war eine spezifische Auswahl der Interviews von sekundärer Bedeutung.

Das Datenmaterial besteht aus zwei Interviews pro Proband, ein Interview dauerte je nach Proband zwischen 45 Minuten und drei Stunden, das entspricht etwa einem Seitenumfang zwischen zehn und 30 engzeilig getippten Seiten. Bei 18 Interviews (für 9 Probanden) liegt bei durchschnittlich 20 Seiten pro Interview ein Gesamtseitenumfang von 360 Seiten zur Auswertung vor.

#### **3.2.3.1 Entwicklung eines Kategoriensystems**

Auf dem Hintergrund der Kenntnis einiger erster Interviews und der Literatur über gesundheitsrelevante Themen wurde für die Auswertung die Methode der »Qualitativen Inhaltsanalyse« nach MAYRING (1995) gewählt. Die Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse sind eher für eine theoriegeleitete Textanalyse geeignet als für eine interpretative Erschließung des Materials. Für die Erforschung und das Herausarbeiten von gesundheitsrelevanten Thematiken bei den Probanden bietet sich daher das systematische und theoriegeleitete Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse als geeignetes Verfahren an.

Nach MAYRING (1995) will eine theoriegeleitete Inhaltsanalyse nicht einfach einen Text referieren, sondern ihr Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung analysieren. »Theoriegeleitet bedeutet dabei nicht Abheben von konkretem Material in Sphären der Unverständlichkeit, sondern heißt Anknüpfen an den Erfahrungen anderer mit dem zu untersuchenden Gegenstand.« (MAYRING, 1995, S. 12) Die einzelnen Analyseschritte sind von theoretischen Überlegungen geleitet und die Ergebnisse werden vom jeweiligen Theoriehintergrund her interpretiert.

Die Stärke der Inhaltsanalyse ist, daß sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert. Sie zerlegt ihr Material in Einheiten, die sie nacheinander bearbeitet. Im Zentrum steht ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem. Anhand dieses Kategoriensystems werden diejenigen Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen. Durch diese Systematik unterscheidet sich die Inhaltsanalyse von der stärker interpretativen, hermeneutischen Bearbeitung von Textmaterial (vgl. MAYRING 1996).

Für die vorliegende Untersuchung wurde die Methode der »Inhaltlichen Strukturierung« gewählt. Die inhaltliche Strukturierung ist eine von drei Techniken der Qualitativen Inhaltsanalyse, mit der bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herausgefiltert und zusammengefaßt werden. »Welche Inhalte aus dem Material extrahiert werden sol-

len, wird durch theoriegeleitet entwickelte Kategorien und (sofern notwendig) Unterkategorien bezeichnet. Nach Bearbeitung des Textes mittels des Kategoriensystems ... wird das in Form von Paraphrasen extrahierte Material zunächst pro Unterkategorie, dann pro Hauptkategorie zusammengefaßt.« (MAYRING 1995, S. 83)

Basierend auf dem theoretischen Hintergrund der Literatur zu Gesundheitsressourcen und auf Gruppendiskussionen bei den Projekttreffen in Leipzig wurden nach mehreren Durchgängen durch das Interviewmaterial folgende Kategorien und Unterkategorien entwickelt:

---

### **Kategoriensystem**

---

#### **1. Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit**

- Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit
- Bedeutung der Diagnose
- Veränderung durch die Krankheit
- Ursachenvorstellung
- Stigmatisierungserleben und Reaktion darauf

#### **2. Personale Ressourcen**

- Werte
- Fähigkeiten und Fertigkeiten, Arbeit und Tätigsein
- Einstellung zu sich und zur Umwelt
- Zukunftsperspektiven
- Bedeutung von Religion

#### **3. Bewältigungskompetenzen/Selbsthilfebemühungen/Regulationsmechanismen**

- (Individuelle Unterkategorien)

#### **4. Soziale Ressourcen**

- Partnerschaft / Familie
- Freundeskreis
- Nachbarn
- Psychosoziale Einrichtungen
- Arzt-Patient-Beziehung

#### **5. Materielle Ressourcen**

- Finanzielle Situation
  - Bedeutung von Geld
  - Bedeutung der Wohnung
-

Für die Kategorie »Bewältigungskompetenzen« wurden keine Unterkategorien festgelegt, da unter dieser Kategorie alle individuellen Bemühungen eines Probanden gesammelt werden sollten, mit Krankheit, Streß und Alltagsanforderungen umzugehen.

Um den biographischen und subjektiven Gesamtkontext der einzelnen Personen zu erhalten, wurden in einem vorangehenden Text (Biographie) sowohl die lebensgeschichtliche Entwicklung der Probanden als auch der aktuelle Kontext ihrer Lebenssituation und der Interviewsituation (soweit vorhanden) beschrieben. Eine exemplarische Darstellung soll diese Auswertungsmethodik nach dem entwickelten Kategoriensystem veranschaulichen. Vier ausgewählte Einzelfallauswertungen einschließlich der jeweiligen Biographien befinden sich im *Anhang B*.

### 3.2.3.2 Erstellung von überindividuellen Komparationstabellen

Im Anschluß an die Interviewauswertung wurde für den Vergleich der einzelnen Auswertungen pro Kategorie bzw. Unterkategorie für alle neun Probanden ein Teilverfahren der »Komparativen Kasuistik« (JÜTTEMANN, 1990) gewählt, nämlich das der »Komparation«. Die Komparative Kasuistik ist ein Forschungsansatz, der »einerseits als Basisstrategie einer qualitativen Verlaufs- und Erfolgskontrolle und andererseits als Grundmodell qualitativ-ätiologischer Untersuchungen theorienvorbereitender Art angesehen werden kann« (JÜTTEMANN, 1984). Das Verfahren, das in einigen Punkten dem Feldforschungsansatz der »Grounded Theory« von GLASER und STRAUSS (1967; STRAUSS & CORBIN, 1996) entspricht, stellt im Anwendungszusammenhang eine »Suchstrategie für potentiell funktional relevante Hypothesen .. dar, die zunächst als Übereinstimmungen, d.h. im Rahmen der qualitativen Vergleichsbetrachtung von hochgradig ähnlichen Fällen als ‚gemeinsame Auffälligkeiten‘ sichtbar werden.« (JÜTTEMANN, 1984)

Das von Jüttemann entwickelte Prozeßschema des Untersuchungsablaufs der Komparativen Kasuistik sieht insgesamt acht Schritte vor, die in wiederholten Durchläufen mehrmals nacheinander durchgegangen werden: 1) Entscheidung über das Design, 2) Phänomenanalyse, Auswahl der Fragestellungen, Definition von Homogenitätskriterien, 3) Zusammenstellung von möglicherweise relevanten Hypothesen und Bereichen, 4) Präzisierung des Designs und organisationstechnische Vorarbeiten; 5) Vorbereitung der Datenerhebung und der Datenaufbereitung, 6) Durchführung der Datenerhebung, 7) Durchführung der einzelfallanalytischen Auswertungen und 8) Komparation und abschließende Bearbeitung (vgl. JÜTTEMANN, 1990, S. 33).

Für den im Kontext dieser Studie besonders interessierenden achten Schritt der Auswertung schlägt Jüttemann die Anfertigung überindividueller Komparationstabellen vor, die sich an denselben Kategorien bzw. Unterkategorien orientieren, die bereits den Einzelfallauswertungen zugrunde lagen. In diesen Tabellen werden alle Hinweise auf Übereinstimmungen hinsichtlich der Belegung der Kategorien eingetragen. Die Inhalte der einzelnen Tabellen werden weitgehend in kasuistischer Form, d.h. nicht zu verkürzt, dargestellt. Dadurch bleibt die Nähe zu den Probandenaussagen erhalten, der nächste Schritt der Zusammenfassung und Ergebnisdarstellung kann damit leichter nachvollzogen werden. Da die Darstellung der Komparationstabellen im Textteil zuviel Raum einnehmen würde, wurden sie im *Anhang C* plaziert.

### 3.3 Ergebnisse der qualitativen Untersuchung

Der Ergebnisteil der qualitativen Untersuchung besteht aus drei Teilen:

1. Eine exemplarische ausführliche Auswertung der Interviews einer Untersuchungsteilnehmerin mit dem im Abschnitt 3.2.3.1 beschriebenen Kategoriensystem. Die Interviewauswertungen von vier Probanden einschließlich der Biographien befinden sich im *Anhang B*.
2. Die Erstellung von überindividuellen Komparationstabellen, die die relevanten Ergebnisse der Interviewauswertungen zu den einzelnen Kategorien und Unterkategorien enthalten. Im Abschnitt 3.2.3.2 wird exemplarisch eine Komparationstabelle dargestellt, alle vollständigen Tabellen sind im *Anhang C* zu finden.
3. Die Zusammenfassung der Interviewauswertungen aller neun Probanden mit Ankerbeispielen für jede Kategorie.

#### 3.3.1 Exemplarische Darstellung einer Interviewauswertung mit dem Kategoriensystem

Im folgenden soll zur Veranschaulichung die Auswertung der Interviews mit einer Probandin (030) nach dem entwickelten Kategoriensystem dargestellt werden. In einer Kurzbiographie wird die aktuelle Lebenssituation der Probandin sowie ihre Lebens- und Krankheitsgeschichte beschrieben. Die Beschreibung basiert ausschließlich auf den Interviewtranskripten sowie auf der Kurzbeschreibung des Interviewers über seinen Eindruck von der Probandin und der Interviewsituation. Bei diesem Interview ist zu erwähnen, daß der Interviewer die Probandin schon lange Zeit kannte und er sie deshalb im Interview duzte.

##### 3.3.1.1 Biographie von Frau C:

*»... daß ich eigentlich genau so ein Mensch bin wie alle anderen ...«*

Frau C ist eine 37-jährige Frau, die im Interview lebendig wirkt und erstaunlich differenziert über ihre Erkrankung und ihre Lebenssituation spricht. Sie lebt seit ca. sieben Jahren alleine in ihrer 1-Zimmer-Wohnung, im Hintergrund ist Vogelgezwitscher zu hören. Die Wohnung ist teils mit alten Anstaltsmöbeln eingerichtet, die sie sich aus ihrer Psychiatriezeit mitgebracht hatte, und teils nach ihren eigenen Ideen gestaltet. Zur Zeit des Interviews baute sie gerade ein Hochbett. Kurz nach der Interviewdurchführung gelang es Frau C, in eine 2-Zimmer-Wohnung zu ziehen, da sie »viel Platz« braucht.

Frau C hat sich autodidaktisch zu einer begabten Musikerin entwickelt. Sie verbringt ihre Freizeit mit Besuchen von kulturellen Veranstaltungen und pflegt einen größeren Freundes- und Bekanntenkreis, der aus dem »gesunden Milieu« stammt und den sie sich mühselig im Laufe der letzten Jahre aufgebaut hat. Es ist ihr ausgesprochen wichtig, von diesen »gesunden« Freunden als gleichwertig angesehen zu werden. Umgekehrt vergleicht sie sich mit diesen und stellt fest, daß diese Menschen manchmal ebenso an körperliche und psychische Grenzen kommen und es ihnen genauso geht wie ihr selbst. Außerdem pflegt sie noch Kontakte zu Menschen mit Psychiatrieerfahrung. Frau C möchte aber diese Kontakte bewußt reduzieren, da sie sich Distanz von ihrer langjährigen Psychiatriezeit wünscht. Sie besucht ab und zu einen Patientenclub, wo sie sich mit Leuten trifft, die sie kennt. Was ihr jedoch fehlt, ist eine feste Freundin, der sie persönliche Dinge anvertrauen kann.

Obwohl sie sich die Geborgenheit in einer Partnerschaft wünscht, hat sie große Befürchtungen, dadurch ihre Eigenständigkeit aufgeben zu müssen. Außerdem hat sie negative Erfahrungen mit Männern gemacht, die sie von dem Wunsch nach einer Partnerschaft abhalten.

Zu ihrer Familie hat Frau C keinerlei Kontakt mehr, da sie befürchtet, wieder in ihre alte Rolle zu fallen, nämlich ihrer Familie immer alles recht zu machen, deren Erwartungen zu erfüllen und ihre eigenen Bedürfnisse vollkommen zurückzustellen, wie sie das früher immer getan hatte.

Frau C verbrachte zwischen ihrem 20. und 30. Lebensjahr zehn Jahre in verschiedenen psychiatrischen Kliniken. Sie kam mit 20 Jahren zum ersten Mal in eine psychiatrische Klinik, nachdem sie kurz nach ihrer Ausbildung an einen entlegenen Ort versetzt wurde, an dem sie niemanden kannte. Von dort brauchte sie Stunden, um ihre Freunde in ihrem Heimatort zu besuchen. Sie fühlte sich sehr vereinsamt und arbeitete rund um die Uhr bis an den Rand der Erschöpfung. Sie versuchte, sich Hilfe zu holen bei der Mutter einer Freundin, zu der sie eine mütterliche Bindung hatte, sowie bei einem niedergelassenen Psychiater. Nachdem die Hilfeversuche fehlschlagen und sie in ihrem Verhalten auffällig wurde, wurde ihr von Kollegen vorgeschlagen, sich in einer Klinik zu erholen, was sie dankbar annahm. Allerdings wurde ihr verschwiegen, daß sie in eine psychiatrische Klinik gebracht wurde. Dort begann für Frau C eine Zeit des Leidens, des Sich-unverstandenen-Fühlens, der medikamentösen Behandlung. Zeitweise wurde sie »niedergespritzt« und für mehrere Wochen in einem Isolierraum untergebracht. Sie erhielt von den Ärzten keine klaren Informationen über ihren Zustand, sie wurde noch am ehesten von Krankenschwestern und Mitpatienten informiert. Sie sollte keine Besuche erhalten, da dies laut Aussage der Ärzte die Therapie behindert hätte. Im Laufe der Jahre paßte sich Frau C an das Anstaltsleben an und »spielte das Spiel mit«. Da sie unbedingt etwas arbeiten und sich nützlich machen wollte, wurde sie anfangs mit Putzarbeiten betraut und später kaufte sie für das Klinikpersonal das Frühstück ein. Auf diese Weise erarbeitete sie sich immer mehr Privilegien und Freiheiten, bekam Ausgang und wurde zunehmend beliebt bei den Klinikmitarbeitern.

Drei Jahre lebte Frau C wie eine Hausangestellte in zwei verschiedenen Pflegeheimen, wo sie im Rahmen einer Rehabilitation als Stationshilfe mit schwerstbehinderten Patienten arbeitete und gleichzeitig lebte. Da sie dadurch keinen zeitlichen und räumlichen Abstand zur Psychiatrie bekam und sich davon nicht wirklich lösen konnte, mußte sie mehrmals erneut als Patientin aufgenommen werden. Erst als sie zur Zeit der politischen Wende von einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung unterstützt wurde, in eine therapeutische Wohngemeinschaft außerhalb der psychiatrischen Klinik zu ziehen, gelang ihr die Abnabelung. Nach einigen Monaten mußte sie von der therapeutischen Wohngemeinschaft zweimal für eine kurze Krisenintervention stationär aufgenommen werden, da sie die Suizidversuche, Aggressionen, Drogen- und Alkoholproblematik der Mitbewohner nicht mehr ausgehalten hatte. Nach ca. einem Jahr fand sie mit Hilfe ihrer Sozialarbeiterin ihre erste eigene Wohnung.

Frau C befindet sich seit der Klinikentlassung sowohl in ambulanter psychotherapeutischer als auch psychiatrischer Behandlung. In dem letzten Jahr wurde die Stundenfrequenz der psychotherapeutischen Sitzungen reduziert mit dem Ziel, sich von der Therapeutin allmählich zu lösen und alltägliche Anforderungen und Probleme alleine zu bewältigen,

was immer wieder zu Krisen führte, die sie mit Hilfe von (u.a. pflanzlichen) Medikamenten aber mittlerweile alleine bewältigt. Sie dosiert ihre Medikamente selbständig und läßt sich bei Bedarf mehr verschreiben. Wie sie selbst sagt, ist die Psychotherapie eine wichtige Begleitung und Unterstützung und hat ihr bei der Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes sehr geholfen.

Frau C erhält seit ihrer Klinikzeit Rente und arbeitet derzeit an drei Tagen in der Woche in einem handwerklichen Job. Mit dieser Tätigkeit erprobt sie ihre Belastbarkeit im Arbeitsleben und hat außerdem einen zusätzlichen Verdienst neben ihrer Rente. Das Wichtigste für Frau C ist ihre Unabhängigkeit und Eigenständigkeit, die sie sich außerhalb von Kliniken hart erkämpft hat. Dadurch daß sie alleine lebt und arbeitet, beweist sie den anderen, daß sie nicht mehr psychisch krank ist. Sie würde gerne in einigen Jahren, wenn sie sich noch weiter stabilisiert hat, eine künstlerische Ausbildung machen und eventuell später in diesem Bereich arbeiten. Ein weiteres Ziel für Frau C ist, ihren Rentenstatus einmal ablegen zu können und ihr Geld mit einer »richtigen Arbeit« zu verdienen. Allerdings muß sie dafür »zig Beweise« anstellen und zeigen, daß sie genügend stabil ist, um ihren Rentenstatus aufgeben zu können.

Frau C ist für das Interview kooperationsbereit, sie befürchtet aber Störungen in ihrem Leben durch weitere Befragungen zu ihrer Biographie. Sie möchte nicht länger als »interessantes Objekt« für die Psychiatrieforschung betrachtet werden.

### 3.3.1.2 Auswertung der Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit

#### Unterkategorie *Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit*

Frau C leugnet nicht, daß sie sich oft »seelisch angeschlagen« fühlt. Sie bezeichnet sich weder als psychisch krank noch als gesund.

»Daß ich natürlich ‚ne seelische Erkrankung oder .. sagen wir mal seelisch angeschlagen bin, das ist klar, also das leugne ich auch nicht ab. Ich sage jetzt nicht, ich bin ein 105%ig gesunder Mensch seelisch.« (S 13 LQ)

Sie erlebt Krisenzeiten (im Jahr etwa zwei Monate) und erlebt sich dann an Grenzen, an denen ihr alles zuviel wird. Sie erlebt diese Zeiten als Kampf, in dem es ihr oft schwerfällt, nicht aufzugeben. Die Zeiten, in denen es ihr seelisch nicht gut geht, werden jedoch von Jahr zu Jahr immer kürzer.

I: »Würdest du dich heute als psychisch krank bezeichnen?

C: ».. psychisch krank nicht unbedingt, aber seelisch ganz schön angeknackst doch schon. Ja, also es gibt ja vielleicht, sagen wir mal, von dem Jahr so zwei Monate, wo ich also ganz schön zu kämpfen hab mit mir, so daß dann mir alles ein Stückchen über den Kopf drüber wächst; aber ich's bis jetzt immer wieder geschafft hab, da rauszukommen, ne. Es ist nicht so schlimm, daß ich jetzt sagen kann, das ist psychisch krank. Aber es ist schon immer wieder der Kampf, an dieser Stelle dann nicht aufzugeben und zu sagen, ›Ich werf das Handtuch, jetzt ...hab ich keine Lust mehr weiterzumachen<...« (S 13 LQ)

Frau C hat seit ihrem letzten Klinikaufenthalt im Laufe der Jahre beobachtet, daß ihre Freunde und Freundinnen ebenfalls manchmal an ihre Belastungsgrenze gelangen wie

sie selbst, ohne als psychisch krank bezeichnet zu werden. In Krisenzeiten vergleicht sie sich mit ihren »gesunden« Freundinnen und stellt immer wieder fest, daß sie sich nicht grundsätzlich von ihnen unterscheidet und daß ihre Erschöpfungszustände kein »Wahngebäude« sind.

»Und das vergleiche ich dann ... auch immer mit anderen Freundinnen so, das hab ich von Jahr zu Jahr immer so gemacht. Wenn ich die dann gesehen hab, daß die auch irgendwann mal im Jahr erschöpft waren und nicht mehr konnten, da hab ich gedacht, also geht's denen jetzt genauso wie dir's da geht. Und du bist eigentlich auch bloß so wie (die), ne. Und die sind so wie du. Das kannst nicht als psychisch krank oder so bezeichnen. Das ist ja kein Wahngebäude, was in der Zeit kommt oder so, sondern das sind dann mehr organische Erschöpfungen noch mit, ne.« (S 14 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung der Diagnose***

Frau C beschreibt, daß sie sich bei der ersten Klinikaufnahme in einem extremen Erschöpfungszustand befand und Schwierigkeiten hatte, zwischen Realität und Einbildung zu unterscheiden.

»Ich weiß nur, daß (ich) durch diesen extremen Erschöpfungszustand .. ein Stückchen davon weggekommen bin, Erlebnisse oder .. Dinge, die, wo ich noch draußen war, geschehen sind, in der Realität richtig einzuordnen. Daß ich da also vom Gefühl her ... also ganz schön ... neben mir gestanden hab, so daß ich also nicht mehr so richtig abschätzen konnte, was ist jetzt davon Realität, was du hier erlebst, und was eigentlich Einbildung, ja.« (S 12 LQ)

Frau C sind in verschiedenen Kliniken die Diagnosen »Depression« und »Schizophrenie« gestellt worden. Sie ist gegenüber der Diagnose Schizophrenie skeptisch und mißtrauisch, sie glaubt nicht, daß die Diagnose überhaupt auf sie zutrifft. Sie konnte im Vergleich mit anderen Patienten bei sich nie die Symptome einer Schizophrenie beobachten.

»Also ich muß sagen, mehr auf meine Person bezogen, bin ich der .. Diagnose Schizophrenie gegenüber sehr mißtrauisch und hab auch nicht mehr das Gefühl und den Glauben daran, daß es die Diagnose unbedingt gibt. Weil ich, wenn ich andere vergleiche, die jetzt also so Symptome haben .. oder so .. Verhaltensveränderungen aufführen, die ich bei mir irgendwo nie wahrnehmen konnte in der Zeit, wo ich als Schizophrene diagnostiziert war, also hab ich da kein Vertrauen mehr in die Diagnose.« (S 12 LQ)

### **Unterkategorie *Veränderung durch die Krankheit***

Die Frage nach Veränderungen aufgrund der Krankheit wird nicht direkt gestellt. Es geht aus den Interviewaussagen jedoch hervor, daß Frau C viele Krankheitskrisen durchlaufen und durchlitten hat und in diesem Prozeß immer mehr Eigenständigkeit und Autonomie erreicht hat. Zur Normalität gehören ihrer Auffassung nach Selbstbestimmung, Unabhängigkeit, eine eigene Bewertung, was gut und was richtig für sie selbst ist, sowie einen Freundeskreis außerhalb der Psychiatrie. Sie hat in einem jahrelangen Selbstfindungsprozeß die Erkenntnis gewonnen, daß sie sich in ihrem Leben oft habe ausnutzen lassen, da sie große Schwierigkeiten hatte, »nein zu sagen«. Sie kann mittlerweile zunehmend vor anderen Menschen ihre eigenen Standpunkte vertreten.

»Na, das ist das Wort Nein, das hab ich also nie gelernt als Kind, das Wort Nein. Und das ist heute ein Stückchen noch mein Handicap, also nein sagen zu können.« (S 5 IBE)

Als sie stationär aufgenommen wurde, bekam sie zum ersten Mal in ihrem Leben Medikamente. Dadurch habe sie sich mehr und mehr in ein »anderes Wesen« verwandelt. Durch Arbeit wollte sie beweisen, daß sie nicht so krank sei, wie sie von anderen eingeschätzt wurde. Sie wollte so schnell wie möglich wieder entlassen werden und wieder sie selbst werden.

»Ja, und durch das Arbeiten wollte ich denen eben beweisen, daß ich nicht so krank bin, daß ich ja nun nicht für immer bleiben muß, ne, also ich wollte ja auch eigentlich so schnell wie möglich dann dort raus ... und wieder ich selber werden. Denn ich hatte mich dort mehr und mehr in ein anderes Wesen verwandelt durch diese ganzen Medikamente, die ich ja früher nie; also ich sag ja, ich hab bis zum 20. Lebensjahr nicht mal ,ne Kopfschmerztablette genommen oder ,ne Schmerztablette bei Zahnschmerzen, ne.« (S 7 IBE)

### **Unterkategorie *Ursachenvorstellung***

Frau C nennt drei Ursachen für ihre Erkrankung: a) den Umgang mit ihr als Kind im Elternhaus, b) ihre Sensibilität als Kind und später als Erwachsene und c) bestimmte Erbanlagen. Sie denkt, daß man am ehesten psychisch krank werde, wenn alle drei Ursachen zusammen kommen. Die wichtigste Ursache für die Erkrankung ist für Frau C der negative Einfluß des Elternhauses auf ihre Entwicklung. Sie hat früher immer gedacht und denkt es heute noch, daß sie als Kind auch selbst schuld daran war, wie sie behandelt worden ist, und daß sie dazu beitragen hat, z.B. bestimmte Strafen zu erhalten. (Im Interview wird nicht ausgeführt, was in ihrem Elternhaus geschehen ist.)

»Ja, die wichtigste Ursache, ich denke, das ist so, wie das .. Elternhaus den Umgang mit mir als Kind gestaltet hat.« (S 14 LQ)

Frau C kann sich an nichts Positives in ihrem Elternhaus erinnern, dort sei es zwanghaft und streng gewesen. Sie hat sich außerhalb (Schule, Freunde) wohler gefühlt als in ihrem Elternhaus.

»Tja, von meiner Kindheit hab ich also nicht ... viel Positives so in Erinnerung. (...) In die Schule bin ich eigentlich auch viel lieber gegangen als wie nach Hause. Das war so eigentlich immer das, was außerhalb des Elternhauses war, das hab ich mit großer Begeisterung gemacht, und (bin) .. den Pflichten in meinem Elternhaus natürlich auch nachgekommen, aber ich hab mich nicht so .. warm und so .. wohl gefühlt wie in einem fremden Kreis. Also nicht fremden Kreis, aber außerhalb meines Elternhauses hab ich mich viel wohler gefühlt als wie in meinem Elternhaus. Da war mir alles viel zu zwanghaft und .. zu streng.« (S 2 IBE)

### **Unterkategorie *Stigmatisierungserleben und Reaktion darauf***

Frau C beschreibt das Bild in der Bevölkerung über Schizophrenie oder über psychische Krankheit allgemein und meint, daß damit »Verrückte« assoziiert werden, mit denen die Bevölkerung nichts zu tun haben will. Sie kritisiert, daß in Dokumentarfilmen oft nur das extreme Bild von der Krankheit gezeigt wird und nicht die andere Seite, nämlich das normale Leben, das die Patienten führen.

» Also wenn du dann auch irgendwelche Filme .. siehst, dann .. bin ich sehr oft auch unzufrieden, weil ich noch nicht das entdeckt hab, daß da mal so mehrere Menschen vorgestellt worden



sind, die wirklich so 'ne Diagnose haben oder so, aber ein total normales Leben führen.. Wenn das mehr verbreitet .. in den Medien überkommen würde als wie dieses extremere Bild von dem Krankendasein, ich denke, dann würde sich vielleicht mal die Bevölkerung davon abwenden von diesen allgemeinen, ›Das sind Verrückte‹ oder so, ne, ›mit denen will ich nichts zu tun haben‹.« (S 15 LQ)

Frau C wurde selbst einmal für das Fernsehen über ihre Krankheit und ihre Klinikaufenthalte interviewt und vermißte es, über die Schilderung der Krankheit hinaus auch über ihre gesunde Seite, über ihre jetzige Lebenssituation, über ihr privates Leben außerhalb der Klinik befragt worden zu sein.

»Wenn ich mich selber nicht gekannt hätte, würde ich heute glauben, die ist noch in der Klinik oder so, ne, weil da kam nichts vom privaten oder anderen Dasein rüber, sondern nur ... über's Klinikdasein, aber nicht über das, was jetzt ist, ne. Und das ist bissel ärmlich.« (S 15 LQ)

Während ihren stationären Aufenthalten fühlte sich Frau C insbesondere von den Ärzten als Mensch nicht ernstgenommen und negativ abgewertet. Sie wurde von ihnen nicht klar über ihre Erkrankung und die Behandlung informiert. Als eine ihr sehr wichtige mütterliche Freundin sie besuchen wollte, wurde dieser davon abgeraten, da Besuche die Therapie stören würden und nutzlos wären. Davon hat Frau C erst sehr viel später erfahren, sie wußte lange Zeit nicht, warum sie keinen Besuch mehr erhalten hatte.

»Wie dann so ein Gespräch abgelaufen ist, also daß ich da so immer das Gefühl hatte, ich werd nicht für voll genommen, ich werd nicht ernst genommen. ...›Die ist ja sowieso schizophren‹ oder ‚die ist zur Zeit gerade manisch‘ oder so. ...Du warst .. ein anderer Wert.« (S 18 LQ)

».. der Dr. X (hat) ihr [der mütterlichen Freundin] in diesem Gespräch gesagt, sie solle mich nicht mehr besuchen, das würde .. die Therapie stören, behindern, und wenn sie mich besucht, wäre es wie einem kaputten Fahrradschlauch immer wieder Luft aufpumpen.« (S 6 IBE)

### 3.3.1.3 Auswertung der Kategorie 2: Personale Ressourcen

#### Unterkategorie Werte

Am wichtigsten ist für Frau C die hart erkämpfte Unabhängigkeit und Autonomie, mit der sie seit einigen Jahren ihr eigenes Leben gestaltet und zunehmend selbst bestimmt.

»Für mich ist es einfach zu schön das Alleinesein, das Unabhängigsein, das Freisein, und ich kann meine Eigenarten weiterhin zu weiterleben, wie ich das möchte, ne, ich kann meinen Tagesablauf so gestalten, wie ich das will.« (S 14 IBE)

Von großer Bedeutung sind für Frau C zwischenmenschliche Beziehungen, ein Freundeskreis, den sie sich mit großer Anstrengung nach und nach außerhalb der Psychiatrie aufgebaut hat, in dem sie so angenommen wird, wie sie ist. Von diesem Freundeskreis erhält sie Bestätigung und die wichtige Rückmeldung, daß sie ein Mensch ist »wie alle anderen«.

»Ganz wichtig ist für mich ein Freundeskreis ..., also den ich mir ... mühselig, nachdem ich entlassen worden bin, mehr und mehr .. außerhalb des Bereiches der Psychiatrie gesucht hab. ... Das war für mich auch ganz schön hart, da immer wieder dranzubleiben ... Trotz alledem bin

ich immer wieder hingegangen, drauf zugegangen und hab auch dadurch jetzt gespürt, daß ich eigentlich genauso ein Mensch bin wie alle anderen.« (S 1 IBE)

Einen wichtigen Stellenwert nimmt das kreative Tätigsein, vor allem die Musik, im Leben von Frau C ein. Als Autodidaktin hat sie das Musizieren zu ihrer Hauptbeschäftigung entwickelt. Oft arbeitet sie den ganzen Tag in ihrer Wohnung an Musikstücken. Sie nennt sich heute »Künstlerin«, was sie früher noch nicht konnte wegen ihrem geringen Selbstwertgefühl.

»... also ohne die Musik würde ich gar nicht existieren können.« (S 4 LQ)

### **Unterkategorie *Fähigkeiten und Fertigkeiten, Arbeit und Tätigsein***

Arbeit hat für Frau C einen zentralen Stellenwert in ihrem Leben. Sie hat zweierlei Bedeutung für sie. Zum einen ist Arbeit potentielle Quelle von physischer und psychischer Ausbeutung, zum anderen verschafft ihr Arbeit innere Befriedigung und Erfüllung. Sie beschreibt ihr Verhältnis zur Arbeit als »nicht gesund« und daß sie fast schon »arbeitsüchtig« sei. Das Arbeiten bis zur völligen körperlichen und psychischen Erschöpfung war mit ein zentraler Auslöser, daß Frau C erstmalig in eine psychiatrische Klinik aufgenommen werden mußte. Andererseits ist Arbeitenkönnen für sie der sichtbare Beweis, daß sie nicht krank ist.

»Das ist eigentlich nicht gesund, die Einstellung, die ich zur Arbeit habe, ja weil ohne Arbeit kann ich eigentlich gar nicht leben oder so. Also das hieß auch mal so von Bekannten..., die haben gesagt, ‚Naja dann ist es doch eigentlich arbeitsüchtig..., was du bist oder was du warst.‘ Und das stimmt schon in einer bestimmten Richtung, daß (es) so ‚ne leichte Abhängigkeit zu irgendeiner Tätigkeit ist.« (S 4 LQ)

In ihrem derzeitigen Teilzeitjob fühlt sie sich nicht als Außenseiterin, sie wird von vielen geschätzt. Sie betrachtet den Job als Konditionstraining, um auszutesten, wo ihre Grenzen sind, damit sie später eine »richtige wertvolle Arbeit« ausüben kann, in der sie ihr »richtiges Geld« verdient.

»Ja, Kollegen ..., die immer mal kommen so von den Geschäften und die dann auch ab und zu mal ‚nen Plausch machen, wenn man miteinander redet...« (S 4 LQ)

### **Unterkategorie *Einstellung zu sich und zur Umwelt***

Frau C beschreibt sich als einen kämpferischen Menschen, der nicht so schnell aufgibt.

»Und ich bin ein Mensch, sagen wir mal, der selten aufgibt, sondern der eigentlich immer wieder versucht, auch nach einem Mißerfolg doch wieder anzufangen und doch wieder weiter zu machen, weil er sich sagt, ‚Also du schaffst das schon, ne, du schaffst das schon.« (S 16 IBE)

Dieser Kampfgeist für ein selbstbestimmtes Leben zeigt sich vor allem in ihren jahrelangen Bemühungen, anderen Menschen zu zeigen und zu beweisen, daß sie nicht zu krank ist, um außerhalb einer psychiatrischen Klinik zu leben und zu arbeiten. Die politische Wende erlebt sie als ihre persönliche Wende und als Beginn ihrer positiven Veränderung.

»Naja, die Wende war der Ursprung dafür, daß mir erstmal die Tür nach draußen aufgemacht wurde, ja. Somit konnte ich ja erstmal beweisen, daß ich wirklich auch draußen leben kann und daß ich nicht zu krank bin, um draußen zu leben und auch zu arbeiten, ja.« (S 16 IBE)

Bei der Frage, was sie positiv an ihrer Person erlebt, beschreibt sie als positive Veränderung, daß sie zunehmend ihre Anpassung an andere Menschen und deren Wünschen aufgeben und immer mehr ihre eigene Identität leben kann.

»Also ich versuche nicht mehr, mich jetzt .. so zu gestalten oder so zu verhalten, wie es die anderen gern wünschen, sondern ich versuche, also mehr und mehr immer nur ich .. selbst (zu) bleiben und auch als ich selbst aufzutreten.« (S 12 LQ)

»Weil ich spüre, daß ich also ein ganz eigener Mensch bin, ganz viele Eigenarten hab...« (S 14 IBE)

### **Unterkategorie *Zukunftsperspektiven***

Frau C setzt sich als Ziel, in der Zukunft ihren Rentenstatus aufzugeben. Sie möchte ihr Geld eigenständig verdienen. Um dies zu erreichen, müßte sie noch mehr Stabilität entwickeln. Sie rechnet noch mit ca. drei Jahren, daß sie bis dahin dieses Ziel erreichen kann.

»Tja, mein Ziel ist schon, mein Rentendasein ... irgendwann mal ablegen zu können, daß ich dann also nicht mehr so die Rente brauch als Absicherung, sondern daß ich also mein Geld eigenständig verdienen kann. Dem voraus geht natürlich, daß ich da noch eine stabilere Person bin als wie jetzt. (S 20 LQ)

Frau C bezeichnet sich selbst als optimistisch, vor allem in bezug auf die Stabilisierung ihrer Gesundheit und auf ihren Erfolg mit der Musik.

»Ich denke, die [positive Veränderung] .. kommt dann immer so mit sich in jedem Jahr. Je stabiler man wird, kommt immer wieder ,ne neue Veränderung hinzu, die im positiven Sinne ist.« (S 21 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung von Religion***

Frau C hat seit zehn Jahren regelmäßigen Kontakt zu Mitgliedern einer christlichen Gemeinde, die ihr besonders in den ersten Jahren nach der Klinik geholfen haben. Sie möchte öfter in Gottesdienste gehen und sich intensiver mit der Bibel beschäftigen, aber nicht aus dem Glauben an Gott heraus, sondern wegen ihrem geschichtlichen Interesse. Sie würde dadurch gerne ihre Vorurteile gegenüber Männer korrigieren und erhofft sich, den Umgang mit ihren Mitmenschen besser gestalten zu können.

»Dann will ich auch .. durch diese Besuche .. in der Kirche .. ein Stückchen auch versuchen, so das männliche Bild mal anders kennenzulernen. Und durch .. den Umgang auch mit Christen .. kannst du auch ein Stückchen, also nicht nur auf Männer bezogen, auch auf Frauen bezogen, den Umgang vielleicht mal .. besser gestalten mit deinen Mitmenschen.« (S 11 LQ)

#### **3.3.1.4 Auswertung der Kategorie 3: Bewältigungskompetenzen, Selbsthilfebemühungen, Regulationsmechanismen**

Frau C bemüht sich aktiv darum, ihren Gesundheitszustand immer wieder stabil zu halten. Sie kennt ihre Belastungsgrenzen, z.B. wenn sie zuviel unternimmt, wenn sie sich zu sehr an andere Menschen anpaßt und ihre eigenen Bedürfnisse vernachlässigt, wenn sie sich überfordert bei ihren Anstrengungen zu beweisen, daß sie eigenständig leben und arbeiten kann, oder wenn sie in Streßsituationen nicht mehr abschalten kann.

**Individuelle Unterkategorie: *Vermeiden von Überforderung und Einhalten von regelmäßigem Schlaf***

Wenn sie manchmal mehr Kraft und Energie spürt als sonst und Lust hat, an einem Tag viel zu unternehmen, erkennt sie die Gefahr, über ihre Belastungsgrenzen hinaus zu gehen. In solchen Zeiten sorgt sie bewußt für eine Begrenzung ihrer Aktivitäten und für ausreichenden Schlaf.

»... wo ich spüre, jetzt könnte ich in so ‚ne Gefahr reinrutschen, weil ... eben in diesem Monat irgendwo ich mehr Kraft hab zur Verfügung und mehr Energie und ich dann auch Lust hätte, noch mehr an dem Tag zu machen als wie der vielleicht Stunden hat; das wär dann so die Gefahr, wo ich wieder reinrasseln könnte.« (S 14 LQ)

»...und da halte ich mich danach, daß es für mich also ein bestimmtes Limit gibt zum Schlafen, und das ist nachts, und dem geh ich auch immer nach...« (S 16 IBE)

**Individuelle Unterkategorie: *Rückfallprophylaxe durch Achtsamkeit und Vorsicht***

Frau C vergleicht sich mit einem »trockenen Alkoholiker«, der keinen Alkohol mehr zu sich nehmen darf, um nicht rückfällig zu werden.

»Ich denke, daß es mir ein Stückchen so geht, gehen wird vielleicht wie einem trockenen Alkoholiker, der auch nicht mehr sein Glas anrühren darf, weil er trocken bleiben möchte. ... Daß ich halt auch immer meine Grenze und .. so mit bestimmten Situationen vorsichtig umgehen muß, um halt nicht wieder reinzurutschen.« (S 22 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Musik spielen als Ablenkung von Sorgen und Zukunftsängsten***

Für Frau C hat die Musik neben dem kreativen Selbstaussdruck eine wichtige regulative Bedeutung. Sie arbeitet an Musikstücken oft von früh morgens bis spät abends und wenn sie daran arbeitet, erlebt sie Distanz zu ihren Existenzsorgen und Alltagsproblemen und fühlt sich entlastet.

»... also ohne die Musik würde ich gar nicht existieren können. Ich glaube, da würde ich vielleicht auch eher in der Klinik landen oder so... Durch das Musizieren bist du ja total abgelenkt von allem, ne, von allen Alltagssorgen und allen Sorgen, die du mit dir selber hast ... oder die in dir drin sind. Ja Zukunftsängste, die du hast, die kannst du in den ganzen Stunden eigentlich ablegen, in denen du spielst.« (S 4 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Dosierung von positiven Erlebnissen***

Frau C versucht, positive Erlebnisse zu dosieren. Sie will z.B. mit ihrer Musik bescheiden bleiben, da sie einen zu schnellen Erfolg nicht verkraften und befürchten würde, zu euphorisch zu werden und in ihrer Entwicklung wieder um einige Schritte zurückzufallen.

».. will ich .. doch ein Stückchen bescheiden bleiben, weil ich nicht in so einen Höhenrausch oder .. Wahn kommen will... Zuviel Freude ... oder zuviel Erfolg ist manchmal auch nicht gut. Also wenn er zu schnell kommt, ne. Wenn's langsam kommt, dann kann man sich mit dem mehr und mehr vertraut machen. Aber wenn's einbricht, ist es nicht gut.« (S 22 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Dosierung von sozialen Kontakten und Aktivitäten***

Um eine erneute Klinikeinweisung zu verhindern, ist Frau C besonders wachsam und zieht

sich vermehrt zurück in Zeiten, in denen sie besonders aktiv ist und am liebsten viel unternehmen würde. Denn sie weiß, daß sie dann ihre Grenzen nicht einhalten würde.

»Das ist eben halt so, daß ich mich dann besonders in so 'ner Zeit daran halte, mich mehr von den Menschen erstmal wieder zurückzuziehen und dann zu sagen, »Also ich mach jetzt mal 'ne Pause und geh dann eben nur einmal in der Woche oder so unter Leute.« (...) Ich gehe nicht auf die inneren Wünsche ... ein, sondern ich mach das Entgegengesetzte, mache gerade weniger an den Tagen.« (S 14 LQ)

#### **Individuelle Unterkategorie: *Meiden von negativen Kontakten***

Frau C meidet den Kontakt zu einigen Männern in einer psychosozialen Einrichtung, weil sie diese anderen Frauen gegenüber als distanzlos und verletzend erlebt. Mit einigen Frauen hat sie ebenfalls Schwierigkeiten, da diese ihr »zu primitiv« sind. Sobald sie auftauchen, verläßt Frau C lieber die Einrichtung.

»Naja, die [Männer] sind einfach ein bißchen zu hemmungslos und es ist mir ein bißchen verletzend, wie die so den Umgang mit Frauen gestalten. (...) Sobald da ein frauliches Wesen in Erscheinung tritt, daß sich dann alle Männer erstmal auf sie stürzen, so ungefähr.« (S 12 LQ)

#### **Individuelle Unterkategorie: *Regulation von Streßerleben durch Medikamente***

Frau C dosiert selbst ihre Medikamente. Wenn sie nachts Schwierigkeiten hat zu schlafen oder wenn sie in Streßsituationen nicht mehr abschalten kann, holt sie sich bei ihrer Ärztin Medikamente. Über einen längeren Zeitraum gelang es ihr, sich mit pflanzlichen Präparaten zu behelfen. Wenn ihr der Kontakt zu Menschen zuviel wird, reguliert sie dies u.a. auch mit Medikamenten.

»Und in besonderen Streßsituationen hab ich's dann auch nicht mehr geschafft, so richtig abzuschalten, und da hab ich dann schon die Medikamente genommen.« (S 17 LQ)

»Wenn ich jetzt so merke, ich bin unter Menschen und mich pulvert das doch bissel ... auf, der menschliche Kontakt, dann nehm ich auch mal so was. Aber eben seltener, das sind wie gesagt zwei Monate oder drei Monate im Jahr.« (S 17 LQ)

### **3.3.1.5 Auswertung der Kategorie 4: Soziale Ressourcen**

#### **Unterkategorie *Partnerschaft***

Frau C hat keine traditionelle Vorstellung von einer eigenen Familie mit Kindern, obwohl sie sich manchmal wünscht, daß sie von einem Partner gehalten, angenommen und akzeptiert wird, um »sich fallen lassen« zu können, wenn sie sich schwach fühlt und erschöpft ist.

»Ja manchmal braucht man's vielleicht auch, daß man gehalten wird ... so von einem anderen Menschen, ... Das gegenseitige Geben und Nehmen, ... und sich auch mal fallen lassen im privaten Leben, ... wenn man einfach mal schwach ist und nicht mehr kann und so bissel erschöpft ist, ja.« (S 1 LQ)

Zur Zeit kann sie sich keine Partnerschaft vorstellen, vielleicht einmal in einer fernerer Zukunft. Sie braucht ihren eigenen Raum, um sich jederzeit zurückziehen zu können. Sexualität ist ihr bei einer Partnerschaft am wenigsten wichtig. Bei ihren Begegnungen

mit Männern nach der Klinikentlassung hatte sie diesbezüglich negative Erfahrungen gemacht.

»Aber ich hab aus vergangenen Jahren erfahren, die Versuche, die ich (bis) dahin gestartet hab, daß es mir nicht gut tut, daß ich mir damit eigentlich nur ein Stückchen wieder Schaden zufüge, weil ich einfach noch Dinge aufzuarbeiten hab aus meinem Leben, um dann irgendwann mal anders damit umgehen zu können ... mit der Partnerschaft.« (S 14 IBE)

»... weiß nicht, vielleicht mit 70 leb ich mal mit jemanden zusammen (lacht)...« (S 21 LQ)

### **Unterkategorie *Familie***

Der Interviewer, der Frau C seit vielen Jahren kennt, bemerkt im Interview, daß sie die »Überlebende von Extremtraumatisierung in der Familie« sei. Diese Traumatisierung wird jedoch im Interview nicht ausgeführt. Frau C hat den Kontakt zu ihren Eltern völlig abgebrochen. Es gab eine Zeit, in der sie sich Kontakt zu ihrer Familie gewünscht hätte, gab diesen Wunsch jedoch auf aus Angst, daß sie wieder in ihre frühere Rolle fallen könnte, nämlich sich völlig den Erwartungen ihrer Familie anzupassen.

»Ich hatte, ne Zeitlang hatte ich mir Kontakt gewünscht und dann aber doch irgendwo gespürt, also daß da allerlei Ängste davor sind und daß ich dann eigentlich wieder in mein altes Dasein so reinrutsche, daß ich sozusagen .. meiner Familie immer alles recht machen will. Also dann bleib ich nicht mehr ich persönlich, sondern werde wieder irgendwie so ,ne andere Person, um meiner Familie eben zu gefallen, ... daß die dann nicht an mir rummäkeln können...« (S 1 LQ)

### **Unterkategorie *Freundeskreis***

Besonders wichtig ist für Frau C der Freundeskreis, den sich im gesunden Milieu aufgebaut hat, da sie sich allmählich von den Menschen in der Psychiatrieszene loslösen will. Sie kann mittlerweile auswählen, wen sie in ihrem Freundeskreis haben will und fühlt sich nicht mehr aus Einsamkeitsgefühlen heraus nur von einem Menschen abhängig.

»Also ich kann ja ... auch mehr und mehr wählen, wen will ich in meinem Freundeskreis und wen will ich nicht. Und ich bin auch jetzt nicht mehr so spezifisch von ein, zweien abhängig, weil ich halt keinen Freundeskreis hab, sondern ich kann auch wirklich schon ein Stückchen aussortieren.« (S 20 LQ)

Über das Thema Krankheit wird in ihrem Freundeskreis kaum gesprochen. Durch den Umgang mit ihren Freunden erlebt Frau C, daß sie von ihnen gleichberechtigt behandelt wird.

»... und ich krieg eigentlich nur immer wieder die Bestätigung, daß ich also dort [in der Klinik] fehl am Platze war und daß ich so im Umgang, den sie mit mir gestalten, ... wie sie selbst (bin). Also sie behandeln mich wie ihresgleichen und nicht wie eine, die jetzt was weiß ich in der Klinik war 10 Jahre und bedauert werden muß...« (S 2 LQ)

Frau C hat zwar zahlreiche Bekannte und Freundinnen, aber noch keine enge Freundin, der sie alles anvertrauen kann. Sie vermißt eine Freundin, mit der sie zusammen den Urlaub verbringen möchte, und an die sie sich auch in schwierigen Zeiten wenden kann und der sie umgekehrt helfen würde, wenn diese Hilfe benötigte.

»Aber (ich) kann noch nicht so richtig sagen, also das ist meine beste und feste Freundin, der

ich alles anvertrauen kann oder so, mit der ich durch dick und dünne gehe. Das fehlt irgendwie.« (S 1 LQ)

### **Unterkategorie *Nachbarn***

Es gibt Nachbarn, bei denen Frau C spürt, daß sie aufrichtig sind und zu denen sie Kontakt möchte, und Nachbarn, die »zwei Gesichter« haben, denen sie nur »Guten Tag und auf Wiedersehen« sagt. Als sie in die Wohnung eingezogen ist, war sie »ganz naiv« und hatte einige Nachbarn zum Kaffee eingeladen. Danach gab es Redereien und Streit darüber, weil einige nicht eingeladen wurden. Seitdem ist Frau C vorsichtig geworden und hält eine gewisse Distanz zu bestimmten Nachbarn.

»Mit den falschen [Nachbarn], da hab ich kein .. Interesse dran, mit denen jetzt hier so'n lockeres Verhältnis zu gestalten. Aber ich hätte mir natürlich mehr .. erwartet von .. so Mitbewohnern in so einem Haus. Also ich hätte nicht gedacht, daß da so'n gespaltenes Verhältnis unter den Mitbewohnern sein kann.« (S 7 LQ)

### **Unterkategorie *Psychosoziale Einrichtungen***

Frau C hat insgesamt positive Erfahrungen mit den Angeboten von psychosozialen Einrichtungen gemacht. Sie erlebte die Einrichtungen nach der Entlassung als den »zweiten Halt« nach den Freunden. In den ersten Jahren nach ihrer Klinikentlassung arbeitete sie in einem Patientenclub. Dort wurde sie unterstützt bei ihren ersten Schritten außerhalb der Klinik. Ihr wurde der Arbeitsplatz auch freigehalten, als sie zur Krisenintervention für zwei Wochen noch einmal in die Klinik mußte. Als sie sich weitgehend stabilisiert hatte, wollte sie Abstand zu der Psychiatrieszene und suchte sich außerhalb dieser Szene neue Kontakte. Frau C nutzt psychosoziale Einrichtungen heute gezielt, wenn sie z.B. Unterstützung bei Behördengängen benötigt, wenn sie Lust nach Kontakten hat und Gespräche mit anderen Menschen sucht oder sie kommt zu handwerklichen Tätigkeiten vorbei.

»... wenn ich Lust habe auf Handwerkliches, geh ich auch ins X [Name eines Patientenclubs] oder .. wenn ich auch mal Lust hab nach den Kontakten dort, geh ich auch hin. Und dann geh ich ab und zu auch in X [Name eines anderen Patientenclubs], ja, da such ich halt Gespräche, mal Kontakte, mal was mit den Händen tun oder so. Nur mal halt gucken.« (S 19 LQ)

### **Unterkategorie *Arzt-Patient-Beziehung***

Frau C ist bei zwei Ärztinnen in Behandlung. Von ihrer Psychiaterin läßt sie sich ihre Medikamente und pflanzliche Präparate verschreiben. Die andere Ärztin ist ihre Psychotherapeutin. In der Psychotherapie geht es derzeit um die allmähliche Abnabelung von der Therapeutin und um die Aufgabe, daß Frau C lernt, ihre Probleme und Anforderungen im Alltag zunehmend alleine zu bewältigen, ohne auf professionelle Hilfe angewiesen zu sein. Diese Trennungsphase ist eine neue Situation für Frau C, die sie fordert und an ihre Grenzen bringt. In der Zeit der Loslösung von der Therapeutin erlebt sie manchmal besondere Streßsituationen, in denen sie sich dann selbst mit Medikamenten hilft.

»Dieses Jahr hab ich mehr [Medikamente] gebraucht. Aber dieses Jahr war dann auch so ein Stückchen von der Therapie .. weiter Loslassen. Da gab's also weniger Termine .., wo ich dann mehr und mehr selber praktisch die Dinge auch gestalten mußte und nicht unbedingt jetzt jemanden hatte, wo ich .. all meine Probleme .. abladen konnte, wenn sie gerade kamen.. Und das

war für mich ganz neu, das dann so in größeren Abständen auch alleine zu schaffen und zu bewältigen.« (S 17 LQ)

Für Frau C ist die Begleitung durch die Therapeutin sehr wichtig. Sie hat mit deren Hilfe gelernt, ihre Belastungsgrenzen genauer einzuschätzen. In der Zeit nach ihrer Klinikentlassung war es ihr größtes Problem herauszufinden, wann sie etwas bewältigen kann, wann sie sich überschätzt und ihre Grenzen überschreitet und wann sie sich besser zurücknehmen sollte. Seitdem Frau C dies zunehmend herausgefunden hat, geht es ihr besser und erlebt ihre Fortschritte mit Stolz.

»Diese Begleitung der Therapeutin ist für mich sehr wichtig gewesen und eigentlich immer noch wichtig. Weil ich also Dinge, die hätte ich alleine nicht für mich .. erlernen können. (...) Aber worauf ich ein bißchen stolz bin, daß ich's wirklich geschafft hab, so eine (Grenze) zu setzen, was ist für mich machbar von der Kraft, was schaffe ich an einem Tag, was schaff ich überhaupt .. in der Bewältigung des normalen Lebens mit Arbeit und Nichtarbeit. Das war ja die Anfangsjahre meiner Entlassung .. die schwierigste Sache .., weil ich der letzte Mensch war, der was für sich .. getan hat.« (S 1 IBE)

### 3.3.1.6 Auswertung der Kategorie 5: Materielle Ressourcen

#### Unterkategorie *Finanzielle Situation*

Frau C lebt seit ihrer Klinikzeit von der Rente. Um ihre Rente aufzubessern, suchte sie sich eine Teilzeitbeschäftigung. Wenn sie sich etwas leisten will (z.B. eine Waschmaschine, eine Reise, Besuch kultureller Veranstaltungen), muß sie dafür sparen. Sie fährt mit dem Fahrrad, weil es ihr zu teuer ist, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

»Es sind natürlich ganz schöne Lebenszwänge, die du hast mit deiner Rente, weil es sind ja nicht viele Türen offen mit diesem Geld, ja. Du mußt ganz schön wirtschaften, um .. dir .. auch mal was für deine Wohnung oder so zu kaufen.« (S 13 IBE)

Sie hat das Ziel, ihren Rentenstatus aufzugeben und ihr Geld mit einer normalen Beschäftigung, am liebsten mit ihrer Musik, zu verdienen. Sie fühlt sich von den Behörden abgewiesen, wenn sie durchsetzen will, ihre Rente aufzugeben. Dort wird ihr gesagt, daß sie doch zufrieden sein könne, daß sie ihre Rente bekommt. Sie erlebt es so, als ob sie beweisen müsse, gesund und stabil zu sein, um das »Risiko« eingehen zu können, ihr Rentendasein aufzugeben.

»Ich will meine Rente abgeben, da muß'te ja zigtausend Beweise auch bringen, daß du ... praktisch .. so fähig und so gesund und so stabil bist, daß das riskiert werden kann.« (S 22 LQ)

#### Unterkategorie *Bedeutung von Geld*

Geld hat keine allzu hohe Bedeutung für Frau C. Sie würde sich zwar wünschen, einmal alle ihre Wünsche erfüllen zu können, aber sie träumt nicht davon, reich zu sein.

»Also es [das Geld] hat nicht so ,ne Bedeutung, daß ich jetzt träume, unbedingt reich zu sein.. Aber manchmal sag ich mir, ich möchte .. vielleicht einmal im Leben 10.000 (Mark) haben, um bloß einmal in meinem Leben allen Wünschen nachgehen zu können... Und dann eigentlich ist es vobei. Also ich will nicht immer soviel Geld haben oder muß nicht immer soviel Geld haben.« (S 6 LQ)



### **Unterkategorie *Bedeutung der Wohnung***

Frau C wohnt zur Zeit des Interviews in einer Einzimmer-Wohnung. Sie ist ihr mittlerweile zu eng geworden, »weil immer mehr entsteht«. In dem Haus muß sie sich die Toilette mit anderen Mietern teilen. Sie hat einen Antrag auf eine größere Wohnung gestellt. Ihr ist sehr wichtig, alleine zu wohnen, ihr eigenes Heim zu haben, in der sie tun und lassen kann, was sie will. Das einzige, was sie stört, sind Nachbarn, die aus einem Alkoholikerheim ins Haus gezogen sind und die häufig herumschreien.

»Ich bin unabhängig... von jemandem, der mir sagt, wann ich wiederkommen soll oder .. was ich jetzt zu tun hab in meinem Haushalt. Ich kann hier total selbständig leben. Das ist für mich schon eine wichtige Bedeutung (von) so ,ner Wohnung.« (S 7 LQ)

### **3.3.2 Vergleich der Einzelfallauswertungen in Komparationstabellen**

Die Ergebnisse der ausführlichen Interviewauswertungen der neun Probanden wurden in überindividuellen Komparationstabellen festgehalten. Im einzelnen orientieren sich die Tabellen an den Kategorien und Unterkategorien des entwickelten Kategoriensystem. Da die Darstellung aller Komparationstabellen an dieser Stelle zu umfangreich ist, soll nur eine Tabelle hinsichtlich einer Kategorie beispielhaft gezeigt werden, um den Auswertungsprozeß zu veranschaulichen und transparent zu machen. Der gesamte Umfang aller Komparationstabellen ist im *Anhang C* zu finden.

Im folgenden wird exemplarisch die Tabelle zu der Unterkategorie »Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit« aus der Kategorie 1 dargestellt.

**Tab. 1: Beispiel einer Komparationstabelle für die Kategorie 1**

<b>Komparationstabelle 1.</b>
<i>Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit</i>
<u>Unterkategorie <i>Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit</i></u>
<p><b>Frau P</b> (010; 53 Jahre) nennt positive und negative Gründe für ihre Befindlichkeit. Positiv ist, daß sie mit ihrem Lebenspartner zusammenlebt und nicht allein ist. Negativ ist, daß sie körperliche Schmerzen hat, oft unter Müdigkeit leidet und sich Sorgen um den Erhalt ihrer Wohnung macht. Ansonsten ist sie »eigentlich zufrieden«.</p> <p><i>Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:</i> Sie bezeichnet sich nicht als psychisch krank und fühlt sich nicht als nervenkrank, »ich bin doch noch so ziemlich normal ... ich kann zwar nicht mehr so denken wie früher ... als verrückt würde ich mich nicht bezeichnen ...«.</p>
<p><b>Frau G</b> (048; 59 Jahre) äußert Zufriedenheit über ihre momentane Lebenssituation. Begründung: Sie hat keine Schmerzen, keine finanziellen Sorgen, hat einige Abwechslung in ihrem Leben. Ist manchmal unzufrieden, wenn der Ehemann nichts mit ihr zusammen unternimmt (z.B. Stadtbummel oder Kino).</p> <p><i>Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:</i> Sie fühlt sich zur Zeit nicht als psychisch krank, ihre Angst ist weniger geworden, sie fühlt sich ruhiger und gelassener. Sie räumt aber ein, daß sie auch nicht ganz geheilt ist. Sie weiß, daß es keine 100%ige Sicherheit gibt, daß sie nicht wieder krank wird.</p>

**Frau C** (030; 37 Jahre) bezeichnet sich weder als krank noch als gesund. Wenn sie an ihrer Belastungsgrenze und erschöpft ist, vergleicht sie sich mit ihrem »gesunden« Freundeskreis und stellt fest, daß es ihr genauso geht wie ihren Freunden; »also geht's denen jetzt genauso wie dir's da geht«; »das sind dann mehr organische Erschöpfungen noch mit«.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Sie bezeichnet sich nicht als psychisch krank, leugnet aber nicht, »seelisch angeschlagen« zu sein. »Ich sage jetzt nicht, ich bin ein 105%ig gesunder Mensch seelisch.« Es gibt im Jahr ca. 2 Monate, in denen sie zu kämpfen hat, hat es bis jetzt aber immer geschafft, sich zu stabilisieren. Sie schließt nicht aus, bei einer schweren seelischen Krise wieder in eine Klinik zu müssen, wovor sie jedoch einen »extremen Horror« hat.

**Herr B** (036; 51 Jahre) schätzt seine aktuelle Befindlichkeit einerseits als gut ein. Begründung: er ist nicht alleine, da er Kontakte hat, bei denen man sich gegenseitig hilft und unterstützt. Andererseits leidet er unter Depressionen und unter wechselhaften Stimmungen, »...es ist wechselhaft, einmal so, einmal so, einmal so...«. Er relativiert seine Befindlichkeit, indem er sich mit anderen vergleicht, denen es noch schlechter geht.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Er bezeichnet sich nicht als psychisch krank; »Ach Quatsch ... bin normal wie jeder andere auch, bin nicht psychisch krank...«. Er sagt aber im nächsten Satz, daß er »psychisch am Ende« sei; manchmal habe er Wahnvorstellungen, zu dieser Zeit »war ich krank«.

**Frau I** (009; 37 Jahre): Positiv ist, daß sie durch das Arbeitslosengeld materiell abgesichert ist, keinen Arbeitsstreß hat und daß es ihr durch die Partnerschaft gut geht. Belastend ist die Angst vor dem bevorstehenden Berufswiedereinstieg.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* »... ich bezeichne mich im Moment jetzt eigentlich als gesund, deshalb spreche ich jetzt in der Vergangenheit darüber...« (S2 LQ)

**Herr S** (012; 39 Jahre): Negativ ist das Alleineleben, daß er keine eigene Partnerin und Familie hat. Er ist insgesamt nicht zufrieden mit seinem Leben; ihm fehlt der Antrieb, er schläft zuviel, hat Übergewicht. Er kann die viele Freizeit nicht für sich sinnvoll nutzen.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* bezeichnet sich »im Moment eigentlich nicht« als psychisch krank. »Es geht mir nicht gut, es geht mir nicht schlecht, es geht mir so mittelmäßig, so la la.« (S7 IBE)

**Herr R** (031; 31 Jahre): Er ist nicht zufrieden mit seiner Lebenssituation, weil er nicht arbeiten kann. Körperliche Einschränkung durch die Nebenwirkungen der Medikamente (starke Übelkeit). Seit eigener Reduzierung besseres Wohlbefinden, bessere Konzentration. »Ich kann wieder Bücher lesen.« (S13 IBE)

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Fühlt sich seit längerer Zeit wieder stabil. »Also im Moment wird mir von Dr. X bescheinigt, ich bin als gesund zu betrachten.« (S25 LQ)

**Frau A** (032; 39 Jahre): Schätzt ihre Lebenssituation als positiv ein, sie hat ihre Wohnung, ihre Arbeit, Geld und Freunde. Außer Schlafstörungen geht es ihr gesundheitlich gut.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Würde sich zur Zeit nicht als psychisch krank bezeichnen.

**Herr M** (103; 33 Jahre): Belastend ist für ihn, kurz vor der Scheidung zu stehen; er hätte sich die Beibehaltung der Beziehung zu seiner Frau gewünscht. Positiv ist, daß er die Arbeit hat, die Spaß macht, damit geht es ihm verglichen mit anderen Betroffenen gut und kann zufrieden sein.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Bezeichnet sich zur Zeit »eigentlich nicht« als psychisch krank. (S7 LQ)

### **3.3.3 Ergebnisse der kategorialen Interviewauswertungen für neun Probanden**

Die neun Interviews (bestehend aus dem biographischen und dem aktuellen Lebensqualitäts-Teil) wurden im gleichen Umfang wie die dargestellte Interviewauswertung von Frau C nach dem entwickelten Kategoriensystem ausgewertet (vier weitere Interviewauswertungen siehe *Anhang B*). Die Ergebnisse für jede Kategorie bzw. Unterkategorie wurden dann für alle neun Patienten auf 19 Komparationstabellen in komprimierter Form zusammengetragen (siehe *Anhang C*). Anhand dieser Tabellen ist es möglich, sich einen Überblick über die zum Teil sehr ausführlichen Interviews zu verschaffen. Im folgenden sollen die Inhalte der Interviewauswertungen pro Kategorie bzw. Unterkategorie in zusammengefaßter Form dargestellt werden. Dabei werden die Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der Probandenaussagen innerhalb jeder Kategorie kurz beschrieben und jeweils mit Ankerbeispielen aus den Interviews veranschaulicht.

### 3.3.3.1 Ergebnisse für die Kategorie 1:

#### Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit

##### *Kategorie 1 – Unterkategorie »Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit«*

Auffallend in dieser Kategorie ist, daß sich alle neun Probanden durchgehend zur Zeit nicht bzw. »eigentlich nicht« als psychisch krank bezeichneten. Sie räumten ein, daß sie zwar psychisch krank waren, als sie sich in einer psychiatrischen Klinik befanden oder wenn sie unter akuten Symptomen leiden. Das Krankheitserleben ist auf diese spezifische Zeit bezogen. Einige sagten, daß sie auch nicht ganz geheilt oder ganz gesund seien (012; 030; 048). Ein anderer (036) sagt, daß er »normal wie jeder andere auch« sei, und im gleichen Satz meint er, er sei »psychisch am Ende«. Einige Probanden schließen nicht ganz aus, wieder einmal krank zu werden (030; 048).

Die aktuelle Befindlichkeit wurde differenziert mit positiven und negativen bzw. belastenden Aspekten in ihrem Lebensalltag begründet. Als *positive Gründe* wurden genannt: das Zusammenleben mit der Familie bzw. mit dem Partner und somit nicht alleine zu sein (009; 010; 031; 048), das Eingebundensein in ein soziales Beziehungsnetz (030; 032; 036; 048), die materielle Sicherheit durch Rente bzw. Arbeitslosengeld oder Gehalt (009; 010; 032; 048), eine Arbeit zu haben, die ihnen Freude macht (032; 103) sowie der Vergleich mit anderen, denen es noch schlechter geht (036; 103).

Als *negative Gründe* für die aktuelle Befindlichkeit nannten sie körperliche Schmerzen, Müdigkeit, fehlender Antrieb, Erschöpfung (010; 012; 030), Schlafstörungen (012; 032), Depressionen, wechselhafte Stimmungen (036), Nebenwirkungen der Medikamente (031), Übergewicht (009; 012), Sorgen um die Wohnung (010), Alleinesein, Trennung vom Partner (012; 103), Angst vor bevorstehenden beruflichen Anforderungen (009), keine Arbeit haben (012, 031) und zuviel Zeit haben (012).

**Tab. 2: Ankerbeispiele zu »Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit« (Kategorie 1)**

»...ich bezeichne mich im Moment jetzt eigentlich als gesund, deshalb spreche ich jetzt in der Vergangenheit darüber [über die Krankheit]...« (Frau I 009; S2 LQ)

»... aber ich bin, fühle mich nicht als nervenkrank... Ich bin doch noch so ziemlich normal. Ich kann zwar nicht mehr so denken wie früher und hab vieles vergessen... , aber so im alltäglichen Leben, da mach ich .. noch so meine Arbeit...« (Frau P 010; S11 LQ)

»Ach Quatsch... Bin normal wie jeder andere auch, bin nicht psychisch krank ... So ein Käse.« (Herr B 036; S9 LQ)

»So Wahnvorstellungen hab ich manchmal, ja ... Na klar war ich krank.« (Herr B 036; S9 LQ)

»Es geht mir nicht gut, es geht mir nicht schlecht, es geht mir so mittelmäßig, so la la.« (Herr S 012; S7 IBE)

*Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit***Unterkategorie »Bedeutung der Diagnose«**

Den Betroffenen wurden z.B. bei ihren mehrmaligen Klinikaufenthalten unterschiedliche Diagnosen gestellt: Schizophrenie (009; 010; 030; 036; 103), Depression (010; 030), paranoide Schizophrenie, Wahnsinn mit gespaltenem Bewußtsein (012), halluzinatorische Schizophrenie (031), Psychose (032). Eine Probandin (048) hat keine direkte Diagnose erfahren.

Einige haben die Diagnose im Laufe der Zeit akzeptiert (012, 103), einige erleben sie als »niederschmetternd« (010) oder als »Schicksalsschlag« (103), andere sind der Diagnose gegenüber mißtrauisch eingestellt (030; 036). Frau C (030) glaubt z.B. nicht, daß die Diagnose auf sie zutrifft, da sie im Vergleich zu anderen Patienten bei sich nie Symptome feststellen konnte, die eine Veränderung in ihrem Verhalten bewirkt haben. Herr B (036) erlebt die Diagnose wie einen Stempel »schizophren, fertig«.

Die Diagnose wird von den Betroffenen in ihrer eigenen Sprache, aber auch mit Hilfe des medizinischen Vokabulars, vermittelt durch die behandelnden Ärzte, beschrieben. Einige können sich wenig darunter vorstellen und haben sich nicht ausdrücklich darüber informiert (009; 010; 032).

**Tab. 3: Ankerbeispiele zu »Bedeutung der Diagnose« (Kategorie 1)**

»Naja, das ist ein bißchen niederschmetternd, ... da getraut man sich schon mit keinem Menschen anzusprechen...« (Frau P 010; S11 LQ)

»Das ist für mich ein Verwirrungszustand, ... ein Gebrechen ganz einfach, was sich über .. das Gehirn, über das wichtigste am Menschen überhaupt, äußert.« (Herr R 031; S24 LQ)

»Also ich muß sagen, mehr auf meine Person bezogen, bin ich der .. Diagnose Schizophrenie gegenüber sehr mißtrauisch und hab auch nicht mehr das Gefühl und den Glauben daran, daß es die Diagnose unbedingt gibt. Weil ich, wenn ich andere vergleiche, die jetzt also so Symptome haben .. oder so .. Verhaltensstörungen aufführen, die ich bei mir irgendwo nie wahrnehmen konnte in der Zeit, wo ich als Schizophrene diagnostiziert war, also hab ich da kein Vertrauen mehr in die Diagnose.« (Frau C 030; S12 LQ)

*Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit***Unterkategorie »Veränderung durch die Krankheit«**

Für die Probanden stellte der Eintritt der Krankheit und der Krankheitsverlauf einen Wendepunkt und erheblichen Einschnitt in ihrem Leben dar. Ihre Biographie wurde in ihrem Entwicklungsverlauf unterbrochen, was sich sowohl auf die persönliche Entwicklung der einzelnen, z.B. in Bezug auf Beruf, Partnerschaft, soziale Beziehungen, als auch auf das unmittelbare soziale und familiäre Umfeld der Betroffenen auswirkte.

*Leidvolle Erfahrungen:*

Die Probanden verbinden mit der Krankheit v.a. Verlust und schmerzvolle Erfahrungen, so etwa Verlust des Arbeitsplatzes (009; 010; 012; 036; 048), Verlust des Sorgerechts für das eigene Kind (010), Verzicht auf Urlaubsreisen (048), Verlust der Autonomie (030), Verlust der Kontakte zu den Arbeitskollegen (012; 036), Ausgrenzung und Perspektivlosigkeit in Bezug auf berufliche Karriere (031), mühsamer Wiederaufbau des inneren Gleichgewichts und der Leistungskapazität, die v.a. in der Zeit unmittelbar nach den akuten Krankheitsphasen verloren gingen (bei allen Probanden), Scheitern von Partnerschaften (012; 103), Veränderung der zeitlichen Tagesstruktur (010; 012), starke Minderwertigkeitskomplexe (010; 048).

*Positive Veränderungen:*

Einige haben nach Durchstehen mehrerer Krankheitskrisen auch positive Veränderungen erlebt, z.B. die Entlastung vom beruflichen Streß durch Beziehen der Rente (010) bzw. durch die Möglichkeit einer Umschulung (009), die Rückgewinnung von Eigenständigkeit und Autonomie (030; 036), Entwicklung der Erkenntnis darüber, was immer wieder in die Krankheit führte (009; 030; 032; 103), Entwicklung einer erhöhten Wachsamkeit der eigenen Gesundheit gegenüber (009; 030; 031; 103) und die Erkenntnis, daß Gesundheit nicht etwas selbstverständlich Gegebenes ist (009). Ein Proband (036) erhält von vielen Seiten Hilfe und Unterstützung, ein anderer (031) hat ein kritischeres Umweltbewußtsein entwickelt.

**Tab. 4: Ankerbeispiele zu »Veränderung durch die Krankheit« (Kategorie 1)**

»... meine geistige Frische, meine Fähigkeiten, meine Träume, – alles kaputt. Ausgegrenzter Mensch... 'n Anschluß verpaßt, 'n Absprung verpaßt... Naja, psychisch kranker Mensch darf keinen sozialen Beruf ausüben.« (Herr R 031; S12 IBE)

»Und insofern ist es ja gar nicht mal so schlecht. Denn wenn man immer gesund ist ... und seine Gesundheit als selbstverständlich erachtet, ich glaube dann kann man auch mal einen Reinfluss erleben, ne.« (Frau I 009; S12LQ)

»... daß ich eben vom Arbeitsamt diese Umschulung bekam aufgrund der Erkrankung, die ich sonst nicht bekommen hätte...« (Frau I 009; S11 LQ)

»Na, man konnte – erstmal konnte man nicht so mit der Krankheit umgehen wie jetzt. (I:Hm) Also man hat jetzt schon bessere Erfahrungen gemacht, .. in den drei Malen, so's jetzt schon passiert ist. Also ich glaube, man lernt irgendwie besser zu reagieren, eher zu reagieren, eher zum Arzt zu gehen (I:Hm), regelmäßig die Medizin einzunehmen und alles solche Sachen.« (Herr M 103; S5 IBE)

*Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit***Unterkategorie »Ursachenvorstellung«**

Alle Untersuchungsteilnehmer gaben multiple Ursachen für ihre Erkrankung an, sie nannten mehr als nur eine mögliche Ursache. Sie nannten Überlastung über längere Zeit, Streß, Überforderung, Angst, den Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein, Existenzsorgen, Lebensprobleme als Ursachen. Desweiteren bezeichneten einige Probanden (010; 031; 036; 048) negative aktuelle Lebenseinflüsse wie »kaputte Freunde«, »Spielen durch den Kommunismus«, »gespannte Weltlage«. Desweiteren wurden Gewalt in der Ehe, Angst vor Krieg, Arbeitslosigkeit, Alleinesein als Ursachen genannt. Auffallend war, daß sechs von neun Probanden Veranlagung bzw. erbliche Vorbelastung als Mitursache für möglich hielten, wobei nicht klar zu unterscheiden ist, ob diese Ansichten ihre eigenen oder die ihrer behandelnden Ärzte sind (010; 030; 031; 032; 036; 048).

Eine belastende Kindheit wurde als Ursache von drei Frauen genannt: Verlassenheitserleben, »im Stich gelassen« werden als Kleinkind (048), »von einem Heim ins andere« (048), Strafen, zwanghafter, strenger Umgang im Elternhaus (030), Sensibilität als Kind (030), sich vernachlässigt fühlen, Suche nach Halt und Geborgenheit (032).

Als mögliche Krankheitsauslöser wurden im einzelnen genannt: Schlaflosigkeit, Schlafmangel (009; 010; 030; 032; 103), Schmerzen, körperliche Krankheiten, Unterleibsoperationen (010; 048); Alkohol (103), Stoffwechselstörung im Gehirn (012; 031), zu starke Medikamente gegen Tropenkrankheiten (031), Absetzen der Psychopharmaka (031; 103), Gewichtszu- und abnahme (009; 048).

Eine Probandin (010) hat ein anderes Ursachenverständnis als ihre behandelnde Ärztin. Während ihre Ärztin eine rein medizinische Auffassung vertritt (»chronisches Nervenleiden«), weiß sie, daß zur Erhaltung ihrer Stabilität ein geregelter Tagesablauf, geregelte Tabletteneinnahme, geregelte Mahlzeiten und das Vermeiden von Aufregung wichtig sind.

**Tab. 5: Ankerbeispiele zu »Ursachenvorstellung« (Kategorie 1)**

»... ein ständiger Druck ..., der hat mich kaputt gemacht ...« (Frau I 009; S10 LQ)

»Naja, das merke ich zumindest, wenn ich irgendwie überbelastet bin, daß ich dann irgendwie irgendwelche Symptome kriege. Wenn ich wenig schlafen kann längere Zeit, daß dann die Stimmen kommen...« (Frau A 032; S12 LQ)

»Naja, ich würde sagen, die Kindheit, eigentlich ist es von Kindheit irgendwie schon. Dieses Rumgestecke da von einem Heim ins andere und zwischendurch mal bei der Mutter zuhause, und da war ja, ist ja die Angst an für sich meines Erachtens schon drin gewesen.« (Frau G 048; S12 LQ)

*Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit***Unterkategorie »Stigmatisierungserleben und Reaktion darauf«**

Die Probanden berichten über ein durchweg negatives Bild, das ihrer Meinung nach die Öffentlichkeit hat über Menschen, die an Schizophrenie leiden: »Verrückte«, mit denen man nichts zu tun haben will, die in eine geschlossene Anstalt gehören (010; 030; 036; 103). Die Betroffenen werden in der Öffentlichkeit oft für »dumm« oder »bescheuert« gehalten, als »Idiot abgestempelt«, der »nicht ganz richtig im Kopf« ist (009; 032). Viele Außenstehende würden gar nichts über diese Krankheit wissen und könnten sich gar nicht hineinversetzen (012; 036; 048). Oft würde in den Medien nur das Extrembild von Schizophrenie gezeigt, es würde aber nicht über ihr normales Leben berichtet werden (030).

Auch wenn einige Probanden keine eigene Stigmatisierung erfahren haben, sondern gleichwertig behandelt wurden oder sogar positive Erfahrungen an ihrem Arbeitsplatz gemacht haben, ziehen sie es dennoch vor, ihre Erkrankung lieber für sich zu behalten bzw. ihnen bekannten Menschen in akuten Krankheitsphasen aus dem Weg zu gehen (009; 048; 103).

Einige erlebten persönliche Stigmatisierung und einen abwertenden Umgang ihnen gegenüber, z.B. auf Behörden »wie ein verrückter Bittsteller« (031), oder als Patienten in psychiatrischen Kliniken durch das Klinikpersonal (030; 036), die Kluft zwischen Behandelnden und Patienten wurde besonders dort als stark diskriminierend erlebt. In Cafés oder am Arbeitsplatz bekam Frau P (010) öfter zu hören, daß man ihr äußerlich ansehen würde, daß sie nervenkrank sei. Eine Probandin (032) ärgert sich, wenn sie von anderen für »ein bißchen dumm« gehalten wird, ein anderer (031) versucht, im Gespräch sein Gegenüber davon zu überzeugen, daß er nicht verrückt ist. Die meisten Probanden erzählen anderen Menschen gegenüber nicht über ihre Krankheit, erst wenn ihr Vertrauen lang genug getestet wurde, wird ihnen die Tatsache der Erkrankung anvertraut (030; 103). Öfter verschweigen die Eltern der Probanden den Verwandten gegenüber die Erkrankung ihrer Tochter bzw. ihres Sohnes, weil es ihnen peinlich ist (012; 032). Ein Proband grenzt sich stark von anderen Betroffenen ab und äußert sich seinerseits abwertend und stigmatisierend über sie (036).

**Tab. 6: Ankerbeispiele zu »Stigmatisierungserleben« (Kategorie 1)**

»... erst mal die Richtige finden und so weiter. Brauche keine Alkoholikerin oder eine psychisch Kranke, so was brauche ich nicht...« (Herr B 036; S2 LQ)

»... ansonsten binde ich es ja niemanden auf die Nase. Und auf der Stirn steht es mir nicht, also weiß es keiner.« (Frau A 032; S13 LQ)

»... ich sage nicht gleich, .. daß ich schizophren bin ... Ich sage, .. wegen Depressionen kriege ich Rente...« (Frau P 010; S13 LQ)

»Da gibt's ganz extrem rechte Leute, die wollen die alle an die Wand stellen...« (Herr R 031; S31 LQ)



### 3.3.3.2 Ergebnisse für die Kategorie 2: Personale Ressourcen

#### Kategorie 2 – Unterkategorie »Werte«

Die Probanden nennen an verschiedenen Stellen der Interviews direkt oder indirekt Dinge, die ihnen im Leben wichtig sind und die in ihrem Lebensalltag unabhängig von der Erkrankung zentrale Bedeutung haben. So wurden von fast allen Probanden die zentrale Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen und Werte geäußert, wie z.B. Treue, Hilfsbereitschaft, Fürsorge, Gemeinschaftssinn, Familiensinn, Ehrlichkeit, Verantwortungsgefühl, Anständigkeit, Zuverlässigkeit, »Fingerspitzengefühl für andere« (010; 030; 031; 032; 036; 048; 103). Ein Proband (012) würde gerne etwas Sinnvolles tun bzw. haben, dazu gehört auch der Wunsch nach einer Partnerin bzw. nach einer eigenen Familie.

Für einige sind geistige Werte wie Bildung, Ausbildung, Kultur, Kunst (insbesondere Musik, Bildhauerei, Malerei) wichtige Bestandteile in ihrem Leben (009; 010; 030; 031; 032; 036). Für Frau C (030) nimmt die Musik einen zentralen Stellenwert ein, woraus sie ihr Selbstwertgefühl und Wertschätzung bezieht: »... ohne die Musik würde ich gar nicht existieren können ...« (S4LQ). Andere Probanden halten ihre Unabhängigkeit und Autonomie für wichtige Werte, die sie sich im Laufe der Jahre mühsam und hart erkämpft haben (030; 036; 032), wieder andere orientieren sich ganz nach der Natur und schätzen Umwelt- und Naturschutz als hochstehende Werte ein (031); für einige steht die materielle und soziale Sicherheit in Form von Arbeit bzw. Arbeitslosengeld oder Rente an zentraler Stelle (009; 032; 103); Arbeit »ist eigentlich .. nach dem Partner und der Freizeit .. das Wichtigste« (103; S4LQ).

**Tab. 7: Ankerbeispiele zu »Werte« (Kategorie 2)**

»Also ich habe immer eigentlich dort Freude empfunden, wo viele Leute sind.« (Frau G 048; S12 IBE)

»... für mich hat es [Geld] keine große Bedeutung, weil es bloß gedruckt wird... Der Mensch ist ja entscheidend (...) Wenn einem geholfen wird und so. Was hier ein Mensch wert ist, das ist mehr wertvoller als wie Geld und Edelsteine, Mensch!« (Herr B 036; S5 LQ)

»... für mich ist (es) eine größere Bedeutung, wenn ich ein Buch im Regal zu stehen habe und immer mal wieder zugreifen kann, und das hat für mich mehr Wert als die Mark im Portemonnaie.« (Herr R 031; S17 LQ)

»... wir gehen viel ins Museum, wenn's regnet ...« (Frau P 010; S6 LQ)

»Und jetzt ist es so, ja, daß also keiner mehr über mich bestimmen kann. Sondern ich bin diejenige, die das Leben gestalten kann, und da kann mir kein Mensch mehr reinreden.« (Frau C 030; S1 IBE)

*Kategorie 2: Personale Ressourcen***Unterkategorie »Fähigkeiten und Fertigkeiten, Arbeit und Tätigsein«**

Die Probanden haben alle eine abgeschlossene Berufsausbildung mit Ausnahme eines Probanden (031), der bei Krankheitsbeginn kurz vor Abschluß seines Studiums stand. Sie haben im Laufe der Krankheitsentwicklung statt ihres regulären Arbeitsplatzes einen »Schonplatz« erhalten, bei dem geringere Anforderungen an sie gestellt wurden (010; 012; 036; 048), verloren ihn später ganz und wurden berentet. Andere erhielten die Möglichkeit einer Umschulung (009) bzw. konnten auf ihrem Arbeitsplatz als Schwerbehinderter weiterarbeiten (103). Wieder andere warten darauf, daß sie wieder arbeiten bzw. eine Ausbildung machen und ihren Rentenstatus ablegen können (030; 031).

Trotz Streß und Überforderung hatte bzw. hat die Arbeit für viele Probanden einen zentralen Stellenwert und war bzw. ist ein Ort des sozialen Austausches und Eingebundenseins und der Anerkennung, bedeutet Struktur und Zugehörigkeit (009; 012; 030; 032; 036; 048; 103) und ist Beweis dafür, gesund zu sein (030; 032). Andererseits waren Streß, Überforderung und Überlastung durch die Arbeit die zentralen Krankheitsauslöser, was u.a. zu Schlaflosigkeit und akuten psychotischen Symptomen führte (009; 010; 012; 030; 031; 032; 036; 103). Durch den Rentenstatus und das erzwungene Nichtstun leiden einige an einem Zuviel an Zeit, Antriebslosigkeit oder Schwierigkeiten, den Tag zu strukturieren (010; 012). Einige Probanden würden gerne eine Nebentätigkeit ausüben, sind aber aus Angst, nicht mehr den Anforderungen gewachsen zu sein, ihre Rente zu verlieren oder mangels Antrieb nicht von sich aus aktiv, einen Job zu suchen (010; 012).

Es fällt auf, daß die Untersuchungsteilnehmer vielfältig interessiert sind und z.T. neben der Arbeit verschiedenen Interessen und Tätigkeiten nachgehen: Gartenarbeit, handwerkliche Tätigkeit, Musikhören, Filme über Naturschutz ansehen, Interesse an Ernährungsökologie (031); Besuch von kulturellen Veranstaltungen und Orten (010; 030; 032); eigenes kreatives Tätigsein wie Musik spielen, Malen, Bildhauerei, Singen im Chor, Handarbeit (030; 032; 036; 048), Kegeln, Skatspielen, Urlaubsreisen (009; 048; 103).

**Tab. 8: Ankerbeispiele zu »Fähigkeiten und Fertigkeiten, Arbeit und Tätigsein« (Kategorie 2)**

»Und ich hab eigentlich meinen Beruf trotzdem sehr geliebt, also ich hab den gerne gemacht, ja.« (Frau I 009; S11 LQ)

»Weil ich da eigentlich fast nur arbeiten gegangen bin, ist mir endlich bewußt geworden, daß mir eben auch noch andere Dinge wichtig sind (...) Dann gehe ich eigentlich ganz gerne mal ins Theater, in ein Konzert oder in die Oper...mal, das ist eigentlich mehr meine Welt...« (Frau A 032; S10 LQ)

»Ach, ich würde schon ein paar Stunden wieder ins Büro gehen, bloß heute ist alles mit Computer, und davon hab ich ja überhaupt keine Ahnung.« (Frau P 010; S5 LQ)

»Das ist eigentlich nicht gesund, die Einstellung, die ich zur Arbeit habe, ja weil ohne Arbeit kann ich eigentlich gar nicht leben oder so.« (Frau C 030; S4 LQ)

*Kategorie 2: Personale Ressourcen***Unterkategorie »Einstellung zu sich und zur Umwelt«**

Die Frage, welche Aspekte die Interviewten als positiv und welche sie als negativ an ihrer Person einschätzen, wurde von jedem Einzelnen ganz unterschiedlich beantwortet. Es fällt auf, daß der überwiegende Teil der Aussagen differenzierte, meist positive Selbstbeschreibungen enthält, was als Versuch verstanden werden kann, daß sich die Interviewten bei der Selbstbeschreibung ihre Identität als unbeschädigte Einheit erhalten und sich nicht als chronisch kranke Patienten mit überwiegenden Defiziten darstellen.

So ist Frau A (032) mit sich selbst zufrieden. Sie regelt Probleme lieber mit sich selbst, als andere um Hilfe zu bitten. Frau G (048) hält sich für robust, »kein sensibler Typ«, da sie bereits so viele Krankheiten in ihrem Leben überstanden hat. Frau C (030) bezeichnet sich als kämpferischen Menschen, »der selten aufgibt« und der »ein ganz eigener Mensch« mit »vielen Eigenarten« ist. Frau I (009) versucht, »das Beste« aus sich »rauszuholen, also sprich Attraktivität«. Herr S (012) beschreibt sich als »immer freundlich, immer friedlich« und als »guten Zuhörer und schlechten Erzähler«. Herr R (031) hebt seine »Hartnäckigkeit« und »Aufdringlichkeit« hervor, mit denen er auf den Behörden für seine Rechte kämpft; außerdem sei er »so untypisch deutsch« und ein »Freigeist«, der frei denken und sich frei äußern kann und nicht auf Honorarzahlungen irgendeiner Firma angewiesen ist. Herr M (103) bezeichnet sich als »ehrlicher Typ« und ist stolz, sich seine Arbeit trotz der Erkrankung erhalten zu haben im Vergleich zu vielen anderen Betroffenen.

Herrn M fehle jedoch manchmal der Antrieb und Ehrgeiz, etwas zu unternehmen. Herr S (012) sei laut Aussage einer früheren Bekannten »zu ruhig«, außerdem schlafe er zuviel. Herr B (036) schwankt zwischen Größenvorstellung und realistischer Selbsteinschätzung und hebt hervor, daß er nicht dumm und ein interessanter Mann sei, der schon vieles in seinem Leben erlitten habe. Über ein schlechtes Selbstwertgefühl verfügt Frau P (010), »also an mir finde ich gar nichts Schönes mehr«, Frau I (009) fehlt manchmal das Überzeugtsein von sich selbst. Frau G (048) kann in einem Moment ausgelassen und im nächsten »bei einem kleinen Riß« für Tage niedergedrückt sein. Frau C (030) und Frau P (010) sind eher ängstlich, wenn es um das Knüpfen neuer Kontakte geht.

**Tab. 9: Ankerbeispiele zu »Einstellung zu sich und zur Umwelt« (Kategorie 2)**

»Eigentlich mag ich mich so wie ich bin.« (Frau A 032; S10LQ) – »Ach, ich bin nicht ein Typ, der gern viel redet. (...)Na, ich bin da ein bißchen schwierig, sicherlich auch ein bißchen kritisch. Also ich mach ja lieber selber, was ich kann. (Frau A 032; S9 IBE)

»Ach, daß ich ehrlich, ordentlich und anständig bin... Das ist das Wichtigste im Leben. Ich bleibe auch anständig, egal wie die Zeiten werden.« (Herr B 036; S8 LQ)

»Ich bin Stier von Beruf und .. ich gehe schnell hoch, ich kann auch schnell aggressiv sein, ne. Aber die nächste Minute kann ich auch der beste Mensch wieder sein, ne. (...) Früher hätte man vielleicht gesagt, ich hätte ein bißchen eine große Klappe, verstehen Sie? So in der Richtung.« (Frau G 048; S6 IBE)

*Kategorie 2: Personale Ressourcen***Unterkategorie »Zukunftsperspektiven«**

Die Probanden äußern sich hinsichtlich ihrer Zukunftsvorstellungen überwiegend zuversichtlich und optimistisch trotz objektiv gegebener Einschränkungen in ihrer Lebenssituation und aufgrund ihrer langjährigen Erkrankung (009; 010; 030; 031; 032; 036; 048) bzw. »im Moment noch optimistisch« (012) oder »eher optimistisch« (103). Es besteht ein klarer Wunsch nach Stabilität ihrer Gesundheit (009; 010; 048; 030; 036) oder daß sich ihr Gesundheitszustand verbessert (010; 036). Einige wünschen sich, daß ihre Situation so bleibt, wie sie ist (010; 036) und daß ihre Arbeit erhalten bleibt (032; 103). Es besteht der Wunsch, »nicht abgeschlossen (zu sein) von der Außenwelt« (048) und »daß .. alles im Umfeld stimmt« (009). Einige wünschen sich, daß ihre Partnerschaft bzw. Familie erhalten bleibt (009; 031; 048), andere möchten in der Zukunft eine Partnerschaft haben (012; 030; 032; 103).

Es besteht der Wunsch nach einer Tätigkeit (012) bzw. danach, ihr Geld mit einer sinnvollen Tätigkeit zu verdienen und damit ihren Rentenstatus bzw. Arbeitslosenstatus aufzugeben (009; 030; 031). Frau C (030) kann sich vorstellen, zu einem Teil von ihrer Musik zu leben. Herr S (012) wünscht sich »ein bißchen mehr Antrieb« und »ein bißchen mehr Tatendrang«. Frau G (048) würde gerne öfter mit ihrem Ehemann verreisen.

Widersprüchlich äußert sich Herr B (036) über die Zukunft: einerseits sieht sie gut aus für ihn, andererseits denkt er »an's Sterben«. Frau I (009) befürchtet zukünftig eine zusätzliche Belastung, wenn sie ihren Sohn zu sich nehmen wird; andererseits gibt es für sie immer Wege und Möglichkeiten, »daß es weitergeht«. Über ihre individuelle Person hinausgehend wünschen sich einige Probanden Frieden (010; 103), Besserung der Arbeitslosensituation (103), weniger Bürokratie, mehr Humanismus und soziale Gerechtigkeit besonders für Familien (031).

**Tab. 10: Ankerbeispiele zu »Zukunftsperspektiven« (Kategorie 2)**

»Ach ja, ich hoffe, daß ich nicht noch kränker werde, das ist die Hauptsache, und daß es so bleibt, wie es jetzt ist, oder noch besser wird mit der Gesundheit. (seufzt) Und daß Frieden ist. (...) ... so gucke ich optimistisch in die Zukunft ... daß wir eben so weiterleben können wie bisher.« (Frau P 010; S17 LQ)

»... weiß nicht, vielleicht mit 70 leb ich mal mit jemanden zusammen (lacht)...« (Frau C 030; S21 LQ)

»... hinsichtlich von meinem Mann und der Familie, da würde ich sagen, kommt eigentlich auf mich so doch eine angenehme Zeit zu...« (Frau G 048; S2 LQ)

»Naja, ich würde gern – ich würde gern abends ein paar Stunden arbeiten. Am liebsten in der Gastronomie .. Naja, da lernt man viele Leute kennen.« (Herr S 012; S7 LQ)

»Bloß die Gesundheit müßte bißchen besser werden, daß ich mich fühle jeden Tag... Gleichmäßig. (Herr B 036; S14 LQ)

»Naja, ich möchte gesund bleiben, nach Möglichkeit nicht wieder behandlungsbedürftig sein und in eine Klinik kommen.« (Frau I 009; S16 LQ)

*Kategorie 2: Personale Ressourcen***Unterkategorie »Bedeutung von Religion«**

Der Bereich von Religion und Glauben hatte bei einigen Interviewteilnehmern keine Bedeutung, da sie atheistisch erzogen wurden (009; 012; 048; 103). Zwei Teilnehmer wurden im Interview nicht nach diesem Bereich gefragt (031; 036). Frau I (009) ist religiösen Sekten gegenüber skeptisch eingestellt, allgemein denkt sie, daß der Glaube nicht unbedingt kirchlich sein muß.

Für drei Probanden hat Religion eine Bedeutung. Frau P (010) ist evangelisch. Die Religion gibt ihr eine Orientierung durch wichtige ethische Richtlinien, insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich.

Frau C (030) machte nach ihrer Klinikentlassung positive Erfahrungen mit Mitgliedern einer christlichen Gemeinde, die ihr sehr geholfen haben, sich wieder zurechtzufinden. Sie interessiert sich weniger aus religiösem als aus geschichtlichem Interesse für die Kirche und die Bibel. Sie hofft, mit deren Inhalten ihr negatives Bild über Männer zu korrigieren sowie den Umgang mit den Mitmenschen besser zu gestalten.

Frau A (032) ist katholisch, sie hat einen inneren Bezug zur Kirche. In ihrer Jugendzeit war sie fest eingebunden in einer Gemeinschaft, in der sie vielfältige Freizeitunternehmungen machte, was ihr viel bedeutete.

**Tab. 11: Ankerbeispiele zu »Bedeutung von Religion« (Kategorie 2)**

»Aber die Kirche finde ich schon ganz richtig, weil sie Richtlinien gibt für's Leben (...) Du sollst Vater und Mutter ehren, du sollst nicht töten, du sollst deinen Nächsten lieben und Nächstenliebe machen und hilfsbereit sein.« (Frau P 010; S17 LQ)

»Dann will ich auch .. durch diese Besuche .. in der Kirche .. ein Stückchen auch verstehen, so das männliche Bild mal anders kennenzulernen. Und durch .. den Umgang auch mit Christen .. kannst du auch ein Stückchen, also nicht nur auf Männer bezogen, auch auf Frauen bezogen, den Umgang vielleicht mal .. besser gestalten mit deinen Mitmenschen.« (Frau C 030; S11 LQ)

»Ach, ich halte nicht viel davon, also eigentlich gar nichts. (...) Es heißt ja auch, Glaube versetzt Berge. Aber ich finde, daß dieser Glaube, das muß nicht unbedingt kirchlich sein, sondern das kann der Glaube an sich selbst sein, der dann eben Berge versetzt, ne.« (Frau I 009; S8 LQ)

### 3.3.3.3 Ergebnisse für die Kategorie 3: Bewältigungskompetenzen, Selbsthilfebemühungen, Regulationsmechanismen

Innerhalb dieser Hauptkategorie wurden alle Bemühungen der Probanden, mit Krankheit, Streß und Anforderungen in ihrem Lebensalltag umzugehen und zu bewältigen, zusammengestellt. Es lassen sich eine große Anzahl und eine erstaunliche Vielfalt dieser Bemühungen und Regulierungsversuche von Seiten der Untersuchungsteilnehmer finden. Diese sind im folgenden zusammengefaßt:

- Auf Warnsignale und Belastungsgrenzen achten (Streß, Überforderung, Schlaflosigkeit) (009; 030; 032; 103) ▪ Für Erholungsphasen und ausreichenden Schlaf sorgen (009; 030; 032; 036) ▪ Abstand halten vom psychiatrischen Umfeld (009; 032; 048; 103) ▪ Regulierung von Streßerleben mit Medikamenten (009; 010; 030; 031; 032; 048; 103), mit Tabletten und Alkohol (036) ▪ Positive Einstellung gegenüber Medikamenten (048; 103) ▪ Ablehnende bzw. kritische Haltung gegenüber Medikamenten (031; 036)
- Entlastung von Problemen durch sozialen Austausch (048) ▪ Pflegen von Kontakten, Vermeiden von Alleinesein (012; 030; 036; 048) ▪ Gesundbleiben bzw. Aktivierung durch den Partner (009; 010) ▪ Struktur und Ordnung halten auf Wunsch des Partners (009; 010)
- Bewußtes Vermeiden von negativen Kontakten bzw. Eindrücken (030; 032) ▪ Sozialer Rückzug als Schutz vor Ablehnung (010) ▪ Mobilisierung von praktischer Unterstützung im sozialen Umfeld (036)
- Sich bemühen um geregelten Tagesablauf (010) ▪ Willensstärke aufbringen, d.h. sich immer wieder überwinden; sich anstrengen, das Gleichgewicht zu halten (032; 103) ▪ Entspannung durch gezieltes Meditieren und Musikhören (031) ▪ Beschäftigung mit anspruchsvoller geistiger Tätigkeit (031) ▪ Aktives Arbeits- und Freizeitleben (103) ▪ Dosierung von Freizeitaktivitäten und positiven Erlebnissen (030; 032) ▪ Musik spielen als Ablenkung von Sorgen und Zukunftsängsten (030) ▪ Entlastung durch Selbstgespräche beim Ausführen des Hundes (048)
- Passiv-resignative Haltung der Erkrankung gegenüber (012; 036) ▪ Beibehalten des Status quo der Lebenssituation (036) ▪ Zuviel Schlaf (012) ▪ Bewußtes Verdrängen der Krankheit (048)

#### Tab. 12: Ankerbeispiele zu Kategorie 3 »Bewältigungsmechanismen, Selbsthilfebemühungen, Regulationsmechanismen«

»... ich nehme meine Medikamente und muß eben aufpassen. Die ersten Warnsignale ernstnehmen (l:Hm) und das sortieren, daß es welche sein sollen, das ist eigentlich das Schwierige an der Sache, daß man das eben merkt und dann, denke ich, geht es schon.« (Frau A 032; S14 LQ)

»... und wenn mir's mal nicht gut geht oder wenn ich Probleme hab, kann ich gerne hinkommen, und mein Kumpel ..., der nimmt sich dann Zeit, unterhält sich mit mir, und ich erkläre ihm, daß mir's eben nicht gut geht und was ich für Probleme hab. Und der versucht, mir dann zu helfen. Und seine Frau auch...« (Herr S 012; S2 LQ)

»Da habe ich dann eben (meinen) Hund, raus an die Luft, hinaus richtig gelaufen, wo mich nach Möglichkeit keiner sieht, wo ich auch mal Selbstgespräche machen kann. Und dann komme ich eigentlich zurück und sage, ‚es war ja gar nicht schlimm, daß das notwendig war‘, so in dem Sinn.« (Frau G 048; S13 LQ)

### 3.3.3.4 Ergebnisse für die Kategorie 4: Soziale Ressourcen

#### *Kategorie 4 – Unterkategorie »Partnerschaft«*

Der Bereich Partnerschaft war für die Interviewteilnehmer ein zentrales Thema, sowohl für Probanden, die in einer Partnerschaft leben, als auch für diejenigen, die keinen Partner haben, sich aber eine längerfristige Beziehung wünschen.

Für die vier Probanden, die einen festen Partner haben, hat dieser eine wichtige stabilisierende und emotionalen Halt gebende Funktion. Herr M (103) hatte während seiner sechsjährigen Ehe keinen stationären Aufenthalt mehr. Für Frau P (010) ist ihr Partner »der einzige Halt«, den sie noch hat, die Partnerschaft gibt ihr »einen gewissen Sinn im Leben«. Partnerschaft bedeutet Schutz vor Alleinesein, besonders in Krankheitszeiten stand der Partner fest an ihrer Seite (031; 048; 103). Als eine Art Gegenleistung nehmen die Probanden die oftmals konflikthaftern Seiten des Partners in Kauf und sind zu Kompromissen bereit, manchmal zu einem hohen Preis, z.B. starkes Alkoholproblem (010; 048), Geldsorgen, Schulden (009; 010), Lethargie (048); Antriebslosigkeit (009); Jähzorn, Gewalt (010).

Für Frau I (009) hat es einen Vorteil, daß ihr Partner ebenfalls eine psychiatrische Erkrankung hat und ihr somit mehr Verständnis entgegenbringen kann. Das Nähe-Distanz-Problem versuchen sie, mit zwei getrennten Wohnungen zu lösen. Die Partnerin von Herrn R (031) hat ihm »am meisten Kraft gegeben« in den Zeiten der Krankheit, die Partnerin selbst fühlt sich aber oft damit überlastet. Seitdem ein zweites Kind unterwegs ist, haben sich die Partnerschafts-, insbesondere Rollenkonflikte etwas gelegt.

Der Partner fordert auch auf, Ordnung und Struktur einzuhalten, was für die Probanden Forderung und Aktivierung bedeutet, z.B. morgens aufstehen, Ordnung im Haushalt, Essenkochen (010; 031; 048). Sexualität ist entweder von sekundärer Bedeutung (010: Zärtlichkeit ist wichtiger) oder ein Konfliktbereich, bei dem einer der beiden Partner die sexuelle Aktivität des anderen vermißt (031; 048).

Die Probanden, die keinen Partner haben, wünschen sich langfristig eine Partnerschaft (012; 030; 032; 036) und verbinden damit: Gespräche, gemeinsame Unternehmungen, sich »gehalten und angenommen fühlen«, »sich fallenlassen« können, nicht alleine sein, »ein bißchen Halt« haben. Der Wunsch nach Sexualität ist dabei von sekundärer Bedeutung (012; 032), z.T. wegen negativer früherer Erfahrungen (030). Gleichzeitig hegen die Probanden die Befürchtung, durch eine Partnerschaft neue Probleme zu haben und ihre Eigenständigkeit und Unabhängigkeit aufgeben zu müssen (030; 032; 036). Herr B (036) zweifelt daran, »die Richtige« zu finden, Herr M (103) befürchtet, daß wegen der Krankheit seine Beziehungen zu Frauen immer wieder scheitern werden.

**Tab. 13: Ankerbeispiele zu »Partnerschaft« (Kategorie 4)**

»Der einzige Halt ist ja noch, daß ich X [Name des Partners] hab, so, der gibt mir noch ein bißchen Halt. Aber wenn ich alleine wäre – da hab ich so Selbstmordgedanken gehabt.« (Frau P 010; S10 LQ)

»Ich empfinde das als angenehm, wenn ich weiß, es ist jemand für mich da... Und das muß ich sagen, das schätze ich auch sehr an meinem Mann. Denn nach diesen vielen Jahren des Krankseins und jetzt aufs Alter haben wir es geschafft... Das ist viel, viel die .. Fürsorge und die Liebe von meinem Mann gewesen, ne.« (Frau G 048; S4 LQ)

»... und die [Partnerin] stützt mich auch, und die gibt mir auch immer mal 'n Rungser, daß ich mal wieder bißchen vorwärts komme und daß ich halt nicht alles dem Selbstlauf überlasse.« (Herr R 031; S1 LQ)

»Naja, ich wünsche mir schon ,ne Freundin, auch mal mit ihr zu kuscheln oder mal mit ihr zu schlafen, aber das ist jetzt nicht vorrangig. Man will sich ja auch mal unterhalten, mal was gemeinsam unternehmen oder so, und es gehört eben mit dazu, Sexualität.« (Herr S 012; S2 LQ)



*Kategorie 4: Soziale Ressourcen***Unterkategorie »Familie«**

Der Bereich Familie ist ebenso ein zentrales Thema für die Probanden. Für diejenigen, die regelmäßigen Kontakt zu ihrer Familie haben, stellt die Familie eine wichtige Ressource dar im Sinne eines sozialen und emotionalen Unterstützungsnetzes, auch wenn die familiären Beziehungen nicht immer frei von Konflikten sind (009; 010; 012; 031; 032; 048; 103).

Ohne die feste familiäre Einbindung hätte Frau G (048) die Krankheit »nicht überstanden«. Sie besitzt ihrerseits einen starken Gemeinschafts- und Familiensinn, bezeichnet sich als »Herdentier«. Sie möchte ihren erwachsenen Kindern »eine zufriedene Mutter« sein. Frau P (010) bekommt immer wieder praktische und finanzielle Unterstützung von ihrer Schwester; schuldet sie ihr Geld, dann geht sie für längere Zeit nicht zu ihr hin. Die erwachsene Tochter von Frau P meldet sich seit einigen Jahren nicht mehr, Frau P würde sie gerne wiedersehen und ihren Enkel ab und zu betreuen. Die Eltern von Frau I (009) betreuen ihren Sohn in der Woche und nehmen ihr damit viel Verantwortung ab. Zum Vater besteht eine konfliktreiche Beziehung, Frau I hat engen Kontakt zur Mutter ihres Partners. Die Eltern von Frau A (032) zählen mit zu den »wichtigsten Personen« in ihrem Leben. Allerdings wünscht sie sich bis heute mehr Zuwendung von ihnen.

Sehr enge Beziehungen zu den Eltern haben Herr S (012) und Herr M (103: »Superverhältnis«), die mit ihnen regelmäßig verreisen. Konflikte gibt es hinsichtlich der Dominanz der Mütter. Herr S (012) wird von der Mutter überfürsorglich versorgt und wehrt sich nicht dagegen, daß seine Entwicklung zur Selbständigkeit dadurch behindert wird. Die Mutter von Herrn M (103) mischt sich aktiv in seine Partnerbeziehungen ein, was ihn stört. Herr R (031) ist in ein Großfamiliennetz eingebunden einschließlich der Großeltern und der Familie seiner Lebensgefährtin. Sein Sohn ist für ihn »der Sinn des Lebens« geworden, er will für ihn eine »Respektperson« sein. Herr M (103) hat zu seinem Sohn, der bei den Großeltern lebt, zwar einen guten, aber keinen regelmäßigen Kontakt, der Sohn weiß nicht viel über seine Erkrankung.

Keinen Kontakt zur Familie haben Frau C (030) und Herr B (036). Frau C hat ihn vor vielen Jahren abgebrochen, der Kontakt zu ihren Eltern ist zu konfliktreich, sie fürchtet bei einer Begegnung mit ihnen, wieder in ihre alte Rolle zu fallen. Herr B (036) hat keinerlei Kontakt zu seinen Geschwistern, er hat nicht einmal deren Anschriften. Er denkt, daß sie nichts mehr von ihm wissen wollen. Seine Eltern leben nicht mehr, der Vater wird nicht erwähnt. Die Mutter wird widersprüchlich beschrieben, einmal daß sie »auch nervenkrank« war und ein anderes Mal daß sie gesund war. Seine Großmutter habe ihm sehr viel bedeutet.

**Tab. 14: Ankerbeispiele zu »Familie« (Kategorie 4)**

»... weil ich gerade diese Krankheit wahrscheinlich so nicht überstanden hätte die ganzen Jahre, da ich na schon seit '74 nervlich krank bin, ne. Ist .. mir eigentlich nur durch die Hilfe meiner Familie, ob jetzt Kinder oder Mann, möglich gewesen, sonst hätte ich's wahrscheinlich manchmal nicht geschafft.« (Frau G 048; S1 IBE)

»...[Eltern] haben mich auch immer unterstützt, .. da gab's nie Schwierigkeiten, ja.« (Herr M 103; S5 IBE)

»... meine Mutter kümmert sich sehr rührend um mich, kümmert sich fast ein bißchen zuviel um mich.« (Herr S 012; S1 LQ)

»Naja, ich hab mir vor einem Jahr 'ne Waschmaschine geschenkt, äh gewünscht, und meine Mutter zögert das immer weiter raus. Das ärgert mich ein bißchen. (...) Ich wollte meine Wäsche gern selber waschen, damit ich abhängig, äh unabhängig bin. Zur Zeit wäscht noch meine Mutter die Wäsche, und der gefällt das. (Lachen)« (Herr S 012; S1 LQ)

»... und dann aber doch irgendwo gespürt, also daß da allerlei Ängste davor sind und daß ich dann eigentlich wieder in mein altes Dasein so reinrutsche, daß ich sozusagen .. meiner Familie immer alles recht machen will..« (Frau C 030; S1 LQ)

*Kategorie 4: Soziale Ressourcen***Unterkategorie »Freundeskreis«**

Freundschaften stellen eine weitere wichtige soziale Ressource für die Probanden dar, obwohl durch die Erkrankung einige Freundschaften auseinandergegangen sind. Es wird unterschieden zwischen einem größeren Bekanntenkreis und echten Freunden, letztere zählen zu den engen Vertrauten, die auch bei Problemen zur Verfügung stehen. Noch wichtiger dabei ist die Gegenseitigkeit der emotionalen Unterstützung und das Erleben von Gleichwertigkeit in der Beziehung.

Die Probanden sind (mit zwei Ausnahmen) in ein Netz von mehr oder weniger engen Freundschaftsbeziehungen eingebunden. Dabei haben einige von ihnen explizit »gesunde« Freunde, die nicht von psychischer Erkrankung betroffen sind (030; 032; 036; 048; 103). Bei Frau A (032) wird in Gesprächen das Thema Krankheit ausdrücklich ausgespart. Frau C (030) ist nach zehn Jahren Psychiatrie stolz, sich einen Freundeskreis »im gesunden Milieu« aufgebaut zu haben. Dort wird ihr von einzelnen bestätigt, daß sie nicht anders sei als ihre Freunde. Allerdings fehlt ihr eine enge Freundin. Frau G (048) hat ein Netz vielfältiger Beziehungen um sich, Chormitglieder, Hundebesitzer und enge Freundinnen, die sich gegenseitig emotional unterstützen. Herr B (036) trifft seine Bekannten in seiner Stammkneipe, davon sind viele arbeitslos, aber explizit keine Alkoholiker. Seine Vertraute, der er auch sein Geld für Mahlzeiten und Zigaretten anvertraut, ist die Kellnerin. Herr M (103) hat einen kleinen intensiven Freundeskreis, zu dem er auch seine Exfrau zählt. Herr S (012) hat einen engen Freund, der ihm in Krisenzeit hilft, ansonsten weibliche Bekannte, »Kumpelinnen«, mit denen er sich regelmäßig trifft. Er sucht in seinen Stammkneipen nach neuen Kontakten. Der Freundeskreis von Herrn R (031) schließt auch Menschen mit Psychiatrieerfahrung ein, zu seinen engsten Freunden, die z.T. weggezogen sind, hat er noch regelmäßigen Kontakt.

Frau P (010) und Frau I (009) haben keine engeren Freunde; Frau P beklagt, daß ein früherer Kontakt zu einem Paar »im Sand verlaufen« sei. Sie würde sich mehr Kontakte wünschen, was jedoch ihr alkoholkranker Partner nicht möchte. Frau I hat ihrerseits den Kontakt zu früheren Freundinnen vernachlässigt. Zu ihrem Bekanntenkreis gehören die Freunde ihres Partners, die ausschließlich Psychiatrieerfahrene sind, denen sie jedoch skeptisch gegenüber eingestellt ist. Sie will den Kontakt zur Psychiatrie so weit wie möglich meiden.

**Tab. 15: Ankerbeispiele zu »Freundeskreis« (Kategorie 4)**

»Es gibt wichtige Freunde, die fast .. wichtiger sind als zum Beispiel Bruder und Schwester.« (Herr R 031; S12 LQ)

»Ja besonders wichtig ist eigentlich so dieser Freundeskreis, den ich mir im gesunden Milieu aufgebaut habe.« (Frau C 030; S1 LQ)

»X [die Kellnerin].. die ist in Ordnung. Da kriege ich alles. Zigaretten, ich gebe der mein ganzes Geld und alles. Die teilt das mir ein und so.. Wäscht mir meine Klamotten und alles (...) ..macht alles für mich und so. Kauft ein, den Staubsauger hat sie mir gekauft und alles..« (Herr B 036; S3 LQ)

*Kategorie 4: Soziale Ressourcen***Unterkategorie »Nachbarn«**

Der Kontakt zu den Nachbarn ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Meistens handelt es sich um kurze, oberflächliche Begegnungen, ein engerer Kontakt wird nicht angestrebt, es wird eine gewisse Distanz aufrechterhalten (009; 010; 012; 030; 032; 048).

Frau P (010) befürchtet, daß die Hausbewohner von ihrer Erkrankung wissen könnten. Außerdem beschwerten sich die Nachbarn über Ruhestörung durch ihren Lebensgefährten, was ihr unangenehm ist. Frau C (030) ist vorsichtig und distanziert seit einer negativen Erfahrung zu ihren Nachbarn; sie wollte bei Einzug einige Nachbarn, um sie kennenzulernen, zum Kaffee einladen, die nicht Eingeladenen waren gekränkt, es gab Streitereien. Negative Erfahrung machte auch Herr B (036) mit Nachbarn, die sich über seine laute Musik beschwerten und die Polizei riefen. Oder ihm wurden Schläge angedroht von dem Freund seiner Nachbarin, als er bei ihr klingelte und sich mit ihr über Kunst unterhalten wollte.

Punktuellem Kontakt besteht zu Nachbarn, wenn es um Briefkasten leeren oder Stromablesung geht und die Nachbarn gegenseitig ihre Schlüssel hinterlassen ((009; 032). Engere Kontakte bestehen zu langjährigen Nachbarn und befreundeten Familien bei einigen Probanden (012; 031; 036; 048; 103), die sich zum Teil gegenseitig besuchen. Herr R (031) pflegt aktiv nachbarschaftliche Beziehungen vor allem zu Familien mit Kindern. Frau G (048) kennt einige Nachbarn schon sehr lange, die auch von ihrer Erkrankung wissen und mehrmals mitbekommen haben, als sie in das Krankenhaus eingewiesen wurde.

**Tab. 16: Ankerbeispiele zu »Nachbarn« (Kategorie 4)**

»... ja mal ein kleines Schwätzchen mit der zum Beispiel, mit der Nachbarin, ist schon 'ne ältere Dame, (I:Hm) aber sonst eigentlich in so 'nem großen Haus (I:Ja) läuft eigentlich anonym. Guten Tag und guten Weg... Ich hab zum Nebenblock hab ich Bekannte, und das langt mir eigentlich. (I:Hm) Die sich immer mal melden und so, wo man mal (sich) austauscht, daß die mal hierher kommen und ich mal rüber gehe.« (Herr M 103; S5 LQ)

»... sie [die Nachbarn] freuen sich, wenn man sich mal lange nicht gesehen hat, und sie hören dann, daß ich nicht im Krankenhaus war, sondern daß ich im Garten war oder daß man zwischendurch mal verreist war und so in der Richtung. Denn viele haben ja das damals mitgemacht, ne, als ich hier weggeholt worden bin von der Klinik, und so.« (Frau G 048; S6 LQ)

»Na, die Alte hier unten drunter .. An die Heizung donnern und alles. Polizei anrufen, wenn ich mal bißchen laute Musik mache hier (...) und da gibt es Ärger, ach, ein Haufen Ärger.« (Herr B 036; S5 LQ)

*Kategorie 4: Soziale Ressourcen***Unterkategorie »Psychosoziale Einrichtungen«**

Die Probanden haben im Laufe der vergangenen Jahre teils positive, teils negative Erfahrungen mit Angeboten von psychosozialen Einrichtungen (Patientenclubs, praktische Hilfsangebote, kreative Gruppen, ambulante Gesprächsgruppen, etc.) gemacht. Zur Zeit der Interviews nutzt nur Frau C (030) eine solche Einrichtung, v.a. wenn sie Leute treffen, Handwerkliches tun will oder Hilfe bei Behördengängen braucht. Sie hat überwiegend positive Erfahrungen gemacht, v.a. nach ihrer Klinikentlassung war ein Patientenclub ihr »zweiter Halt« neben den Freunden. An einer fortlaufenden wöchentlichen Gesprächsgruppe im Rahmen der Ambulanz der Uni-Klinik nehmen Herr S (012) alle vier Wochen und Frau G (048) alle zwei Wochen teil. Herr R (031) besuchte eine solche Gruppe fünf Jahre lang, ihm steht die Teilnahme dort jederzeit offen.

Der überwiegende Teil nutzt diese Angebote aus unterschiedlichen Gründen nicht: Frau I (009) ist nicht darüber informiert, wünscht sich aber einen Kreis zum sozialen Austausch, gerade auch in nicht akuten Krankheitszeiten. Frau P (010) machte positive Erfahrungen mit angebotenen Gruppenaktivitäten, findet aber »die sehr kranken Menschen« dort belastend. Sie geht zur Zeit nicht hin, weil ihr Partner sie nicht begleitet. Frau G (048) nutzte die Angebote eines Patientenclubs nach Klinikentlassung, distanziert sich aber heute von diesem Kreis, da dort alles »so beengt« und »verraucht« sei. Sie steht aber der gezielten Teilnahme an Gruppenangeboten positiv gegenüber. Herr S (012) geht aus »Bequemlichkeit« nicht mehr hin. Herr R (031) und Frau A (032) lehnen das Umfeld ab, da es »zu schmutzig«, »verraucht«, »wie eine Unterwelt«, ein zu krankes Umfeld ist. Herr B (036) lehnt diese Einrichtungen ab, er wurde einige Monate vor dem Interviewtermin von dort in die geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik zwangseingewiesen.

**Tab. 17: Ankerbeispiele zu »Psychosoziale Einrichtungen« (Kategorie 4)**

»... wenn ich Lust habe auf Ton, geh ich auch ins X [Name e. Patientenclubs] oder .. wenn ich mal Lust hab nach den Kontakten dort, geh ich auch hin. Und dann geh ich ab und zu auch in X [anderer Pat.Club], ja, da such ich halt Gespräche, mal Kontakte, mal malen oder so. Nur mal halt gucken.« (Frau C 030; S19 LQ)

»Für mich war ja dieses kranke Umfeld ja so erschreckend, daß ich mich da eigentlich lieber zurückziehen wollte. (I:Hm) Daß ich eigentlich mich davon ganz weit weg und dann eben unter Normalen, was heißt Normalen; wir sind ja, aber eben unter sonst gesunden Leuten... daß ich da eigentlich mich wohler fühle, (als) wenn ich da unter Kranken bin.« (Frau A 032; S16 LQ)

»Naja und der X [Partner], der geht eben nicht gerne mit. Ich sage, ,komm, wir gehen mal ins X [Name e. Patientenclubs], da .. können wir für 50 Pfennig 'ne Tasse Kaffee trinken und da können wir uns ein bißchen unterhalten'. – ,Ach ne, ich gehe nicht mit, da gehen wir nicht hin', sagt er. (...) Naja, alleine gehe ich dort auch nicht hin.« (Frau P 010; S16 LQ)

»Bruchbude, Gas und Dreck ... Bruchbude ist das (...) Da kann ich auch in die Klinik gehen da, wenn du dahin rennst, da kannst du gleich in die Klapsmühle gehen. – So sieht das aus.« (Herr B 036; S13 LQ)

»Ach wo, .. ich kenne Kumpels hier, die sind zehn mal besser. Die sind gesund und alles, Mensch ...« (Herr B 036; S13 LQ)

*Kategorie 4: Soziale Ressourcen***Unterkategorie »Arzt-Patient-Beziehung«**

Die Probanden sind in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer Behandlung, eine Probandin befindet sich zusätzlich in psychotherapeutischer Behandlung, zwei andere nehmen an einer Gesprächsgruppe teil. Alle erhalten als Medikation Psychopharmaka, einige zusätzlich bei Bedarf (z.B. bei kleineren Krisen, Überforderung) pflanzliche Präparate (009; 030). Die Probanden beurteilen die Beziehung zu ihrem Arzt sowohl positiv als auch kritisch.

Fünf Probanden geben an, eine gute Beziehung zu ihrem Psychiater zu haben und zufrieden mit ihm zu sein (009; 012; 031; 048; 103). Sie begründen die Zufriedenheit damit, daß sie über die medikamentöse Behandlung hinaus Gespräche mit ihm führen, in denen sie u.a. über ihren Lebensalltag und Probleme sprechen, und daß sie adäquate Hilfe in Krankheitskrisen erhalten (v.a. 048; 103). Frau C (030) hat eine wichtige Beziehung zu ihrer Psychotherapeutin, mit deren Hilfe sie gelernt hat, ihre eigenen Belastungsgrenzen besser einzuschätzen. Sie befindet sich z.Z. in Ablösung von ihr.

Herr R (031) wechselte seine vorherige Ärztin, da er sich bei ihr »als kranker Mensch immer schön zu melden hatte«, bei seinem jetzigen Arzt kann er die Termine je nach Bedarf flexibel gestalten und bei der Dosierung der Medikamente mitbestimmen. Frau A (032) bezeichnet die Beziehung zum Arzt mit knappen Worten als gut, ist der Behandlung gegenüber jedoch »widerspenstisch« eingestellt, weil sie die Verantwortung für sich in ihrer Hand behalten will. Sie und Frau I (009) gehen nur zum Arzt, um sich die Medikamente zu holen. Widersprüchlich äußert sich Herr B (036): er zählt seine Ärztin mit zu den wichtigsten Personen, er kann sich mit ihr unterhalten, kann in der Praxis ein- und ausgehen, bekommt von der Arzthelferin Kaffee. An anderer Stelle kritisiert er, daß die Behandlung lediglich auf Medikamente beschränkt, das Verhältnis zur Ärztin »ein bißchen unpersönlich« sei und er über seine Erkrankung zu wenig informiert werde.

Kritisch äußert sich Frau P (010), daß sie nur Medikamente verschrieben bekommt, sie wünscht sich mehr Zeit für Gespräche und Unterstützung bei der Behandlung ihrer vielfältigen körperlichen Beschwerden. Herr S (012) ist »eigentlich zufrieden«, sein Arzt wünscht sich, daß er jede Woche (statt alle vier Wochen) in die Gesprächsgruppe kommt, Herr S kommt deswegen nicht öfter, da er verärgert darüber ist, daß keine Frauen an der Gruppe teilnehmen.

**Tab. 18: Ankerbeispiele zu »Arzt-Patient-Beziehung« (Kategorie 4)**

»Diese Begleitung der Therapeutin ist für mich sehr wichtig gewesen und eigentlich immer noch wichtig. Weil ich also Dinge, die hätte ich alleine nicht für mich .. erlernen können..« (Frau C 030; S1 IBE)

»Recht aufgelockert eigentlich. Sachlich, aber trotzdem aufgelockert, also angenehm. Mit ihm [Arzt] ist gut zu sprechen. (...) Seine Art ist sehr freundlich.« (Frau G 048; S16 LQ)

»... die [Ärztin] sagt ja nichts weiter, die hat ganz kurz bloß geredet, die fragt mich nicht, wie mir's geht oder so. Die verschreibt die Tabletten, das hat sich dann alles...« (Frau P 010; S15 LQ)

### 3.3.3.5 Ergebnisse für die Kategorie 5: Materielle Ressourcen

#### Kategorie 5 – Unterkategorie »Finanzielle Situation«

Sechs Probanden leben von Erwerbsunfähigkeitsrente (010; 012; 030; 031; 036; 048), eine davon (030) verdient mit einem Nebenjob zusätzlich Geld, eine (009) erhält Arbeitslosengeld, zwei arbeiten ganztägig und leben von ihrem vollen Gehalt (032; 103). Herr M (103) hat zeitweise noch zusätzliche Nebenjobs wegen seiner hohen Ausgaben (u.a. Unterhaltszahlungen für drei Kinder).

Die meisten von ihnen müssen sich finanziell zwar einschränken, können aber insgesamt relativ gut leben, d.h. sie können sich Urlaubsreisen (009; 048; 103) oder ein Auto (009; 048; 103) leisten, sich einen relativ guten Lebensstandard erhalten (Wohnungseinrichtung, Kultur, Freizeitunternehmungen) (032; 103), oder sparen für Notsituationen (009) oder für größere Anschaffungen (030). Da Herr S (012) öfter in die Kneipe geht, ist sein Geld am Monatsende knapp, er kann »keine großen Sprünge« machen. Obwohl die Rente von Herrn B (036) für seinen Lebensunterhalt ausreichend ist, kommt er immer wieder in finanzielle Engpässe und macht Schulden. Um zu hohe Schuldenberge zu vermeiden, läßt er sich von seiner Lieblingskellnerin in seiner Stammkneipe sein Geld einteilen.

Finanziell stark eingeschränkt leben Herr R (031) und Frau P (010). Herr R hat zur Versorgung seiner Familie seine eigene geringe Rente und das Bafög seiner Lebensgefährtin zur Verfügung. Da dies nicht ausreicht, müssen sie ihre Ersparnisse, die für langfristige Zwecke geplant waren, in Anspruch nehmen. Herr R kann sich zwar ein Auto, aber keine umweltbewußten Lebensmittel und Bücher leisten. Frau P (010), die mit ihrem alkoholkranken Partner zusammenlebt, muß sich stark einschränken in ihrer Lebensführung. Da ihr Partner sein Arbeitslosengeld vertrinkt, muß ihre Rente für beide ausreichen, was sie oft an existentielle Grenzen bringt.

**Tab. 19: Ankerbeispiele zu »Finanzielle Situation« (Kategorie 5)**

»Na, wir müssen uns schon ein bißchen einschränken, ein bißchen müssen wir schon rechnen mit dem Geld. Also Kaffee trinken gehen zu X [Name eines Cafes] oder im Imbiß essen gehen jeden Tag, das können wir nicht, das wird zu teuer.« (Frau P 010; S6 LQ)

»Tja, wir leben vom Ersparten. Wir brauchen (räuspert sich) nicht viel, aber die Inflation, die schleichende Inflation macht sich auch bei uns bemerkbar. Wir können nicht so leben, wie wir eigentlich leben möchten. (I:Hm) Wir können also nicht im Bioladen einkaufen, obwohl ich das machen möchte. Es geht einfach nicht. Kriegen wir finanziell nicht hin.« (Herr R 031; S16 LQ)

»Also jetzt komme ich überhaupt nicht zurecht. Hab Schulden und so eine Scheiße. Also früher hatte ich überhaupt keine Schulden. (...) Na, da lief das gut, aber durch die Krankheit wahrscheinlich, das ist da bißchen liederlich geworden.« (Herr B 036; S4 IBE)

»Naja, also .. ich muß für drei Kinder bezahlen, und dann hab ich durch die Trennung jetzt mir auch Anschaffungen gemacht und so, muß ich abzahlen. Dann mußte ich mir ein Auto wieder beschaffen, mußte nicht, es geht auch ohne Auto. Aber ich wollte gern eins haben.« (Herr M 103; S4 LQ)

*Kategorie 5: Materielle Ressourcen***Unterkategorie »Bedeutung von Geld«**

Geld bedeutet für die Probanden eine notwendige Grundlage, um den eigenen Lebensunterhalt abdecken zu können, Geld braucht man zum Leben. Es stellt eine soziale Absicherung dar, z.B. für die Kinder (031), es beruhigt, wenn ausreichend Geld vorhanden ist (048). Mit einer größeren einmaligen Summe könnte man sich einmal seine Wünsche erfüllen (030). Neben dieser Zuschreibung hat Geld für die meisten noch eine andere, symbolische Bedeutung: »Geld ist nicht alles«, »steht nicht an erster Stelle«, es nimmt nicht einen allzu hohen Stellenwert ein (009; 010; 012; 030; 031; 036; 048). Vielmehr sind gute Freunde (032), »der Mensch« (036), geistige Werte in Form von Bildung und Wissen (031), eine Arbeit, die Freude macht (009) von größerer Bedeutung als Geld.

Frau P (010) hatte in ihrer Jugendzeit nie viel Geld gehabt und war trotzdem glücklich. In ihren Beziehungen läuft sehr viel über das Geld ab, bei existentiellen Geldsorgen ging sie öfter von sich aus in die psychiatrische Klinik. Sie würde gerne das Geld ihres Partners verwalten, weil er es immer vertrinkt. Sie leiht sich Geld von der Schwester aus. Sie hat früher ihrer Tochter gegenüber ihre Zuwendung über Geld ausgedrückt.

Rente bzw. Arbeitslosengeld beziehen bedeutet für einige Probanden große materielle Sicherheit und gleichzeitig Entlastung von dem früheren Arbeitsstreß (009; 010; 036). Für Frau G (048) bedeutet die Rente eine »späte Belohnung« für die vielen Krankheitsjahre, in denen sie auf vieles verzichten mußte. Sie hat erst 11 Jahre nach Krankheitsbeginn die Rente erhalten. Frau C (030) betrachtet die Rente »als Schadensersatz« für die 10jährige Psychiatriezeit. Sie ist in einem Dilemma, sie muß den Ämtern gegenüber beweisen, daß sie gesund ist und arbeiten kann, um ihren Rentenstatus endlich aufgeben zu können. Andererseits gibt ihr die Rente einen gewissen Schutz, den sie für ihre psychische Stabilisierung noch braucht. Für Herrn B (036) bedeutet die Rente eine »finanzielle Grundlage«, gleichzeitig bedeutet die Tatsache, Rente zu beziehen, von der Psychiatrie abhängig und nicht mehr frei zu sein.

**Tab. 20: Ankerbeispiele zu »Bedeutung von Geld« (Kategorie 5)**

»Es beruhigt, würde ich sagen. (...) Aber Geld ist nicht alles...« (Frau G 048; S8 LQ)

»Ja .. jetzt seh ich das so für mich, .. die Rente, die ich kriege, seh ich jetzt so ein Stückchen als Schadensersatz dafür [für die Psychiatriezeit].« (Frau C 030; S23 LQ)

»Bin froh, daß ich meine Rente kriege, ... finanzielle Grundlage hab und so.. Schon ganz gut so. Ich kann nicht mehr rumrammeln [arbeiten] ... Das wäre zu anstrengend.« (Herr B 036; S4 LQ)

»Es [Geld] ist schon irgendwo wichtig, aber es gehört mehr dazu, würde ich sagen. Ich würde ihm nicht den obersten Stellenwert geben, aber es ist eine Grundlage. (...) Eben daß man auch nette Menschen hat, also nette liebe Freunde.., das ist also.., man braucht beides.., ich will jetzt das Geld nicht wegfallen lassen, also weil es irgendwo ist es schon wichtig..« (Frau A 032; S6 LQ)



*Kategorie 5: Materielle Ressourcen***Unterkategorie »Bedeutung der Wohnung«**

Die Probanden betonen durchgehend die große Bedeutung, die ihre Wohnung für sie hat, sie bedeutet einen wichtigen Lebensraum, in dem sie sich zurückziehen und ihre Ruhe haben können und wo sie die meiste Zeit verbringen (009; 010; 012; 030; 036; 048; 103). Sie fühlen sich geborgen und heimisch (009; 048), die Wohnung ist gemütlich und warm (009; 036; 048), sie sind mit ihr zufrieden (012; 032; 036; 103), haben sie bewußt eingerichtet bzw. frisch renoviert (009; 032; 036; 103). Es wird betont, wie wichtig es ist, nach vielen Jahren Leben in einem Wohnheim bzw. in der Psychiatrie eine eigene Wohnung zu haben, alleine zu leben und tun zu können, was man will (012, 030). Frau G (048) genießt es, mit ihrem Mann und ihrem Hund in der Wohnung zu leben und Besuch zu bekommen. Herr R (031) hat um die jetzige Sozialwohnung sehr gekämpft und ist froh, »endlich wieder ordentlich zu wohnen«, die Wohnung ist »für unsere kleine Familie genau das Richtige«. Frau C (030) wünscht sich und für ihre Musik eine größere Wohnung mit eigenem Bad, ihre jetzige ist ihr zu klein geworden, »weil immer mehr entsteht«.

In Bezug auf Wohnqualität, Sicherheit und Umgebung äußern sich einige Probanden mit Unzufriedenheit oder Besorgtheit. Frau P (010) lebt in einer unrenovierten Altbauwohnung mit feuchten Wänden, der Mietvertrag ist gefährdet wegen der Beschwerden der Nachbarn über die Ruhestörung durch ihren Lebensgefährten. Ebenso bekommt Herr B (036) Beschwerden von Nachbarn wegen zu lauter Musik. Herr M (103) und Frau C (030) kommen mit einigen Bewohnern im Haus nicht klar, Frau A (032) würde sich im Haus sicherer fühlen, wenn die Haupttüre im Haus immer abgeschlossen wäre. Trotz dieser geäußerten Mängel und Nachteile betonen die Probanden die große Bedeutung, die ihre Wohnung für sie hat.

**Tab. 21: Ankerbeispiele zu »Bedeutung der Wohnung« (Kategorie 5)**

»Die Gemütlichkeit, daß es gemütlich ist. Es ist nicht zu groß, ist nicht zu klein. Ist schön, wenn mal jemand kommt von den Kindern oder was .. (...) Wenn ich jetzt eine Weile .. nicht da war.., empfinde ich das als besonders angenehm, wieder zuhause zu sein in den vier Wänden. Der Hund ist da, der Mann ist da, also die Gemütlichkeit der Wohnung.« (Frau G 048; S8 LQ)

»Naja, ich freue mich überhaupt, daß ich 'ne Wohnung habe. Weil ich hab zehn Jahre im Arbeiterwohnheim gewohnt, und da hatte ich nur ein Kinderzimmer, und dann haben noch fremde Leute mit in der Wohnung gewohnt. Und wir hatten damals Küche und Bad gemeinsam. Und jetzt hab ich eben meine eigene Wohnung. (...) Also für mich alleine reicht die Wohnung .., bin ich eigentlich zufrieden damit.« (Herr S 012; S3 LQ)

»... die Wohnung hat schon 'ne große Bedeutung, man ist ja den ganzen Tag in der Wohnung, man lebt ja, man hat ja nichts weiter als die Wohnung...« (Frau P 010; S8 LQ)

»Ja doch, eine große Bedeutung. Also man, das ist ja der Teil, wo man sich zurückzieht, wo man praktisch geborgen ist .. Also ich hab schon versucht, mir meine Wohnung schön einzurichten.« (Frau I 009; S6 LQ)

### 3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der qualitativen Untersuchung

Die vorliegenden Interviews wurden im Rahmen der Leipziger Lebensqualitätsstudie von Projektmitarbeitern anhand von zwei Interviewleitfäden geführt, die verschiedene Aspekte der subjektiven Lebensqualität der Probanden erfassen (Interviewleitfäden siehe *Anhang A*). Es wurden die aktuellen Lebensbedingungen, die biographische Entwicklung der Untersuchungsteilnehmer und deren subjektive Einschätzung erfaßt. Die Fragen orientieren sich also nicht explizit nach den Gesundheitsressourcen der Probanden. Die qualitative Auswertung der Interviews hat allerdings gezeigt, daß es möglich ist, in der Fülle des Materials genügend Aussagen über Gesundheitsressourcen der Probanden in ihrer Lebenswelt zu finden, die direkt oder indirekt von den Probanden gemacht werden. Bei der Auswertung der Interviews wurden die einzelnen Aussagen der Probanden mit Bezug zu ihrem Gesamtkontext betrachtet, d.h. zum Kontext des Interviews und zum biographischen Kontext der Probanden. Im folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung, basierend auf Interviewauswertungen von neun Probanden, zusammengefaßt.

#### *Einzelfallauswertung*

Die exemplarisch dargestellte Einzelfallauswertung von Frau C hat gezeigt, daß es der Probandin nach jahrelangen Psychiatrieaufenthalten gelungen ist, sich ihre »Eigenarten« und ihre Persönlichkeit zu erhalten und ein eigenständiges, unkonventionelles Leben aufzubauen. Kontakte zu Psychiatrieerfahrenen und Mitarbeitern in psychosozialen Einrichtungen dienten in der Zeit nach der Klinikentlassung, und zeitweise heute noch, als wichtige Brücke und Verbindung zwischen ihrer Psychiatriezeit und ihrer jetzigen Lebensform. Mit zunehmender Eigenständigkeit und emotionaler Sicherheit begann sie, den Kontakt zu sog. gesunden Menschen aufzunehmen und sich von der Welt der Krankheit allmählich zu distanzieren. Sie ist stolz darauf, sich einen Freundeskreis im gesunden Milieu aufgebaut zu haben und von ihren Freunden nicht als krank betrachtet und behandelt zu werden. Sie stellt fest, daß diese ebenfalls ihre Probleme und Schwierigkeiten haben wie sie selbst. Die Stärken und Kompetenzen von Frau C, u.a. hart zu arbeiten und künstlerisch tätig zu sein, haben ihr geholfen, sich zu stabilisieren und vor Rückschlägen gewappnet zu sein. Ursprünglich war die »Arbeitssucht«, wie sie es selbst nennt, einer der Gründe für die erste Klinikeinweisung. Sie hat durch die Krankheit vieles gelernt über sich, vor allem welche Faktoren sie krank gemacht haben, und kann heute bewußt auf Belastungsfaktoren und Rückfallgefahren achten. Sie weiß mittlerweile, was sie in Krisenzeiten unternehmen muß, damit sie sich wieder stabilisiert. Eine wichtige soziale Ressource ist ihre langjährige Psychotherapie, durch die sie gelernt hat, auf ihre innere Balance zu achten. Der Probandin ist es ein Anliegen, der Öffentlichkeit bewußt zu machen, daß Menschen trotz der Diagnose Schizophrenie ein »total normales Leben« führen und daß in den Medien oftmals nur die extreme Seite der Krankheit in sensationeller Aufmachung gezeigt wird. Sie selbst möchte nicht mehr als »interessantes Forschungsobjekt« betrachtet werden und wünscht sich am Ende der Interviews keine weiteren Befragungen mehr, was als gesunder Abgrenzungsschritt gegenüber der Welt der Psychiatrie und gegenüber der Identität als »Patientin« verstanden werden kann.

Insgesamt geben die 9 Einzelfallauswertungen einen Einblick in die Lebenswelt sog. chronisch schizophrener Menschen und zeigen, daß diese durchaus in der Lage sind, ihr

Leben mit wohldosierter Hilfe von Professionellen und ihnen nahestehenden Menschen eigenständig zu meistern und daß die Mehrzahl von ihnen im Laufe der Krankheit gelernt hat, mit ihr zu leben und die Krankheitsauslöser und -anzeichen zu erkennen und damit auf ihre eigene Art und Weise umzugehen.

### ***Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit***

Die neun Probanden bezeichnen sich aktuell als nicht bzw. »eigentlich nicht« psychisch krank. Das Krankheitsgefühl und –erleben bezieht sich auf die akuten Phasen der Krankheit, d.h. wenn sie unter akuten psychotischen Symptomen litten oder sich in stationärer Behandlung befanden. Sie schließen jedoch nicht aus, wieder einmal krank zu werden. Dieses Ergebnis unterstreicht auch die Tatsache, daß die Probanden aktuell die Bereitschaft hatten und in der Lage waren, sich der Belastung von mehreren ausführlichen Interviews auszusetzen und zu dieser Zeit psychisch relativ stabil waren. Die Probanden geben differenzierte (positive wie negative) Gründe für ihre momentane Befindlichkeit an.

Durch die Krankheit hat sich das Leben der Probanden im negativen wie aber auch im positiven verändert: Sie stellt einen gravierenden Einschnitt in ihrem Lebenslauf dar mit Verlusten und Scheitern in verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit, Sorgerecht, soziale Kontakte, Partnerschaft, Autonomie, berufliche Karriere). Positive Veränderungen beziehen sich auf eine höhere Wachsamkeit der eigenen Gesundheit gegenüber, die Gesundheit wird von einigen Probanden als kostbares Gut geschätzt. Sie haben teilweise schmerzvoll erkannt, welche Faktoren in ihrem Leben zu der Krankheit beigetragen haben, und daraus gelernt. Durch die Erkrankung und den damit verbundenen Rentenstatus erleben sie auch Entlastung von der Arbeit, materielle Absicherung sowie Hilfe und Unterstützung von ihren Mitmenschen.

Der Diagnose »Schizophrenie« stehen sie z.T. mißtrauisch gegenüber, für einige bedeutet sie einen schweren Schlag. Die Probanden benennen bzw. beschreiben die Diagnose sowohl mit medizinischen Fachausdrücken als auch in ihrer eigenen Sprache und Erlebensweisen. Ebenso nennen sie unterschiedliche Ursachen für die Erkrankung: psychosoziale, familiäre, genetische, biologische als auch gesellschaftliche Ursachen, meist in kombinierter Form.

Hinsichtlich Stigmatisierung benennen die Probanden in ihren eigenen Worten die Negativbewertung psychisch Kranker in der Gesellschaft, insbesondere von schizophren Erkrankten. Dieses Wissen darum veranlaßt sie, ihre Erkrankung vor anderen eher zu verbergen. Sie vertrauen ihnen Nahestehenden die Tatsache ihrer Erkrankung erst an, wenn das Vertrauen zu ihnen lange genug getestet wurde. Die Probanden berichten auch über eigene erlebte Stigmatisierung in der Öffentlichkeit, z.B. in Ämtern, am Arbeitsplatz, in Cafés, aber auch in psychiatrischen Kliniken durch das Klinikpersonal. Bei einigen Probanden verschweigen die Eltern die Erkrankung ihrer Tochter bzw. ihres Sohnes innerhalb der Verwandtschaft. Ein Proband äußert sich seinerseits abwertend über psychisch Kranke und grenzt sich deutlich von ihnen ab.

### ***Personale Ressourcen***

Unabhängig von der Erkrankung werden zwischenmenschliche und immaterielle Werte von den Probanden als wichtige Dinge in ihrem Leben geäußert bzw. werden in den Interviewaussagen deutlich, wie z.B. Treue, Hilfsbereitschaft, Zuverlässigkeit, Anstän-

digkeit, Ehrlichkeit, Autonomie, Gemeinschaftssinn, Wunsch nach Familie, Partnerschaft und anderen sozialen Beziehungen sowie Wunsch nach menschlichem Umgang in psychiatrischen Einrichtungen. Geistige und immaterielle Werte wie Bildung, Kultur, Kunst und Natur haben einen wichtigen Stellenwert ebenso wie materielle Sicherheit.

Für die Probanden nehmen Arbeit und Leistung einen hohen Stellenwert in ihrem Leben ein, mit Arbeit verbunden sind persönliche Kontakte und sozialer Austausch. Arbeiten können bedeutete, nicht krank zu sein. In der ehemaligen DDR galt Arbeit als zentraler gesellschaftlicher Wert, für viele der Probanden jedoch zählten Arbeitsüberlastung und Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, zu den Krankheitsauslösern. Auch nach Verlust ihres Arbeitsplatzes gehen die Probanden z.T. weiterhin unterschiedlichen Interessen und Aktivitäten nach. Manche wünschen sich eine Tätigkeit, befürchten jedoch, den hohen Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein.

Bezüglich ihres Selbstbildes beschreiben sich die Probanden im großen und ganzen in differenzierter Weise, meist mit positiven Attributen, was als Hinweis darauf verstanden werden kann, daß sie sich bei der Selbstbeschreibung ihre Identität als Person erhalten und sich nicht als defizitäre, chronisch psychiatrische Patienten darstellen möchten bzw. sich nicht primär als Patienten erleben.

Die Zukunftsvorstellungen der Probanden sind überwiegend zuversichtlich trotz objektiv gegebener Einschränkungen in ihrer Lebenssituation. Vor allem wünschen sie sich Stabilität ihrer Gesundheit, den Erhalt ihrer Familie bzw. eine Partnerschaft oder eine sinnvolle Tätigkeit. Andere nennen Frieden, Besserung der Arbeitslosensituation und mehr Menschlichkeit in der Gesellschaft als Zukunftswünsche.

Für drei der neun Probanden hat Religion eine Orientierung gebende Funktion. Die Religion vermittelt ihnen Richtlinien im zwischenmenschlichen Bereich. Durch religiöse Gruppen fanden sie praktische und moralische Unterstützung und sozialen Anschluß.

### ***Bewältigungskompetenzen***

Es wird eine Vielfalt von Möglichkeiten beschrieben, ersten Krankheitsanzeichen sowie Streß und Anforderungen im Alltag in Form von Verhaltensweisen, kognitiven Überlegungen und Einstellungen zu begegnen. Jeder der Probanden hat dafür ein individuelles Konzept entwickelt, in regulativer Weise damit umzugehen. Manche Konzepte sind erfolgreich, manche weniger (z.B. Alkohol). Dazu gehören u.a. Achtsamkeit gegenüber Warnsignalen (z.B. Schlaflosigkeit), Rückzug, Erholungsphasen, Schlaf, Regulierung mit Medikamenten, eine bestimmte Einstellung gegenüber Medikamenten, Kontaktaufnahme zu anderen Menschen und Vermeiden von Einsamkeit, bewußtes Vermeiden von negativen Eindrücken oder Erlebnissen, Dosierung positiver Eindrücke, Willensstärke, Motivation. Oftmals tauchen aktive und passive Bewältigungs- und Umgangsweisen gegenüber Streß und Belastungen in kombinierter Form auf, je nach subjektiver Befindlichkeit und Situation.

### ***Soziale Ressourcen***

Zentrales Thema war für die Probanden die stabilisierende und emotionalen Halt gebende Funktion der Partnerschaft bzw. der Wunsch nach einer Partnerschaft von den allein stehenden Probanden. Einen ebenfalls psychisch kranken Partner zu haben, wurde überwiegend als Vorteil angesehen, da im Erleben der Probanden der Partner aufgrund eigener Erfahrung mehr Verständnis für die Erkrankung aufbringt. Der Partner bzw. die Partnerin

gibt eine gewisse Struktur in der Lebensführung und fordert die Probanden besonders in Zeiten von Antriebslosigkeit zu Aktivität und Verantwortung auf. Durch die Partnerschaft erleben die Probanden, eine Aufgabe im Leben zu haben. Allerdings nehmen einige Probanden dafür einen lethargischen, antriebslosen Partner, der Probleme mit Alkohol hat, Schulden macht oder zu Gewaltausbrüchen neigt, in Kauf. Für einzelne »gesunde« Partner stellt das Zusammenleben eine starke Belastung dar, v.a. in akuten Krankheitsphasen ihres Partners.

Eine ebenfalls wichtige Ressource stellt die Familie dar im Sinne eines sozialen und emotionalen Unterstützungsnetzes, v.a. von Probanden, die selbst einen starken Gemeinschafts- und Familiensinn haben. Allerdings bestehen in einzelnen Familien Spannungen und Konflikte sowie die Tendenz zu überfürsorglichen, verwöhnenden Haltungen von Seiten der Eltern bzw. Dominanz der Mütter, wogegen sich die Probanden nicht zur Wehr setzen können. Zwei Probanden haben die Kontakte zu ihren Familien völlig abgebrochen.

Es wird unterschieden zwischen engen, vertrauten Freunden und einem Bekanntenkreis sowie zwischen gesunden Freunden und denjenigen, die ebenfalls psychisch krank sind. Mit zwei Ausnahmen sind die Probanden in ein Netz von mehr oder weniger engen Freundschaftsbeziehungen eingebunden. Es werden außerdem Kneipenbekanntschaften, Hundebesitzer, Chormitglieder, Mitglieder von Patientenclubs und Gesprächsgruppen zum Freundes- und Bekanntenkreis gezählt. Zu Nachbarn wird in der Regel eher Distanz gehalten, einige haben langjährige Kontakte zu Nachbarn, weil sie schon lange in derselben Wohnung leben.

Das Angebot im Rahmen von psychosozialen Einrichtungen wird von den Probanden zur Zeit der Interviews kaum genutzt. Einige Probanden haben früher durchaus positive, andere negative Erfahrungen mit diesen Angeboten gemacht. Negativ wird vor allem das »kranke Umfeld« in Patientenclubs erlebt, was sie von einem Besuch abhält. Einige Probanden nehmen in unterschiedlicher Frequenz an ambulanten Gesprächsgruppen teil, die Frequenz der Termine bei ihrem Psychiater ist ebenfalls variabel. Die Probanden beurteilen die Beziehung zu ihrem Arzt sowohl positiv als auch kritisch. Als positiv wird die Unterstützung des Arztes in Krisensituationen erlebt, daß sie in lebenspraktischen Dingen beraten werden und z.T. bei der Medikamentendosierung mitentscheiden können. Als negativ wird von einigen Probanden der Mangel an Zeit für tiefergehende Gespräche erlebt, daß die Termine nicht flexibel gehandhabt werden oder daß von ihnen erwartet wurde, sich in die klassische Patientenrolle zu begeben. Einige äußern sich positiv, im nächsten Moment kritisch über die Beziehung zu ihrem Arzt.

### ***Materielle Ressourcen***

Die meisten Probanden müssen sich zwar mit ihrer Rente finanziell einschränken und haben keinen gehobenen Lebensstandard, sie kommen aber relativ gut mit dem Geld aus. Einige arbeiten und erhalten ihr volles Gehalt, andere verdienen sich mit einem Nebenjob zusätzlich Geld zu ihrer Rente. Einzelne Probanden können mit dem Betrag ihrer Rente nicht umgehen, sie geben es u.a. in Kneipen aus. Finanzielle Sorgen haben v.a. zwei Probanden, die äußerst sparsam leben und sich in ihrer Lebensführung stark einschränken müssen.

Für die Probanden bedeutet Geld Beruhigung und materielle Sicherheit. Es steht aber nicht

an erster Stelle, oft sind andere immaterielle Dinge wichtiger als Geld. Für manche bedeutet die Rente eine Art Belohnung oder »Schadensersatz« für die vielen Krankheitsjahre. Der Rentenstatus bedeutet neben der finanziellen Sicherheit aber auch, nicht frei zu sein und gilt als Hinweis darauf, daß man nicht gesund ist. Will man den Rentenstatus aufgeben, steht man vor einem Dilemma: Man muß »zig Beweise« vorbringen, daß man gesund ist und arbeiten kann. Man darf aber auch nicht zu stabil werden und einen Job haben, da man befürchten muß, daß dadurch die Rente verloren geht, die ihrerseits zur psychischen Stabilisierung beiträgt.

Eine zentrale materielle Ressource ist der Wohnbereich. Für die Probanden hat die Wohnung eine große Bedeutung, sie ist existentieller Lebensraum, Rückzugsort, Ort der Ruhe und Geborgenheit. Sie bedeutet Autonomie, man kann in der Wohnung tun und lassen, was man will. Die meisten Probanden sind zufrieden mit ihr, manche haben sie gemütlich eingerichtet. Manche beklagen den abgewohnten, unrenovierten Zustand ihrer Wohnung oder den Mangel eines eigenen Bades. Trotz dieser real vorhandenen Mängel betonen alle die große Bedeutung, die ihre Wohnung für sie hat.

## 4. Quantitative Untersuchung

Im folgenden Teil werden die Methoden und Ergebnisse der quantitativen Untersuchung beschrieben. Dabei finden die Ergebnisse der vorhergehenden qualitativen Auswertung Berücksichtigung und fließen in die Untersuchung mit ein. Es handelt sich um die Entwicklung eines quantitativen Auswertungsverfahrens, des »Gesundheitsressourcen-Inventars (GRI)«, das der systematischen und effizienten Auswertung der umfangreichen Interviews, die im Rahmen der Leipziger Lebensqualitätsstudie durchgeführt wurden, dient. Es soll hier ausdrücklich betont werden, daß die vorliegende quantitative Untersuchung explorativen Charakter hat im Sinne einer Pilotstudie und aufgrund der kleinen Stichprobengröße keinen Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit besitzt. Die errechneten Signifikanzen sollen daher nicht im klassischen statistischen Sinne (Verallgemeinerbarkeit) interpretiert werden, sondern gelten als Hinweise dafür, wo weitere Forschung anknüpfen könnte.

### 4.1 Forschungsfragen

Die folgenden Forschungsfragen beziehen sich auf die Erfassung von Gesundheitsförderungs-Strategien und Ressourcen bei schizophrenen Patienten mit dem Gesundheitsressourcen-Inventar (GRI), das für diese Studie als Auswertungsverfahren entwickelt wurde. Die Items des Inventars werden quantitativ geratet und durch narrative Statements ergänzt. Letztere werden inhaltsanalytisch ausgewertet mit dem Ziel, zugrundeliegende Hauptthematiken herauszuarbeiten.

**Forschungsfrage 1: *Wie hoch ist die Reliabilität des Ratingverfahrens, angewandt auf das Gesundheitsressourcen-Inventar, zwischen zwei Ratern bei der gleichen Gruppe von Interviews?***

Die Berechnung der Reliabilität kann bestimmt werden durch einen Korrelationskoeffizienten zwischen zwei Ratern auf der Ebene der Kategorien (25) für alle 20 Probanden, d.h. 500 (25x20) Ratings.

**Forschungsfrage 2: *Wie ist die interne Konsistenz des Inventars?***

Die interne Konsistenz wird anhand der Interkorrelationen der 25 Kategorien des GRI untereinander berechnet und als Cronbach Alpha Koeffizient ausgedrückt.

**Forschungsfrage 3: *In welchem Ausmaß (Häufigkeit bzw. Intensität) verfügen schizophren erkrankte Patienten über gesundheitsförderliche Strategien und Ressourcen?***

Es soll aufgezeigt werden, welche gesundheitsförderlichen Strategien und Ressourcen in der Untersuchungsgruppe anhand des Gesundheitsressourcen-Inventars vorherrschend sind. Das Inventar besteht aus folgenden Komponenten: 77 Einzelitems, eingeteilt in 25 Kategorien und 5 Hauptgruppen. Die Mittelwerte aller Probanden werden für die jeweiligen Komponenten errechnet und in entsprechenden Tabellen aufgelistet, d.h. eine Ta-

belle für die fünf Hauptgruppen insgesamt und je eine Tabelle für die Kategorien und Einzelitems innerhalb einer Hauptgruppe. Zusätzlich werden die Ergebnisse in entsprechenden Histogrammen dargestellt.

**Forschungsfrage 4: Welche spezifischen Formen von gesundheitsförderlichen Strategien und Ressourcen (und ihre zugrundeliegenden Hauptthemen) können für die Untersuchungsgruppe von schizophrenen Patienten herausgearbeitet werden?**

Es werden diejenigen spezifischen narrativen Statements zu den Einzelitems berücksichtigt, die im Rating relativ hoch eingeschätzt wurden (Mittelwerte höher als 1.75, d.h. im eindeutig höheren Skalenbereich bei einer Skala von 0-3). Anhand der identifizierten aufgelisteten Statements wird eine Inhaltsanalyse durchgeführt und die zugrundeliegenden Hauptthemen herausgearbeitet.

**Forschungsfrage 5: In welchem Ausmaß korrelieren die einzelnen Gesundheitsressourcen mit dem Schweregrad der Psychopathologie und der Lebensqualität der Patienten?**

Die Gesundheitsressourcen werden repräsentiert durch die im Gesundheitsressourcen-Inventar errechneten Gesamtwerte sowie durch die Werte für die fünf Hauptgruppen. Der Schweregrad der Psychopathologie wird dargestellt durch den Gesamtwert der Brief Psychiatric Rating Scale und durch den Summenwert der Scale for the Assessment of Negative Symptoms für jeden Probanden. Die Lebensqualität wird dargestellt durch den Wert eines spezifischen Items des Lancashire Quality of Life Profile für jeden Probanden, ein Item wird durch den Probanden selbst eingeschätzt, ein anderes durch den Interviewer.

Die Beziehungen zwischen Gesundheitsressourcen einerseits und dem psychopathologischen Schweregrad und der Lebensqualität andererseits werden durch Korrelationskoeffizienten (-1 bis +1) über die gesamte Untersuchungsgruppe der schizophrenen Patienten bestimmt.

## 4.2 Methoden

Im folgenden Abschnitt werden die Patientienstichprobe, die theoretischen Grundlagen sowie die Entwicklung und der Aufbau des Gesundheitsressourcen-Inventars, die Durchführung des Ratingverfahren, die einzelnen Schritte der quantitativen Analyse sowie der Inhaltsanalyse der narrativen Statements beschrieben.

### 4.2.1 Patientienstichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung besteht aus N=20 und wurde aus der gesamten Patientengruppe (N=100) der Leipziger Lebensqualitätsstudie wie folgt gewonnen: Aus einer alphabetisierten Liste der Initialen aller Probanden wurde jeder fünfte Proband ausgewählt und darauf geachtet, daß Alter und Geschlecht gleichmäßig verteilt sind. Die Probanden erfüllen die Kriterien der Diagnose Schizophrenie nach ICD-10 und weisen eine Krankheitsdauer von mindestens fünf Jahren auf. Sie werden von verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen in Leipzig ambulant betreut.

Da es sich hier um keine Zufallsstichprobe handelt, gelten die Ergebnisse nur für die vorliegende Untersuchungsgruppe. Die begrenzte Anzahl von 20 Probanden liegt an Grün-



den des zeitlichen Aufwands der Auswertung durch zwei Rater, außerdem an der zusätzlichen zeitlich aufwendigen qualitativen Auswertung der narrativen Statements aller Einzelitems.

Die Verteilung der Probanden nach Alter, Geschlecht, Alter bei Ersterkrankung, Anzahl der Klinikaufenthalte, Familienstand, Partnerschaft und Tätigkeit bzw. Rentenstatus ist der Tabelle 22 zu entnehmen. Außerdem sind die Anzahl der Jahre angegeben, die die Probanden mittlerweile seit ihrem letzten stationären Aufenthalt außerhalb einer Klinik verbracht haben. Demnach liegt die letzte Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik zwischen einem halben Jahr und 23 Jahren zurück. Für zwölf Probanden liegt die Klinikentlassung drei Jahre oder länger zurück.

Die Stichprobe besteht aus zehn weiblichen und zehn männlichen Probanden, die zwischen 25 und 67 Jahre alt sind. Drei Probanden sind verheiratet, zehn Probanden ledig, fünf Probanden geschieden und zwei verwitwet. Von den 20 Probanden haben fünf eine Beschäftigung in Form einer Teilzeitarbeit, Arbeit in einer geschützten Werkstatt oder einer Weiterbildung. Die restlichen 15 Probanden leben von Erwerbsunfähigkeits- bzw. Altersrente. Die demographischen Daten beziehen sich auf den Zeitpunkt der Interviews.

#### **4.2.2 Entwicklung eines quantitativen Auswertungsverfahrens:**

##### ***Das Gesundheitsressourcen-Inventar (GRI)***

Im folgenden Teil werden die theoretischen Grundlagen und die Entwicklung des Gesundheitsressourcen-Inventars (GRI) beschrieben. Anschließend wird die Struktur und der Aufbau des GRI erläutert, dabei soll insbesondere die Verbindung zwischen dem Kategoriensystem aus der qualitativen Untersuchung und den Komponenten des GRI erläutert werden.

##### **4.2.2.1 Theoretische Grundlagen und Entwicklung des Inventars**

Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Interviews und die dabei gewonnenen Erkenntnisse während des Auswertungsprozesses sowie der Überblick über die relevante Forschungsliteratur regten dazu an, ein zeitlich effizienteres und systematisches Auswertungsverfahren zu entwickeln, mit dem in relativ kurzer Zeit Informationen über relevante Gesundheitsstrategien und -ressourcen der Patienten der Untersuchungsgruppe gewonnen werden können. Das Ziel eines solchen Auswertungsverfahrens ist, den großen Umfang von Interviewdaten mit einem Verfahren, das auf die Gesundheitsressourcen der Probanden konzentriert ist, bewältigen zu können.

Die Entwicklung des Gesundheitsressourcen-Inventars (GRI) fand parallel statt zu der qualitativen Interviewauswertung der neun Interviews und zum Literaturstudium über Lebensqualität von psychiatrischen Patienten, über Gesundheitsförderung und Prävention in Medizin und Psychiatrie, über Salutogenese und Ressourcenforschung. Außerdem brachten Gespräche und Briefwechsel mit Experten auf dem Gebiet der Salutogenese (FRANKE, 1999; SCHÜFFEL, 1999) wichtige Anregungen für die Entwicklung des Inventars.

Bei der Entwicklung des Auswertungsverfahrens interessierte nicht der Gesundheitsstatus der Probanden an sich, sondern welche Bereiche und welche Aktivitäten oder Strategien der Probanden bestimmte Aspekte ihrer Gesundheit stabilisieren bzw. fördern.

Anregend waren beim Literaturstudium insbesondere Veröffentlichungen über Gesundheitsförderung und Ressourcenforschung, in denen die Blickrichtung bzw. der Schwerpunkt auf

**Tab. 22: Demographische und klinische Daten der Probanden**

Nr.	Probanden	Alter	Geschlecht	Alter b. Ersterkrankung	Klinikaufenthalte (Anzahl)	seit ... Jahren ohne Klinik	Familienstand	Partner	Tätigkeit/Rente
1	095	33	männlich	27	5	2	ledig	ja	R
2	033	30	männlich	21	7	1/2	ledig	ja	R
3	018	30	männlich	22	3	1/2	ledig	nein	T
4	100	25	weiblich	17	2	3	ledig	ja	T
5	034	36	weiblich	14	ca. 10	1 <sup>1/2</sup>	gesch.	ja	T
6	096	38	weiblich	31	ca. 10	1	gesch.	ja	R
7	090	45	männlich	35	2	7	ledig	nein	R
8	061	52	männlich	27	4	1/4	gesch.	nein	T
9	047	45	männlich	21	6	7	verw.	ja	R
10	074	52	männlich	36	3	12	ledig	nein	R
11	042	52	weiblich	37	5	6	verh.	ja	R
12	068	49	weiblich	37	2	3	gesch.	nein	R
13	045	40	weiblich	26	2	2 <sup>1/2</sup>	ledig	ja	R
14	007	52	weiblich	44	7	3	gesch.	ja	T
15	082	57	männlich	20	4	6	ledig	nein	R
16	053	62	männlich	40	5	1*	verh.	ja	R
17	057	63	männlich	30	ca. 6	9	verh.	ja	R
18	015	67	weiblich	37	ca. 7	7	verw.	nein	R
19	063	60	weiblich	15	10	23	ledig	nein	R
20	024	66	weiblich	42	4	6	ledig	nein	R

\* Proband war vor diesem Klinikaufenthalt 16 Jahre lang in keiner Klinik mehr.

die nichtpathologische Seite der Patienten gerichtet wird, d.h. auf ihre entwickelten Fähigkeiten, (Lebens)Erfahrungen, Kompetenzen und Stärken. Die verschiedenen Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität erfragen zwar wichtige Informationen zu unterschiedlichen Bereichen der Lebenssituation der Patienten und wie diese subjektiv von ihnen eingeschätzt werden. Die quantitativen Ergebnisse dieser Erhebungen bleiben aber letztendlich als numerischer Wert statisch und geben nur Auskunft darüber, wie hoch der Gesamtwert der Lebensqualität ist bzw. wie unterschiedlich hoch die einzelnen Lebensbereiche eingeschätzt werden. Spezifische Informationen über gesundheitsförderliche Ressourcen und Aktivitäten von Patienten im medizinischen oder psychiatrischen Bereich können demgegenüber Auskunft geben, in welchen Bereichen der Patient bereits Stärken und Kompetenzen besitzt und welche Aktivitäten ihnen bisher geholfen haben. Diese Kompetenzen können im Bereich der Prävention oder Behandlung weiterhin genutzt und gestärkt werden. Es kann außerdem sichtbar werden, in welchen Bereichen eine gezielte Förderung einsetzen soll. Im folgenden sollen die theoretischen Grundlagen der fünf Hauptgruppen des Gesundheitsressourcen-Inventars beschrieben werden.

***Zu Hauptgruppe A »Umgang mit eigener aktueller Krankheit«:***

Hier interessiert die subjektive Einschätzung und Einstellung der Probanden ihrer jetzigen Erkrankung gegenüber. Diese Einschätzung kann für die Erfassung von gesundheitsrelevanten Informationen Aufschluß geben über die Art und Weise, wie die Krankheit von den einzelnen erlebt und wie mit ihr umgegangen wird. Von den Konzepten der subjektiven Krankheits- und Gesundheitstheorie und der Laienätiologie ist bekannt, daß dieses Wissen erheblichen Einfluß auf Krankheitsverlauf und Prognose haben kann (vgl. ANGERMEYER & KLUSMANN, 1989; FLICK, 1991; FALTERMEIER, 1991; HERZLICH, 1991). Dazu gehört auch die Akzeptanz der Krankheit, die als ein u.U. langjähriger Prozeß der Auseinandersetzung und Aneignung verstanden wird (vgl. BARTUSCHKA, 1995). Wichtig ist in dieser Hauptgruppe auch die Erfassung, auf welche Art und Weise die Probanden mit der Erkrankung umgehen, sowie die Erfassung der erlebten Stigmatisierung und Versuche, die Krankheit vor anderen zu verbergen (vgl. ANGERMEYER, LINK & MAJCHER-ANGERMEYER, 1987; FINZEN & HOFFMANN-RICHTER, 1997). Informativ ist schließlich die Frage, inwieweit die Krankheit auch positive Seiten und Konsequenzen für den Probanden hat im Sinne von Entlastung, materiellen Vorteilen oder gesammelten wertvollen Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit.

***Zu Hauptgruppe B »Steigerung der elementaren Gesundheit«:***

Hier interessieren Informationen über Grundhaltung und Einstellung der eigenen körperlichen Gesundheit und des emotionalen Wohlbefindens gegenüber, d.h. inwieweit die Probanden etwas für ihren Körper tun, z.B. ob sie für Entspannung, Schlaf, Ernährung, Bewegung sorgen, angemessen mit Schmerzen umgehen oder nach emotionalem Ausgleich und innerer Balance streben, oder ob sie ein stabiles Selbstwertgefühl entwickeln können (vgl. GRIFFIN & TRINDER, 1978; NORTHRUP, 1998).

***Zu Hauptgruppe C »Allgemeine Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung«:***

Hier geht es um Basisfunktionen, insbesondere um die Fähigkeit zu Körperpflege, Sauberkeit und Ordnung, Tagesstruktur und -gestaltung, Arbeitsfähigkeit, Kommunikations-

fähigkeit (vgl. z.B. die Global Assessment Functioning (GAF) Scale im DSM-IV; APA, 1994). Außerdem sollen hier die Bewältigungsstrategien und -kompetenzen mit unterschiedlicher Ausprägung (aktiv, passiv, kreativ-geistig) (vgl. BÖKER et al., 1984; BEUTEL, 1989; McNALLY & GOLDBERG, 1997; LAZARUS, 1990; SCHAUB, 1993) bzw. die individuellen Regulationsmechanismen der Probanden (vgl. STRAUSS, HARDING, HAFEZ & LIEBERMAN, 1986) erfaßt werden.

#### ***Zu Hauptgruppe D »Aktivierung sozialer und materieller Ressourcen«:***

In dieser Gruppe soll das soziale Unterstützungsnetz der Probanden erfaßt werden sowohl in Bezug auf die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen (wie Familie, Freunde, Partner) als auch die Unterstützungsquellen, die in der Gemeindestruktur und in der psychosozialen Versorgungsstruktur enthalten sind (wie Vereine, Gruppen, Wohlfahrts-einrichtungen, Beziehung zum Arzt). Desweiteren sollen die materiellen Ressourcen (Finanzen, Wohnung) erkundet werden, die die existentielle Grundlage der Lebensbedingungen der Probanden darstellen. Die »soziale Unterstützung« wird sowohl in der Lebensqualitätsforschung, in der Gemeindepsychologie, in der Gesundheitsförderungsliteratur als auch in der Ressourcenforschung als zentraler Faktor betont (vgl. COHEN & SYME, 1985; ANTONOVSKY, 1987; BECKER, 1992; HEIM, 1994; KEUPP & RÖHRLE, 1987; UDRIS, 1987; UDRIS, KRAFT, MUSSMAN & RIMANN, 1992; BREIER & STRAUSS, 1984).

#### ***Zu Hauptgruppe E »Streben nach Selbstverwirklichung und Lebensinn«:***

Hier geht es um die Erfassung von Lebenszielen und Lebenssinn, inneren Orientierungen, geistigen und kulturellen Interessen, kreative Tätigkeiten, Lebenseinstellungen sowie um den Bezug zu Spiritualität und Religiosität – als »innere Quellen« bzw. immaterielle Ressourcen, die zur Förderung oder Stärkung der Gesundheit beitragen können. Wichtige Anregung gab hier die Lebensqualitätsforschung im Rahmen der WHO, die einen international einsetzbaren Lebensqualitätsfragebogen (WHOQOL) entwickelt und auf Anregung einiger Koordinationszentren, vor allem aus asiatischen Ländern, die Achse »Spiritualität« mit aufgenommen hat (vgl. KUYKEN & ORLY, 1995). Außerdem hat ANTONOVSKY (1987) das Konzept der Sinnhaftigkeit (»meaningfulness«) als Teil seines Kernansatzes des »Sense of Coherence« entwickelt. BECKER (1992) zählt zu den »internen Ressourcen« u.a. die »Sinnerfülltheit des Lebens« dazu.

#### **4.2.2.2 Struktur und Aufbau des GRI**

Bevor die Struktur des Gesundheitsressourcen-Inventars (GRI) dargestellt wird, soll auf die Verbindung zwischen dem Kategoriensystem aus der qualitativen Untersuchung und den entwickelten Komponenten des GRI eingegangen werden. Wie in Kapitel 3.2.3 beschrieben wurde, ist das Kategoriensystem entstanden aufgrund eines ausführlichen Literaturstudiums und anhand des Interviewmaterials selbst. Die Hauptkategorien bezogen sich vor allem auf die personalen, sozialen und materiellen Ressourcen. Unter Berücksichtigung einzelner Ergebnisse der qualitativen Auswertung und in Bezug auf die relevante Literatur aus der Gesundheitsforschung wurden im GRI Umstrukturierungen der bisherigen Kategorien und Unterkategorien vorgenommen sowie neue Kategorien aufgenommen. Eine Gegenüberstellung zwischen dem Kategoriensystem und dem GRI ist der Tabelle 23 zu entnehmen.

**Tab. 23: Gegenüberstellung der Kategorien des Kategoriensystems und des Gesundheitsressourcen-Inventars**

<b>Kategoriensystem</b> (Kategorien/Unterkategorien)	<b>Gesundheitsressourcen-Inventar (GRI)</b> (Hauptgruppen/Kategorien)
1. <u>Subjektives Erleben von Gesundheit/Krankheit</u> - Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit - Bedeutung der Diagnose - Ursachenvorstellung	A) <u>Umgang mit eigener aktueller Krankheit</u>  A1. Bewußtsein über eigene Krankheit
- Veränderung durch die Krankheit	A4. Positive Veränderung durch die Erkrankung
- Stigmatisierungserleben/ Reaktion darauf	A3. Umgang mit Stigmatisierung
3. <u>Bewältigungskompetenzen</u>	A2. Umgang mit der eigenen Krankheit
2. <u>Personale Ressourcen</u> - Einstellung zu sich u. zur Umwelt	B) <u>Steigerung der elementaren Gesundheit</u> B7. Verbesserung d. emot. Wohlbefindens
- Fähigkeiten/Fertigkeiten/Arbeit/ Tätigsein	C) <u>Allg. Funktionsfähigkeit / Streßbewältigung</u> C9. Berufl. oder andere regelmäßige Tätigkeit
- Einstellung zu sich und zur Umwelt	C10. Erfolgr. Interaktion/Kommunikation mit anderen
3. <u>Bewältigungskompetenzen</u>	C11. Erfolgr. Bewältigung v. streßr. Situationen
4. <u>Soziale Ressourcen</u> - Psychosoziale Einrichtungen - Arzt-Patient-Beziehung - Partnerschaft/Familie  - Freundeskreis - Nachbarn	D) <u>Aktivierung sozialer und materieller Ressourcen</u> D12. Nutzg. Einrichtungen d. Gesundheitsversorgung D13. Unterstützende Arzt-Patient-Beziehung D15. Emot./soz. Unterstützung durch Partner D16. Emot./soz. Unterstützung durch Familie D17. Soz. Unterstützung durch Freunde, etc.
5. <u>Materielle Ressourcen</u> - Bedeutung der Wohnung - Finanzielle Situation - Bedeutung von Geld	D18. Angemessene Wohnsituation D19. Bemühen um stabile finanzielle Situation
2. <u>Personale Ressourcen</u> - Zukunftsperspektiven  - Fähigkeiten/Fertigkeiten/Arbeit/ Tätigsein - Werte - Bedeutung von Religion	E) <u>Streben nach Selbstverwirklichung/Lebenssinn</u> E20. Entwicklung/Orientierung an Lebenszielen E23. Entwickl. optimistischer Lebenseinstellung E22. Entwickl. kultureller/kreativer Interessen  E24. Gefühl, einen Sinn im Leben zu finden E25. Bedürfnis nach Spiritualität und Glauben

Im folgenden wird die Struktur und der Aufbau des Gesundheitsressourcen-Inventars (GRI) dargestellt. Das GRI umfaßt insgesamt 77 Einzelitems, die in 25 Kategorien und 5 Hauptgruppen eingeteilt sind. Jede Kategorie enthält zwischen zwei und vier Einzelitems. Es werden hier nur die fünf Hauptgruppen mit den dazugehörigen 25 Kategorien gezeigt (die ausführliche Fassung befindet sich im *Anhang D*).

---

**Gesundheitsressourcen-Inventar (GRI) – ohne Einzelitems –**

---

**A) Umgang mit eigener aktueller Krankheit**

1. Bewußtsein über die Tatsache und Art der eigenen Erkrankung
2. Umgang mit der eigenen Krankheit
3. Umgang mit Stigmatisierung
4. Erlebte positive Veränderung durch die Erkrankung

**B) Steigerung der elementaren Gesundheit**

5. Achtgeben auf den eigenen Körper
6. Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit
7. Maßnahmen zur Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens

**C) Allgemeine Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung**

8. Anstrengung, für sich selbst gut zu sorgen
9. Fähigkeit, berufliche oder andere regelmäßige Tätigkeiten auszuüben
10. Erfolgreiche Interaktion und Kommunikation mit anderen
11. Erfolgreiche Bewältigung von streßreichen Situationen

**D) Aktivierung sozialer und materieller Ressourcen**

12. Nutzung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung
13. Bemühen um unterstützende Arzt-Patient-Beziehung
14. Aktivierung von sozialer Unterstützung in der Gemeinde
15. Mobilisierung emotionaler und sozialer Unterstützung durch den Partner
16. Mobilisierung emotionaler und sozialer Unterstützung durch die Familie
17. Mobilisierung sozialer Unterstützung durch Freunde, Kollegen, Nachbarn, u.a.
18. Streben nach angemessener Wohnsituation
19. Bemühen um stabile finanzielle Situation

**E) Streben nach Selbstverwirklichung und Lebenssinn**

20. Fähigkeit zur Entwicklung von und Orientierung an Lebenszielen
  21. Fähigkeit, Empathie und Solidarität mit den Mitmenschen zu entwickeln
  22. Streben, kulturelle und kreative Fähigkeiten und Interessen zu entwickeln
  23. Entwicklung von optimistischer Lebenseinstellung in Bezug auf sich selbst
  24. Gefühl, einen Sinn im Leben zu finden
  25. Bedürfnis nach Spiritualität und Glauben
-

Im Gesundheitsressourcen-Inventar wurden folgende Kategorien neu aufgenommen:

B5: Achtgeben auf den eigenen Körper

B6: Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit

C8: Anstrengung, für sich selbst gut zu sorgen

D14: Aktivierung von sozialer Unterstützung in der Gemeinde

E21: Fähigkeit, Empathie und Solidarität mit den Mitmenschen zu entwickeln

Es ist an dieser Stelle zu betonen, daß es sich bei dem vorliegenden Gesundheitsressourcen-Inventar um kein standardisiertes, d.h. statistisch abgesichertes Instrument zur Erhebung von Gesundheitsressourcen handelt, es wurde begrenzt zur Interviewauswertung der relativ kleinen Untersuchungsgruppe von 20 schizophren erkrankten Patienten entwickelt. Das Verhältnis zwischen der Anzahl der Items und der Anzahl von Probanden sollte in statistischen Untersuchungen üblicherweise 1:3 sein, d.h. es sollten dreimal so viele Probanden als Items vorliegen. Dies wäre dann der Fall, wenn es sich um eine inferenzstatistische Untersuchung (z.B. Faktorenanalyse, Varianzanalyse) handeln würde, in der von der untersuchten Stichprobe auf die Grundgesamtheit (z.B. aller ambulant betreuten schizophrenen Patienten) geschlußfolgert werden würde. Die vorliegende Untersuchung versteht sich jedoch explizit explorativ im Sinne einer Pilotstudie, daher umfaßt das entwickelte Gesundheitsressourcen-Inventar mehr Items als die Anzahl der Probanden.

Da der Interviewleitfaden keine expliziten Fragen zu gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Ressourcen enthielt, mußte beim Rating der Items immer der gesamte Interviewkontext um eine Aussage herum mit berücksichtigt werden, um eine Einschätzung hinsichtlich der Gesundheitsressourcen machen zu können.

Es handelt sich bei dem vorliegenden Auswertungsverfahren um einen ersten konzeptionellen Schritt in Richtung einer Erfassung von Gesundheitsressourcen im psychiatrisch-medizinischen Feld. Um die Repräsentativität zu gewährleisten, müßte das Erhebungsverfahren bei einer sehr viel größeren Stichprobe von schizophren Erkrankten sowie unterschiedlichen Patientengruppen (d.h. körperlich kranken bzw. psychosomatischen Patienten sowie für verschiedene psychiatrische Diagnosegruppen) eingesetzt werden. Um die Validität der einzelnen Kategorien und Einzelitems zu prüfen, müßte eine Itemanalyse und Faktorenanalyse des Inventars durchgeführt werden.

#### **4.2.3 Rater und Ratingverfahren**

Die Interviews wurden von zwei unabhängigen Ratern eingeschätzt: der Verfasserin dieser Arbeit (R1) sowie einer Raterin, die nicht zu dem Forschungsprojekt gehört und keine explizite Kenntnis der Forschungsfragen hatte (R2). Die narrativen Statements zu den Einzelitems wurden von der Verfasserin selbst notiert.

Jedes der 77 Einzelitems wurde auf einer Skala von 0 – 1 – 2 – 3 durch die zwei unabhängigen Rater aufgrund der Kenntnis der Interviews eingeschätzt. Die Zahl 9 wurde geratet, wenn die Information nicht ausreichte, um eine Einschätzung machen zu können. Dies ist z.B. der Fall, wenn nach den Themenbereichen im Interview nicht gefragt wurde. Die Ordinal-Skalenwerte in ihrer quantitativen Ausprägung werden wie folgt beschrieben:

0 = Nicht vorhanden	Merkmal ist praktisch nicht vorhanden
1 = Gering ausgeprägt	Merkmal ist gering ausgeprägt und tritt selten auf
2 = Ziemlich ausgeprägt	Merkmal ist entweder stark vorhanden, tritt aber selten auf, oder ist gering ausgeprägt, tritt aber häufig auf
3 = Stark ausgeprägt	Merkmal ist intensiv ausgeprägt und tritt häufig auf
9 = Nicht bekannt	Information reicht nicht, um Aussage zu machen

Die quantitative Einschätzung der Ausprägung der Items bezieht sich auf die aktuelle Situation des Patienten zur Zeit des Interviews, es soll der Zeitraum der letzten vier Wochen eingeschätzt werden.

#### **4.2.4 Quantitative Analyse**

Im folgenden Abschnitt wird die Vorgehensweise der quantitativen Analyse des Gesundheitsressourcen-Inventars (GRI) beschrieben. Im einzelnen wird die Berechnung der Reliabilität (Interrater-Übereinstimmung) und der internen Struktur des GRI sowie die Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die verschiedenen Komponenten des GRI erläutert.

##### **4.2.4.1 Reliabilität (Interrater-Übereinstimmung) und interne Konsistenz des GRI**

Zunächst werden die Ratings auf der Ebene der 25 Kategorien von Rater 1 und Rater 2 deskriptiv dargestellt. Eine präzisere Angabe der Reliabilität wird bestimmt durch die Berechnung von Korrelationskoeffizienten zwischen den beiden Ratings. Diese werden auf der Ebene der 25 Kategorien, 5 Hauptgruppen sowie als Gesamtwert errechnet.

Um Kenntnis über die interne Konsistenz des Inventars zu erhalten, werden Inter-Korrelationen zwischen dem GRI als Gesamtwert und den fünf Hauptgruppen berechnet. Desweiteren werden Korrelationen der Ratings für die 25 Kategorien untereinander berechnet, der Korrelationskoeffizient wird in Cronbach Alpha ausgedrückt.

##### **4.2.4.2 Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Komponenten des GRI**

Es soll für jede Hauptgruppe, jede Kategorie und jedes Einzelitem des GRI über die 20 Probanden hinweg ein Mittelwert errechnet werden. Ebenso soll für jeden Probanden über alle Items hinweg ein Gesamt-Mittelwert errechnet werden. Da es sich bei dem Skalenniveau des GRI nicht um eine Intervallskala, sondern um eine Ordinalskala handelt, wäre an sich der Median der zuverlässigere Wert. Da die Mittelwertberechnung jedoch gängige Praxis ist (z.B. ist der Numerus Clausus ein Mittelwert und kein Median, letzterer wäre dafür der korrektere Wert), werden hier ebenfalls die Häufigkeiten mit dem Mittelwert berechnet.

Die Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte werden in Tabellen sowohl für die Hauptgruppen insgesamt als auch für jede einzelne Hauptgruppe mit ihren dazugehörigen Kategorien und Einzelitems aufgelistet. Die Verteilung der Mittelwerte wird außerdem zur Veranschaulichung in entsprechenden Graphiken dargestellt. Auf diese Weise kann gezeigt werden, welche gesundheitsförderlichen Ressourcen und Aktivitäten in der Probandengruppe besonders stark ausgeprägt sind und welche nicht.



#### 4.2.4.3 Beziehung zwischen Gesundheitsressourcen und dem Schweregrad der Psychopathologie und Lebensqualität

Um Informationen über die Beziehung zwischen Gesundheitsressourcen einerseits und dem psychopathologischen Schweregrad und der Lebensqualität der Probanden andererseits zu erhalten, werden folgende Korrelationen errechnet: Zwischen dem GRI-Gesamtwert und den fünf Hauptgruppen mit den jeweiligen Gesamtwerten der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) und den Summenwerten der Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) sowie den Werten über die selbsteingeschätzte Lebensqualität (QOL.PAT) und die fremdeingeschätzte Lebensqualität durch den Interviewer (QOL.INT) – jeweils auf einer 7-Punkte-Skala – aus dem Lancashire Quality of Life Profile. Es interessiert hierbei die Frage, wie stark das Gesundheitsressourcen-Inventar insgesamt bzw. welche seiner fünf Hauptgruppen mit den externen Faktoren für die zu untersuchende Patientenstichprobe in Beziehung steht.

Die Korrelationskoeffizienten werden in einer Tabelle dargestellt. In einer Graphik werden die Beziehungen zwischen den einzelnen Korrelationskoeffizienten veranschaulicht.

#### 4.2.5 Inhaltsanalyse der spezifischen narrativen Statements zu den Gesundheitsressourcen im GRI

Der qualitative Teil des Auswertungsverfahrens besteht aus einer Inhaltsanalyse der narrativen Statements zu den durchschnittlich höher als 1.75 eingeschätzten Einzelitems des GRI auf einer Skala von 0 bis 3. Als erster Schritt wurden die 77 quantitativ eingeschätzten Einzelitems für alle 20 Probanden parallel mit kurzen narrativen Statements in dem Inventar in der rechten Spalte direkt handschriftlich ergänzt. Die Statements basieren auf dem gesamten Interviewmaterial, d.h. sowohl auf den biographischen Interviews als auch auf den Interviews zur aktuellen Lebenssituation. Die Statements enthalten entweder direkte Interviewzitate oder es wurden relevante Interviewaussagen paraphrasiert bzw. zusammengefaßt. Ein kurzes Beispiel soll dieses Vorgehen erläutern:

#### A. 2. Umgang mit der eigenen Krankheit

- |   |           |
|---|-----------|
| a) Ist in der Lage, mit der Krankheit umzugehen<br>(Narrativ: <i>Es kommt auf den Willen an, gesund werden zu wollen; meint andererseits, daß er die Psychose ausleben muß [Zeile 928 LQ]</i> )                             | 0 1 2 3 9 |
| b) Achtet auf notwendige Änderung der Dosierung bzw. Art der Medikamente<br>(Narrativ: <i>Läßt sich Medikamente unhinterfragt verschreiben; früher Medikamente öfter selbst abgesetzt [Zeile 947 LQ]</i> )                  | 0 1 2 3 9 |
| c) Erfahrungsaustausch mit Betroffenen bzw. Freunden<br>(Narrativ: <i>Spricht mit Mitpatienten über Krankheit, ist ihm aber manchmal zuviel; kann dadurch wieder in die Krankheit hineingezogen werden [Zeile 495 LQ]</i> ) | 0 1 2 3 9 |
| d) Sucht Arzt/Therapeuten bei Krankheitszeichen auf<br>(Narrativ: <i>Wurde zwangseingewiesen bzw. von Mutter zum Arzt gebracht [Zeile 715 IBE]</i> )  | 0 1 2 3 9 |

In einem zweiten Schritt wurden alle narrativen Statements zu den relativ hoch eingeschätzten Einzelitems (Mittelwerte höher als 1.75) für jeden Probanden aufgelistet. Der Vollständigkeit halber wurden auch die narrativen Statements zu den Einzelitems aufgelistet, die nur gering mit 1 oder 0 geratet wurden. Damit ist auf der Itemebene ein inhaltlicher Vergleich der »gesünderen« mit den »kränkeren« Probandenaussagen gewährleistet. Auf die Auflistung aller narrativen Statements wurde in dem vorliegenden Buch aus Platzgründen verzichtet, da diese zu umfangreich sind. Sie sind im Anhang des Manuskripts der Dissertation aufgelistet (vgl. SCHMOLKE, 2001).

In einem dritten Schritt wurden für die aufgelisteten narrativen Statements übergreifende Hauptthemen herausgearbeitet, die die gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Ressourcen der Untersuchungsgruppe auf einer allgemeineren und abstrakteren Ebene benennen. Diese herausgearbeiteten Hauptthemen wurden abschließend mit Beispielen aus den Interviews veranschaulicht.

Methodologisch wird bei der Entwicklung der Hauptthemen in Anlehnung an die Analyseform der »Zusammenfassung« im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (1995) vorgegangen mit der Betonung auf Strukturierung und Reduzierung des Datenumaterials und dem Ziel, übergreifende und verallgemeinernde Aussagen machen zu können. Nach Mayring ist das Ziel der Zusammenfassung, »das Material so zu reduzieren, daß die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist« (MAYRING 1995, S. 58).

### 4.3 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung

Der Ergebnisteil ist inhaltlich und chronologisch nach den Forschungsfragen strukturiert. In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse mit Hilfe von Tabellen und Graphiken dargestellt. Eine Erläuterung, wie die einzelnen Berechnungen vorgenommen wurden, wird im Abschnitt 4.2 »Methoden« gegeben.

#### 4.3.1 Interrater-Reliabilität des Ratingverfahrens (Gesundheitsressourcen-Inventar) (Forschungsfrage 1)

Die hier dargestellten Ergebnisse beantworten die Forschungsfrage 1 nach der Reliabilität des Ratingverfahrens. Es werden die Ergebnisse der Interkorrelationen der Ratings auf der Ebene der Kategorien, der Hauptgruppen und ein Gesamt-Korrelationskoeffizient für das gesamte Inventar gezeigt. Als erstes werden zu deskriptiven Zwecken die Ratings von Rater 1 und 2 dargestellt.

##### 4.3.1.1 Darstellung der Ratings von Rater 1 und 2

Der Vergleich der Ratings auf der Ebene der 25 Kategorien sowie der Vergleich der Gesamtmittelwerte für alle 20 Probanden, wie sie von Rater 1 und Rater 2 eingeschätzt wurden, ist der Tabelle 24 zu entnehmen. Die Gesamtmittelwerte von Rater 1 und Rater 2 unterscheiden sich durch 0.7 (bei einer Einschätzungsskala zwischen 0 und 3).

Tab. 24: Darstellung der Ratings von Rater 1 und 2

Kategorien	Mittelwerte (N=20)	
	Rater 1	Rater 2
A1	1.90	2.06
A2	1.55	1.96
A3	1.40	1.69
A4	1.76	1.72
B5	1.77	2.28
B6	1.16	1.15
B7	1.76	1.85
C8	1.82	2.17
C9	1.58	1.55
C10	1.43	1.49
C11	1.68	1.77
D12	1.50	1.69
D13	1.63	2.29
D14	1.13	0.78
D15	1.25	1.19
D16	2.20	2.04
D17	1.38	1.15
D18	2.40	2.60
D19	1.86	1.75
E20	1.78	1.70
E21	1.98	1.73
E22	1.12	1.30
E23	1.79	2.12
E24	1.85	1.75
E25	1.29	1.08
<b>Gesamt-Mittelwerte</b>	<b>1.64</b>	<b>1.71</b>

#### 4.3.1.2 Korrelationskoeffizienten zwischen den Ratings

Die Korrelationskoeffizienten zwischen den Einschätzungen durch Rater 1 und Rater 2 für das gesamte Inventar sowie für die Hauptgruppen und die Kategorien sind der Tabelle 25 zu entnehmen. Die Indikatoren der statistischen Signifikanz (\*\*) auf einem Wahrscheinlichkeitsniveau von 0.01 bzw. 0.05 bedeuten, daß sich die Koeffizienten von 0 unterscheiden bzw. höher als 0 sind (0=keine Übereinstimmung). Die Korrelationskoeffizienten für die Hauptgruppen und Kategorien fallen unterschiedlich hoch aus. Würde es sich hier um eine repräsentative Stichprobe handeln, so wären die mit \* bzw. \*\* bezeichneten Korrelationskoeffizienten signifikante bzw. hochsignifikante Rater-Übereinstimmungen.

Hohe Übereinstimmungen bestehen für die Kategorie D.15 »Mobilisierung emotionaler und sozialer Unterstützung durch den Partner«, für die Kategorie E.24 »Gefühl, einen Sinn im Leben zu finden« und für die Kategorie E.25 »Bedürfnis nach Spiritualität und Glauben« (siehe Tab. 25).

Angesichts des umfangreichen, komplexen und wenig strukturierten Datenmaterials, das von den zwei Ratern eingeschätzt wurde, stellt ein Interrater-Koeffizient von 0.73 eine relativ hohe Übereinstimmung dar.

**Tab. 25: Interrater-Korrelationskoeffizienten**

<b>Gesundheitsressourcen-Inventar</b>			
<b>Gesamt</b>	<b>Hauptgruppen</b>	<b>Kategorien</b>	
	<b>A</b>	A1	0.53*
		A2	0.78**
	0.60**	A3	0.57*
		A4	0.56*
	<b>B</b>	B5	0.49*
		B6	0.37
	0.66**	B7	0.64**
	<b>C</b>	C8	0.56*
		C9	0.77**
	0.67**	C10	0.72**
		C11	0.56*
0.73**	<b>D</b>	D12	0.79**
		D13	0.72**
		D14	0.57**
	0.79**	D15	0.98**
		D16	0.65**
		D17	0.77**
		D18	0.57**
		D19	0.43
	<b>E</b>	E20	0.58**
		E21	0.58**
	0.75**	E22	0.55*
		E23	0.69**
		E24	0.80**
		E25	0.95**

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

### 4.3.2 Interne Konsistenz des GRI (Forschungsfrage 2)

Tabelle 26 sind die Interkorrelationen zwischen dem Gesamtwert für das Inventar (GRI.GES) und den fünf Hauptgruppen (A-E) zu entnehmen. Alle Interkorrelationen sind auf dem 0.01-Niveau signifikant, d.h. sie unterscheiden sich statistisch signifikant von 0 bzw. sind höher als 0 (d.h. 0=keine Übereinstimmung). Die Mehrzahl der Inter-Korrelationen ist über .80, die restlichen Korrelationen bewegen sich zwischen .65 und .80. Die Interkorrelationen weisen insgesamt auf eine hohe interne Konsistenz des Inventars hin. Das heißt, alle Hauptgruppen tragen zur Struktur und zum Aufbau des Gesundheitsressourcen-Inventars bei.

**Tab. 26: Inter-Korrelationen zwischen GRI.Ges und seinen Hauptgruppen**

		GRI.GES	GRI.A	GRI.B	GRI.C	GRI.D	GRI.E
GRI.GES	Pearson Correlation	1.000	.839**	.822**	.920**	.960**	.921**
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
GRI.A	Pearson Correlation	.839**	1.000	.697**	.793**	.808**	.659**
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.001	.000	.000	.002
	N	20	20	20	20	20	20
GRI.B	Pearson Correlation	.822**	.697**	1.000	.817**	.690**	.752**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.	.000	.001	.000
	N	20	20	20	20	20	20
GRI.C	Pearson Correlation	.920**	.793**	.817**	1.000	.845**	.799**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
GRI.D	Pearson Correlation	.960**	.808**	.690**	.845**	1.000	.844**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.000	.	.000
	N	20	20	20	20	20	20
GRI.E	Pearson Correlation	.921**	.695**	.752**	.799**	.844**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.002	.000	.000	.000	.
	N	20	20	20	20	20	20

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Eine weitere Korrelationsberechnung zur internen Konsistenz des GRI wurde auf der Ebene der 25 Kategorien für alle 20 Probanden erstellt. Der Cronbach Alpha, basierend auf den Interkorrelationen der Kategorien untereinander, hat einen Wert von 0.92. Dies ist ein Indikator für eine hohe interne Konsistenz des Inventars.

### 4.3.3 Verteilung der Ratings des GRI in der Untersuchungsgruppe (Forschungsfrage 3)

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Mittelwerte-Verteilung der Ratings für die Hauptgruppen sowie für die Kategorien und Einzelitems des Inventars dargestellt. Anhand der Verteilung wird ersichtlich, welche Kategorien und Einzelitems gehäuft und welche weniger stark geratet wurden.

#### 4.3.3.1 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppen

Tabelle 27 und die Abbildung 1 zeigen die Mittelwerte-Verteilung für die fünf Hauptgruppen für alle 20 Probanden. Die Ratings wurden in dem Skalenbereich zwischen 0 und 3 gegeben. Alle Mittelwerte für die Hauptgruppen bewegen sich leicht über dem Durchschnitt, d.h. höher als 1.5. Der Gesamtmittelwert beträgt für die Untersuchungsgruppe 1.63, bei einer Standardabweichung von 0.37. Die Mittelwerte der Hauptgruppen des GRI sind in ihrer Ausprägung miteinander vergleichbar, d.h. alle fünf Bereiche scheinen gleichermaßen zur Gesamtheit der Gesundheitsressourcen beizutragen.

Tab. 27: Mittelwerte für die Hauptgruppen des Gesundheitsressourcen-Inventars

Hauptgruppen	Probanden (N=20) Mittelwerte
A. Umgang mit eigener aktueller Krankheit	1.65
B. Steigerung der elementaren Gesundheit	1.56
C. Allgemeine Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung	1.63
D. Aktivierung sozialer und materieller Ressourcen	1.67
E. Streben nach Selbstverwirklichung und Lebenssinn	1.64
<b>Gesamtmittelwert</b>	<b>1.63</b>

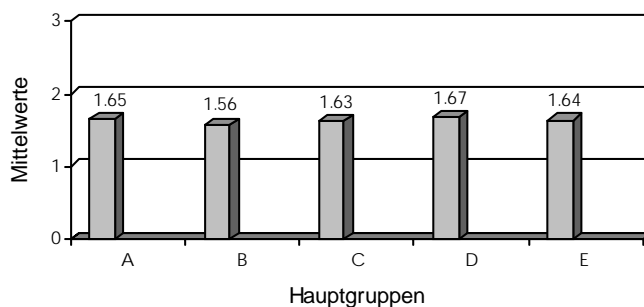


Abb. 1: Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte für die Hauptgruppen

#### **4.3.3.2 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppe A (Umgang mit eigener Krankheit) und ihre Kategorien und Einzelitems**

Tabelle 28 und die Abbildung 2 zeigen, daß vor allem die Kategorie A.1 (Bewußtsein über die Erkrankung) am höchsten und die Kategorie A.4 (Positive Veränderung durch die Krankheit) am zweithöchsten in dieser Hauptgruppe ausgeprägt sind.

Laut Ergebnisse innerhalb der Kategorie A.1 sind das Item 1a (Ist sich der eigenen Krankheit bewußt), das Item 1b (Akzeptiert die eigene Erkrankung) und das Item 1d (Fühlt sich aktuell nicht krank) überdurchschnittlich ausgeprägt in Beziehung zum Gesamt-Mittelwert von 1.63. Kategorie A.4 bezieht sich auf mögliche positive Veränderungen durch die Erkrankung. Hier ist das Einzelitem 4a stark ausgeprägt. Das Item bezieht sich auf die im Verlauf der Krankheit gewachsene Fähigkeit der Probanden, mit der Krankheit umzugehen. Die materiellen Vorteile, z.B. die Absicherung durch den Bezug einer Rente, ausgedrückt in Item 4b, wurden auch hoch geratet, ebenso wie das Item 4c, das sich auf die Entlastung von früherem beruflichen Streß bezieht.

Bezüglich Stigmatisierung fällt das Item »Kämpferische Haltung gegen eigene Diskriminierung« gering aus (Item 3c), verglichen mit der Ablehnung allgemeiner Diskriminierung psychisch Kranken gegenüber (Item 3b). Sehr gering fällt das Item 3d »Distanz zum psychiatrischen Umfeld« aus.

#### **4.3.3.3 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppe B (Steigerung der Gesundheit) und ihre Kategorien und Einzelitems**

Tabelle 29 und Abbildung 3 zeigen, daß in der Hauptgruppe B die Mittelwerte der Kategorie B.5 (Achtgeben auf den eigenen Körper) und der Kategorie B7 (Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens) etwas höher als der Durchschnitt von 1.63 eingeschätzt wurden. In der Kategorie B.5 hat vor allem das Einzelitem 5a eine hohe Ausprägung, nämlich für Ruhephasen bei Erschöpfung zu sorgen, und – etwas geringer ausgeprägt – Item 5b, auf eine sinnvolle Dosierung des Schlafes zu achten.

Das Einzelitem 6a (Gesunde und ausgewogene Ernährung) ist stark ausgeprägt. Körperliche Entspannungsübungen dagegen oder regelmäßige Bewegung wie z.B. Sport oder Fitness (Items 6b, 6c) werden für die Probandengruppe gering eingeschätzt.

Am höchsten innerhalb der Kategorie B.7 (Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens) wurde das Einzelitem 7b geratet, das besagt, daß durch zwischenmenschliche Interaktion das eigene Wohlbefinden wiederhergestellt wird. Item 7a (nach emotionalem Ausgleich streben) erreicht ebenfalls einen hohen Mittelwert. Ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln (Item 7c), fällt in der Untersuchungsgruppe insgesamt gering aus.

Tab. 28: Mittelwerte für Hauptgruppe A und ihre Kategorien und Einzelitems

A. Umgang mit eigener aktueller Krankheit	Probanden (N=20) Mittelwerte
Einzelitems Kategorien	
<b>1. Bewußtsein über die Tatsache und Art der eigenen Erkrankung</b>	1.90
a. Ist sich der eigenen Krankheit bewußt	2.20
b. Akzeptiert die eigene Erkrankung	1.90
c. Fühlt sich trotz Erkrankung als funktionstüchtig und/oder belastbar	1.60
d. Fühlt sich aktuell nicht krank	1.90
<b>2. Umgang mit der eigenen Krankheit</b>	1.55
a. Ist in der Lage, mit der Krankheit umzugehen	1.70
b. Achtet auf notwendige Änderung der Dosierung bzw. Art der Medikamente	1.35
c. Erfahrungsaustausch mit Betroffenen bzw. mit Freunden	1.60
d. Sucht Arzt/Therapeut bei Krankheitsanzeichen auf	1.55
<b>3. Umgang mit Stigmatisierung</b>	1.40
a. Verbirgt die Krankheit vor Freunden	1.47
b. Lehnt allgemeine Diskriminierung psychisch Kranker ab	1.74
c. Kämpferische Haltung gegen eigene Diskriminierung	1.32
d. Distanziert sich bewußt vom psychiatrischen Umfeld	1.05
<b>4. Erlebte positive Veränderung durch die Erkrankung</b>	1.76
a. Gesteigerte Fähigkeit, mit der Krankheit umzugehen aufgrund eines Lernprozesses im Krankheitsverlauf	1.90
b. Materielle Vorteile durch die Erkrankung (z.B. finanzielle Sicherheit durch Rente)	1.85
c. Entlastung vom beruflichen Streß	1.95
d. Erst durch die Krankheit haben sich die echten Freunde herausgestellt	1.35
<b>Gesamtmittelwert für Hauptgruppe A</b>	1.65

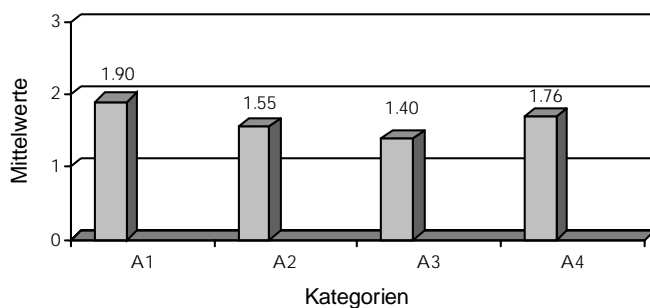


Abb. 2: Hauptgruppe A: Umgang mit eigener aktueller Krankheit



Tab. 29: Mittelwerte für Hauptgruppe B und ihre Kategorien und Einzelitems

<b>B. Steigerung der elementaren Gesundheit</b>		<b>Probanden (N=20)</b>
		<b>Mittelwerte</b>
		<b>Einzelitems Kategorien</b>
<b>5. Achtgeben auf den eigenen Körper</b>		1.77
a. Sorgt für Ruhepausen bei Erschöpfung		1.89
b. Achtet auf sinnvolle Dosierung des Schlafs		1.74
c. Angemessener Umgang mit körperlichen Symptomen (z.B. Schmerzen, Mißempfindungen)		1.68
<b>6. Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit</b>		1.16
a. Sorgt für gesunde und ausgewogene Ernährung		1.90
b. Sorgt für regelmäßige Bewegung (z.B. Spaziergehen, Fitneß, Sport)		1.55
c. Gezielte Anwendung von Entspannungsübungen		0.05
<b>7. Maßnahmen zur Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens</b>		1.76
a. Strebt nach emotionalem Ausgleich (z.B. Spaziergang in der Natur, um wieder Ruhe zu finden)		1.80
b. Wiederherstellung des emotionalen Wohlbefindens durch soziale Interaktion mit Menschen oder Tieren		2.05
c. Fähigkeit, ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln		1.45
<b>Gesamtmittelwert für Hauptgruppe B</b>		1.56

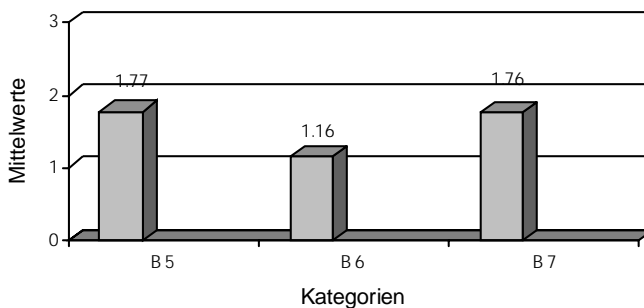


Abb. 3: Hauptgruppe B: Steigerung der elementaren Gesundheit

#### 4.3.3.4 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppe C (Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung) und ihre Kategorien und Einzelitems

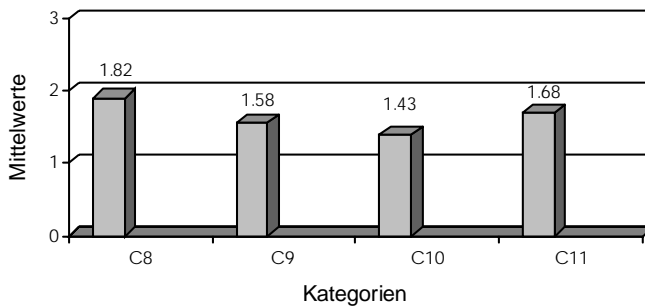
Innerhalb der Hauptgruppe C erreicht die Kategorie C.8 (Für sich selbst gut sorgen) den höchsten Mittelwert, wie in Tabelle 30 und Abbildung 4 dargestellt. Vor allem das Item 8c, das für Ordnung und Sauberkeit im häuslichen Bereich steht, ist überdurchschnittlich ausgeprägt. Dies trifft v.a. zu in Zeiten, in denen die Probanden psychisch relativ stabil sind. Die Fähigkeit, den Haushalt eigenständig zu führen und eine gewisse Struktur im Tagesablauf mit Aktivitäten und Terminen zu halten (Items 9a, 9b), wird für die Untersuchungsgruppe hoch eingeschätzt. Sehr gering fällt dagegen das Einzelitem 9c aus, da  $\frac{3}{4}$  der Probanden keiner regelmäßigen Arbeit nachgehen.

Hinsichtlich der Bewältigungskompetenzen fällt der hohe Wert bei der »passiven Streßbewältigung« (Item 11a) auf, die »aktive Streßbewältigung« (Item 11b) erreicht eine geringere Mittelwertsausprägung, ebenso die kreativ-geistige Kompensation (Item 11c).

In der Kategorie C.10 fällt der sehr geringe Wert des Einzelitems 10c auf, nämlich die Fähigkeit, soziale Konflikte im Kontakt mit anderen zu lösen, sei es mit Familienmitgliedern oder anderen Bezugspersonen. Demgegenüber erreicht das Item 10b (soziale Kontakte mit anderen Menschen pflegen) einen überdurchschnittlichen Mittelwert.

Tab. 30: Mittelwerte für Hauptgruppe C und ihre Kategorien und Einzelitems

<b>C. Allgemeine Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung</b>	<b>Probanden (N=20) Mittelwerte</b>
	<b>Einzelitems Kategorien</b>
<b>8. Anstrengung, für sich selbst gut zu sorgen</b>	1.82
a. Achtet auf Körperpflege	1.79
b. Achtet auf saubere Kleidung	1.79
c. Achtet auf Sauberkeit und Ordnung in der Wohnung	1.90
<b>9. Fähigkeit, berufliche o. a. regelmäßige Tätigkeiten auszuüben</b>	1.58
a. Fähigkeit, den Haushalt eigenständig zu führen	1.95
b. Sorgt für geregelten Tagesablauf (feste Termine und Aktivitäten)	2.10
c. Geht einer regelmäßigen Arbeit nach	0.70
<b>10. Erfolgreiche Interaktion und Kommunikation mit anderen</b>	1.43
a. Kommuniziert über eigene Bedürfnisse, Wünsche, Sorgen oder Konflikte	1.45
b. Pflegt aktiv soziale Kontakte	1.85
c. Kann soziale Konflikte im Kontakt mit anderen lösen	1.00
<b>11. Erfolgreiche Bewältigung von streßreichen Situationen</b>	1.68
a. Passive Streßbewältigung (z.B. Schlaf, Rückzug, Reduzierung von Kontakten und Aktivitäten, Vermeidung von Streß)	2.10
b. Aktive Streßbewältigung (z.B. erhöhte Aktivitäten und soziale Kontakte, Aufsuchen des Arztes, Erhöhung der Medikamente)	1.50
c. Kreative und geistige Kompensation (z.B. künstlerische Betätigung)	1.45
<b>Gesamtmittelwert für Hauptgruppe C</b>	<b>1.63</b>



**Abb. 4: Hauptgruppe C: Allgemeine Funktionsfähigkeit und Stressbewältigung**

#### 4.3.3.5 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppe D (Soziale und materielle Ressourcen) und ihre Kategorien und Einzelitems

In dieser umfangreichen Hauptgruppe lassen sich vor allem hohe Mittelwerte für die Kategorien D.16 (Unterstützung durch die Familie), D.18 (Angemessene Wohnsituation) und D.19 (Stabile finanzielle Situation) finden, wie aus Tabelle 31 und Abbildung 5 ersichtlich wird. Die Mittelwerte der Kategorie D.13 (Arzt-Patient-Beziehung) sind leicht erhöht.

Die Familie (D.16) ist für die Untersuchungsgruppe die am höchsten eingeschätzte soziale Ressource, vor allem der Schutz vor Alleinsein (Item 16a). Praktische und emotionale Unterstützung in Form von Verständnis und Trost ist stark ausgeprägt (Item 16b), selbst eine wichtige Rolle innerhalb der Familie einzunehmen, erhält ebenfalls eine hohe Einschätzung (Item 16c).

Eine zentrale materielle Ressource ist der Wohnbereich der Probanden (D.18). Für die Probanden stellt die Wohnung einen wichtigen Rückzugsort dar (Item 18a) sowie einen wichtigen Lebensraum, sie nehmen dafür unter Umständen Mängel in der Wohnung in Kauf (Item 18b). Das Bemühen, eine gemütliche Atmosphäre herzustellen (Item 18c), ist stark ausgeprägt.

Laut Ratings in der Kategorie D.19 sind die Probanden durchschnittlich ziemlich gut in der Lage, mit ihren meist begrenzten finanziellen Mitteln auszukommen (19b), in finanzieller Not wissen sie sich zu helfen (19a). Sehr niedrig fällt in dieser Kategorie das Einzelitem 19c aus, da nur sehr wenige Probanden ihre finanzielle Lage mit Hilfe eines Nebenjobs verbessern.

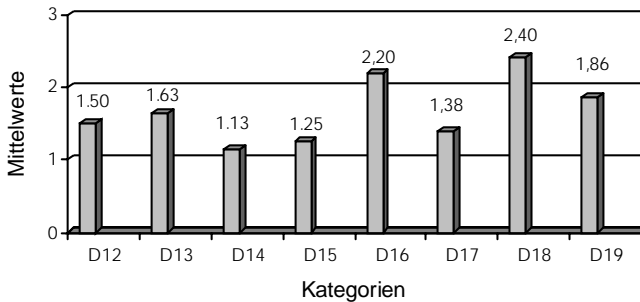
Einige hoch eingeschätzte Einzelitems lassen sich für die ambulante Behandlung finden: Hohe Mittelwerte für regelmäßige ambulante psychiatrische Behandlung (Item 12a), vertrauensvoller Kontakt zum Arzt (Item 13a), mit dem nicht nur über die Krankheit und über Medikamente gesprochen wird, sondern auch über die eigene spezifische Lebenssituation (Item 13b). Gering fällt das Item 13c aus, nämlich aktiv bei therapeutischen Maßnahmen mitzuentcheiden. Der Besuch von Patientenclubs fällt ebenso gering aus (Item 12c), da nur eine Teilgruppe solche Einrichtungen besucht.

Die Kategorie D.15 (Partnerschaft) fällt deshalb so gering aus, da etwa die Hälfte der Probanden zur Zeit der Interviews keinen Partner hatte. Jedoch wurden für diejenigen,

Tab. 31: Mittelwerte für Hauptgruppe D und ihre Kategorien und Einzelitems

<b>D. Aktivierung sozialer und materieller Ressourcen</b>	<b>Probanden (N=20) Mittelwerte</b>
<b>Einzelitems</b>	<b>Kategorien</b>
<b>12. Nutzung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung</b>	1.50
a. Geht regelmäßig zur ambulanten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Behandlung	2.50
b. Begibt sich in Krisenzeiten selbst in stationäre Behandlung	0.90
c. Besucht regelmäßig Patientenclubs o.ä.	1.10
<b>13. Bemühen um unterstützende Arzt-Patient-Beziehung</b>	1.63
a. Hat vertrauensvollen Kontakt zum Arzt/Therapeuten	1.90
b. Kommuniziert über eigene Lebenssituation, die über die Krankheit hinausgeht	1.80
c. Entscheidet aktiv bei therapeutischen Maßnahmen mit	1.20
<b>14. Aktivierung von sozialer Unterstützung in der Gemeinde</b>	1.13
a. Ist festes Mitglied in Vereinen, Clubs o.ä.	1.05
b. Holt sich Unterstützung in der Gemeinde (z.B. soziale Wohlfahrtseinrichtungen)	1.20
<b>15. Mobilisierung emotionaler und sozialer Unterstützung durch den Partner</b>	1.25
a. Erlebt Partnerschaft als Schutz vor Alleinesein	1.25
b. Sucht Unterstützung beim Partner (z.B. Aktivierung, Strukturhilfe, Trost, Verständnis)	1.40
c. Nimmt selbst eine wichtige Rolle für den Partner ein	1.20
d. Tauscht Zärtlichkeiten aus bzw. hat eine befriedigende Sexualität	1.15
<b>16. Mobilisierung emotionaler und sozialer Unterstützung durch die Familie</b>	2.20
a. Erlebt die Familie als Schutz vor Alleinesein	2.35
b. Sucht Unterstützung bei einzelnen Familienmitgliedern (z.B. praktische Hilfe, Verständnis)	2.30
c. Nimmt selbst eine unterstützende Rolle für die Familie ein	1.95
<b>17. Mobilisierung sozialer Unterstützung durch Freunde, Kollegen, Nachbarn u.a.</b>	1.38
a. Mobilisiert praktische Unterstützung von Freunden, Kollegen, Nachbarn	1.10
b. Sucht Halt und Unterstützung bei ihnen	1.70
c. Nimmt selbst eine unterstützende Haltung bei ihnen ein	1.35
<b>18. Streben nach angemessener Wohnsituation</b>	2.40
a. Wohnung ist ein Rückzugsort	2.60
b. Wohnung ist wichtiger Lebensraum (u.U. trotz äußerer Mängel)	2.70
c. Unternimmt Anstrengungen, eine behagliche Wohnatmosphäre zu schaffen	1.90
<b>19. Bemühen um stabile finanzielle Situation</b>	1.86
a. Weiß sich in finanzieller Not zu helfen (Sozialamt, leiht sich Geld von Freunden oder Verwandten aus)	2.40
b. Ist bemüht, mit den vorhandenen finanziellen Mitteln auszukommen	2.65
c. Verbessert finanzielle Situation durch Nebenjob	0.55
<b>Gesamtmittelwert für Hauptgruppe D</b>	<b>1.67</b>

die in einer Partnerschaft leben, die einzelnen Items in dieser Kategorie überdurchschnittlich hoch eingeschätzt. Einen geringen Mittelwert erzielt die Kategorie D.17 (Freunde, Kollegen, Nachbarn), dazu trägt vor allem das Item 17a bei, nämlich praktische Unterstützung bei Freunden zu mobilisieren, sowie das Item 17c, d.h. selbst eine unterstützende Rolle bei Freunden oder Nachbarn zu spielen. Allerdings besteht eine relativ hohe Ausprägung für das Item 17b, das besagt, daß der Betreffende emotionalen Halt und Unterstützung bei Freunden sucht.



**Abb. 5: Hauptgruppe D: Aktivierung sozialer und materieller Ressourcen**

#### 4.3.3.6 Verteilung der Mittelwerte der Ratings für die Hauptgruppe E (Selbstverwirklichung und Lebenssinn) und ihre Kategorien und Einzelitems

Tabelle 32 und Abbildung 6 zeigen die höchsten Mittelwerte für die Kategorie E.21 (Empathie mit den Mitmenschen) sowie für Kategorie E.24 (Sinn im Leben), gefolgt von Kategorie E.23 (Optimistische Lebenseinstellung) und Kategorie E.20 (Lebensziele) – verglichen mit dem Gesamtmittelwert von 1.63.

In der am höchsten eingeschätzten Kategorie E.21 haben beide Einzelitems hohe Werte: nämlich das Interesse am Leben und Schicksal anderer Menschen (Item 21a) sowie die Bereitschaft, anderen zu helfen (Item 21b). In der Kategorie E.24 »Sinn im Leben« erzielen zwischenmenschliche Beziehungen (Item 24c) die stärksten Ausprägungen, leicht erhöhte Mittelwerte haben »höhere ethische Werte« (Item 24d), Entwicklung eines eigenen Wertsystems (Item 24b) und Erleben von Sinnhaftigkeit im eigenen Tun (Item 24a). In Kategorie E.23 (Optimistische Lebenseinstellung) fällt der überdurchschnittliche Mittelwert für das Einzelitem 23a auf: Der Wunsch nach Stabilität und Beibehalten der jetzigen Lebenssituation und die Hoffnung, daß sich die derzeitige Lebenssituation nicht verschlechtert. Die optimistische Lebenseinstellung fällt eher durchschnittlich aus (Item 23b). In Kategorie E.20 (Lebensziele) hat der Mittelwert für die Entwicklung eigener Lebensziele hinsichtlich Familie, Beruf oder bestimmter Aktivitäten eine überdurchschnittliche Ausprägung (Item 20a). Allerdings wird die Umsetzung dieser Lebensziele in die Realität geringer eingeschätzt (Item 20b).

Das Bedürfnis nach Spiritualität und Glauben fällt im Durchschnitt niedrig aus. Eine Teilgruppe der Probanden ist jedoch ausdrücklich religiös und orientiert sich stark an ihrem Glauben, im Durchschnittswert für die Kategorie E.25 werden die hohen Ratings für diese Teilgruppe allerdings nicht sichtbar.

Tab. 32: Mittelwerte für Hauptgruppe E und ihre Kategorien und Einzelitems

<b>E. Streben nach Selbstverwirklichung und Lebenssin</b>	<b>Probanden (N=20)</b>
	<b>Mittelwerte</b>
	<b>Einzelitems Kategorien</b>
<b>20. Fähigkeit zur Entwicklung von und Orientierung an Lebenszielen</b>	1.78
a. Entwickelt eigene Lebensziele (z.B. Familie, Beruf, bestimmte Tätigkeiten)	2.10
b. Orientiert sich an eigenen Lebenszielen (z.B. setzt Teile davon in reale Praxis um)	1.45
<b>21. Fähigkeit, Empathie und Solidarität mit den Mitmenschen zu entwickeln</b>	1.98
a. Interesse am Leben und Schicksal anderer Menschen	1.90
b. Hat Bereitschaft, anderen zu helfen	2.05
<b>22. Streben, kulturelle und kreative Fähigkeiten und Interessen zu entwickeln</b>	1.12
a. Hat eigene geistige und kulturelle Interessen und setzt sie z.T. in die Tat um	1.50
b. Fühlt sich durch kreativ-künstlerische Tätigkeit innerlich bereichert	0.74
<b>23. Entwicklung von optimistischer Lebenseinstellung in bezug auf sich selbst</b>	1.79
a. Wunsch nach Beibehaltung der jetzigen Lebenssituation (keine Verschlechterung)	2.10
b. Hat optimistische Einstellung zu sich selbst	1.58
c. Macht Pläne für die Zukunft	1.68
<b>24. Gefühl, einen Sinn im Leben zu finden</b>	1.85
a. Erlebt Sinnhaftigkeit im eigenen Tun	1.70
b. Entwickelt eigenes Wertesystem	1.70
c. Zwischenmenschliche Beziehungen (Familie, Partner, Freunde etc.) geben Lebenssinn	2.20
d. Höhere ethische Werte sind wichtig (z.B. soziale Gerechtigkeit, Frieden, Menschlichkeit)	1.79
<b>25. Bedürfnis nach Spiritualität und Glauben</b>	1.29
a. Orientierung an ethischen Richtlinien der Religion	1.33
b. Emotionaler Halt durch religiösen Glauben oder Spiritualität	1.47
c. Der eigene Lebensentwurf wird am Glauben ausgerichtet	1.07
<b>Gesamtmittelwert für Hauptgruppe E</b>	<b>1.64</b>

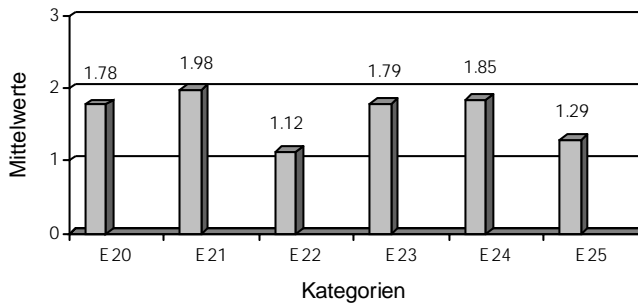


Abb. 6: Hauptgruppe E: Streben nach Selbstverwirklichung und Lebensinn

#### 4.3.4 Ergebnisse der Inhaltsanalyse der spezifischen narrativen Statements im GRI (Forschungsfrage 4)

Der Inhaltsanalyse liegen alle narrativen Statements zu den Einzelitems des Gesundheitsressourcen-Inventars (GRI) zugrunde, die einen Mittelwert höher als 1.75 aufweisen. Von den 77 Einzelitems des Gesundheitsressourcen-Inventars trifft dies auf 34 Einzelitems zu. Da die Darstellung sämtlicher narrativer Statements zuviel Raum beanspruchen würde, wurde in der vorliegenden Buchpublikation auf sie verzichtet (detaillierte Auflistung siehe SCHMOLKE, 2001). Im folgenden werden die oben erwähnten 34 Einzelitems erwähnt, für die narrative Statements erstellt wurden. Ein Einzelitem pro Hauptgruppe wird jeweils durch ein Beispiel illustriert.

- Innerhalb der **Hauptgruppe A** »Umgang mit eigener aktueller Krankheit« wurden narrative Statements zu folgenden Einzelitems aufgelistet:
  - Einzelitem 1a: »Ist sich der eigenen Krankheit bewußt«
  - Einzelitem 1b: »Akzeptiert die eigene Erkrankung«
  - Einzelitem 1d: »Fühlt sich aktuell nicht krank«
  - Einzelitem 4a: »Gesteigerte Fähigkeit, mit der Krankheit umzugehen«
  - Einzelitem 4b: »Materielle Vorteile durch die Erkrankung«
  - Einzelitem 4c: »Entlastung vom beruflichen Streß«

Beispiel eines narrativen Statements zu Einzelitem 4a:

034 w [3]: Hat gute Erfahrung mit Medikamentenreduzierung und alternativen Medikamenten gemacht [1640 LQ]. Nach vielen Jahren gemerkt, daß eigene Einstellung zur Krankheit, v.a. Motivation, sich positiv auf ihren Zustand auswirkt [1033 IBE]. Symptome verschwanden bei: Ablenkung mit guter Musik, sich in Ruhe hinsetzen und nachdenken, warum man aufgeregt ist, sich Ablenken durch Fernsehen [1648 LQ].

- Innerhalb der **Hauptgruppe B** »Steigerung der elementaren Gesundheit« wurden narrative Statements zu folgenden Einzelitems aufgelistet:
  - Einzelitem 5a: »Sorgt für Ruhephasen bei Erschöpfung«
  - Einzelitem 6a: »Sorgt für gesunde und ausgewogene Ernährung«
  - Einzelitem 7a: »Strebt nach emotionalem Ausgleich«
  - Einzelitem 7b: »Wiederherstellen des emotionalen Wohlbefindens durch soziale Interaktion mit Menschen oder Tieren«

Beispiel eines narrativen Statements zu Einzelitem 7a:

042 w [2]: Versucht, Aktivitäten aus der Ruhe heraus anzugehen, nicht überstürzt, was ihr zunehmend gelingt [1003 LQ]. Musik hören, Handarbeiten, lesen (u.a. religiöse Literatur)[1007 LQ]. »Stille Stunde« zum Auftanken [1019 LQ], Urlaub mit ihrem Mann [1055 LQ].

- Innerhalb der **Hauptgruppe C »Allgemeine Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung«** wurden narrative Statements zu folgenden Einzelitems aufgelistet:

Einzelitem 8a: »Achtet auf Körperpflege«

Einzelitem 8b: »Achtet auf saubere Kleidung«

Einzelitem 8c: »Achtet auf Sauberkeit und Ordnung in der Wohnung«

Einzelitem 9a: »Fähigkeit, den Haushalt eigenständig zu führen«

Einzelitem 9b: »Sorgt für geregelten Tagesablauf«

Einzelitem 10b: »Pfleget aktiv soziale Kontakte«

Einzelitem 11a: »Passive Streßbewältigung«

Beispiel eines narrativen Statements zu Einzelitem 11a:

100 w [2]: Vermeidet bewußt Überlastungssituationen, zieht sich öfter zurück, schläft viel, vermeidet Hektik. Verzichtet manchmal auch auf schöne Dinge (z.B. Chor) wegen Überlastung [813 LQ].

- Innerhalb der **Hauptgruppe D »Aktivierung sozialer und materieller Ressourcen«** wurden die Statements zu folgenden Einzelitems aufgelistet:

Einzelitem 12a: »Geht regelmäßig zur ambulanten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Behandlung«

Einzelitem 13a: »Hat vertrauensvollen Kontakt zum Arzt/Therapeuten«

Einzelitem 13b: »Kommuniziert über eigene Lebenssituation, die über die Krankheit hinausgeht«

Einzelitem 16a: »Erlebt die Familie als Schutz vor Alleinesein«

Einzelitem 16b: »Sucht Unterstützung bei einzelnen Familienmitgliedern«

Einzelitem 16c: »Nimmt selbst eine wichtige Rolle für die Familie ein«

Einzelitem 18a: »Wohnung ist ein Rückzugsort«

Einzelitem 18b: »Wohnung ist wichtiger Lebensraum«

Einzelitem 18c: »Unternimmt Anstrengung, eine behagliche Wohnatmosphäre zu schaffen«

Einzelitem 19a: »Bemühen um stabile finanzielle Situation«

Einzelitem 19b: »Ist bemüht, mit den vorhandenen finanziellen Mitteln auszukommen«

Beispiel eines narrativen Statements zu Einzelitem 16a:

096 w [3]: Eltern, ebenso ihr Sohn und ihr Partner, zählen zu den wichtigsten Personen [24 LQ]. Haben viel Kontakt, zur Zeit meistens über Telefon [52 LQ].

- Innerhalb der **Hauptgruppe E »Streben nach Selbstverwirklichung und Lebenssinn«** wurden die narrativen Statements für folgende Einzelitems aufgelistet:

Einzelitem 20a: »Entwickelt eigene Lebensziele«

Einzelitem 21a: »Interesse am Leben und Schicksal anderer Menschen«

Einzelitem 21b: »Hat Bereitschaft, anderen zu helfen«

Einzelitem 23a: »Wunsch nach Beibehalten der jetzigen Lebenssituation«



Einzelitem 24c: »Zwischenmenschliche Beziehungen geben Lebenssinn«

Einzelitem 24d: »Höhere ethische Werte sind wichtig«

Beispiel eines narrativen Statements zu Einzelitem 21b:

047 m [3]: Nimmt wohnungslose Menschen in seiner Wohnung auf, um ihnen zu helfen [526 LQ]. Kümmerst sich etwas um seinen geistig behinderten Bruder, der im Pflegeheim lebt [351].

#### 4.3.4.1 Ergänzende Analyse von Statements zu einzelnen Sonderbereichen

Bei der Durchsicht des Materials und der inhaltsanalytischen Auswertung des Inventars fielen insbesondere zwei wichtige Bereiche auf, die eine ausgeprägte gesundheitsförderliche Bedeutung für die Probanden haben, deren Mittelwerte im Gruppendurchschnitt (N = 20) aber niedriger als 1.75 waren, da diese Kategorien nur für eine Teilgruppe zutraf. Es handelt sich um die beiden folgenden Bereiche »Partnerschaft« und »Spiritualität/Glauben«.

##### ▪ *Sonderbereich »Partnerschaft«:*

Elf von 20 Probanden hatten zum Zeitpunkt der Interviews einen Partner bzw. leben seit vielen Jahren in einer festen Partnerschaft bzw. Ehe. Innerhalb dieser Gruppe ist die emotionale und soziale Unterstützung durch den Partner eine wichtige Ressource. Einige Probanden betonen, wie wichtig der Partner besonders in den Krankheitsphasen für sie gewesen ist und daß die Partnerschaft ihnen emotionalen Halt und eine gewisse Struktur im Leben gibt. Innerhalb der Kategorie D.15 wurden folgende Einzelitems für die Probanden mit Partner hoch eingeschätzt.

Kategorie D.15 »Mobilisierung emotionaler und sozialer Unterstützung durch den Partner«

Einzelitem 15a: »Erlebt Partnerschaft als Schutz vor Alleinesein«

Einzelitem 15b: »Sucht Unterstützung beim Partner (z.B. Aktivierung, Strukturhilfe, Trost, Verständnis)

Einzelitem 15c: »Nimmt selbst eine wichtige Rolle für den Partner ein«

Einzelitem 15d: »Tauscht Zärtlichkeiten aus bzw. hat eine befriedigende Sexualität«

Beispiel eines narrativen Statements zu Einzelitem 15a:

057 m [3]: Lebt mit der dritten Ehefrau zusammen. Ist froh, jemanden zu haben und nicht alleine zu leben. Er hat sich als Junggeselle ziemlich verwahrlosen lassen [203 LQ].

##### ▪ *Sonderbereich »Spiritualität und Glauben«:*

Der Bereich Spiritualität und religiöser Glaube hat für einen Teil der Probanden (8 von 20) eine wichtige Bedeutung. Ihr Glaube gibt ihnen Trost, Halt und Orientierungshilfe und hilft ihnen, mit ihrer Krankheit zu leben und sie zu akzeptieren. Für vier Probanden (095, 033, 042, 063) hat der religiöse Glaube z.T. eine übersteigerte Bedeutung und ist – bei 042 und 063 nur in akuten Krankheitsphasen – mit psychotischen Inhalten vermischt. Die Einzelitems wurden bei den Probanden 042 und 063 aber dennoch als relativ hoch geratet, da für sie der Glaube subjektiv eine wichtige Bedeutung hat. Innerhalb der Kategorie E.25 wurden für die Probanden mit religiöser Einstellung folgende Einzelitems hoch eingeschätzt.

Kategorie E.25 »Bedürfnis nach Spiritualität und Glauben«

Einzelitem 25a: »Orientierung an ethischen Richtlinien der Religion«

Einzelitem 25b: »Emotionaler Halt durch religiösen Glauben oder Spiritualität«

Einzelitem 25c: »Der eigene Lebensentwurf wird am Glauben ausgerichtet«

Beispiel eines narrativen Statements zu Einzelitem 25c:

063 w [3]: Wird von ihrem Glauben geführt und geleitet. »Die Religion hat viel Sinn für mich.

(I:Hm) Das ist mein Glaube. Durch den Glauben wachse ich und reife ich.« [514, 842 LQ].

#### 4.3.4.2 Darstellung der den Statements zugrundeliegenden Hauptthemen

Den zu entwickelnden Hauptthemen liegen 36 (von insgesamt 77) Einzelitems zugrunde, deren Mittelwerte im Gesundheitsressourcen-Inventar (GRI) höher als 1.75 eingeschätzt wurden. Die zwei Sonderbereiche »Partnerschaft« und »Spiritualität/Religion« wurden hinzugenommen, da sie für eine Teilgruppe der 20 Probanden eine hohe gesundheitsförderliche Bedeutung haben, deren Einzelitems aber im Gesamtdurchschnitt unter 1.75 liegen. Die Hauptthemen wurden im Rahmen einer Inhaltsanalyse auf der Grundlage der einzelnen narrativen Statements für jeden Probanden entwickelt. Die Hauptthemen beinhalten explizit diejenigen Aktivitäten und Einstellungen der Probanden sowie diejenigen Ressourcen und protektiven Faktoren, die für die Stärkung oder Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit von Bedeutung sind.

Es wurden insgesamt 26 Hauptthemen inhaltsanalytisch herausgearbeitet, die in Tabelle 33 aufgelistet sind. Die Hauptthemen werden im Anschluß daran im einzelnen kurz beschrieben und mit Beispielen bzw. Ankerbeispielen illustriert.

##### *Hauptthema 1: »Entwicklung eines subjektiven Krankheitsverständnisses«*

Die Probanden benennen ihre Erkrankung mit medizinischen Diagnosen und/oder beschreiben sie aus ihrem eigenen Verständnis und ihrer subjektiven Erlebensweisen heraus. Die Aussagen dokumentieren, daß sich die Probanden über die Tatsache und die Art ihrer Erkrankung bewußt sind und sie nicht verleugnen.

##### *Ankerbeispiele zum Hauptthema 1*

»Schizophrenie ... daß ich in zwei Welten lebe, in einer Welt, die sichtbar ist, und in einer Welt, die unsichtbar ist.« [042w]

»... durchgedreht mit den Nerven...« [100w]

»... eine ab und zu auftretende Geisteskrankheit...« [061m]

»Das war wie eine Eingebung hier, als wenn da jemand anders in mir drin steckte« [053m]

Beschreibung in Fachausdrücken: 095, 033, 018, 100, 034, 096, 061, 047, 042, 068, 045, 007, 082, 057, 015, 063, 024 [Narrative Statements, A.1a]

Beschreibung in eigenen Erlebensweisen: 095, 033, 100, 096, 090, 061, 074, 042, 045, 007, 082, 053, 057, 015, 024 [Narrative Statements, A.1a]

**Tab. 33: Hauptthemen, die den narrativen Statements zugrundeliegen**

---

1. Entwicklung eines subjektiven Krankheitsverständnisses
  2. Die Erkrankung akzeptieren und mit ihr leben
  3. Krankheitsgefühl nur in akuten Krankheitsphasen
  4. Zunehmende Erkenntnis über den Zusammenhang zwischen Krankheit und Lebensumständen
  5. Zunehmende Erfahrung und Fähigkeit, mit der Krankheit umzugehen
  6. Materielle Sicherheit durch die Rente
  7. Entlastung von früherem beruflichen Streß
  8. Wunsch nach Tätigkeit, die den bestehenden Fähigkeiten entspricht
  9. Bedürfnis, Teil der Gesellschaft zu sein und gebraucht zu werden
  10. Achten auf eigene körperliche Bedürfnisse
  11. Herstellen des emotionalen Gleichgewichts durch multiple Aktivitäten
  12. Emotionales Wohlbefinden durch aktiven sozialen Austausch
  13. Bemühen um eine selbständige Lebensführung
  14. Gestaltung einer eigenen Tagesstruktur
  15. Reduzierung von Streß und Anforderungen
  16. Unterstützende Arzt-Patient-Beziehung
  17. Teilnahme in Peer-Gruppen
  18. Wunsch nach Distanz zum kranken Umfeld
  19. Partnerschaft als protektiver Faktor
  20. Familie als Ort sozialer Unterstützung und starker Bindungen
  21. Wohnung als wichtiger Lebensraum und Rückzugsort
  22. Anstrengung, mit begrenzten finanziellen Mitteln auszukommen
  23. Formulierung eigener Lebensziele mit dem Wunsch nach Stabilität
  24. Sinn im Leben durch zwischenmenschliche Beziehungen und für andere wichtig zu sein
  25. Orientierung an höheren ethischen Werten
  26. Emotionaler Halt durch Glauben und Spiritualität
-

*Mögliche Krankheitsursachen*

Desweiteren haben alle Probanden unterschiedliche Vorstellungen über mögliche Krankheitsursachen und -auslöser. Viele von ihnen geben multiple Ursachen für ihre Erkrankung an: Familiäre Einflüsse, Überlastung, Streß, Überforderung, zu hohe Anforderungen an sich selbst, soziales Umfeld, Vererbung, Veranlagung, mangelnder Halt und Liebe, belastende Ehe, Lebensumstände, Halswirbelschaden, Weisheitszahn, gesellschaftliche Bedingungen

**Ankerbeispiele zum Hauptthema 1**

»...psychische Belastung, der ich .. nicht gewachsen war.« [061m]

»Ich suchte immer Freundschaft und Liebe (I:Hm), und die hatte ich nicht gefunden.« [064w]

»Vielleicht hat's meine richtige Mutter gehabt, aber die war glaube ich manisch.« [045w]

Nennen multiple Ursachen: 095, 018, 034, 096, 074, 042, 068, 007, 057, 063, 024 [Narrative Statements, A.1a]

Nennen nur eine Ursache: 033, 100, 090, 061, 047, 045, 015 [Narrative Statements, A.1a]

Nennen keine Ursache: 082, 053 [Narrative Statements, A.1a]

**Hauptthema 2: »Die Krankheit akzeptieren und mit ihr leben«**

Die Probanden versuchen, nach vielen Krankheitsjahren, die Tatsache ihrer Erkrankung zu akzeptieren und mit der Erkrankung zu leben. Die Krankheit wird als »Schicksal« [095m] oder als »Gnade Gottes« [033m] hingenommen. Einige haben sich lange Zeit gegen die Krankheit gestäubt und z.T. ihre Medikamente abgesetzt. Der Akzeptanz ging ein längerer Prozeß der Auseinandersetzung mit der Krankheit voraus. Vier Probanden akzeptieren die Erkrankung bis heute noch nicht.

**Ankerbeispiele zum Hauptthema 2**

»Das ist nun mal so, da kann man nichts machen.« [018m]

»Ne, also damit kann ich nicht, damit muß ich leben. (I:Hm) Und wie gesagt, es belastet mich auch nicht.« [024w]

»Na, man weiß, daß man die Krankheit hat und muß damit leben.« [082m]

Akzeptieren die Erkrankung: 095, 033, 018, 034, 096, 090, 047, 074, 042, 068, 045, 007, 082, 057, 015, 024 [Narrative Statements, A.1b]

Akzeptieren die Erkrankung nicht oder nur schwer: 100, 061, 053, 063 [Narrative Statements, A.1b]

**Hauptthema 3: »Krankheitsgefühl nur in akuten Krankheitsphasen«**

Die meisten der Probanden fühlen sich zur Zeit der Interviewdurchführung nicht psychisch krank und manche bezeichnen sich zur Zeit als »gesund« oder »fast gesund«. Die Probanden vergleichen ihre momentane Befindlichkeit mit früheren akuten Krankheitspha-

sen, in denen sie eindeutig krank gewesen sind. Einige Probanden bezeichnen sich seit einigen Jahren gesundheitlich stabil, d.h. sie hatten in dieser Zeit keine akute Psychose mehr und mußten nicht stationär behandelt werden. Einige Probanden stehen unter den Nachwirkungen einer kürzlich erlebten Psychose und fühlen sich zur Zeit des Interviews noch instabil.

### ***Ankerbeispiele zum Hauptthema 3***

Die Krankheit »ist nicht so wichtig irgendwie in meinem Leben..., daß ich da nun pausenlos dran denke«. »...fast zwei Jahre also bin ich gesund...« [034w]

»Jetzt bin ich ja gar nicht krank.« [063w]

»...seit der neuen Behandlung da ist eine gewisse Verbesserung eingetreten, ich bin .. fast gesund...« [082m]

Fühlen sich aktuell (eher) nicht krank: 018, 100, 034, 096, 061, 047, 074, 042, 045, 007, 082, 053, 057, 063, 024 [Narrative Statements, A.1d] Fühlen sich aktuell (eher) krank: 095, 033, 090, 068, 015 [Narrative Statements, A.1d]

Fühlen sich bzw. sind körperlich krank (Rückenschmerzen, Tumor): 047m, 024w [Narrative Statements, A.1d]

### ***Hauptthema 4: »Zunehmende Erkenntnis über den Zusammenhang zwischen Krankheit und Lebensumständen«***

Einige Probanden haben im Laufe ihrer jahrelangen Erkrankung erkannt, daß ihre Krankheit in Zusammenhang steht mit ihrem Leben, d.h. mit bestimmten Lebensumständen und Lebenseinstellungen und -erfahrungen und daß die Krankheit nicht einfach »über sie gekommen« ist. Diese Erkenntnis ging bei einigen Probanden mit leid- und schmerzvollen Erfahrungen einher, z.B. erkennen zu müssen, daß sie über viele Jahre hinweg ihr Leben nicht nach den eigenen Bedürfnissen gelebt haben oder an sich selbst zu hohe Anforderungen gestellt haben, die sie nicht erfüllen konnten. Erst aufgrund dieser Erkenntnis waren sie in der Lage, in ihrem Leben etwas zu verändern.

### ***Ankerbeispiele zum Hauptthema 4***

»Denn mein Mann war nur eine Belastung von Anfang. Der hat mich noch belastet, obwohl ich krank war. (I:Ja) ... Es war furchtbar. Von Anfang an! (I:Mhm) Ich hätte ihn gar nicht erst heiraten sollen.« [096w; A.4a]

»Ich wollte immer der erste sein und immer vorneweg, immer der beste. Das hab ich nicht geschafft, weil ich nicht kreativ war... Ich mußte mir alles durch Fleiß erarbeiten und das hat mich überfordert.« [057m; A.4a]

»...das war letztendlich immer nur Arbeit .. weil der Tag immer ausgefüllt war.. Naja, das war .. dann der Nervenzusammenbruch...« [024w; A.1a]

Erkennen Zusammenhang zwischen Krankheit und Lebensumständen: 100, 034, 096, 061, 042, 068, 007, 057, 015, 063, 024 [Narrative Statements, A.1a, A.4a]

**Hauptthema 5: »Zunehmende Erfahrung und Fähigkeit, mit der Krankheit umzugehen«**

Mit zunehmendem Wissen der Probanden, in welchen Situationen Symptome und Krankheitsanzeichen auftreten, haben sie im Laufe der Zeit die Erfahrung gesammelt, darauf sinnvoll und angemessen zu reagieren. Zu Beginn ihrer Erkrankung waren sie noch hilfloser und hatten noch wenig Erfahrung im Umgang mit ihrer Krankheit. Fast alle Probanden nennen eine bis mehrere Möglichkeiten, auf die Krankheit Einfluß zu nehmen.

**Beispiele zum Hauptthema 5**

Einsicht entwickelt, daß Hauptverantwortung bei einem selbst liegt [095m];

Gelernt, daß man die Krankheit zu 50% selbst beeinflussen kann [018m];

Erhöhte Wachsamkeit gegenüber den Symptomen entwickelt [042w]

Nicht sinnlos jeden Quatsch im Fernsehen anschauen [018m];

Erfahrung gemacht, daß Medikamente vor Rückfällen schützen [095m, 033m, 096w, 047m, 082m] bzw. alternative Medikamente helfen [034w];

Überlastung und Überforderung vermeiden [100w, 096w, 007w, 057m, 024w];

Muß bei der Arbeit auf Belastungsgrenzen achten [007w; A.4c]

Eigene Einstellung, Wille, Motivation wirken sich positiv auf den eigenen Zustand aus [034w, 015w];

Sich ablenken mit guter Musik oder Fernsehen [034w];

Sich entspannen und für Ruhe sorgen [034w, 096w, 024w];

Arzt aufsuchen bei Verschlechterung des Zustandes [096w, 045w];

Psychotische Gedanken verdrängen [045w];

Der eigenen Krankheit nicht zuviel Aufmerksamkeit schenken [034w, 024w];

Vermeiden, zuviel durchzuhängen; aus dem Bett kommen [018m];

Eine zufriedenstellende Arbeit haben bzw. eine Struktur haben [018m, 061m];

Durchhaltevermögen entwickeln [068w];

Die Erwartungen nach unten schrauben [015w]

Sich in Ruhe hinsetzen und nachdenken, warum man aufgeregt ist [034w]

Sich durch hilfreiche Menschen wieder aufbauen lassen [068w]

Nennen mehrere Möglichkeiten, Einfluß zu nehmen: 095m, 033m, 018m, 100w, 034w, 096w, 061m, 042w, 068w, 045w, 007w, 057m, 015w, 063w, 024w [Narrative Statements, A.4a]

Nennen nur eine Möglichkeit: 047m, 082m [Narrative Statements, A.4a]

Nennen keine Möglichkeit: 090m, 074m, 053m [Narrative Statements, A.4a]

**Hauptthema 6: »Materielle Sicherheit durch die Rente«**

Für die meisten Probanden bedeutet das Beziehen der Erwerbsunfähigkeitsrente eine finanzielle Stabilität und Sicherheit. Die Rente bietet einen Schutz und beruhigt sie, sie müssen sich nicht um ihre Existenzgrundlage sorgen. Bei manchen Probanden ist die Rente sehr gering, sie sind von ihrer Familie finanziell abhängig. Einigen bietet die Rente eine sichere materielle Basis und sie können sich durch eine Teilzeitbeschäftigung Geld dazu verdienen.

**Beispiele zum Hauptthema 6**

Rente ist wichtiger Stabilisator [033m];

um Rente zu behalten, werden bei Behörden die psychotischen Symptome betont [095m];

Rente bedeutet Entlastung und Sicherheit [096w];

Rente ist lebensnotwendig [057m];

fühlt sich durch Rente geschützt [074m]

**Ankerbeispiel**

»Na, es gibt mir erst mal Sicherheit. Jetzt kann ich mich endlich um den A. kümmern, sonst mußte ich immer arbeiten, hatte für den Jungen keine Zeit.« [096w]

Rente bzw. Arbeitslosengeld bietet Sicherheit: 095m, 033m, 018m, 100w, 034w, 096w, 061m, 047m, 074m, 042w, 045w, 007w, 082m, 053m, 057m, 015w, 024w [Narrative Statements, A.4b]

Rente ist nicht ausreichend: 090m, 068w, 063w [Narrative Statements, A.4b]

**Hauptthema 7: »Entlastung von früherem beruflichen Streß«**

Für viele Probanden bedeutet der Rentenstatus eine Entlastung, d.h. nicht mehr arbeiten zu müssen und sich den hohen Anforderungen ihrer früheren Arbeitssituation nicht mehr stellen zu müssen. Manche Probanden haben im Schichtdienst 30 oder 40 Jahre lang gearbeitet. Viele sagen, sie würden sich den heutigen Arbeitsanforderungen nicht mehr gewachsen fühlen. Zwei Probanden [034w, 007w] arbeiten stundenweise, sie können sich keinen 8-Stunden-Tag mehr vorstellen, zwei andere [018m, 100w] arbeiten an einem geschützten Arbeitsplatz, an dem humanere Bedingungen als an einem regulären Arbeitsplatz herrschen. Einige Probanden fühlen sich nicht entlastet, da sie gerne wieder arbeiten würden bzw. sich als Rentner nicht vollwertig fühlen.

**Ankerbeispiele zum Hauptthema 7**

»Ich könnte nicht mehr (arbeiten). Ich will nicht mehr müssen.« [015w]

»... ich weiß es nicht, ob ich dem Druck da gewachsen wär oder so...« [018m]

»Ich bin ehrlich gesagt im Augenblick sehr froh, daß ich die hab, die Rente, und ich könnt mir wirklich nicht vorstellen, ... acht Stunden arbeiten (und) Haushalt...« [034w]

Fühlen sich entlastet: 095m, 033m, 018m, 100w, 034w, 096w, 074m, 042w, 068w, 045w, 082m, 057m, 015w, 024w [Narrative Statements, A.4c]

Fühlen sich eher nicht entlastet: 090m, 061m, 047m, 053m, 063w [Narrative Statements, A.4c]

**Hauptthema 8: »Wunsch nach Tätigkeit, die den bestehenden Fähigkeiten entspricht«**

Einige der Probanden, die nicht mehr arbeiten, haben den Wunsch, wenigstens stundenweise wieder tätig zu sein. Sie fühlen sich nicht ausgelastet und haben zuviel freie Zeit. Die Arbeit sollte auf ihre Bedürfnisse eingehen, ihre Leistungsgrenzen berücksichtigen und ihren aktuell bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechen.

**Ankerbeispiele zum Hauptthema 8**

»Ja, ich würde gerne Arbeit haben..« [047m]

»Und wenn ich etwas Passendes finden würde, (I:Hm) was meinen Fähigkeiten entsprechen würde, da würde ich das auch ganz gerne machen.« [057m]

»Eine Beschäftigung hätte ich gern, ja. ... Ich hab schon immer was angenommen, mal Zeitung ausgetragen und so weiter hier. ... Das war eben zu anstrengend und .. war nicht viel Geld, ja. ... Als Hausmeisterposten finde ich ja auch, könnte ich ja auch machen, .. mit helfen hier.« [053m]

Wunsch nach Tätigkeit haben: 096w, 090m, 061m, 047m, 042w, 068w, 053m, 057m [Narrative Statements, A.4c und E.20a]

**Hauptthema 9: »Bedürfnis, Teil der Gesellschaft zu sein und gebraucht zu werden«**

Einige der Probanden haben das Gefühl, ohne Arbeit nicht mehr »vollwertig« oder »asozial« zu sein, sie wollen nicht nur »passive Empfänger« der Rente sein, sondern aktiv etwas beitragen, um für andere nützlich zu sein. Sie drücken explizit das Bedürfnis aus, in der Gesellschaft gebraucht zu werden.



**Ankerbeispiele zum Hauptthema 9**

»Ich will wieder Teil der Gesellschaft sein und nicht irgendwie so ein asoziales Element, der von anderen lebt und so.« [095m]

»Na ja, ... meine Faulheit, die sagt mir, also es ist ganz gut, daß du nicht mehr arbeitest, aber mein Verstand sagt mir, es wäre besser für dich und die Gesellschaft, wenn du noch was leisten würdest.« [057m]

»Mein größter Wunsch wäre schon, noch mehr gebraucht zu werden. Und in dem Gebrauchtwerden mache ich immer wieder die Erfahrung, daß es .. Tage gibt, wo ich viel Kraft habe und wo ich glaube, da auch nützlich sein zu können... Da bin ich ganz glücklich, da fühle ich mich auch vollwertig.« [042w]

Haben das Bedürfnis, gebraucht zu werden: 095m, 100w, 090m, 042w, 053m, 057m [Narrative Statements, A.4c]

**Hauptthema 10: »Achten auf eigene körperliche Bedürfnisse«**

Die meisten Probanden sorgen für ausreichende Entspannung und Ruhepausen und achten auf geregeltes Essen. Fast die Hälfte der Probanden wird mit Essen versorgt. Der Übergang zwischen Ruhepausen nach Erschöpfung einerseits und ein Zuviel an Schlaf und Lethargie andererseits ist bei einigen Probanden fließend. Bei ihnen gibt es wenig Aktivitäten in ihrem Alltag, von denen sie sich erholen müßten bzw. stammt die Müdigkeit von den Medikamenten.

**Beispiele zum Hauptthema 10**

Macht regelmäßig Mittagschlaf [033m, 007w, 053m]

Achtet auf Ruhephasen tagsüber [100w, 034w, 096w, 047m, 068w, 045w, 024w]

Genießt es, im Bett zu liegen und mit Plüschtieren zu kuscheln [063w]

Legt »stille Stunde« ein zum Auftanken und Abschalten [042w]

Achtet auf gesunde Ernährung [100w, 034w, 068w, 057m]

Kocht regelmäßig für sich [096w, 042w, 068w, 007w, 024w]

Wird von Mutter bzw. Ehefrau versorgt [095m, 033m, 018m, 090m, 074m, 045w, 082m, 053m, 057m]

Geht in Patientenclub zum Essen [033m, 018m, 061m]

Bekommt Essen im Wohnheim [063w]

Bekommt Essen von Pflegedienst [015w]

Sind oft müde, lethargisch, schlafen zuviel (u.a. wegen Medikamenten): 095m, 018m, 090m, 074m, 082m, 057m [Narrative Statements, B.5a]

Ist wegen Gehbehinderung bettlägerig und liegt daher viel im Bett: 015w [Narrative Statements, B.5a]

Kein gesunder Lebensstil: 047m [Narrative Statements, B.5a]

**Hauptthema 11: »Herstellen des emotionalen Gleichgewichts durch multiple Aktivitäten«**

Die Probanden nennen vielfältige Möglichkeiten, sich zu entspannen und sich zu beschäftigen. Die Aktivitäten beinhalten u.a. musische Interessen, handwerkliche Tätigkeiten, Bewegung, Tanzen, religiöse Bedürfnisse, alleine oder mit Menschen zusammen zu sein.

**Beispiele zum Hauptthema 11**

An der frischen Luft spazieren gehen [033m, 034w, 047m, 045w, 007w, 053m, 063w]

Auto fahren [033m, 096w, 053m]

Musik hören [018m, 047m, 042w, 045w, 082m, 057m, 015w]

Musik machen [018m, 082m]

Bücher, Zeitungen lesen [100w, 090m, 042w, 057m, 015w, 024w]

Schach spielen [061m, 082m]

Fernsehen/Radio hören [090m, 047m, 074m, 007w, 082m, 015w, 024w]

Einkaufsbummel/Flohmarkt [100w, 096w, 007w]

In Urlaub fahren [034w, 042w, 068w, 053m, 024w]

Gartenarbeit [053m]

Tanzen gehen [034w, 096w]

Essen gehen [096w]

Am Computer sitzen [057m]

Religiöse Schriften lesen [042w, 015w]

»Mit meinem Heiland« alleine sein [063w]

Wenig Möglichkeit zum emotionalen Gleichgewicht haben: 095m, 090m, 074m, 068w [Narrative Statements, B.7a]

**Hauptthema 12: »Emotionales Wohlbefinden durch aktiven sozialen Austausch«**

Die meisten Probanden sind in ein mehr oder weniger stark ausgeprägtes soziales Netz eingebunden. Sie nehmen darin z.T. eine aktive Rolle ein, d.h. sie pflegen Kontakte zu Freunden, die teilweise auch von psychischer Krankheit betroffen sind, und zu Familienmitgliedern. Manche haben zumindest einen Freund bzw. Freundin. Mit dem sozialen Austausch tragen sie selbst etwas zu ihrem emotionalen Wohlbefinden bei. Bei drei Probanden sind die Kontakte auf den engsten Kreis der Familie reduziert.

**Beispiele zum Hauptthema 12**

Beschreiben sich ausdrücklich als kontaktfreudig [096w, 047m, 053m]

Bedürfnis, mit dem Partner zusammen zu sein [033m, 034w, 096w, 057m]

Enges Verhältnis zur Familie [095m, 033m, 100w, 090m, 074m, 042w, 068w, 045w, 007w, 082m, 053m, 057m, 015w, 024w]

Kontakte zu nicht betroffenen Freund(en) [095m, 018m, 100w, 034w, 096w, 042w, 007w, 053m, 057m, 063w, 024w]

Kontakte zu psychisch kranken Freund(en) [095m, 033m, 100w, 061m, 047m, 068w, 045w, 007w]

Kontakte zu Arbeitskollegen [034w, 007w]

Täglicher Kontakt zu Krankenpflegern [015w]

Kontakte innerhalb eines Patientenclubs [095m, 033m, 018m, 061m, 047m, 045w]

Kontakte zum Pfarrer und innerhalb der kirchlichen Gemeinde [095m, 033m, 042w, 015w, 063w]

Kontakte im christlichen Wohnheim [063w]

Leben ausschließlich im engsten Kreis der Familie und haben keine Kontakte nach außen: 090m, 074m, 082m [Narrative Statements, B.7b und C.10b]

**Hauptthema 13: »Bemühen um eine selbständige Lebensführung«**

Dieser Bereich umfaßt die eigenständige Haushaltsführung, das Achten auf Ordnung und Sauberkeit in der Wohnung und in Bezug auf Kleidung und Körperhygiene. Die Einschätzung erfolgte als Gesamteindruck der Interviews, wenn nicht ausdrücklich darüber Aussagen gemacht wurden. Mehr als die Hälfte der Probanden bemühen sich um eine selbständige Lebensführung, d.h. führen ihren Haushalt eigenständig und sorgen für Sauberkeit und Ordnung in ihrem Lebensbereich. Vor allem diejenigen Probanden, die bei ihren Eltern leben, scheinen auch in diesen praktischen Dingen unbeholfen und unselbständig zu sein. Befinden sich die Probanden in einem psychisch instabilen Zustand, gelingt es ihnen meist nicht, für Ordnung und Sauberkeit zu sorgen und sind auf Hilfe angewiesen.

**Beispiele zum Hauptthema 13**

Selbständige Lebensführung: [034w, 096w, 047m, 042w, 068w, 007w, 053m, 024w]

Sorgen für Sauberkeit/Ordnung: [095m, 033m, 018m, 096w, 042w, 068m, 045w, 007w, 053m, 057m, 063w, 024w]

Haushalt zusammen mit (Ehe)Partner bzw. mit Kind: [095m, 033m, 096w, 042w, 068w, 053m, 057m]

Bekommen Hilfe im Haushalt: [095m, 015w]

Antrag auf betreutes Wohnen gestellt: [033m, 018m]

Leben bei den Eltern: [100w, 090m, 074m, 045w, 082m]

Lebt im Wohnheim: [063w]

#### ***Hauptthema 14: »Gestaltung einer eigenen Tagesstruktur«***

Obwohl die meisten Probanden (15) keiner geregelten Arbeit nachgehen und deshalb viel Freizeit haben, gelingt es elf von 15 Probanden, ihre Zeit individuell zu gestalten und sich zu beschäftigen. Fünf von 20 Probanden gehen einer stundenweise Tätigkeit nach (Teilzeitarbeit, Arbeit in Werkstatt, Weiterbildung), ihnen ist dadurch eine relativ strukturierte Tagesstruktur vorgegeben.

#### ***Beispiele zum Hauptthema 14***

Tätigkeit in Teilzeitjob, Weiterbildung, Werkstatt [018m, 100w, 034w, 061m, 007w]

Feste Struktur mit Haushalt, Kochen, Einkaufen [096w, 042w, 068w, 045w, 007w, 053m, 057m, 024w]

Sorgen um das eigene Kind [096w, 068w]

Sich mit Freunden treffen [033m, 100w, 034w, 096w, 045w, 007w, 053m, 024w]

Sich mit der Familie treffen [095m, 033m, 034w, 042w, 068w, 007w, 024w]

Musizieren alleine bzw. in einer Gruppe [018m, 082m]

In die Stadt gehen [100w, 096w, 061m, 047m, 007w, 063w, 024w]

In die Gaststätte / Kneipe gehen [090m, 047m, 074m, 045w]

Zuhause sein, Musik hören, Fernsehen, Lesen [095m, 033m, 090m, 061m, 074m, 082m, 057m, 015w, 024w]; z.B. »Langeweile haben wir keine« [082m]

Diverse Arzttermine, Gesprächsgruppe [095m, 033m, 018m, 034w, 053m, 024w]

Besuch des Patientenclubs [095m, 033m, 018m, 061m, 047m, 045w]

Gottesdienst / Bibelstunde [095m, 033m, 063w]

Können ihren Tagesablauf nur wenig gestalten: 095m, 090m, 074m, 015w, z.B. »Radio hören und den Tag vergehen lassen« [074m] [Narrative Statements, C.9b]

#### ***Hauptthema 15: »Reduzierung von Streß und Anforderungen«***

Die häufigsten Bewältigungsbemühungen der Probanden bei Anforderungen und Streß sind passive, vermeidende Umgangsweisen, obwohl auch – in geringerem Umfang – aktive Bewältigungsbemühungen vorhanden sind. Die Probanden ziehen sich zurück, vermeiden geistige bzw. körperliche Anstrengung und Anspannung sowie Kontakte mit anderen Menschen.

**Beispiele zum Hauptthema 15**

Sich in der Wohnung zurückziehen [095m, 033m, 018m, 100w, 090m, 061m, 074m, 042w, 068w, 045w, 082m, 057m, 015w, 024w]

Mit sich alleine sein und nachdenken [034w, 042w, 063w]

Schlafen, sich ins Bett legen [033m, 018m, 100w, 096w, 047m, 074m, 045w, 057m]

Bewußt auf Dinge, die Spaß machen würden, verzichten, um Überforderung zu vermeiden [100w, 034w]

Vermeidung von Aufregung und Überlastung [100w, 034w, 096w, 090m, 074m, 042w, 068w, 057m, 015w]

Raucht viel [047m]

Trinken ab und zu Alkohol in der Kneipe [090m, 047m, 074m]

Brauchen eher Betätigung und Aufgaben statt Rückzug: 007w, 053m

Sind auf Aktivierung von außen angewiesen: 090m, 074m [Narrative Statements, B.7b, C.11a]

**Hauptthema 16: »Unterstützende Arzt-Patient-Beziehung«**

Die Probanden sind alle in Behandlung bei einem ambulanten Psychiater bzw. Psychiaterin, bei dem sie Termine mit unterschiedlicher Frequenz haben: zweimal wöchentlich bis einmal in drei Monaten. Eine Probandin [042w] geht zusätzlich zu einem Seelsorger. Über die Verschreibung von Medikamenten und die Symptomatologie hinaus können sie mit ihrem Psychiater in den meisten Fällen auch über ihre Alltagsorgen und Probleme in ihrer jetzigen Lebenssituation sprechen. 14 von 20 Probanden schätzen das Verhältnis zu ihrem Arzt positiv ein. Die restlichen 6 Probanden sind eher skeptisch darüber eingestellt, ob ihr Arzt ihnen wirklich helfen kann.

**Beispiele zum Hauptthema 16**

Sind zufrieden; gutes Verhältnis: [033m, 018m, 100w, 034w, 096w, 047m, 074m, 045w, 007w, 024w, 015w]

Hat vertrauensvollen Kontakt: [042w, 057m, 063w]

Hat ein lockeres Verhältnis, Arzt »macht alles Menschenmögliche« [007w]

Arzt spricht Mut zu, herzliches Verhältnis [033m, 057m]

Ärztin hilft in Notsituationen [100w, 096w]

Arzt geht auf Wünsche bezüglich Medikamente ein [018m, 100w, 034w, 063w]

Behandlung ist »sorgsam, aber nicht aufdringlich« [057m]

Ärztin ist ihre »Freundin«, wird auch mal von ihr in den Arm genommen [063w]

Ärztin ist bestrebt zu helfen [015w]

Arzt gibt praktische Ratschläge [100w, 034w, 096w, 047m, 042w, 057m]

Kann mit dem Arzt über Probleme sprechen [018m, 034w, 096w, 047m, 042w, 068w, 045w, 007w, 063w]

Ärztin freut sich, wenn es ihr gut geht [100w]

Arzt macht sich Gedanken, wenn sie mal nicht zum Termin kommt [007w]

Bekommt vom Arzt kritisches Feedback [042w]

Wunsch nach tieferen therapeutischen Gesprächen [034w, 053m]

Wunsch in akuten Phasen nach Gesprächen zur Orientierung, was krank und was nicht krank ist [034w]

Spricht mit Ärztin auch über allgemeine Befindlichkeit, z.B. körperliches Befinden [024w]

Hat therapeutische Gespräche mit einem Seelsorger [042w]

Nette Sprechstundenhilfe [033m]

Sind skeptisch bzw. zwiespältig dem Arzt gegenüber eingestellt aus folgenden Gründen: Zuwenig Gespräche, zuwenig Erklärungen, ausschließlich Medikamente, Arzt kann nichts machen, Arzt weiß auch nicht mehr: 095m, 090m, 061m, 068w, 053m [Narrative Statements, D.13a]

Behandlung ist nur auf die Verschreibung von Medikamenten beschränkt: 082m, 061m [Narrative Statements, D.13a, 13b]

### ***Hauptthema 17: »Teilnahme in Peer-Gruppen«***

Einige Probanden gehen regelmäßig in eine Gesprächsgruppe unter der Leitung eines Therapeuten (fünf von 20), dieselben Probanden gehen regelmäßig in einen Patientenclub, um sich mit Menschen mit Psychiatrieerfahrung auszutauschen. Aus diesen Kreisen entwickeln sich kleinere informelle Gruppen, mit denen sich einzelne Probanden treffen und in ihrer Freizeit etwas unternehmen. Eine Probandin hat Anschluß an eine kirchliche Gruppe [042w]. Diese verschiedenen Gruppierungen stellen für die Probanden wichtige Bezugsgruppen dar.

#### ***Beispiele zum Hauptthema 17***

Austausch in wöchentlicher Gesprächsgruppe [095m, 033m, 018m, 061m 068w]

Wunsch nach Teilnahme an einer Gesprächsgruppe [096w]

Austausch im Patientenclub [095m, 033m, 018m, 061m, 047m, 045w]

Patientenclub ist wie ein Familienersatz, wo ihm sehr geholfen wurde [047m]

Freizeitaktivitäten in kleineren informellen Gruppen, z.B. Kino, Schachspielen, sich unterhalten, Musik machen, Ausflüge, sich gegenseitig helfen [095m, 033m, 018m, 061m, 045w]

Austausch in kirchlicher Gemeindegruppe [033m, 042w]

Explizit keine Gesprächsgruppe möchten die Probanden 034w, 007w, um sich nicht mit den Problemen anderer zusätzlich zu belasten [Narrative Statements, D.12a]

### ***Hauptthema 18: »Wunsch nach Distanz zum kranken Umfeld«***

Es besteht bei einigen Probanden der ausdrückliche Wunsch, sich von Gesprächsgruppen oder Patientenclubs fernzuhalten, um nicht immer wieder in Berührung zu kommen mit Patienten aus der Psychiatrie oder mit Themen, die sie zu sehr in die Sphäre der Krankheit hineindrängen würden. Sie möchten sich nicht mit den Problemen anderer zusätzlich belasten. Auch einige der Probanden, die regelmäßig Patientenclubs besuchen und diverse Freizeitaktivitäten mit anderen Betroffenen unternehmen, wünschen sich außerdem Kontakte zu sog. gesunden Menschen und möchten mehr aus dem »abgegrenzten Kreis« heraustreten.

#### ***Ankerbeispiele zum Hauptthema 18***

»Nur eben hab ich so das Gefühl, daß ich eben meistens nur Freunde kenne, die auch selber psychisch belastet sind, und ich würde auch gerne mit .. gesunden Freunden was unternehmen wollen, ne, die mich auch verstehen.« [033m, C.10b]

»Naja, irgendwo ist man .. doch ein bißchen ein abgegrenzter Kreis [im Patientenclub] irgendwie..., würde schon gerne mal bißchen auch aus der Sache mal ausbrechen so, ne. .... Ich meine, ich hab schon so zwei, drei Freunde noch, die, na sagen wir mal, Kumpels, Bekannte, die eben nichts hier damit zu tun haben...« [018m, C.10b]

»... Gruppen ist auch nicht, weil .. man .. auch nicht in so 'ner Gruppe unbedingt nun alles ausbreiten möchte (und) die andern dann ihre Meinung dazu sagen ..« [034w, D.12a]

»... und die Gesprächsgruppen .. das gefällt mir nicht. Ich war da schon mal drin, und (von) jedem hier die Krankheiten anzuhören ... das gefällt mir nicht. Das belastet mich dann..., ich bin da so ein bißchen sensibel und (I:Hm), nee das möchte ich nicht.« [007w, D.12a]

### ***Hauptthema 19: »Partnerschaft als protektiver Faktor«***

Elf von 20 Probanden leben in einer festen Partnerschaft bzw. haben zur Zeit des Interviews einen Partner. Drei Probanden sind seit vielen Jahren verheiratet. Insbesondere die langfristigen Partnerschaften stellen für die Probanden bei allen Konflikten, die eine Partnerschaft mit sich bringt, einen protektiven Faktor dar. D.h. der Partner ist für manche Probanden der wichtigste Mensch in ihrem Leben, er hat Verständnis für die Erkrankung, gibt Trost oder trägt zur Aktivierung und Strukturierung in lebenspraktischen Dingen bei. Die Partnerschaft bietet Schutz vor dem Alleinesein. Aber die Probanden sind nicht nur Empfänger von Unterstützung und Trost, sondern unterstützen auch ihrerseits den Partner und bringen Verständnis für ihn auf. Sexualität spielt in den Partnerschaften nicht immer eine zentrale Rolle, der Austausch von Zärtlichkeit ist oft wichtiger. Manche erleben nach gescheiterten Ehen bzw. Partnerschaften zum ersten Mal eine beglückende Sexualität.

### **Ankerbeispiele zum Hauptthema 19**

»Das möbelt mich unwahrscheinlich auf, ..'ne ordentliche Partnerschaft. – Ich glaube, da wird man viel schneller gesund, ne.« [096w]

Partner (der Ex-Ehemann) toleriert »manche Unzulänglichkeit« und ist an ihrer Seite, wenn sie krank ist. [034w]

Ehefrau brachte in all den Jahren der Klinikaufenthalte viel Verständnis für ihn auf, dadurch konnte er diese schweren Zeiten besser durchstehen. [053m]

Ehefrau fordert ihn auf, aktiv zu bleiben, sich körperlich zu bewegen, im Haushalt mit-zuarbeiten. [057m]

Er lebt mit seiner Frau »wie zwei gute Freunde« zusammen [057m].

Durch die Fürsorge für seine Verlobte hat er eine wichtige Aufgabe und Struktur. [033m]

Sexualität ist »so was, was eben wirklich Spaß macht und wo man glücklich sein kann« [034w]

Jahrelang verheiratet: 042w, 053m, 057m

Feste Partnerschaft: 095m, 033m, 100w, 034w, 096w

Partnerin ist zur Zeit des Interviews schwanger: 095m

Kurzfristige Partnerschaft: 047m, 045w, 007w

Partner ist ebenfalls von psychischer Krankheit betroffen: 095m, 033m, 047m, 045w, 007w

Partner hat andere körperliche Krankheit (Herzkrankheit, Asthma): 100w, 053m [Narrative Statements D.15a-d]

### **Hauptthema 20: »Familie als Ort sozialer Unterstützung und starker Bindungen«**

Die meisten Probanden (16 von 20) erleben ihre Familie als wichtiges emotionales und soziales Unterstützungsnetz. Die Familie ist der Ort mit den zentralen Bezugspersonen, wo Verständnis, gegenseitige emotionale und praktische Hilfe und Austausch möglich ist. Zu einzelnen Familienmitgliedern besteht bei einigen Probanden ein sehr enges, ausschließliches Verhältnis, das die Kehrseite der Beziehung aufzeigt und Konflikte beinhaltet: Den Probanden wird wenig Spielraum für eine selbständige Entwicklung gelassen, ihnen werden die praktischen Dinge im Alltag abgenommen, sie entwickeln keine eigenständige Lebensform und können sich nicht loslösen. Die Eltern, meist die Mutter, nehmen eine überfürsorgliche Rolle ein. Die damit verbundenen Konflikte werden eher nicht offen ausgetragen, sie bleiben »unter der Decke«.



**Beispiele zum Hauptthema 20**

Eltern sind die wichtigsten Bezugspersonen [095m, 033m, 100w, 096w, 090m, 074m, 042w, 068w, 045w, 082m]

Familie ist wichtigstes Bezugsfeld [042w, 007w, 053m, 057m, 015w, 024w]

Enge Beziehung v.a. zur Mutter [095m, 033m, 018m, 042w, 045w, 082m]

Wichtige Beziehung zum Vater [034w]

Emotionale und praktische Unterstützung durch die Familie [095m, 033m, 018m, 100w, 096w, 090m, 074m, 042w, 068w, 045w, 007w, 082m, 053m, 057m, 015w, 024w]

Gegenseitige Unterstützung in der Familie [018m, 100w, 096w, 042w, 068w, 045w, 007w, 053m, 057m, 015w, 024w]

Familie (v.a. die Eltern) ist das ausschließliche Lebensumfeld [090m, 074m, 082m]

Wären ohne die Eltern hilflos [095m, 033m, 090m, 074m, 082m]

Wunsch nach mehr Eigenständigkeit und Abnabelung [033m, 100w, 034w]

Frühere bzw. aktuelle Spannungen und Konflikte in der Familie [018m, 090m, 082m, 063w]

Ohne sie wäre die Mutter nicht mehr am Leben [042w]

Jüngster Sohn ist ihr wichtigster Halt, ohne ihn würde sie nicht mehr leben [068w]

Keinen bzw. wenig Kontakt zur Familie haben: 061m, 047m, 063w [Narrative Statements, D.16a]

**Hauptthema 21: »Wohnung als wichtiger Lebensraum und Rückzugsort«**

Für alle Probanden hat die Wohnung eine wichtige Bedeutung als Lebensraum und Rückzugsort und nehmen dafür z.T. einige Mängel in Kauf. Viele verbringen die meiste Zeit in ihrer Wohnung, in der sie sich geborgen und sicher fühlen, sie nennen die Wohnung ihr »Zuhause«, ihr »Reich«. Einige unternehmen Anstrengungen, um in ihrer Wohnung eine gemütliche und behagliche Atmosphäre zu schaffen.

**Ankerbeispiele zum Hauptthema 21**

»Hier kann ich mich mal zurückziehen in aller Ruhe.« [033m]

Wohnung bedeutet Autonomie und Geborgenheit. [034w]

Wohnung ist ein Ort zum Erholen. [096w]

Ist froh, wenn sie die Tür hinter sich zumachen kann. [024w]

Wohnung ist »mein Zuhause, der Garant für mein zufriedenes Leben«. [057m]

Es ist wichtig, »ein Zuhause zu haben«. Ihr Zimmer ist ihre »Oase«. [042w]

Unternehmen Anstrengungen, die Wohnung gemütlich und behaglich zu gestalten [095m, 033m, 018m, 100w, 096w, 042w, 068w, 007w, 053m, 015w, 063w, 024w]

Nehmen zwar Mängel wahr, unternehmen aber wenig Anstrengung, die Wohnung zu verschönern bzw. behaglich zu gestalten: 090m, 061m, 047m, 074m, 045w, 082m [Narrative Statements, D.18c]

Schafft es nicht, ihre Wohnung ordentlich und übersichtlich zu halten: 034w

Überläßt die Einrichtung seiner Frau: 057m [Narrative Statements, D.18c]

**Hauptthema 22: »Anstrengung, mit begrenzten finanziellen Mitteln auszukommen«**

Vielen Probanden gelingt es, sich in ihrer Lebensführung einzuschränken und mit den meist begrenzten finanziellen Mitteln auszukommen. In Zeiten finanzieller Engpässe wissen sich die meisten zu helfen, indem sie sich Geld ausleihen, auf Raten kaufen und abbezahlen oder sich noch mehr einschränken.

**Beispiele zum Hauptthema 22**

Schränken sich in ihrer Lebensführung ein, z.T. extrem [095m, 033m, 018m, 096w, 090m, 061m, 068w, 007w, 053m, 057m, 015w, 063w]

Haben keine großen Ansprüche, leben bescheiden [061m, 015w, 063w]

Wissen sich in Notzeiten zu helfen [018m, 100w, 096w, 068w, 007w, 057m, 015w, 063w]

Mobilisieren Geld bei Behörden [096w, 063w]

Brauchen sich nicht einzuschränken, da Geld ausreicht: 033m, 034w, 074m, 042w, 045w, 082m, 024w

Können sich ein Auto leisten: 033m, 096w, 053m

Können sich einen Urlaub leisten: 033m, 034w, 053m, 057m, 063w, 024w

Leben über ihre Verhältnisse: 095m, 047m

Hat wegen seiner Schulden einen Betreuer in finanz. Angelegenheiten: 047m [Narrative Statements, D.19a, 19b]

**Hauptthema 23: »Formulierung eigener Lebensziele mit dem Wunsch nach Stabilität«**

Fast alle Probanden formulieren Lebensziele, insbesondere solche, die für sie in der nahen Zukunft wichtig sind. Einige der Ziele beziehen sich auf die familiären Verhältnisse und auf eine feste Partnerschaft. Desweiteren schließen die Lebensziele den Wunsch ein, wieder etwas zu arbeiten und ihr Leben nach den eigenen Vorstellungen zu leben. Deutlich wird in den meisten Aussagen der Wunsch der Probanden, ihre gegenwärtige Lebenssituation beizubehalten und daß ihre Gesundheit stabil bleibt oder sich zumindest nicht verschlechtert.

**Beispiele zum Hauptthema 23**Lebensziele

Wunsch nach einer Tätigkeit [095m, 033m, 018m, 096w, 090m, 061m, 047m, 042w, 053m, 057m]

Wunsch nach einer festen Partnerschaft [018m, 061m, 047m, 045w, 007w]

Wünscht sich, mehr Freunde zu finden [068w]

Wunsch nach mehr Eigenständigkeit [033m, 100w, 034w]

Wunsch nach Verbesserung der Gesundheit [095m, 047m, 074m, 042w, 068w]

Wunsch nach Verbesserung der Finanzen [096w, 047m, 007w]

Wieder mobil werden und aus dem Haus gehen zu können [015w]

Würde gerne ein Auto haben [90m, 057m]

Möchte gerne verreisen [096w, 045w, 007w, 053m, 057m]

Das Leben nach den eigenen Vorstellungen leben [034w, 096w]

Wunsch nach Stabilität

Wunsch, daß die körperliche und psychische Gesundheit erhalten bleibt bzw. daß keine Verschlechterung eintritt [100w, 034w, 096w, 090m, 061m, 007w, 082m, 053m, 057m, 015w, 063w, 024w]

Familie hat weiterhin zentralen Stellenwert in der Zukunft [095m, 096w, 090m, 042w, 068w, 007w, 082m, 053m, 057m, 015w, 024w]

Wunsch, daß die Eltern gesund bleiben [090m]

Wunsch, daß die Partnerschaft erhalten bleibt [033m, 100w, 096w, 057m]

Wunsch nach Beibehalten der Autonomie und nicht auf fremde Hilfe angewiesen zu sein [063w, 024w]

Möchte so weiterleben wie bisher und daß jetzige Lebenssituation stabil bleibt [096w, 045w, 007w, 082m, 057m, 024w]

Wunsch, daß die Rente erhalten bleibt [045w]

Wunsch, ihren Glauben zu behalten [063w]

**Hauptthema 24: »Sinn im Leben durch zwischenmenschliche Beziehungen und für andere wichtig zu sein«**

Viele Probanden betonen die Bedeutung ihrer unterschiedlichen Beziehungen, ihr Bedürfnis, anderen zu helfen und wichtig für sie zu sein und nicht nur passive Empfänger von Unterstützung und Verständnis zu sein. Das familiäre Beziehungsnetz, Freunde oder Menschen in ihrem Lebensumfeld werden hier genannt.

Diejenigen Probanden, deren Lebensumfeld ausschließlich der engste Familienkreis ist,

haben allerdings wenig Zugang zu anderen Menschen und daher wenig soziales Engagement entwickelt.

**Beispiele zum Hauptthema 24**

Hat durch die Erziehung des Sohnes eine wichtige Lebensaufgabe [096w, 068w]

Macht alles, um seiner (sehr kranken) Verlobten zu helfen und für sie da zu sein [033m]

Hilft ihrer Mutter im Haushalt, um sie bei der Pflege ihres kranken Vaters zu entlasten [068w]

Kümmert sich sehr um ihre Mutter; ist bereit, sie im Alter bei sich zuhause zu pflegen [042w]

Kümmert sich ab und zu um seinen geistig behinderten Bruder, der im Pflegeheim lebt [047m]

Partnerschaft und Wunsch nach eigenem Kind geben ihr Lebenssinn und –aufgabe [034w]

Nimmt wohnungslose Menschen in seiner Wohnung auf, um ihnen zu helfen [047m]

Hilft ihren Freunden in Not öfter mit Geld aus [045w]

Geht für Mitbewohner in ihrer Wohngemeinschaft einkaufen, wenn sie krank sind [007w]

Macht anderen Menschen, die sie gern hat, öfter mit kleinen Geschenken eine Freude [063w]

Unterstützt seine herzkrankte Ehefrau, begleitet sie zum Arzt [053m]

Hat seinen Sohn zuhause aufgenommen, weil er zur Zeit krank ist [053m]

Hat Verständnis für ihren asthmakranken Partner [100w]

Will unbedingt ihrer Tochter und deren Kindern helfen, sobald sie wieder etwas laufen kann [015w]

Ist sehr besorgt um ihre Tochter, daß sie wieder alkoholrückfällig wird [015w]

Hat ihrem Schwager kürzlich im Haushalt geholfen, als ihre Schwester gestorben ist [063w]

Hat sich jahrzehntelang um ihre Mutter gekümmert, bis diese mit 103 Jahren gestorben ist [024w]

Hilft ehrenamtlich Mitgliedern der christlichen Gemeinde, besucht sie, hört ihnen zu [042w]

Es ist ihr wichtig, »ein teilendes Leben zu führen« [042w]

Hilft anderen in der Behindertenwerkstatt, die noch kränker sind als sie selbst, und fühlt sich dabei gebraucht [100w]

Hilft anderen Mitpatienten im Patientenclub, geht mit einem MS-Kranken einkaufen, helfen sich gegenseitig [018m]

Investiert viel Engagement in ihren Beziehungen, z.T. bis zur Selbstaussbeutung (in ihren zwei Ehen) [096w]

»Man muß unter Menschen sein« [042w]

Es ist ihr wichtig, »jemanden lieb haben zu dürfen« (z.B. ihre Ärztin) [063w]

Engagiert sich in ihrem sozialen Beruf sehr für alte Menschen [007w]

Würde gerne mehr Gesprächspartner sein für andere, die Hilfe benötigen [034w]

Möchte gerne mehr geben, denkt aber, er sei zu ungenügend und könne anderen nichts bieten [057m]

Er weiß, daß ihm mehr Kontakte zu anderen Menschen gut tun würden [061m]

Haben wenig Zugang zu anderen Menschen, wenig soziales Engagement: 095m, 090m, 061m, 074m, 082m [Narrative Statements, E.21b, 24c]

### ***Hauptthema 25: »Orientierung an höheren ethischen Werten«***

In den Interviews werden direkt oder indirekt höhere Werte genannt, nach denen sich die Probanden in ihrem Leben orientieren bzw. die sie allgemein als wichtige Prinzipien bezeichnen. Diese beinhalten zwischenmenschliche und christliche Werte, den Wunsch nach sozialer und wirtschaftlicher Stabilität in der Gesellschaft sowie nach Frieden und Menschlichkeit, insbesondere einen menschlichen und würdevollen Umgang in psychiatrischen Einrichtungen.

#### ***Beispiele zum Hauptthema 25***

Frieden, Arbeit und Liebe sind die drei wichtigen Dinge im Leben [047m]

Frieden ist sehr wichtig [018m, 042w, 007w, 063w]

Christliche Werte sind wichtig für ein friedliches Zusammenleben [042w, 015w, 063w]

Soziale und wirtschaftliche Stabilität (gesicherte Renten, Arbeitsplätze v.a. für Jugendliche, stabile Preise und stabile Währung) [018m, 100w, 090m, 047m, 074m, 042w, 007w, 082m, 053m, 057m, 063w, 024w]

Soziale Gerechtigkeit (weniger Obdachlose, Süchtige und Arbeitslose) [100w, 034w, 061m, 053m, 015w, 063w]

Soziale Einrichtungen sollen erhalten bleiben [018m]

Weniger Gewalt in der Welt [042w]

Persönliche Freiheit und Autonomie [034w, 024w]

Hilfsbereitschaft [100w, 045w]

Zivilcourage [034w]

Würde und mehr Menschlichkeit im zwischenmenschlichen Umgang mit psychisch Kranken in psychiatrischen Einrichtungen [034w, 061m, 068w, 024w]  
Gesundheit bedeutet alles [057m, 024w]

**Hauptthema 26: »Emotionaler Halt durch Glauben und Spiritualität«**

Für acht von 20 Probanden hat der religiöse Glaube eine wichtige emotionale und Halt gebende Bedeutung. Der Glaube und eine spirituelle Haltung gibt ihnen Orientierung im Leben. Für einige [095m, 033m] hat die Religion z.T. eine übersteigerte Bedeutung und vermischt sich mit psychotischen Inhalten. In früheren akuten Krankheitsphasen wurde die Religion übermäßig erlebt von den Probanden 042w und 063w.

**Ankerbeispiele zum Hauptthema 26**

»Daß man irgendwie einen gewissen Halt hat im Leben, daß man sich orientieren kann irgendwie.... Aber die Bibel, .. da steht eben was geschrieben, .. da kann man sich dran festhalten. Da hat für mich jedes Wort auch eine intensive Bedeutung.« [095m]

»Die Religion hat viel Sinn für mich. (I:Hm) Das ist mein Glaube. Durch den Glauben wachse ich und reife ich.« [063w]

»Ja, der Pfarrer kommt alle vier Wochen, manchmal auch zwischendurch mal, und unterhält sich mit mir und betet mit mir. – Und das find ich so schön.« [015w]

»Früher, wo ich krank war, .. wo es mir auch eigentlich sehr schlecht ging, .. wo man gar nicht richtig gewußt hat, was könnte einem nun noch helfen, .. wie man wieder gesund werden soll, ne, da hab ich doch gebetet, das hat mir auch sehr geholfen.« [034w]

Der Glaube ist wichtig für: 095m, 033m, 047m, 042w, 015w, 063w

Der Glaube ist in Krisensituationen wichtig für: 034w, 090m [Narrative Statements, E.25a, b, c]

**4.3.5 Beziehung zwischen dem GRI und externen Variablen: Schweregrad der Psychopathologie und Lebensqualität (Forschungsfrage 5)**

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu Forschungsfrage 5 dargestellt, nämlich in welchem Ausmaß die Gesundheitsressourcen mit dem Schweregrad der Psychopathologie und der Lebensqualität der Probanden korrelieren.

Tabelle 34 zeigt die Aufstellung der 20 Probanden mit den jeweiligen Gesamtmittelwerten des GRI, den Gesamtscores der Brief Psychiatric Scale (BRPS.GES), den Summenwerten der Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS.SUM), den Werten der Selbsteinschätzungen der Probanden bezüglich ihrer Lebensqualität (QOL.PAT) und der Fremdeinschätzungen über deren Lebensqualität durch die Interviewer (QOL.INT) jeweils auf einer 7-Punkte-Skala. Für die Probanden 096 und 047 liegen keine Werte über den BPRS und SANS vor.

Wie den GRI-Gesamtmittelwerten der Tabelle 34 zu entnehmen ist, haben acht Probanden der Stichprobe einen höheren Gesamt-Mittelwert als 1.75, davon fünf Frauen und drei Männer. Ein deutlicher Zusammenhang ist sichtbar bei den fünf weiblichen Probanden mit

**Tab. 34: GRI-Gesamt-Mittelwerte und Werte der externen Variablen für die 20 Probanden**

Nr.	Probanden	Alter	Geschlecht	GRI Gesamt- Mittelwerte	BPRS.GES	SANS.SUM	QOL.PAT	QOL.INT
1	095	33	M	1.48	46	68	3	3
2	033	30	M	1.96	41	42	5	4
3	018	30	M	1.63	36	54	4	4
4	100	25	W	1.62	35	51	4	5
5	034	36	W	1.94	40	51	5	5
6	096	38	W	2.08	,	,	6	6
7	090	45	M	0.91	34	51	2	3
8	061	52	M	1.18	39	48	3	4
9	047	45	M	1.57	,	,	6	3
10	074	52	M	1.04	49	57	6	3
11	042	52	W	2.32	48	57	6	6
12	068	49	W	1.50	49	51	3	3
13	045	40	W	1.67	35	66	6	4
14	007	52	W	2.16	32	30	6	6
15	082	57	M	1.18	37	53	6	3
16	053	62	M	1.80	33	34	4	5
17	057	63	M	1.79	43	47	4	6
18	015	67	W	1.37	37	45	4	2
19	063	60	W	1.70	36	40	6	2
20	024	66	W	1.85	29	12	6	6

hohen Gesundheitsressourcen: Sie alle schätzen sich auch in ihrer Lebensqualität hoch ein (mit 6 bzw. 5 auf einer 7-Punkte-Skala) und werden ebenfalls von den Interviewern hoch eingeschätzt (mit 6 bzw. 5). Die drei Männer mit erhöhten GRI-Mittelwerten haben im Vergleich zu den Frauen etwas geringere Mittelwerte bezüglich der Gesundheitsressourcen und etwas niedrigere (selbst- oder fremdeingeschätzte) Lebensqualitätswerte. Insgesamt sind die niedrigsten Werte im GRI bei den männlichen Probanden zu finden. Dieses Ergebnis kann hier nicht verallgemeinert werden, da die vorliegende Stichprobe zu klein ist. Es wäre jedoch interessant, in einer vergleichbaren Studie mit einer größeren Stichprobe herauszufinden, ob es nennenswerte Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich ihrer Gesundheitsressourcen und ihrer Lebensqualität gibt.

Zwischen den Mittelwerten des GRI und den Psychopathologie-Werten (BPRS und SANS) gibt es keinen eindeutigen Zusammenhang. So sind etwa bei der Probandin 042 mit den meisten Gesundheitsressourcen ( $0=2.32$ ) gleichzeitig viele psychiatrische Symptome (BPRS) und Negativsymptome (SANS) zu finden. Im Vergleich dazu sind bei dem Probanden 090 mit den geringsten Gesundheitsressourcen ( $0=0.91$ ) sogar etwas geringere Psychopathologiewerte als bei der »ressourcenreichen« Probandin 042 zu verzeichnen.

#### 4.3.5.1 Interkorrelationen der externen Variablen untereinander

Unter den externen Variablen besteht ein deutlich ausgeprägter Zusammenhang zwischen den beiden psychopathologischen Variablen BPRS und SANS (siehe Tabelle 35). Diese beiden Variablen korrelieren jedoch nicht bzw. nur gering mit den beiden Werten der Lebensqualität.

Interessanterweise besteht keine klare Korrelation zwischen der von den Probanden selbst eingeschätzten Lebensqualität und der fremdeingeschätzten Lebensqualität. Es scheint sich hier um Einschätzungen aus zwei verschiedenen Perspektiven zu handeln. Einer der Gründe für den niedrigen Zusammenhang zwischen den beiden Lebensqualitäts-Werten kann auch an der kleinen Stichprobe liegen.

**Tab. 35: Interkorrelationen zwischen BPRS, SANS, QoL.Int und QoL.Pat**

		BPRS	SANS	QOL.INT	QOL.PAT
BPRS	Pearson Correlation	1.000	.597**	-.190	-.118
	Sig. (2-tailed)	.	.009	.450	.641
	N	18	18	18	18
SANS	Pearson Correlation	.597**	1.000	-.386	-.235
	Sig. (2-tailed)	.009	.	.114	.348
	N	18	18	18	18
QOL.INT	Pearson Correlation	-.190	-.386	1.000	.249
	Sig. (2-tailed)	.450	.114	.	.289
	N	18	18	20	20
QOL.PAT	Pearson Correlation	-.118	-.235	.249	1.000
	Sig. (2-tailed)	.641	.348	.289	.
	N	18	18	20	20

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

#### 4.3.5.2 Korrelationen zwischen dem GRI und seinen Hauptgruppen und den externen Variablen

In Tabelle 36 sind die Korrelationen zwischen dem GRI-Gesamtwert, den fünf Hauptgruppen und den vier externen Variablen dargestellt. Es bestehen deutlich ausgeprägte Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des GRI und allen fünf Hauptgruppen mit den Werten der fremdeingeschätzten Lebensqualität durch den Interviewer (QOL.INT).

Relativ hohe Korrelationen bestehen zwischen dem GRI-Gesamtwert, Hauptgruppe A (Umgang mit eigener Krankheit), B (Steigerung der elementaren Gesundheit) und C (Funk-



**Tab. 36: Korrelation zwischen GRI.Ges, seinen Hauptgruppen und BPRS, SANS, QoL.Int, QoL.Pat**

	BPRS	SANS	QOL.INT	QOL.PAT
GRI.GES	-0.07	-0.322	0.713**	0.475*
GRI.A	0.045	-0.046	0.674**	0.458*
GRI.B	-0.385	-0.453	0.694**	0.607**
GRI.C	-0.211	-0.426	0.774**	0.446*
GRI.D	0.021	-0.18	0.655**	0.345
GRI.E	-0.06	-0.391	0.605**	0.434

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

tionsfähigkeit und Streßbewältigung) und der selbsteingeschätzten Lebensqualität (QOL.PAT). Zwischen der selbsteingeschätzten Lebensqualität der Probanden und der Hauptgruppe D (Soziale und materielle Ressourcen) und Hauptgruppe E (Selbstverwirklichung und Lebenssinn) besteht kein eindeutiger Zusammenhang.

Zwischen dem GRI.Gesamtwert mit seinen Hauptgruppen und den psychopathologischen Variablen BPRS und SANS bestehen zwar negative Zusammenhänge, v.a. zwischen dem GRI.GES und SANS, zwischen den Hauptgruppen B, C und E und SANS sowie zwischen Hauptgruppe B und BPRS. Die Korrelationen sind jedoch nicht deutlich ausgeprägt.

Die Abbildung 7 veranschaulicht diese Zusammenhänge anhand von Korrelationskurven der vier externen Variablen in Bezug auf den GRI.Gesamt und seinen fünf Hauptgruppen. Die Lebensqualitäts-Kurven befinden sich im oberen Bereich. Die Kurve der fremdeingeschätzten Lebensqualität bewegt sich durchgängig im obersten Level, den höchsten Punkt erreicht die Kurve für die Hauptgruppe C (Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung). Auf zweithöchster Ebene bewegt sich die Kurve der selbsteingeschätzten Lebensqualität mit dem höchsten Punkt für die Hauptgruppe B (Steigerung der elementaren Gesundheit).

Die beiden psychopathologischen Kurven tendieren, sich unterhalb der 0-Linie zu bewegen. Die SANS-Kurve ist noch unterhalb der BPRS-Kurve angesiedelt. Die höchsten Negativ-Korrelationspunkte treffen auf die GRI-Hauptgruppe B (Steigerung der elementaren Gesundheit), die Hauptgruppe C (Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung) sowie auf die Hauptgruppe E (Selbstverwirklichung und Lebenssinn).

Insgesamt kann gesagt werden, daß alle Werte des Gesundheitsressourcen-Inventars (GRI) mit der Lebensqualität der Probanden am deutlichsten miteinander korrelieren. Dabei besteht insbesondere zwischen der fremdeingeschätzten Lebensqualität durch den Interviewer durchgehend ein deutlich ausgeprägter Zusammenhang zum GRI und zu all seinen Hauptgruppen. Demgegenüber bestehen zwischen den Gesundheitsressourcen im GRI und den psychopathologischen Variablen zwar negative Korrelationen, aber es wird kein ausgeprägter Zusammenhang ersichtlich.

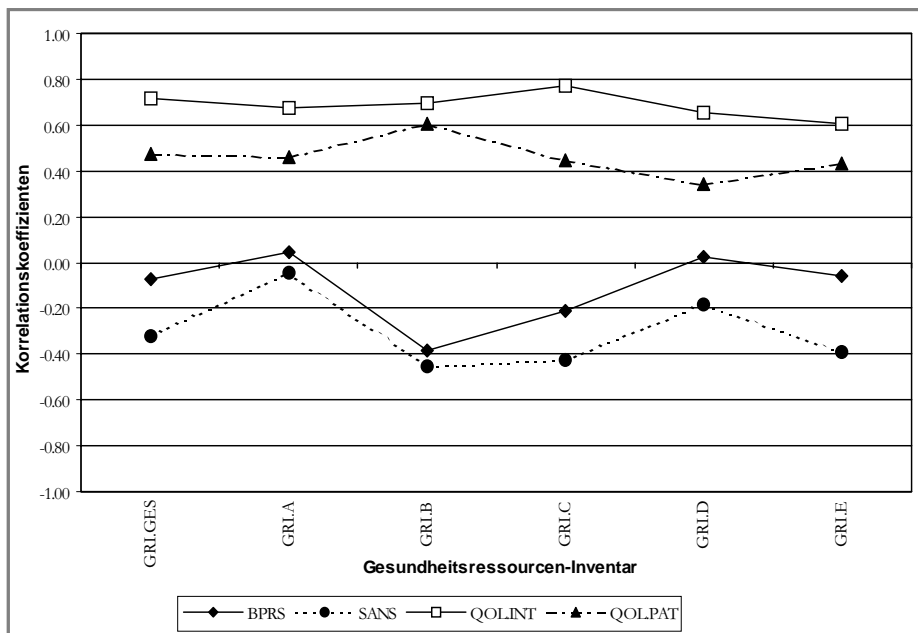


Abb. 7: Korrelationskurven der externen Variablen in Beziehung zum GRI und seinen Hauptgruppen

#### 4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der quantitativen Untersuchung

Anhand des für die Auswertung der Interviews von 20 Probanden entwickelten quantitativen Verfahrens – des Gesundheitsressourcen-Inventars (GRI) – und der inhaltsanalytischen Auswertung der narrativen Statements zu den Einzelitems lassen sich folgende Ergebnisse, geordnet nach den fünf Forschungsfragen, zusammenfassen:

**Forschungsfrage 1 nach der Reliabilität.** – Das Rating-Verfahren erzielt bezüglich der Reliabilität einen Interrater-Korrelationskoeffizienten von 0.73 für das gesamte Inventar. Auf der Ebene der 25 Kategorien fallen die Übereinstimmungen zwischen den zwei Ratern für die Mehrzahl der Kategorien relativ hoch, für einige mäßig aus.

**Forschungsfrage 2 nach der internen Konsistenz.** – Die Interkorrelationen zwischen dem Gesamtwert des Gesundheitsressourcen-Inventars und seinen fünf Hauptgruppen sind auf dem 0.01-Niveau signifikant, d.h. sie entsprechen einer hohen internen Konsistenz des Inventars. Die Korrelationen der 25 Kategorien untereinander ergeben einen Cronbach Alpha von 0.92, ebenfalls ein Indikator für eine hohe interne Konsistenz.

**Forschungsfrage 3 nach dem Vorhandensein von Gesundheitsressourcen und -strategien bei schizophren erkrankten Menschen.** – Das Inventar (GRI) besteht aus 77

Einzelitems, die in 25 Kategorien und 5 Hauptgruppen aufgeteilt sind. Die Hauptgruppen lauten wie folgt: A) Umgang mit eigener aktueller Krankheit, B) Steigerung der elementaren Gesundheit, C) Allgemeine Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung, D) Aktivierung sozialer und materieller Ressourcen und E) Streben nach Selbstverwirklichung und Lebensinn.

Die Mittelwerte der Ratings ergeben insgesamt eine gleichmäßige Verteilung über alle fünf Hauptgruppen und bewegen sich zwischen 1.56 und 1.67, d.h. die einzelnen Gesundheitsressourcen der Untersuchungsteilnehmer sind auf alle fünf Bereiche gleichermaßen verteilt. Alle fünf Hauptgruppen scheinen gleichstark zur Gesamtheit der Gesundheitsressourcen beizutragen. Der Gesamtmittelwert aller Ratings liegt bei 1.63 (bei einer Standardabweichung von 0.37), also leicht über dem Durchschnitt bei einem Skalenbereich zwischen 0 und 3.

Es lassen sich durchschnittlich hoch eingeschätzte Gesundheitsressourcen für die Untersuchungsgruppe in etwa der Hälfte der 25 Kategorien finden. Die **am häufigsten bzw. am stärksten ausgeprägten Einschätzungen** (Mittelwert höher als 1.75) gelten für folgende Kategorien:

Hauptgruppe A:*Kategorie A.1 »Bewußtsein über die Tatsache und Art der eigenen Erkrankung«*: Die Probanden sind sich ihrer Erkrankung weitgehend bewußt, sie akzeptieren sie und fühlen sich aktuell (eher) nicht psychisch krank.

*Kategorie A.4 »Erlebte positive Veränderung durch die Erkrankung«*: Die Probanden entwickelten eine erhöhte Fähigkeit, mit der Erkrankung umzugehen, haben materielle Vorteile durch die Erkrankung und fühlen sich vom früheren beruflichen Streß und Überbelastung entlastet.

Hauptgruppe B:*Kategorie B.5 »Achtgeben auf den eigenen Körper«*: Es wird v.a. für Ruhephasen bei Erschöpfung und für Schlaf gesorgt.

*Kategorie B.7 »Maßnahmen zur Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens«*: Die Probanden stellen emotionales Wohlbefinden und Ausgleich durch verschiedene Maßnahmen her, u.a. durch sozialen Austausch. Das Einzelitem 7c »Fähigkeit, ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln« ist allerdings gering ausgeprägt.

Hauptgruppe C:*Kategorie C.8 »Anstrengung, für sich selbst gut zu sorgen«*: Es wird auf Ordnung und Sauberkeit in der Wohnung und in Kleidung/Körperhygiene geachtet.

Hauptgruppe D:*Kategorie D.16 »Mobilisierung emotionaler und sozialer Unterstützung durch die Familie«*: Die Familie nimmt einen zentralen Stellenwert bei praktischer und emotionaler Unterstützung ein, sie stellt einen Schutz vor Alleinesein dar.

*Kategorie D.18 »Streben nach angemessener Wohnsituation«*: Wohnung ist wichtiger Lebensraum und Rückzugsort (trotz äußerer Mängel bei einigen Pb).

*Kategorie D.19 »Bemühen um stabile finanzielle Situation«*: Die Probanden sind bemüht, mit begrenzten finanziellen Mitteln auskommen.

Hauptgruppe E:*Kategorie E.20 »Fähigkeit zur Entwicklung von und Orientierung an Lebenszielen«*: Die Probanden entwickeln eigene Lebensziele v.a. in Bezug auf Familie und bestimmte Aktivitäten (z.B. Reisen, Interessen).

*Kategorie E.21 »Fähigkeit, Empathie und Solidarität mit den Mitmenschen zu entwickeln«*: Es besteht Interesse an anderen nahestehenden Menschen und die Bereitschaft, ihnen zu helfen.

*Kategorie E.23 »Entwicklung von optimistischer Lebenseinstellung in Bezug auf sich selbst«:* V.a. besteht der Wunsch nach Beibehalten der jetzigen Lebenssituation, die optimistische Einstellung ist durchschnittlich ausgeprägt.

*Kategorie E.24 »Gefühl, einen Sinn im Leben zu finden«:* V.a. zwischenmenschliche Beziehungen geben den Probanden Lebenssinn, ihnen sind z.T. höhere ethische Werte wichtig (z.B. Frieden, Menschlichkeit).

**Durchschnittlich gering ausgeprägt** sind die Gesundheitsressourcen der Probanden bei den folgenden Kategorien (Mittelwert geringer als 1.50):

*Kategorie A.3 »Umgang mit Stigmatisierung«:* hier v.a. wenig kämpferische Haltung gegenüber der eigenen Stigmatisierung und wenig bewußte Distanzierung vom psychiatrischen Umfeld.

*Kategorie B.6 »Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit«:* hier v.a. kaum gezielte Anwendung von Entspannungsübungen.

*Kategorie C.10 »Erfolgreiche Interaktion und Kommunikation mit anderen«:* hier v.a. die geringe Möglichkeit, soziale Konflikte im Kontakt mit anderen zu lösen und eigene Bedürfnisse, Wünsche oder Sorgen mitzuteilen.

*Kategorie D.14 »Aktivierung von sozialer Unterstützung in der Gemeinde«:* hier: es gibt kaum formale Mitgliedschaften in Vereinen oder Clubs, und es wird wenig Unterstützung in der Gemeinde mobilisiert.

*Kategorie D.15 »Mobilisierung emotionaler und sozialer Unterstützung durch den Partner«:* diese Kategorie fällt deshalb gering aus, da nur etwa die Hälfte der Probanden einen Partner hat. Allerdings haben die Werte für Probanden mit Partner eine hohe Ausprägung (s.u.).

*Kategorie D.17 »Mobilisierung sozialer Unterstützung durch Freunde, Kollegen, Nachbarn«:* es wird zwar emotionaler Halt bei ihnen gesucht, aber kaum praktische Hilfe in aktiver Form von ihnen geholt.

*Kategorie E.22 »Streben, kulturelle und kreative Fähigkeiten und Interessen zu entwickeln«:* diese Fähigkeiten und Interessen sind nur vereinzelt bei einigen Probanden vorhanden.

*Kategorie E.25 »Bedürfnis nach Spiritualität und Glauben«:* diese Kategorie fällt deshalb gering aus, weil nur eine Teilgruppe religiös ist. Für diese Teilgruppe fallen die Ratings allerdings hoch aus (s.u.).

Die Einschätzungen folgender Kategorien halten sich **im Durchschnittsbereich** (Mittelwert zwischen 1.50 und 1.75) auf:

*Kategorie A.2 »Umgang mit der eigenen Krankheit«:* hier hat nur das Einzelitem »Ist in der Lage, mit der Krankheit umzugehen« eine leicht erhöhte Ausprägung.

*Kategorie C.9 »Fähigkeit, berufliche oder andere regelmäßige Tätigkeiten auszuüben«:* diese Kategorie fällt wegen der niedrigen Werte für das Nachgehen einer regelmäßigen Tätigkeit (Item 9c) eher gering aus.  $\frac{3}{4}$  der Probanden gehen keiner regelmäßigen Arbeit nach. Hohe Werte bestehen für eigenständige Haushaltsführung und Tagesstruktur.

*Kategorie C.11 »Erfolgreiche Bewältigung von streßreichen Situationen«:* hohe Werte in passiven und eher niedrige Werte in aktiven bzw. kreativen Bewältigungsstrategien führen zu einer durchschnittlichen Ausprägung dieser Kategorie.

*Kategorie D.12 »Nutzung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung«*; hier werden Patientenclubs nur von einem kleineren Teil der Probanden besucht; die Probanden begeben sich eher nicht von sich aus in stationäre Behandlung.

*Kategorie D.13 »Bemühen um unterstützende Arzt-Patient-Beziehung«*; diese Kategorie fällt wegen der geringen Mitentscheidung und -gestaltung der Probanden bei therapeutischen Entscheidungen relativ niedrig aus.

**Forschungsfrage 4 nach den spezifischen Formen von Gesundheitsressourcen und den zugrundeliegenden Hauptthemen.** – Von 77 Einzelitems wurden 34 Einzelitems im Durchschnitt höher als 1.75 geratet, also knapp die Hälfte aller Einzelitems. Auf der Ebene der Einzelitems ist es möglich, auch diejenigen Items zu erfassen, die hoch eingeschätzt wurden, jedoch im Gruppendurchschnitt auf der Ebene der Kategorien-Mittelwerte »untergegangen« sind. Bei den narrativen Statements handelt es sich um Paraphrasen, Zusammenfassungen oder direkte Zitate aus den Interviews. Zwei Sonderbereiche »Partnerschaft« und »Spiritualität/Glauben« wurden mit aufgelistet, da die Mittelwerte innerhalb der Teilgruppe der Probanden hoch ausfallen.

Aus den umfangreichen Auflistungen der relevanten narrativen Statements wurden inhaltsanalytisch 26 ihnen zugrundeliegende Hauptthemen herausgearbeitet, die sich in die folgenden vier Gruppen aufteilen lassen:

- ***Gesundheitsförderliche Strategien und Ressourcen, die sich auf die Krankheit beziehen***
  - ♦ Entwicklung eines subjektiven Krankheitsverständnisses
  - ♦ Die Krankheit akzeptieren und mit ihr leben
  - ♦ Krankheitsgefühl nur in akuten Krankheitsphasen
  - ♦ Zunehmende Erkenntnis über den Zusammenhang zwischen Krankheit und Lebensumständen
  - ♦ Zunehmende Erfahrung und Fähigkeit, mit der Krankheit umzugehen
  - ♦ Entlastung von früherem beruflichen Streß
- ***Individuelle gesundheitsförderliche Strategien und Ressourcen***
  - ♦ Wunsch nach Tätigkeit, die den bestehenden Fähigkeiten entspricht
  - ♦ Achten auf eigene körperliche Bedürfnisse
  - ♦ Herstellen des emotionalen Gleichgewichts durch multiple Aktivitäten
  - ♦ Bemühen um eine selbständige Lebensführung
  - ♦ Gestaltung einer eigenen Tagesstruktur
  - ♦ Reduzierung von Streß und Anforderungen
  - ♦ Formulierung eigener Lebensziele mit dem Wunsch nach Stabilität
  - ♦ Orientierung an höheren ethischen Werten
  - ♦ Emotionaler Halt durch Glauben und Spiritualität
- ***Interpersonale gesundheitsförderliche Strategien und Ressourcen***
  - ♦ Bedürfnis, Teil der Gesellschaft zu sein und gebraucht zu werden
  - ♦ Emotionales Wohlbefinden durch aktiven sozialen Austausch
  - ♦ Unterstützende Arzt-Patient-Beziehung
  - ♦ Teilnahme in Peer-Gruppen
  - ♦ Wunsch nach Distanz zum kranken Umfeld
  - ♦ Partnerschaft als protektiver Faktor

- ♦ Familie als Ort sozialer Unterstützung und starker Bindungen
- ♦ Sinn im Leben durch zwischenmenschliche Beziehungen und für andere wichtig zu sein
- **Materielle Gesundheitsressourcen**
  - ♦ Wohnung als wichtiger Lebensraum und Rückzugsort
  - ♦ Materielle Sicherheit durch die Rente
  - ♦ Anstrengung, mit begrenzten finanziellen Mitteln auszukommen

**Forschungsfrage 5 nach dem Zusammenhang zwischen den Gesundheitsressourcen und dem Schweregrad der Psychopathologie und der Lebensqualität der Probanden.** – Der Hauptzusammenhang besteht zwischen den Gesundheitsressourcen und der Lebensqualität der Probanden. Insbesondere ergeben sich durchgehend deutlich ausgeprägte Korrelationen zwischen dem GRI und der fremdeingeschätzten Lebensqualität durch den Interviewer (QOL.INT), und zwar für den Gesamtwert des Inventars sowie für seine fünf Hauptgruppen. Es bestehen ebenfalls Korrelationen zur selbsteingeschätzten Lebensqualität (QOL.PAT) mit Ausnahme von zwei Hauptgruppen (D und E). Negative Zusammenhänge lassen sich zwischen dem GRI und den beiden Psychopathologie-Variablen feststellen, sie sind jedoch nicht deutlich ausgeprägt. Das heißt, daß Gesundheitsressourcen durchaus parallel zu psychopathologischen Symptomen bestehen können. Dies wird beispielsweise bei der Probandin 042 in Tabelle 34 (siehe Abschnitt 4.3.5) sichtbar: Sie hat den höchsten Wert im GRI mit 2.32 sowie hohe Werte in beiden Lebensqualitäts-Variablen, aber auch relativ hohe Werte in den Psychopathologie-Variablen. Mit anderen Worten: Ein Patient mit einer deutlichen Anzahl psychiatrischer Symptome kann ebenfalls über eine hohe Anzahl von Gesundheitsressourcen und -strategien verfügen.

## 5. Diskussion

Erfreulicherweise ist in jüngster Zeit in der Medizin, Psychiatrie und Psychologie ein zunehmendes Interesse an »Health Promotion«, an den »Ressourcen« und »salutogenen« Seiten von Patienten entstanden, das vermehrt in Diskussionen auf Fachkongressen und durch die steigende Anzahl entsprechender Veröffentlichungen deutlich wird. Es existiert eine Reihe von Praxisansätzen, die sich an den Gesundheitsressourcen der Patienten orientieren und diese aktiv in die Behandlung einbeziehen, auch wenn diese nach wie vor die Ausnahmen als die Regel der klinischen Versorgung darstellen. Es liegen außerdem zahlreiche Untersuchungen über Bewältigungsstrategien von psychiatrischen Patienten einschließlich schizophrener Erkrankter vor, welche in der Literatur zu den Ressourcen eines Patienten gezählt werden. Allerdings beschränkt sich ein Großteil dieser Studien auf spezifische symptomorientierte Bewältigungsformen, die gezielt hinsichtlich kognitiv-behavioraler Interventionen und Managementtechniken im Sinne von Symptomkontrolle untersucht werden (vgl. BÖKER et al., 1984; McNALLY & GOLDBERG, 1997; SÜLLWOLD, 1977; FALLOON & TALBOT, 1981). Der derzeitige Forschungsstand zeigt auf, daß ein klarer Bedarf an systematischen, empirisch fundierten Untersuchungen zu Gesundheitsressourcen und –strategien von psychiatrischen, insbesondere schizophrener erkrankten Patienten vorliegt und daß grundlegende Erkenntnisse über die »andere Seite« der Erkrankung weitgehend fehlen, – Erkenntnisse, die über eine pathogenetische, d.h. symptomatologische und defizitorientierte Betrachtungsweise hinausgehen.

Die vorliegende Arbeit basiert auf drei Teilen: 1) dem ausführlichen Literaturstudium, dabei diente die Literatur bezüglich Gesundheitsförderung und Gesundheitsressourcen als theoretische Grundlage für die 2) qualitative Untersuchung und die Entwicklung eines Kategoriensystems, wobei die personalen, sozialen und materiellen Ressourcen sich als die zentralen Bereiche herausstellten. Die gewonnenen Erkenntnisse aus dieser Untersuchung führten schließlich zur 3) Entwicklung eines quantitativen Auswertungsschemas, dem Gesundheitsressourcen-Inventar, dessen narrativer Teil inhaltsanalytisch ausgewertet wurde.

### 5.1 Einbettung der Ergebnisse in die Lebensqualitäts-Forschung

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen insgesamt – bezogen auf die hier untersuchten 29 Probanden –, daß es den meisten Betroffenen trotz Krankheit, Belastungen, materieller Einschränkung und manchmal unzureichender Adaption weitgehend möglich ist, ihr Leben als gehaltvoll zu empfinden und dementsprechend zu gestalten. Und es wird außerdem deutlich, daß die Betroffenen keineswegs ihrer Erkrankung hilflos ausgeliefert sind, sondern eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verfügung haben, mit ihrer Erkrankung und darüber hinaus mit den alltäglichen Anforderungen in ihrem Leben umzugehen.

Ähnliche Erkenntnisse wurden im Rahmen der Lebensqualitäts-Forschung bei chronisch

psychisch Kranken gewonnen. Neben einer breiten Palette an Behinderungen in ihrer sozialen Umwelt zusätzlich zu ihrer psychiatrischen Erkrankung konnten beispielsweise FIRTH und BRIDGES (1996) bei Patienten mit schweren chronischen Störungen feststellen, daß sie gleichzeitig eine Reihe von Bewältigungskompetenzen besitzen und in der Lage waren, unabhängig von äußerer Hilfe zu leben. Die Ergebnisse legten nahe, ein Behandlungsprogramm zu entwickeln, das Veränderung und die Einbeziehung ihrer Stärken statt der bloßen Aufrechterhaltung des Status quo beinhaltet.

In zahlreichen Untersuchungen zur Lebensqualität psychiatrisch Erkrankter wird nur ein schwacher bis mittlerer Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und der subjektiven Zufriedenheit (LEHMAN, WARD & LAWRENCE, 1982) festgestellt. Diese Diskrepanz wird auch als »Zufriedenheitsparadox« bezeichnet (vgl. LÜTTERSFELDS, 1991), das besagt, daß Menschen durchaus ihr eigenes Leben in gewisser Weise erfüllt und sinnvoll auffassen, obwohl es ihnen objektiv gesehen eigentlich schlecht geht. VAITL (1991) spricht in diesem Zusammenhang von einer Diskrepanz zwischen Befund und Befinden bei seiner Forschung im Bereich der inneren Medizin. Aus klinisch-psychologischen Studien geht hervor, daß Lebensqualität zu einem erheblichen Teil als »Resultat komplexer innerpsychischer Regulations- und Bewertungsvorgänge« betrachtet werden kann (vgl. FILIPP, 1991).

ANGERMEYER und KILIAN (1997) halten die Kombination von Messungen der objektiven Lebensbedingungen und des subjektiven Grads an Zufriedenheit von psychiatrischen Patienten für sinnvoll, wobei eine fundierte Analyse der subjektiven Bedeutung der objektiven Bedingungen und der subjektiven Bedürfnisstrukturen der Patienten unabdingbar sei (KILIAN, 1995). Solche Studien können ihrer Ansicht nach wichtige Informationen dazu liefern, welche Strategien Menschen mit chronischer psychiatrischer Erkrankung entwickelt haben, um ihre unterschiedlichen Bedürfnisse trotz der objektiven Einschränkungen in ihrem Lebensalltag zu erfüllen. Die Leipziger Lebensqualitäts-Studie – die den konzeptionellen Forschungsrahmen für die vorliegende Untersuchung bildet – stellt einen Beitrag zu dieser Frage dar (vgl. ANGERMEYER, UHLE & KILIAN, 1996).

Die deutlichen Zusammenhänge (im quantitativen Teil der vorliegenden Untersuchung) zwischen den Gesundheitsressourcen im Gesundheitsressourcen-Inventar (GRI) und der Lebensqualität der Probanden einerseits sowie die geringen Zusammenhänge zwischen den Gesundheitsressourcen und der Psychopathologie andererseits bestätigen die Ergebnisse aus der Lebensqualitäts-Forschung, nämlich daß das Vorhandensein von Psychopathologie die Existenz von Gesundheitsressourcen und -strategien nicht ausschließt, sondern beide Seiten gleichzeitig im Patienten existieren können. Systematische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Gesundheitsressourcen und -strategien und Lebensqualität an größeren repräsentativen Stichproben fehlen bisher, solche Studien könnten zukünftig weitere interessante Ergebnisse hervorbringen. Dabei wäre auch interessant, inwieweit sich Frauen bezüglich Gesundheitsressourcen und Lebensqualität von Männern unterscheiden.



## 5.2 Implikationen einer gesundheitsfördernden Sichtweise

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen die aktuell diskutierte Position im Rahmen der »Pathogenese-Salutogenese-Kontroverse«, nämlich daß eine salutogenetische bzw. gesundheitsfördernde Sichtweise nicht als Gegensatz oder als Alternative zu einem pathogenetischen Verständnis aufzufassen ist. Vielmehr ermöglicht sie einen »Perspektivenwechsel« (JORK, 2000) und einen erweiterten Blick auf den gesamten Menschen – und nicht nur auf seine Pathologie – sowie einen vertieften Einblick in seinen individuellen Lebenskontext und Lebensalltag.

Es können hinsichtlich einer gesundheitsfördernden Sichtweise, insbesondere in Bezug auf schizophrene Patienten, folgende allgemeine Schlußfolgerungen gezogen werden:

- Die traditionelle Patient-Therapeut-Beziehung (»kompeteter Helfer – defizitärer Patient«) verändert sich in Richtung Symmetrie. Das Sich-Einlassen der Professionellen auf die intakten, gesunden Seiten bringt ihnen den Patienten persönlich näher, verkleinert die Kluft zwischen ihnen und läßt den Patienten menschlich eher so erscheinen wie sie selbst sind – eine Sichtweise, die Sullivan bereits 1953 in seiner Arbeit mit psychotischen Menschen immer wieder betont hat und die zunehmend von Psychiatricerfahrenen sowie von Vertretern des Empowerment-Ansatzes thematisiert und gefordert wird (vgl. u.a. VOELZKE, 1998; KNUF & SEIBERT, 2000).
- Als gesundheitsfördernd kann das bezeichnet werden, was einen Patienten in die Lage versetzt, trotz seiner Krankheit die von ihm selbst definierten Lebensziele umzusetzen bzw. an der Umsetzung festzuhalten.
- Gesundheitsfördernde Faktoren sind nicht einfach verallgemeinerbar, sondern oft nur im Einzelfall auf die jeweilige Person in ihrem jeweiligen Kontext zu beziehen und zu bewerten. Das bedeutet, es gibt nicht *die* gesundheitsfördernden Faktoren *des* schizophrenen Patienten.
- Gesundheitsfördernde Faktoren stehen in enger Beziehung zu den persönlichen Werten, Lebenszielen und der Lebensgeschichte des einzelnen Menschen. Auch SCHÜFFEL et al. (1998) weisen in der Ausarbeitung des Salutogenese-Konzeptes für die klinische Praxis darauf hin, daß das individuelle richtige Gleichgewicht zwischen Gesundheit und Krankheit sich nur aus der Biographie des Patienten, aus seinen persönlichen Erfahrungen und seinem sozialen Umfeld entwickeln läßt.
- Gesundheitsförderliche Strategien und Ressourcen sind keine statischen Größen (z.B. »soziale Unterstützung«, »hilfreicher Ehemann«), sondern sind veränderlich. Was einem Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt in seinem Leben hilft bzw. ihn stabilisiert, kann zu einem anderen Zeitpunkt oder in einem anderen Lebenskontext wirkungslos sein.
- Ein als Risikofaktor bestimmtes Merkmal (z.B. alkoholkranker Partner) kann in einem bestimmten Kontext unter Umständen protektive Effekte haben, weil er ein vorhandenes Risiko (z.B. Vereinsamung) verringert. Auf diese kontextualistische Perspektive haben BALDWIN, BALDWIN und COLE (1990) im Rahmen entwicklungspsychologischer Untersuchungen hingewiesen.
- Gesundheitsfördernde Prozesse können je nach subjektivem Bedürfnis des einzelnen ein Oszillieren zwischen ausgesprochen aktiven Bewältigungs- und Regulationsversuchen und starken Rückzugstendenzen und passiven Bewältigungsformen bedeuten,

wenn einer Destabilisierung der Identität bzw. einem Scheitern der Integrationsversuche entgegengewirkt werden soll. So verstanden wäre z.B. eine Wiederaufnahme in eine Klinik nicht ein »Rückfall« oder »Schub« im herkömmlichen psychiatrischen Sinne, sondern würde als Regulationsversuch bzw. Selbstschutz betrachtet werden, der dazu dient, die Eskalation einer psychotischen Krise zu verhindern oder zumindest abzumildern. DAVIDSON et al. (2000) haben in einem ressourcenorientierten Projekt mit ambulant betreuten psychotischen Patienten die für sie überraschende Feststellung gemacht, daß von vielen Patienten ein Klinikaufenthalt durchaus als positiv erlebt wurde, da sie dort emotionale Zuwendung erhielten und materiell versorgt wurden, was sie in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld vermißten.

- Gesundheitsförderung steht in engem Zusammenhang mit einer unterstützenden, nicht-stigmatisierenden Umgebung, die das »Personsein« (personhood) statt das »Patients-ein« (patienthood) im Sinne von MALM (1999) in den Vordergrund stellt. Dabei setzt ein so verstandener bedürfnisorientierter Rehabilitationsansatz an der allmählichen Steigerung des eigenen Verantwortungsgefühls und Selbstwertes des Einzelnen an und ermutigt ihn dazu, über den eigenen Rehabilitationsprozeß selbst mitentscheiden zu können (vgl. auch KNIGHT, 1991).

### 5.3 Diskussion der Untersuchungsergebnisse

#### **Krankheits- und Gesundheitserleben**

Hinsichtlich gesundheitsförderlicher Strategien und Ressourcen, die sich auf die Krankheit beziehen, gilt für die Mehrzahl der Probanden der hier vorliegenden Untersuchung, daß sie ein Bewußtsein über ihre Erkrankung besitzen und ein *subjektives Krankheitsverständnis* entwickelt haben. Sie beschreiben ihre Erkrankung in ihren eigenen Formulierungen, benennen multiple Ursachen und beschreiben die negativen, oft schmerzhaften Veränderungen in ihrem Leben durch die Krankheit. Die Probandin 064 drückt dies so aus: *»Ich suchte immer Freundschaft und Liebe, und die hatte ich nicht gefunden«*. Die Probanden beschreiben aber auch, daß sie durch die Erkrankung eine Art »Expertenwissen« entwickelt haben und im Laufe der Zeit wichtige Zusammenhänge zwischen der Erkrankung und ihren Lebensumständen erkannt haben. Auf die Bedeutsamkeit subjektiver Krankheits- und Gesundheitstheorien von Patienten und ihres spezifischen »Laienbewußtseins« für die Prävention und Behandlung haben in diesem Zusammenhang u.a. FALTERMAIER (1991), FLICK (1991), HERZLICH (1991) und VERRES (1989) hingewiesen.

Außerdem haben die Untersuchungsteilnehmer Erkenntnisse gesammelt, die ihnen helfen, mit der Krankheit und ihren Belastungsgrenzen besser umgehen und leben zu können. Die *Bewältigungsstrategien* bezogen auf die Krankheitssymptomatik sind inhaltlich vergleichbar mit den Untersuchungsergebnissen u.a. von BÖKER et al. (1984), LANGE (1981), SCHAUB (1993), McNALLY und GOLDBERG (1997) sowie THURM-MUSSGAY und HÄFNER (1990). Es werden aber nicht nur symptombezogene Bewältigungskompetenzen hinsichtlich Krankheitszeichen von den Probanden angewandt, sondern eine Vielzahl von Möglichkeiten in Form von Einstellungen, Verhaltensweisen und kognitiven Überlegungen, um mit Streß, Belastungen und alltäglichen Anforderungen um-

zugehen. Oftmals werden aktive und passiv-vermeidende Umgangsweisen in kombinierter Weise, je nach subjektiver Befindlichkeit und Situation, praktiziert, z.B. Rückzug, Dosierung von (negativen wie positiven) Eindrücken und Erlebnissen, Kontaktaufnahme zu anderen Menschen, zusätzliche Medikamente. Andere Konzepte (z.B. Alkohol) sind weniger erfolgreich. Diese Bemühungen dienen hauptsächlich der Regulation, worauf besonders STRAUSS (1989) hingewiesen hat. Nach seiner Ansicht helfen Regulationsmechanismen dem Patienten, ein bestimmtes Maß an Selbstwertgefühl, Struktur und Eingebundensein in der Welt, soziale Kontakte und Ziele aufrechtzuerhalten. Selbst hinter den sog. Negativsymptomen vermutet er Selbstschutzmechanismen des Patienten. Die person- und situationsabhängige Variabilität und ein hohes Maß an Komplexität von Bewältigungsmechanismen hat auch SCHAUB (1993) in ihren Untersuchungen zu Bewältigungsstrategien von schizophren Erkrankten festgestellt. Dabei fand sie sowohl aktiv-kämpferische, vermeidende, depressive Reaktionen sowie Anpassung als die vier dominanten Bewältigungsformen heraus.

Es werden auch *positive Veränderungen in Bezug auf die eigene Erkrankung* geschildert. Als positiv wird von einigen Probanden erlebt, daß sie ihrer eigenen Gesundheit gegenüber eine größere Wachsamkeit entwickelt haben und sie als »kostbares Gut« schätzen gelernt haben. Auch erlebt ein Teil der Probanden es als entlastend, nicht mehr zu arbeiten und sich nicht mehr dem massiven emotionalen Druck und den Leistungsanforderungen durch die Arbeit aussetzen zu müssen. Durch die Erkrankung konnten einige Probanden allmählich entdecken, daß es auch noch andere Dinge im Leben gibt außer Arbeit, die für sie im Laufe der Zeit wichtig geworden sind (z.B. mehr Zeit für Kunst und Kultur, mehr Zeit für die eigenen Kinder).

Die Entwicklung eines *Krankheitsbewußtseins* wird schizophren Erkrankten im herkömmlichen psychiatrischen Verständnis oft abgesprochen, ihnen wird »krankheitsbedingt« mangelnde Krankheitseinsicht unterstellt, eine solche Auffassung steht konträr zu den vorliegenden Untersuchungsergebnissen.

Ähnliche Ergebnisse wie in der vorliegenden Untersuchung haben dazu DITTMANN und SCHÜTTLER (1990) in Interviews mit 50 schizophren Erkrankten erzielt. Sie konnten bei der Mehrzahl der Patienten feststellen, daß diese sich durchaus mit ihrer Erkrankung beschäftigen, ein Krankheitsbewußtsein entwickelt haben, multifaktorielle Erklärungen für die Erkrankung angeben und individuelle Copingstile beschreiben. SCHAUB (1993) zufolge haben schizophrene Patienten mit größerer Krankheitseinsicht Zugriff auf ein breiteres Reaktionsrepertoire als weniger einsichtige Patienten. Ebenfalls konnte DELESPAUL (1995) mit der Experience Sampling Method (eine Selbstbeschreibungsmethode psychisch Erkrankter in ihrem Alltag) feststellen, daß die von ihm untersuchten schizophrenen Probanden zu differenzierten Beschreibungen ihres Selbsterlebens fähig sind.

Ein wichtiges Ergebnis hinsichtlich des *Krankheits- und Gesundheitserlebens* ist, daß alle Probanden sich zur Zeit nicht bzw. »eigentlich nicht« psychisch krank bezeichnen und sich nur in akuten Krankheitsphasen krank fühlen, jedoch nicht außerhalb dieser Phasen. Einige betonen, daß sie »normal« leben »wie andere auch«, andere bezeichnen sich als »gesund« oder »fast gesund«. Eine Probandin (034) drückt dies in ihren eigenen Worten aus: Die Krankheit »ist nicht so wichtig irgendwie in meinem Leben, daß ich da nun pausenlos dran denke, ... fast zwei Jahre also bin ich gesund«. Viele Probanden wissen aber auch um die Grenzen ihrer Belastbarkeit und würden es nicht völlig ausschlie-

ßen, wieder einmal krank zu werden bzw. in eine Klinik zu müssen. Auf den »Teilzeitcharakter« der schizophrenen Erkrankung sowie auf tageszeitliche Schwankungen der Symptomatik weist DELESPAUL (1995) hin, welche oft von Professionellen in ihren diagnostischen Erhebungen übersehen werden würden.

Dieses Ergebnis lädt zu der Schlußfolgerung ein, daß Gesundheit und Krankheit, protektive Schutzfaktoren und stabilisierende Elemente sowie Belastungsfaktoren und krankheitsbedingte Einschränkungen eng zusammen liegen, sie existieren gleichzeitig, wie dies von FALTERMAIER (1999) und von LUTZ und MARK (1995) beschrieben wird. Die Möglichkeit, gleichzeitig gesund und krank zu sein, ist in dem salutogenetischen Ansatz von ANTONOVSKY (1979, 1987) fest verankert. Jeder Mensch läßt sich auf einem »multidimensionalen Kontinuum von Gesundheit und Krankheit« zuordnen, er hat nicht nur Störungen, sondern auch mehr oder weniger gesunde Anteile.

Insbesondere im qualitativen Untersuchungsteil konnte das *Stigmatisierungserleben* aufgrund der psychiatrischen Erkrankung differenziert herausgearbeitet werden. Die Probanden wissen um die Negativbewertung psychisch Erkrankter, insbesondere schizophrener Erkrankter in der Gesellschaft. Dieses Wissen veranlaßt sie und einen Teil ihrer Familien, die Erkrankung vor anderen Menschen zu verbergen. Nicht nur an öffentlichen Plätzen (Cafe, Arbeitsplatz), sondern auch von Seiten Professioneller in psychiatrischen Einrichtungen hatten die Probanden Stigmatisierung und Ausgrenzung erlebt. Einige Probanden sind der Diagnose »Schizophrenie« gegenüber mißtrauisch, sie möchten sich nicht mit dem stigmatisierten Bild identifizieren. Eine Probandin (010) drückt dies so aus: *»Ich sage nicht gleich, daß ich schizophren bin. Ich sage, wegen Depressionen kriege ich Rente.«* Es wird an diesem Punkt deutlich, daß der schizophrene Erkrankte nicht nur das Problem der Bewältigung der eigenen Erkrankung hat, sondern auch der damit verbundenen gesellschaftlichen Sanktionen, wie dies von FINZEN (1997a) hervorgehoben wurde. HOFFMANN-RICHTER (2000), die meinungsführende deutschsprachige Tages- und Wochenzeitungen hinsichtlich Psychiatrie und Vorurteile analysiert hat, betont, daß die Vorurteile, die die an einer Psychose Leidenden treffen, oft zu einem »Genesungshindernis ersten Ranges« werden. Stigma gilt als wirksamer Risikofaktor, der den Verlauf psychiatrischer Erkrankungen erheblich beeinflusst (MCGORRY, 1999). Das Stigma gefährdet die Autonomie der Patienten, um die sie sich bemühen, sie werden von der Gesellschaft ausgeschlossen, während sie »einer von uns« sein möchten, wie dies qualitative Studien zeigen (BARHAM & HAYWARD, 1991).

### **Personale Ressourcen**

Im Bereich der personalen Ressourcen und individuellen gesundheitsförderlichen Strategien konnten insbesondere durch die qualitative Auswertung zwischenmenschliche, ideale und nichtmaterielle *Werte* gesammelt werden, die die Probanden in unterschiedlichem Ausmaß unabhängig von der Erkrankung haben. Werte, die den Probanden wichtig sind, beinhalten z.B. Treue, Hilfsbereitschaft, Zuverlässigkeit, Anständigkeit, Ehrlichkeit, Gemeinschaftssinn, Wunsch nach Familie, Partnerschaft und sozialen Beziehungen, Autonomie, Freiheit, geistige Werte, Bildung, Kunst, Kultur, Natur und Naturschutz, Frieden, soziale Gerechtigkeit und Menschlichkeit im Umgang mit psychisch kranken Menschen.

Die Probanden beschreiben sich selbst oft mit positiven Attributen und unabhängig von

ihrer Erkrankung. Eine Probandin (030) sagt über sich: »*Ich spüre, daß ich also ein ganz eigener Mensch bin, ganz viele Eigenarten hab.*« Oder: »*Eigentlich mag ich mich so wie ich bin.*« (Pb O32) Diese **Selbstbeschreibungen** können als Hinweis darauf verstanden werden, daß die Probanden sich ihre Identität als Person erhalten und sich nicht primär mit der Identität eines chronisch kranken Patienten identifizieren und als solche erleben. Dieses Ergebnis stimmt mit der Erkenntnis von LUCIUS-HOENE (1997) überein, die die autobiographischen Erzählungen von Hirntrauma-Patienten als eine wichtige »Identitätsarbeit« dieser Patienten versteht. Das Erzählen über sich selbst wird dabei als Prozeß der Aushandlung zwischen individuellen Selbstdarstellungsbedürfnissen und dem Wunsch nach ihrer sozialen Anerkennung durch den Zuhörer als »Vertreter der signifikanten anderen« bezeichnet.

Neben der positiven Selbstbeschreibung existiert gleichzeitig bei dem größeren Teil der Probanden ein niedriges Selbstwertgefühl, das begleitet ist von einer resignativen Haltung und Verunsicherung. In dem Ansatz von O'BRIEN (1998) ist die Stärkung des Selbstwertgefühls eines der Zielvorstellungen von gesundheitsfördernden Maßnahmen für schizophrene Patienten, da sowohl die Betroffenen selbst als auch die Familienmitglieder unter Scham- und Schuldgefühlen, Trauer und Angst sowie Isolation leiden, was letztlich ein proaktives Verhalten verhindert. Ein ähnliches Ziel vertreten YURKOVICH und SMYER (1998) in der Krankenpflege von chronisch psychisch kranken Patienten, insbesondere betonen sie die Stärkung von sozialen Beziehungen, eine positive Einstellung zum Patienten und das Erhalten seiner funktionellen Aktivitäten. In einer »selbstbefähigenden Psychotherapie der Psychosen« sollen u.a. Gefühle der Hilflosigkeit und Demoralisierung verhindert und stattdessen Selbstbewußtsein und das Gefühl von Selbstwirksamkeit gefördert werden (KNUF, 2000).

Ein bedeutsames Ergebnis der Untersuchung ist der **Wunsch nach einer sinnvollen Tätigkeit** bei einem Teil der Probanden, d.h. eine Tätigkeit, welche ihren Interessen und bestehenden Fähigkeiten entspricht, verbunden mit dem Bedürfnis, gebraucht zu werden und damit wieder Teil der Gesellschaft zu sein. Eine Probandin (042) drückt dies mit folgenden Worten aus: »*Mein größter Wunsch wäre schon, noch mehr gebraucht zu werden...*« Oder ein anderer Proband (095) sagt: »*Ich will wieder Teil der Gesellschaft sein und nicht irgendwie so ein asoziales Element, der von anderen lebt und so.*« Arbeit und Leistung galt als ein zentraler gesellschaftlicher Wert in der ehemaligen DDR. Die Kehrseite davon waren chronische Überlastung und Überforderung durch die Arbeit, die bei den meisten Probanden mit zu den Krankheitsauslösern zählten. Der Verlust der Arbeit wird von den Probanden als Sinnverlust und Verlust der damit verbundenen sozialen Kontakte erlebt. An diesem Punkt können sinnvolle Milieuthérapie-Projekte im ambulanten klinischen Bereich (vgl. WINKELMANN, 1998, 2000) sowie individuell abgestimmte Rehabilitationsmaßnahmen im Arbeitsbereich ansetzen. Denn zu einem großen Teil verfügen die Probanden über jahrzehntelange Berufserfahrungen, die hier als wichtige Potentiale genutzt werden können.

Arbeit ermöglicht die Gelegenheit, mit anderen Menschen in einen sozialen Austausch zu treten und wieder zu normalen sozialen Rollen zurückzukehren, was auch dazu beiträgt, Stigmatisierung zu reduzieren (MALM, 1999). Das Bedürfnis nach Arbeit und sinnvollem Tätigsein wird von einigen fortschrittlichen Rehabilitations- und Integrationsansätzen aufgegriffen, dabei werden Autonomie und Mitgestaltung bei den Programmen

durch die Patienten selbst in unterschiedlichem Grad gefördert. Am erfolgversprechendsten sind nach STASTNY und AMERING (1997), STASTNY (2000) sowie MALM (1999) betreute Übergangsarbeitsplätze oder Programme bzw. Unternehmen, die von den »Consumern« selbst und nicht von den Professionellen organisiert werden (»consumer-run businesses«), da dadurch größtmögliche Einflußnahme und Kontrolle der Betroffenen über ihre eigene Rehabilitation gewährleistet sei. Solche Programme bieten einsteigenden »Consumern« die Möglichkeit des Modellerns bei erfahreneren Teilnehmern und stärken dadurch ihre Hoffnung und Motivation. Vertrauen in die Fähigkeiten und Kompetenzen des einzelnen sowie das Erleben von Solidarität und Identifikation untereinander erhöhen das Selbstwertgefühl, außerdem führen diese Faktoren zur Entwicklung wichtiger personaler und sozialer Ressourcen und stärken das Selbsthilfepotential der Teilnehmer (STASTNY & AMERING, 1997). Beispiele für solche Programme bzw. Unternehmen sind u.a. eine Teppichmanufaktur in Schweden, ein Handwerksunternehmen in Griechenland, eine US-amerikanische Fernseh- und Videoproduktionsfirma, die Führung eines Restaurants in Birmingham und San Francisco oder eine Dienstleistungsagentur, die Ex-Patienten hilft, ein Unternehmen zu gründen (vgl. GRANGER & BARON, 1996).

Die Probanden der vorliegenden Untersuchung nennen vielfältige **Möglichkeiten, ihr emotionales Gleichgewicht (wieder)herzustellen**. Diese Möglichkeiten reichen von körperlichen **Aktivitäten**, kulturellen Interessen, sozialen Austausch mit anderen Menschen bis hin zu passiven Umgangsformen. Der Versuch, Streß und Anforderungen zu reduzieren, z.B. durch Rückzugstendenzen, war bei den Probanden häufig anzutreffen. Diese **Rückzugstendenzen** können zumindest für einige Probanden der Studie im Sinne des »positiven Rückzugs« (CORIN & LAUZON, 1992) verstanden werden, d.h. nicht nur als Negativsymptom im Sinne des pathogenetischen Denkens der herkömmlichen Psychiatrie. Diese Form des Rückzugs läßt sich als eine Position der Distanz zu sozialen Rollen und sozialen Beziehungen verstehen, verbunden mit der Aufrechterhaltung einer subtilen Verbindungslinie zur sozialen Umwelt (vgl. CORIN, 1990). In diesem Zusammenhang hat SCHAUB (1993) in ihrer Untersuchung mit 30 schizophren erkrankten Patienten festgestellt, daß Reaktionsformen wie »evasive Reaktion«, »Aus-dem-Felde-Gehen« oder »Anpassung an die gegebene Situation« die Funktion einer zumindest kurzfristigen Selbststabilisierung gegenüber potentiellen Überforderungssituationen hatten. LAZARUS (1983) zufolge können längerfristig solche passiven Schutzreaktionen bei Ignorieren wesentlicher Behandlungsmaßnahmen eine erneute Rezidivgefährdung mit sich bringen.

Überraschende Äußerungen hinsichtlich ihrer **Tagesgestaltung** wurden von einigen Probanden gemacht, die sehr zurückgezogen leben und nicht über viele Gesundheitsressourcen verfügen. Beispielsweise ein älterer Proband (082), der seit Jahrzehnten mit seiner alten Mutter zusammenlebt und sich stark in der Wohnung zurückzieht, hört viel klassische Musik im Radio, spielt mit sich selbst Schach oder spielt Klavier, und er sagt: »*Lange-weile haben wir keine.*« Dieses Ergebnis verweist auf den Grundgedanken der »Ressourcenperspektive«, die davon ausgeht, daß auch im schwerstgeschädigten Individuum und in einer defizitären Umwelt förderbare Ressourcen einer Entwicklung von Personen- und Umweltsystemen zu finden sind (vgl. NESTMANN, 1996; HERMER, 1996; KRISOR & PFANNKUCH, 1996; REDDEMANN, 1996). Diese Sichtweise soll jedoch nicht bedeuten, daß diese Menschen keine Unterstützung oder kein Verständnis mehr benötigen, sondern soll vielmehr aufzeigen, auf welchen Ebenen bei dem einzelnen Menschen in der Praxis an-

gesetzt werden kann und welche bestehenden Interessen und Fähigkeiten aufgegriffen werden können. Es geht bei den Bemühungen um soziale Integration und Rehabilitation von ambulanten chronischen Patienten nicht so sehr um die »strikte Einhaltung einer Tagesstruktur«, wie dies STEINBÖCK (1997) als künstliche Forderung von Seiten traditioneller Rehabilitationsansätze kritisiert, sondern vielmehr darum, welche Vorstellungen die Betroffenen selbst haben und welche Dinge ihnen aus ihrer eigenen Sicht wichtig sind und von ihnen als sinnvoll erlebt werden. In den Interviews werden von den Probanden zahlreiche Hinweise dazu gegeben.

Hinsichtlich ihrer **Zukunfts- und Lebensziele** formulieren die Probanden u.a. den Wunsch nach Tätigkeit, nach sozialen Beziehungen, nach Eigenständigkeit, nach Reisen und danach, das Leben nach den eigenen Vorstellungen zu führen. Auffallend ist der »Wunsch nach Stabilität« ihrer gegenwärtigen Lebenssituation. Eine Probandin (010) drückt dies so aus: ».. daß wir eben so weiterleben können wie bisher..«. Die Stabilitätswünsche beziehen sich dabei vor allem auf den Erhalt der psychischen und körperlichen Gesundheit, den Erhalt der Familie, der Partnerschaft, der eigenständigen Lebensform sowie auf die materielle Sicherheit. Der Wunsch nach Stabilität ist nachvollziehbar und verständlich, da diese Menschen in ihrem Leben aufgrund der wiederholten Krankheitsphasen tiefgreifende Erschütterungen, Einbrüche und Verunsicherungen erlebt haben. Sich eine stabile Lebenssituation zu wünschen, könnte dem Bedürfnis nach innerer und äußerer Sicherheit und Ordnung entsprechen.

Der Wunsch nach **Autonomie und Eigenständigkeit** wird von einem Teil der Probanden betont, er ist jedoch nicht bei allen Probanden durchgehend festzustellen. Es besteht bei manchen Untersuchungsteilnehmern eher der Wunsch nach sozialer Eingebundenheit und Zugehörigkeit. Das Vertrauen in die Hilfe von signifikanten Anderen oder in den Zusammenhalt der Familie bzw. Partnerschaft steht, zumindest bei einem Teil der untersuchten Probanden, vor dem Autonomiebedürfnis. Diese Erkenntnis kann hilfreich sein bei gemeindepsychologischen und psychosozialen Ansätzen, die die Wiedererlangung von Autonomie und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände im Sinne von »**Empowerment**« zum Hauptziel ihrer psychosozialen Bemühungen erklären (vgl. RAPPAPORT, 1985; HERRIGER, 1995; STARK, 1996; KNUF & SEIBERT, 2000). Nicht für alle Patienten scheint dieses Ziel an erster Stelle zu stehen. Dieser Aspekt steht in Verbindung zum Verständnis von ANTONOVSKY (1987), der die Betonung von Kontrollbedürfnis und internaler Kontrollüberzeugung als typisches Muster westlicher Wertorientierung auffaßt. Er nimmt demgegenüber eine andere Haltung ein, nämlich das grundsätzliche Vertrauen von Menschen, »daß sich die Angelegenheiten gut entwickeln werden« und das sich Anvertrauen an andere Menschen. Wichtig sei, daß die Zuversicht des einzelnen erhalten bleibt. Ähnlich stellt SCHÜRMANN (1997) dem »männlich« geprägten Empowerment-Ansatz eher »weibliche« Werte wie etwa Kommunikation, Kooperation und Fürsorge entgegen, die sie in der therapeutischen Beziehung mit schizophrenen Patienten für wesentlich hält. GEISLINGER (2000) betont in diesem Zusammenhang, daß Empowerment insbesondere in Zeiten einer akuten psychotischen Krise den Patienten gar nicht zur Verfügung steht, sondern daß sie in solchen Zeiten eher Schutz und Verständnis benötigen. Diesen Aspekt gilt es in der Empowerment-Diskussion zu berücksichtigen.

**Emotionalen Halt durch Glauben und Spiritualität** findet eine Teilgruppe der untersuchten Probanden. Religion hat zwar für einzelne auch eine übersteigerte Bedeutung und ver-

mischt sich mit psychotischen Inhalten, dies trifft jedoch aktuell nur auf zwei Teilnehmer zu. Eine Probandin (063) drückt die Bedeutsamkeit ihres Glaubens so aus: »Die Religion hat viel Sinn für mich. Das ist mein Glaube. Durch den Glauben wachse ich und reife ich.« Einigen vermittelt die Religion wichtige ethische Richtlinien und Orientierungshilfen für ihr Leben, andere fühlen sich sozial eingebunden durch die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft und die Teilnahme an Gottesdiensten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß Glauben und Spiritualität einen gesundheitsförderlichen Faktor darstellen, und bestätigen die Ergebnisse anderer Untersuchungen. So haben Religiosität und die Teilnahme an religiösen Aktivitäten eine positive Wirkung auf die Gesundheit der Betroffenen, insbesondere würde positives Selbsterleben dadurch unterstützt und aufrechterhalten werden (vgl. WITTER, STOCK, OKUN & HARING, 1985; KRAUSE & VAN TRAN, 1989; LEVIN, 1996). Die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft wird von ANSON et al. (1993) als stärkere Gesundheitsressource bezüglich der Bewältigung belastender Lebensereignisse betrachtet als lediglich die individuelle Religiosität oder religiöse Gefühle des Einzelnen. Die Autoren sehen die Zugehörigkeit zu einem religiösen Kibbutz als eine wirksame »kollektive Ressource« zur Bewältigung belastender Lebensereignisse.

### **Soziale Ressourcen**

Im Bereich der sozialen Ressourcen und interpersonalen gesundheitsförderlichen Strategien ist an erster Stelle ein starkes **Bedürfnis nach sozialen Beziehungen** und Austausch mit anderen Menschen bei den meisten Probanden festzustellen. »Man muß unter Menschen sein«, so eine Probandin (042). Dieses Bedürfnis besteht gleichzeitig zu dem Wunsch nach Rückzug und Alleinesein und zu dem Abgrenzungswunsch gegenüber anderen psychisch Kranken bei einer Teilgruppe der Untersuchungsgruppe. Von einigen Probanden wird das Bedürfnis ausgedrückt, in Beziehungen nicht nur passiver Empfänger von Unterstützung und Verständnis, sondern auch gebender Teil zu sein, anderen nahestehenden Menschen wichtig zu sein und von ihnen gebraucht zu werden. YALOM (1974) nannte dieses Bedürfnis »Altruismus«, der zu den zentralen Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie zählt. Er stellte fest, daß Patienten ein starkes Bedürfnis haben, auch anderen zu helfen und sich selbst zu vergessen. Das Bedürfnis, sozial eingebunden zu sein und gebraucht zu werden, wird auch von RÖHRLE (1994) im Rahmen seines sozialen Netzwerkansatzes hervorgehoben. Die Bedeutung des persönlichen Kontaktes mit anderen Menschen für schizophrene Erkrankte wird in anderen Studien in Verbindung mit der Bewältigung der Erkrankung festgestellt (vgl. SCHAUB, 1993; COHEN & BERK, 1985; THURM & HÄFNER, 1987; BREIER & STRAUSS, 1984). Diese Ergebnisse stehen in einem klaren Gegensatz zu der Sichtweise von WIEDL (1991), der schizophrenen Patienten eine »geringe Soziabilität« bescheinigt. An dieser Stelle ist ausdrücklich der Auffassung von WEITBRECHT (1963; zit. nach SCHAUB, 1993, S.288) zuzustimmen, der sagt: »Das mangelnde Kontaktbedürfnis des Schizophrenen ist eine Sage; er tut sich nur gewöhnlich schwer bei der Verwirklichung.«

ANGERMEYER und LAMMERS (1986) stellen, gemessen an der Idealnorm und im Vergleich zu psychisch Gesunden und anderen Patientengruppen, deutliche Defizite im **sozialen Netzwerk** schizophrene Erkrankter fest. Dieses Resultat kann in der vorliegenden Untersuchung für einen kleineren Teil der Probanden bestätigt werden. Allerdings hat der Vergleich nur eine begrenzte Aussagekraft, da die Untersuchungsgruppe (N=138) von Angermeyer und Lammers sehr viel größer war. In der vorliegenden Untersuchungsgruppe



stellt bei einem kleineren Teil der Probanden der enge Familienkreis ihr ausschließliches Lebensumfeld dar, dabei bestehen sehr enge Bindungen zu den Eltern, teilweise leben sie noch bei den Eltern (auch ältere Probanden). Insbesondere diese Probanden pflegen kaum Kontakte zu anderen Menschen und haben wenig soziale Fertigkeiten und soziales Engagement entwickelt. Kontakte nach außen bestehen bei diesen Patienten z.B. höchstens zum behandelnden Arzt oder zum Wirt ihrer Stammkneipe.

Die **Familie** stellt eine »zwiespältige« Ressource dar. Einerseits stellt den Interviewaussagen zufolge die Familie für die meisten Probanden ein zentrales **emotionales und soziales Unterstützungsnetz** dar, dort findet emotionale und praktische Hilfe und Austausch statt. Andererseits ist die Kehrseite der oft sehr engen Familienbindungen, daß den Probanden zuviele praktische Dinge im Alltag abgenommen werden und ihnen die Entwicklung von Eigenständigkeit oftmals nicht ermöglicht wird. Die Probanden können sie nur schwer für sich einfordern, auch fällt es ihnen schwer, **Konflikte** mit Familienmitgliedern offen auszutragen und zu lösen. Die Konflikte werden z.T. tabuisiert, unklar geschildert oder verharmlost. Eine 52-jährige Probandin (042) drückt den Konflikt mit den hohen Erwartungen ihrer Mutter ziemlich klar aus: *»Ich brauche Freiraum. Ich brauche Luft zum Atmen. (...) Ich bin mit meinem Mann verheiratet und nicht mehr mit meiner Mutter ...«*.

Vertreter von familientherapeutischen und psychodynamischen Ansätzen betonen, daß eine schizophrene Erkrankung als starker Einbruch in das gesamte Familiensystem erlebt wird. Die Familie gerät in Isolation und zieht sich selbst zurück. Sie benötigt ihrerseits therapeutische Unterstützung und einen Raum, den damit verbundenen Gefühlen von Hilflosigkeit, Trauer, Schamgefühlen und Wut Ausdruck zu geben und verstanden zu werden (FÜREDI & ABARBANEL, 1999). Ebenso brauchen Eltern einen therapeutischen Rahmen, um sich ihrer eigenen unbewußten Anklammerungswünsche an ihre Kinder bewußt zu werden, die diese in der Kranken- und Abhängigkeitsrolle festhalten (THOME & SCHMIDTS, 1997). Fehlt diese Unterstützung, dann können die bekannten, vielerorts untersuchten »expressed emotions« und »expressed expectations« (FÜREDI & ABARBANEL, 1999) bzw. die aufrechterhaltene Verstrickung mit der Familie zu höheren Rückfallquoten der Patienten führen (vgl. BROWN et al., 1972; VAUGHN & LEFF, 1976; FALLOON, 1988; HAHLWEG et al., 1989). Vermehrte Kontakte der Familie innerhalb der Gemeinde erhöhen den Nutzen von Familieninterventionen für die Familie und für den Patienten. Die Familie spielt also eine wesentliche Rolle im Verlauf der schizophrenen Erkrankung. Jedoch nur bei wirksamer Unterstützung und Verständnis sowohl für die Autonomie- und Ablösungsbedürfnisse der Patienten als auch für die Bedürfnisse der Angehörigen kann die Familie mit ihrer »Laienkompetenz im Alltag« (KICKBUSCH, 1981) in eine »hilfreiche Ressource« verwandelt werden (vgl. KATSCHNIG, SIMON & KRAMER, 1994; FÜREDI & ABARBANEL, 1999). Diese Erkenntnisse können aus eigener psychotherapeutischer Erfahrung in der Arbeit mit schizophren Erkrankten unterstrichen werden. Allerdings muß betont werden, daß die Loslösungsprozesse aus den Verstrickungen mit den Familien oft viele Jahre dauern können (vgl. auch AMMON, 1979a; LEHTINEN, 1999; ALANEN, 1997).

Die **Partnerschaft** wird bei den Probanden, die einen Partner haben, als »protektiver Faktor« deutlich. Bei den alleinstehenden Probanden wird einerseits der Wunsch nach Bindung geäußert, andererseits ist der Wunsch nach einem Partner mit der Angst vor Aufgabe der eigenen Autonomie und Freiheit verbunden. Die wichtigsten Aspekte einer Partnerschaft sind für die Probanden emotionaler Halt, Schutz vor Einsamkeit, Struktur, Aufga-

be, Aufforderung zu Ordnung v.a. in Zeiten von Antriebslosigkeit, Unterstützung und Verständnis in psychotischen Krisen. Als Gegenleistung werden manchmal konfliktreiche und destruktive Seiten des »gesunden« Partners toleriert. Ein Beispiel ist Probandin 010, deren Partner arbeitslos ist, Alkoholprobleme hat und sie manchmal schlägt. Die Partnerschaft erfüllt für die kontaktscheue Probandin trotzdem eine existentiell wichtige Funktion, sie ist ihr »*einzigster Halt*«. Sie betont ausdrücklich, daß sie sich seit der Beziehung mit ihrem Partner nicht mehr so einsam fühle, sie fühle sich gebraucht, habe dadurch eine Aufgabe, und sie erlebe emotionalen Halt und »*einen Sinn*« in ihrem Leben. Vor der Partnerschaft quälte sie sich mit Suizidgedanken, Existenzsorgen und Einsamkeit und wurde wiederholt in die Klinik eingewiesen. Isoliert betrachtet würde man diese Partnerschaft als selbstschädigend und destruktiv bezeichnen, Kliniker würden der Probandin dringend von der Beziehung abraten. Erst auf dem biographischen Hintergrund der Probandin kann die persönliche Bedeutung, die diese Partnerschaft für die Probandin hat, verstanden werden. An diesem Beispiel wird ein wichtiger Gedanke des Gesundheitsförderungs-Ansatzes deutlich: Ein als Risikofaktor bezeichnetes Merkmal in einem bestimmten Lebenskontext eines Menschen kann eine »protektive Wirkung« haben, da er ein anderes, möglicherweise größeres Risiko – hier die Vereinsamung und das Suizidrisiko – verringert (vgl. BALDWIN et al., 1990).

In diesem Zusammenhang betont auch LUCIUS-HOENE (1997), daß manche Verhaltensweisen erst ihren individuellen und biographisch untermauerten Sinn erhalten, die aus Sicht der professionellen Betreuer »dysfunktional, selbstschädigend und unnachvollziehbar« erscheinen mögen. Wichtig sei, daß Professionelle versuchen sollten, die symbolischen Bewältigungsanstrengungen und die spezifische Identitätsarbeit der Betroffenen, die sich hinter den »dysfunktionalen« Verhaltensweisen verbergen, zu entdecken und nachzuvollziehen.

Es wird in den Beschreibungen der Probanden ebenfalls deutlich, daß die Partnerschaft für den *nichtpsychotischen Partner*, insbesondere in akuten psychischen Krisen der Probanden, eine starke seelische Belastung darstellt (vgl. hierzu SENNEKAMP, 1995). Gemeinsam durchlebte Krisen können andererseits zur Stabilisierung der Beziehung beitragen, wie dies von BEITLER und BEITLER (2000) aus ihrer persönlichen Sicht beschrieben wird (einer der Autoren leidet selbst unter einer psychischen Krankheit). Daß Partnerschaften, in denen beide Partner von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen sind, nicht nur einen zusätzlichen Risikofaktor darstellen, wird durch die Aussagen einiger der Probanden deutlich. Sie betonen, viel mehr Verständnis vom Partner zu erhalten und ihrerseits dem Partner geben zu können, da beide die Erkrankung kennen. STRAUSS (1992), der zahlreiche Follow-up-Untersuchungen von schizophrener Erkrankten durchführte und dabei vor allem die Subjektivität der Betroffenen untersuchte, beschreibt ein Beispiel einer Partnerschaft von zwei Personen mit einer langen Geschichte von chronischer psychiatrischer Erkrankung, worunter beide leiden. Der untersuchte Partner betonte in einem Interview, daß das wichtigste und schönste für beide sei, trotz aller Einschränkungen durch die schwere Erkrankung, für jemanden sorgen zu können und selbst umsorgt zu werden. Der Autor möchte mit diesem Beispiel darauf hinweisen, daß Fragen von Seiten der Professionellen nach den (oft überraschenden) Dingen, die Patienten in ihrem Leben wichtig sind und ihnen Freude bereiten, oft nicht gestellt werden.

Es wird insbesondere durch die qualitative Auswertung deutlich, warum *psychosoziale*

**Einrichtungen** (z.B. Patientenclubs) von den untersuchten Probanden zur Zeit kaum in Anspruch genommen werden. Die Probanden berichten über frühere positive wie auch negative Erfahrungen mit diesen Angeboten. Als Hauptgründe für das Meiden von Patientenclubs oder Gesprächsgruppen werden u.a. das zu stark belastende »kranke Umfeld« der Patienten und die schlechte Atmosphäre (»zuviel Zigarettenrauch und zu wenig Sauberkeit«) genannt. Wichtig war der Besuch von diesen Einrichtungen für einen Teil der Probanden vor allem in der Zeit kurz nach Klinikentlassung, als sie sich noch schutzbedürftiger und psychisch labiler fühlten. Das Eingebundensein in einer **Peergruppe** hatte (bzw. hat noch für einige Probanden) eine emotional tragende und haltende Funktion. Mit zunehmender psychischer Stabilisierung und sozialer Integration wurde das Bedürfnis nach diesem Schutz geringer und der Wunsch stärker, sich vom psychiatrischen Milieu zu lösen.

Unterschiedliche soziale Bedürfnisse in der Zeit der Genesung von einer Psychose haben BREIER und STRAUSS (1984) in ihrer Studie beobachtet, sie teilen sie in zwei Phasen ein. In der Phase der »Rekonvaleszenz« (convalescence) kurz nach Klinikentlassung sind die Patienten noch stärker auf Hilfe angewiesen und identifizieren sich noch mehr als »Expatienten«, in der nachfolgenden »Wiederaufbau-Phase« (rebuilding) erleben sie sich wieder mehr als Mitglieder der Gesellschaft, bauen soziale Beziehungen auf und identifizieren sich weniger als Expatienten.

Die Aussagen über unterschiedliche soziale und andere Bedürfnisse von Patienten bzw. Nutzern implizieren eine differenzierende Betrachtung der Nutzung von außerstationären psychosozialen Einrichtungen. Es ist wichtig, die Bedürfnisse der Patienten zu verschiedenen Zeiten und Phasen der Genesung zu kennen, um eine subjektorientierte Versorgung und Rehabilitation zu gewährleisten. Auf diesen Punkt weisen u.a. KRISOR und PFANNKUCH (1996), DAVIDSON et al. (2000), DELESPAUL (1995), ALANEN (1997) und LEHTINEN (1999) mit Nachdruck hin. Die Selbstwahrnehmung der eigenen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Patienten wird bezüglich einer »patientenzugeschnittenen Rehabilitation« von DELESPAUL (1995) für wichtiger gehalten als die Ansichten über »objektive« Fähigkeiten und Bedürfnisse von Seiten der Professionellen. Schizophrenie wird als ein sehr »heterogenes Krankheitsbild« verstanden, das ein entsprechend vielfältiges therapeutisches Angebot notwendig macht und das individuell und flexibel für jeden einzelnen Patienten gestaltet werden muß (LEHTINEN, 1999; AMMON, 1975). Therapeutische Angebote sollten im Verständnis von KATSCHNIG (1999) nicht nur krankheitsorientiert sein, etwa im Sinne von Psychoedukation, sondern mehr die positiven Aspekte von Lebensqualität beinhalten. Ein derzeit von ihm durchgeführtes Programm für schizophrene Erkrankte in Wien schließt Themen ein, wie z.B. »Wie kann man Freundschaften schließen«, »Wie kann man sich eine angenehme Umgebung schaffen« oder »Wohin kann man gehen, um sich gut zu fühlen« – also Angebote, die nicht nur dem schizophren Erkrankten, sondern auch dem Gesunden helfen im Sinne von Manfred BLEULER (1984).

Die unterstützende Seite der **Arzt-Patient-Beziehung** stellt nur eine Seite der Medaille dar. Die andere Seite beinhaltet eine defensive Haltung zur Arzt-Patient-Beziehung, es wird eher vorsichtige Anpassung als offene Kritik in den Interviewäußerungen spürbar. Zunächst zur positiven Seite: Als insgesamt positiv wird von den Probanden der eher informelle Kontakt zum Arzt erlebt. Geschätzt wird auch, wenn über aktuelle Lebensprobleme und nicht nur über das Verschreiben von Medikamenten und Symptom-

management gesprochen wird und wenn wirksame Hilfe in Krisensituationen geleistet wird. Proband 057 beschreibt die Behandlung als »*sorgsam, aber nicht aufdringlich*«. Hinsichtlich der kritischen Seite muß die z.T. pauschal geäußerte Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung genauer betrachtet werden. Ein Teil der Probanden bezeichnet die Beziehung zum Arzt zwar global als gut, deutet aber direkt oder indirekt Kritik an oder gibt widersprüchliche bzw. ambivalente Beschreibungen. Nicht einverstanden ist z.B. eine Probandin mit den Erklärungen ihrer Ärztin in Bezug auf ihre Krankheit (chronisch, unheilbar), die Probandin bringt dies der Ärztin gegenüber aber nicht direkt zum Ausdruck. Der Wunsch nach Mitentscheidung in der Behandlung ist zwar bei einigen Probanden deutlich vorhanden, wird dem Arzt jedoch oft nicht klar vermittelt. Diese »kritischen« Aspekte sind das Ergebnis der qualitativen Auswertung. In einer ausschließlich quantitativen Selbsteinschätzung bzw. Fremderhebung würden solche differenzierten Aspekte verloren gehen, die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung würde pauschal als positiv beurteilt bzw. angekreuzt werden, möglicherweise aus Gründen der Anpassung und sozialen Erwünschtheit von Seiten der Probanden, worauf z.B. LEIMKÜHLER (1995) hingewiesen hat.

Interessant sind die Gründe, warum einige Probanden eher selten zu ihrem Arzt gehen und sich nur ihre Medikamente abholen. Die Gründe konnten ebenfalls in der qualitativen Auswertung herausgearbeitet werden. Sie hängen u.a. mit der Befürchtung zusammen, die eigene Autonomie aufzugeben. Die Probanden wollen sich lieber selbst helfen, als auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein. Oder sie gehen nur dann zum Arzt, wenn sie sich in einer akuten Krise befinden. Oder sie wechseln den Arzt, da sie bei therapeutischen Maßnahmen mitentscheiden möchten.

Eine »*schützende Distanz*« eines Patienten gegenüber Professionellen oder ein Arztwechsel kann als gesunde Reaktion verstanden werden, wenn diese ihm gegenüber Endogenitäts- oder Unheilbarkeitsvorstellungen über seine Krankheit vertreten oder vom Patienten die traditionelle passive Patientenrolle und Compliance erwarten und er nicht als »Experte in eigener Sache« und als gleichwertiger »Behandlungspartner« ernst genommen wird, wie dies zunehmend von Psychiatrieerfahrenen und Selbsthilfegruppen eingefordert wird (vgl. auch KNUF & SEIBERT, 2000; VOELZKE, 1998; BRODY, 2000; KIESELBACH, 1991). Auf die sich wandelnde Beziehung zwischen Professionellen und Patienten bzw. »Nutzern« in Richtung Symmetrie und Abbau der Hierarchie weisen u.a. SCHÜRMAN (1997), SCHÜFFEL et al. (1998), BRUCKS, WAHL und SCHÜFFEL (1998) sowie KRISOR und PFANNKUCH (1996) hin. Die *veränderte Professionalität* im Verständnis des Ressourcenansatzes beinhaltet, daß der Professionelle eher die Rolle eines Begleiter statt des omnipotenten Heilers einnimmt und dem Hilfesuchenden »Hilfe zur Selbsthilfe« anbietet. BRODY (2000) beschreibt in diesem Zusammenhang die langjährigen, z.T. erfolgreichen Bemühungen im Rahmen der World Federation of Mental Health, Expatienten bzw. »Nutzer« aktiv als Experten und Kenner ihrer eigenen Situation in die Behandlungsplanung einzubeziehen und bei gesundheitspolitischen Entscheidungen zu beteiligen.

### **Materielle Ressourcen**

Im Bereich der externen bzw. materiellen Gesundheitsressourcen hat für die Probanden das Thema **Geld** unterschiedliche Bedeutung. Es wird zur Lebensführung benötigt, ist bei den meisten Probanden knapp bemessen, sie unternehmen z.T. große Anstrengungen, damit auszukommen. Bei den meisten steht jedoch Geld nicht an erster Stelle, »Geld ist nicht alles« (Pb 048). Der Rentenstatus ist neben der finanziellen Sicherheit mit dem Gefühl verbunden, nicht frei und von einer Institution, die mit der Krankheit in Zusammenhang steht, abhängig zu sein. Der Wunsch, den Rentenstatus aufzugeben, wird als Dilemma erlebt: Man muß beweisen, daß man nicht krank ist und daß man arbeiten kann. Andererseits bedeutet psychische Stabilität und die Fähigkeit, wieder arbeiten zu können, den Verlust der Rente, die wiederum (noch) als wichtiger Stabilisator erlebt wird.

Einen zentralen Stellenwert hat die **Wohnung** für alle Probanden, sie wird als wichtiger Lebensraum, Ort der Erholung, Autonomie, Geborgenheit, als »Oase« oder als Rückzugsort erlebt: »Hier kann ich mich mal zurückziehen in aller Ruhe.« (Pb 033) Ein großer Teil der Probanden bemüht sich um eine gemütliche und behagliche Atmosphäre. Trotz z.T. äußerer Mängel und Unzulänglichkeiten in der Wohnung hat sie für die Probanden eine große Bedeutung. Von einer Probandin wird der Wunsch geäußert, im Falle einer psychotischen Krise lieber bei sich zuhause betreut zu werden vom Arzt und ihren Freunden, statt in eine Klinik gehen zu müssen und aus ihrer vertrauten Umgebung herausgerissen zu werden. Diese Wunschäußerung ist eine wichtige Anregung für eine »bedürfnisorientierte« Behandlung und psychosoziale Betreuung außerhalb psychiatrischer Kliniken (vgl. KATSCHNIG, 1989; ALANEN, 1997; LEHTINEN, 1999; DELESPAUL, 1995; MALM, 1999).

Abschließend sei zu bemerken, daß in den Interviews mit den Untersuchungsteilnehmern neben der erstaunlichen Offenheit in ihren Erzählungen, die persönlich berührt, noch etwas anderes spürbar wird: Es stellt eine enorme Leistung dar, mit einer Krankheit wie Schizophrenie zu leben, und die Menschen mit einer solchen Erkrankung haben es sehr viel schwerer als normal Gesunde, in ihrem täglichen Leben zurechtzukommen. Vor diesem Hintergrund erhalten die in der Untersuchung gefundenen Hinweise auf ihre Stärken, Kompetenzen und kreativen Lösungsversuche eine noch größere menschliche Bedeutung. Was diese Menschen leisten und sich tagtäglich erkämpfen, läßt uns ihnen eine große Achtung entgegenbringen!

### **5.4 Begrenztheit der Untersuchung und Anregungen für zukünftige Forschungsansätze**

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung besitzen aufgrund der begrenzten Probandenanzahl (N=29) verständlicherweise **keine Allgemeingültigkeit**, sie können nicht für ambulant betreute chronisch schizophrene Patienten repräsentativ betrachtet werden. Um verallgemeinerte Aussagen machen zu können, müßte eine größere Zufallsstichprobe untersucht werden. Es handelt sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Pilotstudie mit explizit explorativem Charakter. Die errechneten Signifikanzen werden nicht im klassischen statistischen Sinne interpretiert, sondern können als Indizien dafür gelten, wo weitere Forschung anknüpfen könnte.

Hinsichtlich der **Repräsentativität** wäre es möglich, daß es sich bei der Gesamtstichprobe der Leipziger Lebensqualitätsstudie (N=100) zum Untersuchungszeitpunkt um eine Selektion von psychisch eher belastungsfähigen Probanden handelt, da sie zur Zeit der Untersuchung a) sich in regelmäßiger ambulanter Behandlung befanden, b) zur Zeit der Interviews nicht akut psychotisch waren und c) motiviert waren zur Mitarbeit an der Studie. Akut erkrankte Probanden hätten an der Studie nicht teilnehmen können, andere schwerer beeinträchtigte Personen leben möglicherweise sozial isolierter und wären daher für die Mitarbeiter des Projektes schwerer erreichbar gewesen. Außerdem handelt es sich bei der Stichprobe um Probanden, die in der Stadt Leipzig leben, d.h. in der Stichprobe fehlen Probanden aus der Landbevölkerung sowie aus den westlichen Bundesländern. Der relativ hohe Anteil an Berufsabschlüssen und langjähriger Berufstätigkeit dürfte eher typisch für die damalige DDR-Population sein.

Unter **methodologischen Gesichtspunkten** sind folgende Vorbehalte sowie Vorschläge für zukünftige Forschungsansätze zu nennen:

- Ein gewisser Nachteil ist, daß die Interviews nicht von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit selbst durchgeführt wurden, so konnte kein persönlicher Eindruck über die Probanden und ihren unmittelbaren Lebenskontext gewonnen werden. Andererseits ist es von Vorteil, die Probanden nicht persönlich zu kennen, da mögliche Effekte des ersten Eindrucks (z.B. Sympathie, Antipathie) die Auswertung der Interviews weniger beeinträchtigten bzw. mögliche Erwartungshaltungen die Interviewführung in Richtung des eigenen Forschungsinteresses nicht beeinflussten.
- Die Interviews wurden nicht explizit »ressourcenorientiert« durchgeführt, sondern orientierten sich nach der Lebensqualität der Probanden. Die Ressourcen und Gesundheitsförderungs-Strategien wurden aus einzelnen Aussagen sowie aus dem gesamten Interviewkontext einschließlich der Biographie der Probanden gewonnen. Eine mögliche Gefahr der inhaltlichen Einengung besteht bei einer explizit ressourcenfokussierten Datenerhebung, nämlich daß man a priori festlegen würde, was eine Ressource ist. Wie die Auswertung jedoch gezeigt hat, kann eine Aussage darüber oft nur aus dem spezifischen Lebens- und biographischen Kontext des Einzelnen heraus gemacht werden. Aus diesem Grunde erscheint die ausschließliche Durchführung von standardisierten Fragebögen zum Zweck der Ressourcenermittlung nicht ausreichend. In der vorliegenden Untersuchung hat sich die Kombination von qualitativen und quantitativen Auswertungsmethoden – wie sie auch in der Gesundheitsforschung empfohlen wird – bewährt.
- Um das Gesundheitsressourcen-Inventar für eine größere Population einzusetzen, müßte eine umfassende Validierung hinsichtlich der Reliabilität und der internen Struktur des Inventars (Faktor- und Itemanalyse) durchgeführt werden. Anhand einer Itemanalyse könnte die Anzahl der Items um einige redundante Subitems reduziert werden. Mit einer Faktorenanalyse würde man einen genaueren Aufschluß über übergeordnete Gruppen bzw. Hauptbereiche gewinnen. Ein weiterer Schritt in Richtung Validierung wäre eine Vergleichsuntersuchung zwischen größeren Stichproben von unterschiedlichen Patientengruppen und gesunden Kontrollgruppen.
- Um eine umfassendere Kenntnis über die individuellen Gesundheitsressourcen und -strategien zu gewinnen, könnte die Untersuchung erweitert werden durch die systematische Einbeziehung der Bezugspersonen der Probanden. Aufschlußreich wären

ergänzende Auskünfte von Familienangehörigen, Freunden, Mitpatienten, dem behandelnden Arzt oder von Arbeitskollegen und inwieweit die einzelnen Einschätzungen über den betreffenden Probanden voneinander abweichen würden.

- Eine Querschnitt-Untersuchung, wie sie hier vorliegt, impliziert begrenzte Informationen, es fehlen Daten über einen längeren Entwicklungsprozeß. Es wäre interessant, in einer Längsschnittuntersuchung zu erforschen, welche Ressourcen und Gesundheitsstrategien sich in Krisenzeiten bei dem Einzelnen bewährt haben und eine langfristig stabilisierende Wirkung besitzen.
- Erkenntnisse über Gesundheitsförderung und Gesundheitsressourcen könnten in die aktuelle Lebensqualitäts-Forschung als wichtige Bausteine systematisch einbezogen werden, um die wechselseitigen Beziehungen zwischen Gesundheitsressourcen und Lebensqualität differenziert herauszuarbeiten.
- Interessant wäre es schließlich, die vorliegenden Ergebnisse mit den Untersuchungsteilnehmern gemeinsam zu diskutieren. Dadurch würden wertvolle Rückmeldungen durch die Probanden gewonnen werden, diese könnten in weiterführende Forschungsprojekte integriert werden, die noch stärker subjektorientiert und interaktiv gestaltet wären.

Die verstärkte Einbeziehung der Psychiatrieerfahrenen als »Experten in eigener Sache« in den Forschungsprozeß selbst im Sinne von »offenen Feedbackkreisen« wird von STASTNY und AMERING (1997) sehr anregend beschrieben. Eine solche Einbeziehung hätte weitreichende Konsequenzen für die Forschung und speziell im Bereich der Gesundheitsförderung. Auf Vorschlag von psychiatrisch diagnostizierten Untersuchungsteilnehmern sollten z.B. klassische Outcome-Variablen, die Erfolg oder Mißlingen von Rehabilitationsmaßnahmen einschätzen, wie etwa »Rückfall«, »Rehospitalisierung« oder »funktionelle Anpassung«, ergänzt oder ersetzt werden durch interne Kriterien wie »Lebensqualität«, »Zufriedenheit«, »Genesung« oder »Empowerment«. Würde man verstärkt Psychiatrieerfahrene in die Forschung einbeziehen, hätte dies in der Forschungspraxis zur Folge, daß neue Hypothesen und im direkten Feld entstehende Forschungsfragen entwickelt werden würden. Dies könnte beispielsweise in Fokusgruppen geschehen (vgl. STASTNY & AMERING, 1997). Auf diese Weise könnten Therapie- und Versorgungsangebote direkter und subjektorientierter evaluiert und bedürfnisgerechter nach den Vorschlägen der Nutzer selbst modifiziert werden. Die Einbeziehung der Probanden als Experten könnte eine spannende Bereicherung für die Forschung darstellen.

## 6. Zusammenfassung und Ausblick

Das Anliegen der vorliegenden Arbeit ist, die subjektiven Gesundheitsförderungs-Strategien und Ressourcen ambulant betreuter chronisch schizophrener Patienten zu thematisieren und sich dabei explizit auf die Stärken, gesunden Anteile und positiven Möglichkeiten ihrer Lebensgestaltung zu beziehen. Dabei sollten das real vorhandene Leid und die krankheitsbedingten Einschränkungen der Betroffenen nicht ausgeklammert werden oder unberücksichtigt bleiben, sondern in einem sinnhaften Zusammenhang mit ihrer Biographie und ihrer alltäglichen Lebenswelt betrachtet werden. Eine pathogenetische Betrachtungsweise einer Erkrankung, wie sie in der Medizin und Psychiatrie nach wie vor aktuell ist, soll um den »salutogenetischen Blick« erweitert werden.

Im theoretischen Teil der Arbeit wurden unterschiedliche Definitionen des heterogenen Begriffs »Gesundheit« sowie verschiedene Gesundheitsmodelle dargestellt, das Modell der Salutogenese (ANTONOVSKY, 1979) wurde dabei hervorgehoben. Desweiteren wurden Grundlagen und Basiskonzepte der Gesundheitsförderung, insbesondere die Konzepte der Ressourcen und des Empowerment, dargestellt, diskutiert und dem traditionellen Präventionsansatz gegenübergestellt. Im Anschluß wurden zentrale Schizophreniekonzepte und Konzepte zum Verlauf von Schizophrenie skizziert. Schließlich wurde die Bedeutung des Konzepts der Gesundheitsförderung mit der dazu eingenommenen »Subjekt- und Ressourcenperspektive« für die Schizophrenieforschung und –behandlung herausgearbeitet. Aktuelle ressourcenorientierte Konzepte zur Behandlung von schizophren Erkrankten wurden diskutiert.

Die vorliegende empirische Untersuchung fand im Rahmen eines Forschungsprojektes der Universität Leipzig zum Thema »Subjektive Bedürfnisstruktur und Lebensqualität chronisch schizophrener Patienten und ihrer Angehörigen« statt. Es wurden 100 ambulant betreute chronisch schizophrene Patienten und ein Teil der Angehörigen ausführlich zu ihrer Biographie und ihrer Lebensqualität interviewt und mit standardisierten Fragebögen hinsichtlich Psychopathologie und Lebensqualität untersucht. Antragsteller dieses Projektes sind Prof. M.C. Angermeyer, Dr. R. Kilian und Dr. M. Uhle. Für die vorliegende Untersuchung wurden die Interviews von einer Teilstichprobe des Forschungsprojektes ausgewertet.

Gesundheitswissenschaftler schlagen für die Entwicklung einer »Subjekt- und Ressourcenperspektive« kombinierte Forschungsmethoden – quantitative sowie qualitative Verfahren – vor. Diese Kombination wurde in der vorliegenden Untersuchung angewandt. In der ersten empirischen Phase wurden Interviews einer kleineren Stichprobe (N=9) mit einer qualitativen Forschungsmethodik ausgewertet. Es wurde im Rahmen der »Qualitativen Inhaltsanalyse« (MAYRING, 1995) ein Kategoriensystem erarbeitet, das sich theoretisch an den in der Literatur diskutierten personalen, sozialen und materiellen Ressourcen orientierte. Für den Vergleich der Ergebnisse wurde ein Teilverfahren der »Komparativen Kasuistik« (JÜTTEMANN, 1990) angewandt.

In der zweiten empirischen Phase wurden die Interviews von 20 Probanden mit dem dazu entwickelten quantitativen Auswertungsverfahren (»Gesundheitsressourcen-Inventar«) ausgewertet. Das Inventar besteht aus 77 Einzelitems, aufgeteilt in 25 Kategorien und folgenden 5 Hauptbereichen: A. Umgang mit eigener aktueller Krankheit, B. Steigerung



der elementaren Gesundheit, C. Allgemeine Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung, D. Aktivierung sozialer und materieller Ressourcen und E. Streben nach Selbstverwirklichung und Lebenssinn. Neben der quantitativen Einschätzung durch zwei Rater wurden die Items mit narrativen Statements ergänzt. Aus den Statements der überdurchschnittlich eingeschätzten Items wurden inhaltsanalytisch 26 zugrundeliegende Hauptthemen herausgearbeitet. Es muß jedoch auf die eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse hingewiesen werden, da nur eine relativ geringe Anzahl von ambulant betreuten schizophrenen Probanden (N=29) untersucht wurde, die Repräsentativität ist deshalb nicht gewährleistet. Es handelt sich explizit um eine Pilotstudie.

Die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Untersuchung zeigen grundsätzlich, daß die Betroffenen keineswegs »passive Opfer« sind, die ihrer Erkrankung hilflos ausgeliefert sind, sondern daß sie im Laufe der Zeit ein »Expertenwissen« und vielfältige Regulierungsmechanismen entwickelt haben, um mit ihrer Erkrankung und darüber hinaus mit den alltäglichen Anforderungen in ihrem Leben umzugehen. Die Krankheit stellt nur *einen* Aspekt in ihrem Leben dar, außerhalb von akuten Krankheitsphasen bezeichnen sich die Probanden explizit nicht als »psychisch krank«. Zu den zentralen Ergebnissen gehört auch, daß entgegen der in der herkömmlichen Psychiatrie vertretenen Ansicht, daß schizophrene Patienten ein mangelndes Kontaktbedürfnis hätten, bei den Untersuchungsteilnehmern die »sozialen Ressourcen«, d.h. die Wichtigkeit persönlicher Kontakte und Beziehungswünsche, am stärksten ausgeprägt waren. Dabei spielen Familie und Partnerschaft eine wichtige Rolle. Probanden, die sehr zurückgezogen leben und ganz auf die Kernfamilie als ihr ausschließliches Lebensumfeld angewiesen sind, haben allerdings am wenigsten Kontaktwünsche und Selbständigkeit entwickelt. Desweiteren wurde bei den Probanden der »Wunsch nach einer Tätigkeit« deutlich sowie der »Wunsch, gebraucht zu werden« und nicht nur passiver Empfänger von Unterstützung zu sein. Als gesundheitsförderliche Ressource kann bei einem Teil der Probanden ihr »religiöser Glauben und Spiritualität« angesehen werden, die darin emotionalen Halt und Lebenssinn erfahren.

Sowohl das Studium der relevanten Literatur aus der Gesundheitsforschung als auch die Erkenntnisse aus den Untersuchungsergebnissen führen zu der Schlußfolgerung, daß der Gesundheitsförderungs-Ansatz nicht bloß als eine »zusätzliche Option«, sondern als grundlegende Basis klinischen Handelns verstanden werden sollte. Erkenntnisse über Gesundheitsressourcen von psychiatrischen Patienten haben eine weitreichende praktische Relevanz für die Diagnostik, für den Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsbereich und können für langfristige gesundheitspolitische Planungen genutzt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung ermutigen zu der Schlußfolgerung, daß zukünftige breit angelegte systematische Studien über die Stärken und kreativen Seiten von schizophren erkrankten Menschen und die aktive Verbreitung dieser Ergebnisse in der Öffentlichkeit einen wichtigen Beitrag dazu leisten könnten, der nach wie vor bestehenden Stigmatisierung von psychisch Kranken in der Gesellschaft aktiv entgegenzuwirken. Methodenintegrative Ansätze, die quantitative und qualitative Forschungsmethoden kombinieren, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Klinikern und Gesundheitswissenschaftlern sowie die Einbeziehung der subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen der Betroffenen mit ihrer Erkrankung in den Forschungsprozeß stellen vielversprechende Perspektiven dar und würden einen lebendigen Erfahrungsaustausch und eine Umgestaltung der gegenwärtigen Forschungspraxis beinhalten.

# Literaturverzeichnis

- ABEL, T. (1992): Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. *Prävention* 15; 123-128.
- ABELIN, T., BRZEZINSKI, Z.J. & CARSTAIRS, V.D. (1987): Health promotion: concepts and principles. In: ABELIN, T., BRZEZINSKI, Z.J. & CARSTAIRS (eds.): *Measurement in Health Promotion and Protection*. (pp 653-658) WHO Regional Publications, European Series No. 22, Copenhagen.
- ALANEN, Y.O. (1997): *Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Karnac Books, London.
- ALANEN, Y.O., LEHTINEN, V., LEHTINEN, K., AALTONEN, J. & RÄKKÖLÄINEN, V. (2000): The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. In: MARTINDALE, B. et al. (eds.): *Psychosis. Psychological Approaches and their Effectiveness*. (pp 235-265) Gaskell, London.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1992): *Beyond symptom suppression: Improving long-term outcomes of schizophrenia*. Formulated by the Comitee on Psychopathology, Group for the Advancement of Psychiatry. American Psychiatric Press, Washington DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. APA, Washington DC.
- AMMON, G. (1973): *Dynamische Psychiatrie*. Kindler, München.
- AMMON, G. (Hrsg.) (1975): *Psychotherapie der Psychosen*. Kindler, München.
- AMMON, G. (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn Psychiat* 12; 120-140.
- AMMON, G. (1979a): Schizophrenie. In: AMMON, G. (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Band 1. (S. 364-462) Ernst Reinhardt, München.
- AMMON, G. (1979b): Psychoanalytische Milieutherapie. In: AMMON, G. (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Band 1. (S. 604-621) Ernst Reinhardt, München.
- AMMON, G. (1982): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. *Dyn Psychiat* 15; 114-128.
- AMMON, G., FINKE, G. & WOLFRUM, G. (1998): *Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA)*. Swets & Zeitlinger, Frankfurt/M.
- ANDREASEN, N.C. (1989): The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Conceptual and Theoretical Foundations. *Brit J of Psychiat, Suppl.*; 49-58.
- ANGERMEYER, M.C. & LAMMERS, R. (1986): Das soziale Netzwerk schizophrener Kranker. *Z Klin Psychol Psychopath Psychother* 34; 100-118.
- ANGERMEYER, M.C., LINK, B.G. & MAJCHER-ANGERMEYER, A. (1987): Stigma perceived by patients attending modern treatment settings. *J Nerv Ment Dis* 175; 4-11.
- ANGERMEYER, M.C. & KLUSMANN, D. (1989): The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. I. The patients' point of view. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 238; 47-54.
- ANGERMEYER, M.C., UHLE, M. & KILIAN, R. (1996): Neuantrag auf Förderung eines Forschungsprojektes durch das Bundesministerium für Forschung im Rahmen des Sächsischen Forschungsverbundes Public Health: Subjektive Bedürfnisstruktur und Lebensqualität chronisch schizophrener Patienten und ihrer Angehörigen: Implikationen für die Planung und Implementation zukünftiger Versorgungsstrukturen. Universität Leipzig.

- ANGERMEYER, M.C. & KILIAN, R. (1997): Theoretical models of quality of life for mental disorders. In: KATSCHNIG, H., FREEMAN, H. & SARTORIUS, N. (eds.): *Quality of Life in Mental Disorders*. (pp 19-30) Wiley, Chichester.
- ANONYMOUS (1989): First Person Account: How I've managed chronic mental illness. *Schizoph Bulletin* 15; 635-640.
- ANSCHÜTZ, F. (1997): Ressourcenorientierte ärztliche Fortbildung. In: SCHÜFFEL, W. et al. (Hrsg.): *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. (S. 285-291) Ullstein Medical, Wiesbaden.
- ANSON, O., CARMEL, S., LEVENSON, A., BONNEH, D.Y. & MAOZ, B. (1993): Coping with recent life events: The interplay of personal and collective resources. *Behavioral Medicine* 18; 159-166.
- ANTONOVSKY, A. (1979): *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass, San Francisco.
- ANTONOVSKY, A. (1987): *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass, San Francisco.
- ANTONOVSKY, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: FRANKE, A. & BRODA, M. (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. (S. 3-14) DGVT-Verlag, Tübingen.
- ANTONOVSKY, A. (1996): The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11; 11-18.
- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Herausgabe v. Alexa Franke. DGVT-Verlag, Tübingen.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.)(1998): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. 2. Aufl., Huber, Bern.
- ARIETI, S. (1955): *Interpretation of Schizophrenia*. Brunner, New York.
- ARIETI, S. (1997): *Schizophrenie. Ursachen, Verlauf, Therapie, Hilfen für Betroffene*. 5. Aufl., Piper, München.
- AUCKENTHALER, A. (1991): Klinische Einzelfallforschung. In: FLICK, U., KARDOFF, E.v., KEUPP, H., ROSENSTIEL, L.v. & WOLFF, S. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. (S. 260-263) Psychologie Verlags Union, München.
- AUCKENTHALER, A. (1997): Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalierungsprozesse und ihre Folgen. *Journal für Psychologie* 5; 63-70.
- BACHL, A., BUCHNER, B.R. & STARK, W. (1996): Counseling concepts and services of health-associated self-help initiatives. *Gesundheitswesen* 58 (Suppl. 2); 120-124.
- BADURA, B. (1981): Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: BADURA, B. (Hrsg.): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozial-epidemiologischer Forschung* (S. 13-39). Suhrkamp, Frankfurt/M.
- BAEYER, W.v. (1963): Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie. In: STRAUS, E. & ZUTT, J. (Hrsg.): *Die Wahnwelten (Endogene Psychosen)*. (S. 218-235) Frankfurt/M.
- BALDWIN, A.L., BALDWIN, C. & COLE, R.E. (1990): Stress-resistant families and stress-resistant children. In: ROLF, A., MASTEN, D., CICCETTI, K., NUECHTERLEIN, K.H. & WEINTRAUB, S. (eds.): *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. (pp 257-280) Cambridge University Press, Cambridge, NY.
- BALINT, M. (1988): *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. dtv, München.
- BANDURA, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84; 191-215.
- BARHAM, P. (1994): The psychosocial predicament of the mental patient in modern society. Paper, Symposium on »Understanding of mental illness and dealing with the mentally ill in Western cultures«, Berlin, 2.-4. Juni 1994.
- BARHAM, P. & HAYWARD, R. (1991): *From the Mental Patient to the Person*. Routledge, London.
- BARHAM, P. & HAYWARD, R. (1997): »Ich will einfach, daß meine Krankheit vergessen wird«. Die Schwierigkeiten von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten. In: ANGERMEYER, M.C.

- & ZAUMSEIL, M. (Hrsg.): Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. (S. 86-101) Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- BARRON, F. (1953): An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *J Consult Psychol* 17; 327-333.
- BARTSCH, H.H. & BENDEL, J. (Hrsg.)(1997): Salutogenese in der Onkologie. Karger, Basel.
- BARTUSCHKA, B. & BARTUSCHKA, F. (1995): Die gesunden Anteile des Patienten – ein Risiko für den Arzt? In: LUTZ, R. & MARK, N. (Hrsg.): Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker. (S. 45-49) Hogrefe, Göttingen.
- BATESON, G., JACKSON, D., HALEY, J. & WEAKLAND, J. (1956): Towards a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1; 251-264.
- BEARDSLEE, W.R. (1989): The role of self-understanding in resilient individuals: the development of a perspective. *Am J Orthopsychiat* 59; 266-278.
- BECKER, P. (1982): Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1, Theorien, Modelle, Diagnostik. Hogrefe, Göttingen.
- BECKER, P. (1985): Bewältigungsverhalten und seelische Gesundheit. *Z Klin Psychol* 14; 169-184.
- BECKER, P. (1989): Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF). Testmappe mit Handanweisung. Hogrefe, Göttingen.
- BECKER, P. (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: PAULUS, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. (S. 91-107) GwG-Verlag, Köln.
- BECKER, P. (1998): Die Salutogenesetheorie von Antonovsky: Eine wirklich neue, empirisch abgesicherte, zukunftsweisende Perspektive? In: MARGRAF, J., SIEGRIST, J. & NEUMER, S. (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. (S. 13-25) Springer, Berlin.
- BECKER, P. & MINSEL, B. (1986): Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2, Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten. Hogrefe, Göttingen.
- BEITLER, H. & BEITLER, H. (2000): Psychose und Partnerschaft. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- BELZ-MERK, M., BENDEL, J. & STRITTMATTER, R. (1992): Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Protektivfaktoren. *Z Med Psychol* 1; 153-171.
- BENDER, D. & LÖSEL, F. (1998): Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In: MARGRAF, J., SIEGRIST, J. & NEUMER, S. (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. (S. 117-145) Springer, Berlin.
- BENEDETTI, G. (1971): Ich-Strukturierung und Psychodynamik in der Schizophrenie. In: ANGST, J. & BLEULER, M. (Hrsg.): Die Entstehung der Schizophrenie. Huber, Bern.
- BENEDETTI, G. (1975): Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- BENEDETTI, G. (1998): Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. 5. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- BENDEL, J. & STÖSSEL, U. (1988): Gesundheitserziehung. In: KOCH, U., LUCIUS-HOENE, R. & STEGIE, R. (Hrsg.): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. (S. 298-320) Springer, Berlin.
- BENDEL, J., STRITTMATTER, R. & WILLMANN, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- BERGER, H. (1999): Health promotion – a change in the paradigms of psychiatry. In: BERGER, H., KRAJIC, K. & PAUL, R. (eds.): Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks. HPH Series Vol. 3. (pp 42-53) Health Promotion Publications, Gamburg.

- BERGER, P.A. & HRADIL, S. (Hrsg.)(1993): *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*. Schwartz, Göttingen.
- BEUTEL, M. (1989): Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. *Psychother med Psychol* 39; 452-462.
- BEUTLER, L.E., MACHADO, P.P. & NEUFELDT, S. (1994): Therapist variables. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (eds): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> edition. (pp 229-269) Wiley, New York.
- BLEULER, E. (1908): Die Prognose der Dementia praecox-Schizophreniegruppe. *Allgemeine Zeitung der Psychiatrie* 65; 436-464.
- BLEULER, E. (1911): Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. *Handbuch der Psychiatrie*, Teil 4. Deuticke, Wien.
- BLEULER, M. (1971): Gedanken und Erfahrungen zur Schizophrenielehre. In: BLEULER, M. & ANGST, J. (Hrsg.): *Entstehung der Schizophrenie*. (S. 107-119) Bern, Huber.
- BLEULER, M. (1972): *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Thieme, Stuttgart.
- BLEULER, M. (1984): Das alte und das neue Bild des Schizophrenen. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie* 135; 143-149.
- BLEULER, M., HUBER, G., GROSS, G. & SCHÜTTLER, R. (1976): Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen. *Nervenarzt* 47; 477-481.
- BOCK, T. (1992): Wieviel Krankheit braucht der Mensch? – Risiken der Prävention aus der Sicht der Psychiatrie. In: PAULUS, P. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. (S. 109-118) GwG-Verlag, Köln.
- BOCK, T. (1997): *Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- BOCK, T. & WEIGAND, H. (1990): Individuelle Selbsthilfe in Psychosen. In: BOCK, T. & WEIGAND, H. (Hrsg.): *Hand-werks-buch Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- BOCKES, Z. (1985): Freedom means knowing you have a choice. *Schizophr Bull* 11; 467-489.
- BÖKER, W. (1986): Zur Selbsthilfe Schizophrener: Problemanalyse und eigene empirische Untersuchungen. In: BÖKER, W. & BRENNER, H.D. (Hrsg.): *Bewältigung der Schizophrenie*. (S. 176-199) Huber, Bern.
- BÖKER, W., BRENNER, H.D., GERSTNER, G., KELLER, F., MÜLLER, J. & SPICHTIG, L. (1984): Self-healing strategies among schizophrenics: Attempts at compensation for basic disorders. *Acta psychiatr scand* 69; 373-378.
- BOES, K. (1993): Sport und Gesundheit. *Sportpsychologie* 7; 9-16.
- BRADY, J.P. (1984): Social skills training for psychiatric patients. II. Clinical outcome studies. *Am J Psychiat* 141; 491-498.
- BREIER, A. & STRAUSS, J.S. (1984): The Role of Social Relationships in the Recovery from Psychotic Disorders. *Am J Psychiat* 141; 949-955.
- BREIT, C. & BERGMANN, G. (1995): Zur theoriegeleiteten Entwicklung und Evaluation eines Fragebogens zur seelischen Gesundheit. *Psychother Psychosom med Psychol* 45; 215-223.
- BRENNER, H.D. (2000): New developments in psychosocial rehabilitation of schizophrenia patients. Paper, 10<sup>th</sup> Congress of the Association of European Psychiatrists, Oct 28–Nov 1, 2000, Prague.
- BRODA, M. (1995): Chronisches Krankheitsverhalten – ein hilfreiches Paradigma für die psychosoziale Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 8; 180-186.
- BRODA, M., BÜRGER, W. & DINGER-BRODA, A. (1995): Therapieerfolg und Kohärenzgefühl – Zusammenhänge zwei bis fünf Jahre nach stationärer verhaltensmedizinischer Behandlung. In: LUTZ, R. & MARK, N. (Hrsg.): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. (S. 113-122) Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen.

- BRODY, E.B. (2000): The World Federation for Mental Health and the user/survivor movement. WPA News, 3<sup>rd</sup> quarter 2000. World Psychiatric Association, New York.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T. & WING, J.K. (1972): Influence of family life on the course of schizophrenic disorder. *Br J Psychiat* 121; 241-258.
- BRUCKS, U., WAHL, W.-B. & SCHÜFFEL, W. (1998): Die Bedingungen für Veränderungen erkennen: Salutogenese in der Praxis. In: SCHÜFFEL, W., BRUCKS, U., JOHNEN, R., KÖLLNER, V., LAMPRECHT, F. & SCHNYDER, U. (Hrsg.): *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis.* (S. 37-47) Ullstein Medical, Wiesbaden.
- BULLINGER, M. (1997): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychother Psychosom med Psychol* 47; 76-91.
- BURBIEL, I., DWORSCHAK, M. & SCHMOLKE, M. (1994): Grundzüge Dynamisch-Psychiatrischer Diagnostik. *Dyn Psychiat* 27; 187-201.
- BURBIEL, I. & SCHMOLKE, M. (1999): Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Patienten mit archaischen Identitätsstörungen. Vortrag, 7. Herne Gemeindepsychiatrisches Gespräch zum Thema »Gemeinde, Alltag, Ressourcen – Aspekte einer subjektorientierten Psychiatrie«. 28.-29. Oktober 1999, Herne-Wanne.
- CANGUILHEM, G. (1974): *Das Normale und das Pathologische.* Hanser, München.
- CAPLAN, G. (1964): *Principles of Preventive Psychiatry.* Basic Books, London.
- CARSTENS, J.A. & SPANGENBERG, J.J. (1997): Major depression: a breakdown in sense of coherence? *Psychol Rep* 80; 1211-1220.
- CARUSO, I. (1978): Krankmachender Krankheitsbegriff. *Z Klin Psychol und Psychother* 26; 34-45.
- CEDERBLAD, M. (1996): The children of the Lundby study as adults: a salutogenic perspective. *Eur Child Adolesc Psychiat* 5 (Suppl); 38-43.
- CEDERBLAD, M., DAHLIN, L., HAGNELL, O. & HANSSON, K. (1994): Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 244; 1-11.
- CHARLTON, B.G. (1996): Senescence, cancer and 'endogenous parasites': a salutogenic hypothesis. *J R Coll Physicians Lond* 30; 10-12
- CIOMPI, L. (1982): *Affektlogik.* Klett-Cotta, Stuttgart.
- CIOMPI, L. & MÜLLER, C. (1976): *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium.* Springer, Berlin.
- COHEN, C.J. & BERK, L.A. (1985): Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hosp Commun Psychiat* 36; 407-410.
- COHEN, M.A. (1996): Creating health care environments to meet patients' needs. *Current Issues in Public Health* 2; 232-240.
- COHEN, S. & SYME, S.L. (eds.) (1985): *Social support and health.* Academic Press, Orlando.
- CORIN, E. (1990): Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14; 153-188.
- CORIN, E. (1995): Kultureller Ausdruck schizophrenen Erlebens. In: BOCK, T., BUCK, D. et al. (Hrsg.): *Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie.* (S. 309-317) Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- CORIN, E. (1997): Die Dichte des Seins. Intentionale Welten, Identitätsstrategien und die Erfahrung von Personen mit der Diagnose Schizophrenie. In: ANGERMEYER, M.C. & ZAUMSEIL, M. (Hrsg.): *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins.* (S. 166-205) Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- CORIN, E. & LAUZON, G. (1992): Positive withdrawal and the quest for meaning: The reconstruction of experience among schizophrenics. *Psychiatry* 55; 266-278.

- DAVIDSON, L. & STRAUSS, J.S. (1992): Sense of self in recovery from severe mental illness. *Brit J Med Psychol* 65; 131-145.
- DAVIDSON, L., STAYNER, D.A., CHINMAN, M.J., LAMBERT, S. & SLEDGE, W.H. (2000): Preventing relapse and readmission in psychosis: Using patients' subjective experience in designing clinical interventions. In: MARTINDALE, B. et al. (eds.): *Psychosis. Psychological Approaches and their Effectiveness*. (pp 134-156) Gaskell, London.
- DELESPAUL, P.A. (1995): *Assessing Schizophrenia in Daily Life. The Experience Sampling Method*. Universitaire Pers Maastricht, Maastricht.
- DENEKE, F.W., AHRENS, S., BÜHRING, B., HAAG, A., LAMPARTER, U., RICHTER, R. & STUHR, U. (1987): Wie erleben sich Gesunde? *Psychother med Psychol* 37; 156-160.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND NERVENHEILKUNDE (Hrsg.)(1998): *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Steinkopff, Darmstadt.
- DEVRIES, M.W. (1990): The experience of psychopathology in natural settings: introduction and illustration of variables. In: DEVRIES, M. (ed.): *The Experience of Psychopathology: Investigating Mental Disorders in their Natural Settings*. Cambridge University Press, Cambridge.
- DEVRIES, M.W. & DELESPAUL, P.A. (1989): Time, context and subjective experience in schizophrenia. *Schizophr Bull* 15; 233-244.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M.H. (Hrsg.) (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Weltgesundheitsorganisation. Hans Huber, Bern.
- DITTMANN, J. & SCHÜTTLER, R. (1990): Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta psychiatr scand* 82; 318-322.
- DLUGOSCH, G.E. (1994): *Veränderungen des Gesundheitsverhaltens während einer Kur. Eine Längsschnittstudie zur Reliabilitäts- und Validitätsprüfung des Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)*. (Psychologie, Band 1). Empirische Pädagogik, Landau.
- DLUGOSCH, G.E. & WOTAWA, H. (1994): Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In: SCHWENKMEZGER & SCHMIDT, L.R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. (S. 149-168). Enke, Stuttgart.
- DOCHERTY, J.P., VAN KAMMEN, D.P., SIRIS, S.G. & MARDER, S.R. (1978): Stages of onset in schizophrenic psychosis. *Am J Psychiat* 135; 420-426.
- DÖRNER, K. (1974): Wohin sollen wir den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie entwickeln? *Psychiatr Prax* 1; 123-129.
- DÖRNER, K. (1990): Der Beitrag ökologischen Denkens zum Verständnis psychischer Erkrankungen und psychosozialen Handelns. In: THOM, A. & WULFF, E. (Hrsg.): *Psychiatrie im Wandel*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- DOUBRAWA, R. (1995): *Gesundheitsförderung im sozialen Kontext. Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der Rehabilitationspsychologie*. *Report Psychologie* 20; 14-23.
- DYKSTRA, T. (1997): First Person Account: How I cope. *Schizophr Bull* 23; 697-699.
- ELKELES, T. & MIELCK, A. (1993): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Diskussionspapier des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- ERBEN, R., FRANZKOWIAK, P. & WENZEL, E. (1986): Die Ökologie des Körpers. Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung. In: WENZEL, E. (Hrsg.): *Die Ökologie des Körpers*. (S. 13-120). Suhrkamp, Frankfurt/M.
- ERNST, H. (1992): *Gesund ist, was Spaß macht*. Kreuz, Stuttgart.
- ESTROFF, S.E. (1981): *Making it Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. University of California Press, Berkeley.
- ESTROFF, S.E., LACHICOTTE, W.S., ILLINGWORTH, LC. & JOHNSTON, A. (1997): »Jeder ist ein bißchen psychisch krank«. Die Krankheits- und Selbstdarstellungen von Menschen mit schweren,

- langwierigen psychischen Krankheiten. In: ANGERMEYER, M.C. & ZAUMSEIL, M. (Hrsg.): *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins.* (S. 102-165) Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- EVANS, R.G., BARER, M.L. & MARMOR, T.R. (eds.)(1994): *Why are Some People Healthy and Others not? The Determinants of Health of Populations.* de Gruyter, New York.
- EVANS, R.G. & STODDART, G.L. (1994): Introduction. In: EVANS, R.G., BARER, M.L. & MARMOR, T.R. (eds.): *Why are Some People Healthy and Others not? The Determinants of Health of Populations.* (pp 3-26) de Gruyter, New York.
- FABREGA, H. (1989): The self and schizophrenia: a cultural perspective. *Schizophr Bull* 15; 277-290.
- FALLOON, I.R.H. (1988): Expressed emotion: current status. *Psychol Med* 18; 269-274.
- FALLOON, I.R.H. & TALBOT, R.E. (1981): Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. *Psychol Med* 11; 329-339.
- FALTERMAIER, T. (1991): Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: FLICK, U. (Hrsg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen.* (S. 45-89) Asanger, Heidelberg.
- FALTERMAIER, T. (1994): *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln.* Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- FALTERMAIER, T. (1997): Die Salutogenese als neue Perspektive in der Gesundheitspsychologie. *Störfaktor* 10; 37-58.
- FALTERMAIER, T. (1999): Die Salutogenese als neue Perspektive in der Gesundheitspsychologie. In: RIELÄNDER, M. & BRÜCHER-ALBERS, C. (Hrsg.): *Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen.* (S.116-131) Deutscher Psychologen Verlag, Bonn.
- FENTON, W.F. & MCGLASHAN, T.H. (1995): Schizophrenia: individual psychotherapy. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume 1, 6<sup>th</sup> edition.* (pp 1007-1018) Williams & Wilkins, Baltimore.
- FIEDLER, P. (1998): Biographie in der Verhaltenstherapie. In: JÜTTEMANN, G. & THOMAE, H. (Hrsg.): *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften.* (S. 367-382) Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- FIEDLER, P. (1999): Salutogenese und Pathogenese in der Persönlichkeitsentwicklung. In: OERTER, R., VON HAGEN, C., ROEPER, G. & NOAM, G. (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch.* (S. 314-334) Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- FILIPP, S.-H. (1991): Zur inhaltlichen Bestimmung und Erfassung von Lebensqualität im Umfeld schwerer körperlicher Erkrankungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 16; 274-283.
- FINZEN, A. (1995): *Schizophrenie – Die Krankheit verstehen.* 3. korrigierte Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- FINZEN, A. (1997a): Vorwort. In: ARIETI, S.: *Schizophrenie. Ursachen, Verlauf, Therapie, Hilfen für Betroffene.* 5.Aufl., Piper, München.
- FINZEN, A. (1997b): Zum Geleit. In: ANGERMEYER, M.C. & ZAUMSEIL, M. (Hrsg.): *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins.* Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- FINZEN, A. & HOFFMANN-RICHTER, U. (1997): Stigma und Quality of Life in Mental Disorders. In: KATSCHNIG, H., FREEMAN & H., SARTORIUS, N. (eds.): *Quality of Life in Mental Disorders.* (pp 69-76) Wiley, Chichester.
- FIRTH, M.T. & BRIDGES, K. (1996): Brief social work intervention for people with severe and persistent disorders. *J Ment Health UK* 5; 135-143.
- FISCHER, M. (1991): Umwelt und Wohlbefinden. In: ABELE, A. & BECKER, P. (Hrsg.): *Wohlbefinden.* (S. 245-266) Juventa, Weinheim.



- FLEISCHHACKER, W.W. & MEISE, U. (1998): Rationale for re-integration. In: LIEBERMAN, J.A. (ed.): Re-Integration of the Schizophrenic Patient. (pp 12-20) Science Press, London.
- FLICK, U. (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: FLICK, U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. (S. 9-27) Asanger, Heidelberg.
- FOLKMAN, S. (1984): Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 46; 839-852.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S., GRUEN, J.R. & DE LONGIS, A. (1986): Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 50; 571-579.
- FORSTER, R. (1996): Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- FRANK, J.D. (1992): Die Heiler. Klett-Cotta, Stuttgart.
- FRANKE, A. (1990): Gesundheit – ein Begriff im Spektrum der Wertsysteme. *Praxis der Verhaltensmedizin* 3; 313-320.
- FRANKE, A. (1993a): Gesundheit in Psychologie und Psychotherapie. In: FRANKE, A. & BRODA, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. (S. 169-184) DGVT-Verlag, Tübingen.
- FRANKE, A. (1993b): Suizidprophylaxe – Samaritertum oder professionelle Dienstleistung? In: GIERNALCZYK, T. & FRICK, E. (Hrsg.): Suizidalität. Deutungsmuster und Praxisansätze. (S. 26-40) Roderer, Regensburg.
- FRANKE, A. (1994): Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenese-Konzeptes. In: LAMPRECHT, F. & JOHNNEN, R. (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/M.
- FRANKE, A. (1999): Persönliche Mitteilung, 21.12.1999.
- FRANKEL, D.H. (1999): Creating health care that cares. *Hemispheres*, Oct. 1999; 40-43.
- FRANKL, V. (1975): *The Unconscious God*. Simon & Schuster, New York.
- FRANKL, V. (1987): *Logotherapie und Existenzanalyse*. Piper, München.
- FRAUENFELDER, A., EBNER, G. & SCHÄTZLE, M. (1998): Zum Stand der Psychotherapie der Psychosen. 12. Internationales Symposium der Psychotherapie der Schizophrenie, 12.-16. Oktober 1997 in London. *Nervenarzt* 69; 823-825.
- FREUD, A. (1954): The widening scope of indications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Bd. 2, p. 618.
- FREUD, S. (1911): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). *Ges W VIII*, Band 4. 4. Aufl., Fischer, Frankfurt/M., 1964.
- FREUD, S. (1938): *Abriß der Psychoanalyse*. Ges W. XVII, Fischer, Frankfurt/M.
- FROMM-REICHMANN, F. (1950): *Principles of Intensive Psychotherapy*. University of Chicago Press, Chicago.
- FROMM-REICHMANN, F. (1978): *Psychoanalyse und Psychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- FUCHTMANN, E. (1994): Pathogene und salutogene Faktoren. Persönlichkeitsentwicklung und Suchtkarrieren. *Gesundh Wes* 56; 92-94.
- FÜREDI, J. & ABARBANEL, J. (1999): Family: A system which cannot be neglected. Commentary. In: MAJ, M. & SARTORIUS, N. (eds.): *Schizophrenia*. (pp 238-240) Wiley, Chichester.
- GADAMER, H.-G. (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. 2. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt/M.
- GEISLINGER, R. (2000): Eine komplizierte Beziehung: Psychiatrie – Selbsthilfe und professionelle Unterstützung. In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.): *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. (S. 243-260) Psychiatrie Verlag, Bonn.
- GLASER, B.G. & STRAUSS, A.L. (1967): *The discovery of grounded theory. Strategies of qualitative research*. Aldine, Chicago.

- GLATZEL, J. (1978): Allgemeine Psychopathologie. Enke, Stuttgart.
- GOFFMAN, E. (1972): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- GOLD, N. (1998): Using participatory research to help promote the physical and mental health of female social workers. *Child Welfare* 77; 701-724.
- GOTTESMANN, I.I. (1993): Schizophrenie. Ursachen, Diagnosen, Verlaufsform. Spektrum, Heidelberg.
- GRAESER, S. (2000): Die Netzwerkperspektive in der Gesundheitsförderung als Ansatz für professionelles Handeln. *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 31; 303-320.
- GRANGER, B. & BARON, R. (1996): Agency-sponsored entrepreneurial businesses that employ individuals with psychiatric disabilities: Findings from a national survey. Matrix Institute, Philadelphia.
- GRAWE (1995): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40; 130-145.
- GRIESINGER, W. (1871): Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 3. Aufl., Krabbe, Stuttgart.
- GRIFFIN, S.J. & TRINDER, J. (1978): Physical fitness, exercise, and human sleep. *Psychophysiology* 15; 447-450.
- HAHLWEG, K., DOSE, M., FEINSTEIN, E. & MÜLLER, U. (1989): Familienbetreuung schizophrener Patienten: Rückfallprophylaxe und Änderung der familialen Kommunikationsmuster. In: BÖKER, W. & BRENNER, H.D. (Hrsg.): Schizophrenie als systemische Störung. Die Bedeutung intermediärer Prozesse für Theorie und Therapie. (S. 243-255) Huber, Bern.
- HARDING, C.M., BROOKS, G.W., ASHIKAGA, T., STRAUSS, J.S. & BREIER, A. (1987): The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. Part I and II. *Am J Psychiat* 144; 718-726 and 727-735.
- HEIM, E. (1994): Salutogenese versus Pathogenese – ein neuer Zugang zu einer alten Weisheit. *Schweiz Med Wochenschrift* 124; 1267-1275.
- HERMER, M. (1996): Erlernete Inkompetenz. Von der defizitfixierten zur ressourcenorientierten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 28; 377-392.
- HERRIGER, N. (1995): Empowerment – oder: Wie Menschen Regie über ihr Leben gewinnen. *Sozialmagazin* 20; 34-40.
- HERZLICH, C. (1973): Health and illness. A Social Psychological Analysis. European Monographs in Social Psychology, 5. Academic Press, London.
- HERZLICH, C. (1991): Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: FLICK, U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. (S. 293-302) Asanger, Heidelberg.
- HOEFER, R. (2000): Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Leske + Budrich, Opladen.
- HOFFMANN-RICHTER, U. (2000): Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile. Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- HOLAHAN, C.J. & MOOS, R.H. (1985): Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *J Pers Soc Psychol* 49; 739-747.
- HOLLNAGEL, H. & MALTERUD, K. (1995): Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. *Family Practice* 12; 423-429.
- HOUSE, J.S. (1981): Work stress and social support. Addison-Wesley, Reading, Mass.
- HUBER, G. (1983): Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. *Nervenarzt* 54; 23-32.
- HUBER, G. (1987): Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. Schattauer, Stuttgart.

- HUBER, G., GROSS, G. & SCHÜTTLER, R. (1979): Schizophrenie. Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945-1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. Springer, Berlin.
- HUGHES, C.C. & WINTROB, R.M. (1995): Culture-bound syndromes and the cultural context of clinical psychiatry. In: *Review of Psychiatry*. Vol. 14. American Psychiatric Press, Washington DC.
- HURRELMANN, K. (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Juventa, Weinheim.
- HURRELMANN, K. (1991): Gesundheitswissenschaftliche Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: HURRELMANN, K. & ULICH, D. (Hrsg.): *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*. (S. 189-213) Beltz, Weinheim.
- JANZARIK, W. (1959): *Dynamische Grundkonstellationen endogener Psychosen*. Springer, Berlin.
- JERUSALEM, M. (1997): Gesundheitspsychologie: Zur Mehrdimensionalität der Salutogenese. In: SEELBACH, H., KUGLER, J. & NEUMANN, W. (Hrsg.): *Von der Krankheit zur Gesundheit*. (S. 389-401) Huber, Bern.
- JORK, K. (2000): Salutogenese – ein Perspektivenwechsel für die Allgemeinmedizin. Vortrag, 2. Weltkongreß für Positive Psychotherapie, 5.-9. Juli 2000, Wiesbaden.
- JORK, K. & HOIDN, B. (2000): Vergleichende Untersuchung zweier Ressourcen-Fragebögen gegenüber einer Selbstbeurteilungs-Skala zu Depression bei älteren Menschen. *Z Allg Med* 75 (Kongreß-Abstracts); 14.
- JORK, K. & SCHLAMP, D. (2000): SALUS – ein Salutogenese-Screening für die Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 75 (Kongreß-Abstracts); 14.
- JÜTTEMANN, G. (1984): Klinisch-psychologische Diagnostik in neuer Sicht. In: JÜTTEMANN, G. (Hrsg.): *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik*. Hogrefe, Göttingen.
- JÜTTEMANN, G. (1986): Vorbemerkungen des Herausgebers. In: JÜTTEMANN, G. (Hrsg.): *Die Geschichtlichkeit des Seelischen. Der historische Zugang zum Gegenstand der Psychologie* (S. 7-27). Beltz, Weinheim.
- JÜTTEMANN, G. (1990): Komparative Kasuistik als Strategie psychologischer Forschung. In: JÜTTEMANN, G. (Hrsg.) *Komparative Kasuistik*. (S. 21-42) Asanger Heidelberg.
- JÜTTEMANN, G. (1998): Genetische Persönlichkeitspsychologie und Komparative Kasuistik. In: JÜTTEMANN, G. & THOMAE, H. (Hrsg.): *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. (S. 111-131) Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- JUNG, E., KRUMM, B., BIEHL, H., MAURER, K. & BAUER-SCHUBART, C. (1989): *DAS-M. Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung*. Beltz Test, Weinheim.
- KANTER, J., LAMB, H.R. & LOEPER, C. (1987): Expressed Emotion in Families: A critical review. *Hosp Commun Psychiat* 38; 374-380.
- KAPLAN, B. (ed.)(1964): *The Inner World of Mental Illness*. Harper & Row, New York.
- KARDOFF, E.V. (1997): Sozial- und gesundheitspolitische Präventionsdiskurse. In: KLOTTER, C. (Hrsg.): *Prävention im Gesundheitswesen*. (S. 82-97) Hogrefe, Göttingen.
- KARDOFF, E.V. & STARK, W. (Hrsg.)(1990): *Zwischen Netzwerk und Lebenswelt – soziale Unterstützung im Wandel. Wissenschaftliche Analysen und praktische Strategien*. München.
- KARON, B.P. (1992): The fear of understanding schizophrenia. *Psychoanal Psychol* 9; 191-211.
- KARPEL, M. (ed.)(1986): *Family Resources – The Hidden Partner in Family Therapy*. Guildford Press, New York.
- KATSCHNIG, H. (Hrsg.)(1989): *Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause*. 3. Aufl., Psychologie Verlags Union, München.
- KATSCHNIG, H. (1999): The integration of psychotherapy and drugs in the management of schizophrenia. A neglected field. Commentary. In: MAJ, M. & SARTORIUS, N. (eds.): *Schizophrenia*. (pp 224-226) Wiley, Chichester.

- KATSCHNIG, H., SIMON, M.D. & KRAMER, B (1994): Die Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener Patienten – Erste Ergebnisse einer Umfrage. In: KATSCHNIG, H. & KÖNIG, P. (Hrsg.): Schizophrenie und Lebensqualität. (S. 241-250) Springer, Wien.
- KAUFFMANN, C., GRUNEBaum, H., COHLER B. & GAMER, E. (1979): Superkids: competent children of psychotic mothers. *Am J Psychiat* 136; 1398-1402.
- KELLE, U. & KLUGE, S. (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Leske + Budrich, Opladen.
- KERN, E. (1999): Entwicklung als Ziel von Psychotherapie. Ein salutogenetisches Modell über Veränderungen im innermoralischen Selbstbezug von Suchtkranken im Verlauf einer stationären Entwöhnungstherapie. Kovac, Hamburg.
- KEUPP, H. (1972): Psychische Störungen und abweichendes Verhalten. Urban & Schwarzenberg, München.
- KEUPP, H. (1991): Sozialepidemiologie – Zur gesundheitspolitischen Hypothek der Klassengesellschaft. In: HÖRMANN, G & KÖRNER, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. (S. 62-88) Rowohlt, Reinbek.
- KEUPP, H. (1993): Die (Wieder-)Gewinnung von Handlungskompetenz: Empowerment in der psychosozialen Praxis. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 25; 365-381.
- KEUPP, H. (1994): Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: (Wieder)Gewinnung von Lebensouveränität und soziale Gerechtigkeit. In: ARNOLD, E. & SONNTAG, U. (Hrsg.): Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit. (S. 159-169) DGVT-Verlag, Tübingen.
- KEUPP, H. & RÖHRLE, B. (Hrsg.)(1987): Soziale Netzwerke. Campus, Frankfurt.
- KICKBUSCH, I. (1981): Die Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie: Einige forschungskritisch-programmatische Bemerkungen. In: BADURA, B. (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung (S. 317-342). Suhrkamp, Frankfurt/M.
- KICKBUSCH, I. (1982): Vom Umgang mit der Utopie: Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. In: ABHOLZ, H., BORGENS, D., KARMAUS, W. & KORPORAL, J. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse. (S. 267-276) de Gruyter, Berlin.
- KICKBUSCH, I. (1983): Lebensweisen und Gesundheit. Einführende Betrachtungen. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung. Band 5. (S. 9-11) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- KICKBUSCH, I. (1986): Health promotion: a global perspective. Canadian Public Health Association, Vancouver, 1-11.
- KICKBUSCH, I. (1995): Health promotion: the way forward. *Health Promotion International* 10; 1-3.
- KICKBUSCH, I. (1996): Tribute to Aaron Antonovsky – »What creates health«. *Health Promotion International* 11; 5-6.
- KIESELBACH, T. (1991): Perspektiven einer gemeindebezogenen Gesundheitspsychologie. In: KEIL, A., MILLES, D. & MÜLLER, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung. (S. 36-84) Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft, Bremerhaven.
- KILIAN, R. (1995): Ist Lebensqualität meßbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiatr Prax* 22; 97-101.
- KIPPHARDT, H. (1976): März. Roman. rororo, Reinbek.
- KISKER, K.P. (1960): Der Erlebniswandel der Schizophrenen. Springer, Berlin.
- KISKER, K.P., AMSEL-KAINARU, A. & SPAZIER, D. (1967): Psychiatrie ohne Bett. *Nervenarzt* 38; 10.
- KLAESI, J. (1922a): Einiges über Schizophreniebehandlung. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 78; 606-620.
- KLAESI, J. (1922b): Über die Bedeutung der Stereotypien. Karger, Berlin.
- KLEIBER, D. (1998): Editorial. In: BECKMANN, H.: HIV-positiv und drogenabhängig. Belastungs-

- erleben von HIV-infizierten i.v.Drogenabhängigen unter besonderer Berücksichtigung von substituierten i.v.Drogenabhängigen. Profil Verlag, München.
- KLEIBER, D. & GUSY, B. (1999): »Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung« – Ein postgraduales Studium an der Freien Universität Berlin. In: RIELÄNDER, M. & BRÜCHER-ALBERS, C. (Hrsg.): Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen. (S. 233-246) Deutscher Psychologen Verlag, Bonn.
- KLERMAN, G.L. (1984): The advantages of DSM-III. *Am J Psychiat* 141; 539-542.
- KLOTTER, C. (1997): Aktuelle Perspektiven von Prävention vor dem Hintergrund geschichtlicher Bezüge. In: KLOTTER, C. (Hrsg.): Prävention im Gesundheitswesen. (S. 19-38) Hogrefe, Göttingen.
- KNIGHT, E. (1991): Self-directed rehabilitation. *Empowerment* 2; 1-3.
- KNOLL, M. (1983): Der psychiatrische Gesundheitsbegriff – seine dialektische und reflexive Bestimmung. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 31; 43-52.
- KNUF, A. (2000): Selbstbefähigende Psychotherapie der Psychosen. In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.): Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. (S. 57-84) Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.)(2000): Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- KOBASA, S.C. (1979): Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 37; 1-11.
- KOBASA, S.C. (1982): The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In: SANDERS, G.S. & SULLS, J. (eds.): *Social Psychology of Health and Illness*. Erlbaum, Hillsdale.
- KOBASA, S.C. (1989): Indicators of societal action to promote mental health: The social sources of stress resistance. In: KAR, S.B. (ed.): *Health Promotion Indicators and Actions*. (pp 158-177) Springer, New York.
- KOBASA, S.C., MADDI, S.R. & COURINGTON (1981): Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behaviour* 22; 368-378.
- KOBASA, S.C., MADDI, S.R. & KAHN, S. (1982): Hardiness and health: A prospective study. *J Pers Soc Psychol* 42; 168-177.
- KOLIP, P. & HURRELMANN, K. (1994): Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In: KOLIP, P. (Hrsg.): *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. (S. 25-46) Juventa, Weinheim.
- KRAEPELIN, E. (1896): *Psychiatrie*. Barth, Leipzig.
- KRAUSE, N. & VAN TRAN, T. (1989): Stress and religious involvement among older blacks. *J Gerontol Soc Sci* 44; 4-13.
- KREMER, J.W. (1982): Plädoyer für eine Debatte um einen Gesundheitsbegriff. *Musiktherapeutische Umschau* 3; 21-28.
- KREUTER, H., KLAES, L., HOFFMEISTER, H. & LAASER, U. (1995): Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten. Ergebnisse und Konsequenzen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Juventa, Weinheim.
- KRIEGER, W. (1994): Treatmentorientierte Diagnostik in der Gesundheitsförderung. In: HAZARD, B.P. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung zur aktiven Vorsorge und Rehabilitation*. (S. 219-229). Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- KRIEGER, W. (1995): CEPAR: Ein computergestütztes Verfahren zur Exploration psychosozialer Anforderungen und Ressourcen. (Psychologie, Band 3). Empirische Pädagogik, Landau.
- KRIEGER, W. & DLUGOSCH, G. (1999): Gesundheitspsychologie als Integration von Praxis und Forschung. In: RIELÄNDER, M. & BRÜCHER-ALBERS, C. (Hrsg.): *Gesundheit für alle im 21.*

- Jahrhundert. Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen. (S. 202-215). Deutscher Psychologen Verlag, Bonn.
- KRIPPENDORF, U. & PLÖHN, S. (1985): Entwicklung eines Inventars zur Messung seelischer Gesundheit. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Hamburg.
- KRISOR, M. (1993): Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- KRISOR, M. & PFANNKUCH, H. (1996): Zur Entwicklung einer autonomie- und subjektorientierten stationären Gemeindepsychiatrie in Herne. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 28; 393-414.
- KRÜGER, M., PIESCH, A., THOMA, H. & SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (1994): Chronisch psychisch krank. Wie aus endlicher Krankheit unendliche Behinderung wird. *Fundamenta Psychiatrica* 8; 191-195.
- KUHN, T.S. (1967): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- KUNTZE, M. (2000): Motivational empowerment – A new approach to cognitive rehabilitation in chronic schizophrenia. Paper, 10<sup>th</sup> Congress of the Association of European Psychiatrists, Oct.28–Nov 1, 2000, Prague.
- KUYKEN, W. & Orly, J. (1995): WHO Quality of Life Assessment. *Soc Science Med* 41; 1403-1409.
- LAASER, U. (1982): Thesen zur Kontrolle des erhöhten Blutdrucks. In: ABHOLZ, H.-H., BORGERS, D., KARMAUS, W. & KORPORAL, J. (Hrsg.): *Risikofaktorenmedizin*. (S. 91-104) de Gruyter, Berlin.
- LAING, R.D. (1959): *The Divided Self. A Study of Sanity and Madness*. Tavistock, London.
- LALLY, S.J. (1989): Does being in here mean there is something wrong with me? *Schizophr Bull* 15; 253-265.
- LAMBERT, M.J. & BERGIN, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> EDITION. (pp 143-189) Wiley, New York.
- LAMPRECHT, F. & JOHNEN, R. (Hrsg.)(1994): *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/M.
- LANGE, H.U. (1981): Anpassungsstrategien, Bewältigungsreaktionen und Selbstheilversuche bei Schizophrenen. *Fortschr Neurol Psychiat* 49; 275-285.
- LANGIUS, A., BJORVELL, H. & ANTONOVSKY, A. (1992): The sense of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scand J Caring Sci* 6; 165-171.
- LAZARUS, R.S. (1966): *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw, New York.
- LAZARUS, R.S. (1983): The costs and benefits of denial. In: BREZNITZ, S. (ed.): *The Denial of Stress*. (pp 1-30) International Universities Press, New York.
- LAZARUS, R.S. (1990): Streß und Streßbewältigung – Ein Paradigma. In: FILIPP, S.-H. (Hrsg.): *Kritische Lebensereignisse*. (S. 198-232) 2. erw. Aufl., Psychologie Verlags Union, München.
- LEETE, E. (1989): How I perceive and manage my illness. *Schizophr Bull* 15; 197-200.
- LEFF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., EBERLEIN-VRIES, R. & STURGEON, D.A. (1982): A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiat* 141; 121-134.
- LEFF, J. & VAUGHN, C. (1985): *Expressed emotion in families*. Guilford Press, New York.
- LEGEWIE, H. & JANß EN, M. (1997): Bürgerinitiativen fördern Gesundheit in der Stadt. In: KLOTTER, C. (Hrsg.): *Prävention im Gesundheitswesen*. (S. 326-356) Hogrefe, Göttingen.
- LEHMAN, A., WARD, N.C. & LAWRENCE, S.L. (1982): Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiat* 139; 1271-1276.
- LEHTINEN, V. (1999): Need for an integrated and need-adapted approach in treating schizophrenia. Commentary. In: MAJ, M. & SARTORIUS, N. (eds.): *Schizophrenia*. (pp 229-231) Wiley, Chichester.
- LEIMKÜHLER, A.M. (1995): Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: GAEBEL, W. (Hrsg.): *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. (S. 163-172) Springer, Wien.

- LEVIN, J.S. (1996): How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Soc Sci Med* 43; 849-864.
- LIDZ, T.H., CORNELISON, A.R., FLECK, S.T. & TERRY, D. (1957): The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. *Am J Psychiat* 114; 241-248.
- LIEBERZ, K. (1988): Was schützt vor Neurose? Ergebnisse einer Vergleichsuntersuchung an hochrisikobelasteten Neurotikern und Gesunden. *Z Psychosom Med Psychoanal* 34; 338-350.
- LÖSEL, F., KOLIP, P. & BENDER, D. (1992): Streß-Resistenz im Multiproblem-Milieu. Sind seelisch widerstandsfähige Jugendliche »Superkids«? *Z Klin Psychol* 21; 48-63.
- LOVEJOY, M. (1984): Recovery from schizophrenia: a personal odyssey. *Hospital and Community Psychiatry* 35; 809-812.
- LUCIUS-HOENE, G. (1997): *Leben mit einem Hirntrauma. Autobiographische Erzählungen von Kriegshirnverletzten und ihren Ehefrauen.* Huber, Göttingen.
- LÜTTERSFELDS, W. (1991): Philosophische Aspekte der medizinischen Lebensqualität. In: TÜCHLER, H. & LUTZ, D. (Hrsg.): *Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität.* (S. 162-187) Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- LUNDMAN, B. & NORBERG, A. (1993): The significance of a sense of coherence for subjective health in persons with insulin-dependent diabetes. *J Adv Nurs* 18; 381-386.
- LUTZ, R. & MARK, N. (1995): Zur Gesundheit von Kranken. In: LUTZ, R. & MARK, N. (Hrsg.): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker.* (S. 11-24) Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen.
- LUTZ, R., HERBST, M., IFFLAND, P. & SCHNEIDER, J. (1998): Möglichkeiten der Operationalisierung des Kohärenzgefühls von Antonovsky und deren theoretische Implikationen. In: MARGRAF, J., SIEGRIST, J. & NEUMER, S. (Hrsg.): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen.* (S. 171-185) Springer, Berlin.
- MAERCKER, A. (1998): Kohärenzsinn und persönliche Reifung als salutogenetische Variablen. In: MARGRAF, J., SIEGRIST, J. & NEUMER, S. (Hrsg.): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen.* (S. 187-199) Springer, Berlin.
- MAGNUSSON, D. & BERGMAN, L.R. (1988): Individual and variable-based approaches to longitudinal research on early risk factors. In: RUTTER, M. (ed.): *Studies of Psychosocial Risk: The Power of Longitudinal Data.* (pp 45-61) Cambridge University Press, Cambridge.
- MALM, U. (1999): »Clanning« for Recovery. Commentary. In: MAJ, M. & SARTORIUS, N. (eds.): *Schizophrenia.* (pp 297-300) Wiley, Chichester.
- MALTERUD, K. & HOLLNAGEL, H. (1997): Women's self-assessed personal health resources. *Scand J Prim Health Care* 15; 163-168.
- MARGRAF, J., SIEGRIST, J. & NEUMER, S. (Hrsg.)(1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen.* Springer, Berlin.
- MARTINDALE, B., BATEMAN, A., CROWE, M. & MARGISON, F. (eds.)(2000): *Psychosis. Psychological Approaches and their Effectiveness.* Gaskell, London.
- MAYRING, P. (1995): *Qualitative Inhaltsanalyse.* 5. Aufl., Deutscher Studienverlag, Weinheim.
- MAYRING, P. (1996): *Einführung in die qualitative Sozialforschung.* 3. überarb. Aufl., Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- MCCRAE, R.R. & COSTA, P.T. (1986): Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *J Pers* 54; 385-405.
- McGORRY, P. (1999): The influence of stigma on preventive efforts in psychotic disorders. Commentary. In: MAJ, M. & SARTORIUS, N. (eds.): *Schizophrenia.* (pp 286-288) Wiley, Chichester.
- MCNALLY, S.E. & GOLDBERG, J.O. (1997): Natural cognitive coping strategies in schizophrenia. *Brit J Med Psychol* 70; 159-167.
- MCWHINNEY, I.R. (1986): Are we on the brink of a major transformation of clinical method? *CMAJ* 35; 873-878.

- McWHINNEY, I.R. (1989): *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press, Oxford.
- MECHANIC, D. (1962): *Students under stress*. Univ. Wisconsin Press, Wiscconsin.
- MECHANIC, D. (1977): Illness behavior, social adaptation, and the management of illness. *J Nerv Ment Dis* 165; 79-87.
- MENNINGER, K. (1936): Psychoanalytic principles applied to the treatment of hospitalized and mental patients. *Bull Menn Clinic* 1; 35-45.
- MENTZOS, S. (2000): Das psychosoziale Feld ist nicht nur für das So-Sein, sondern – partiell – auch für das Da-Sein der Psychose von Bedeutung. In: MENTZOS, S. & MÜNCH, A. (Hrsg.): *Die Bedeutung des psychosozialen Feldes und der Beziehung für Genese, Psychodynamik, Therapie und Prophylaxe der Psychosen*. (S. 9-25) Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- MEYER, A. (1915): Objective psychology or psychobiology with subordination of the medically useless contrast of mental and physical. *J Am Med Ass* 65; 860.
- MEZZICH, J.E., BERGANZA, C.E., VON CRANACH, M., JORGE, M.R., KASTRUP, M.C., MURTHY, S.R., OKASHA, A. PULL, C., SARTORIUS, N., SKODOL, A.E. & ZAUDIG, M. (1997): *International Guidelines for Diagnostic Assessment: A Progress Report*. Workshop on WPA Educational Programs, Regional Meeting of the World Association for Psychiatry WPA, October 1997, Beijing.
- MEZZICH, J.E. & SCHMOLKE, M. (1999): The relevance of comprehensive clinical diagnosis to prevention and health promotion. In: CHRISTODOULOU, G.N., LECIC-TOSEVSKI, D. & KON-TAXAKIS, V.P. (eds.): *Issues in Preventive Psychiatry*. (pp 1-6) Karger, Basel.
- MILZ, H. (1992): »Healthy ill people«: Social cynicism or new perspectives? In: KAPLUN, A. (ed.): *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health*. (pp 32-39) WHO Regional Publications, European Series, No. 44, Copenhagen.
- MOLTA, V.E. (1997): First Person Account: Living with mental illness. *Schizophr Bull* 23; 349-351.
- MOOS, R.H. (1988): Coping: Konzepte und Meßverfahren. *Z Psychosom Med Psychoanal* 34; 207-225.
- MÜLLER, C. (1985): Über späte Besserungen bei chronisch Schizophrenen. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 136; 17-22.
- MÜLLER, M. (1930): *Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie*. Karger, Berlin.
- NESTMANN, F. (1996): Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 28; 359-376.
- NOACK, H. (1987): Concepts of health and health promotion. In: ABELIN, T., BRZEZINSKI, Z.J. & CARSTAIRS, V. (eds.): *Measurement in Health Promotion and Protection*. (pp 5-28) WHO Regional Publications, European Series No. 22, Copenhagen.
- NOACK, H., BACHMANN, N., OLIVIERI, M., KOPP, H.G. & UDRIS, I. (1991): Fragebogen zum Kohärenzgefühl. Autorisierte Übersetzung des »Sense of Coherence Questionnaire« auf der Grundlage von Übersetzungen von B. Strub, W. Fischer-Rosenthal, W. Weiss & J. Siegrist. Unveröffentlicht.
- NORTHROP, C. (1998): *Women's Bodies, Women's Wisdom. Creating Physical and Emotional Health and Healing*. Bantam Books, New York.
- NOUVERTNÉ, K. (1996): Obdachlosigkeit und psychische Erkrankung. Vortrag, 9. Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGVT, 25.2. – 1.3.1996, Berlin.
- NOVAK, P. (1998): Salutogenese und Pathogenese: Komplementarität und Abgrenzung. In: MARGRAF, J., SIEGRIST, J. & NEUMER, S. (Hrsg.): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto-versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. (S. 27-39) Springer, Berlin.
- NOWAK, M. (1990): Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes – neue Perspektiven für Krankenkassen und Kommunen. *Öff Gesundheitswesen* 52; 243-246.
- NÜCHTERLEIN, K. & DAWSON, M. (1984): A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 10; 300-312.



- NUNBERG, H. (1975): Allgemeine Neurosenlehre. 4. Aufl., Huber, Bern.
- NUTBEAM, D. (1998a): Health promotion glossary. *Health Promotion International* 13; 349-364.
- NUTBEAM, D. (1998b): Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promotion International* 13; 27-44.
- O'BRIEN, S.M. (1998): Health promotion and schizophrenia: the year 2000 and beyond. *Holist Nurs Pract* 12; 38-43.
- OLBRICHT, E., LEIBERICH, P., REISER, J., SPRINKART, K.P., MÜLLER, M. & KLAHR, M. (1994): Ressourcennutzung bei HIV-Positiven: Stärkung der Auseinandersetzung mit Grenzsituationen durch Hypnotherapie. In: SCHÜSSLER, G. & LEIBING, E. (Hrsg.): *Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit*. (S. 171-187) Hogrefe, Göttingen.
- OLIVER, J.P.J., HUXLEY, P.J., PRIEBE, S. & KAISER, W. (1997): Measuring the Quality of Life of Severely Mentally Ill People Using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32; 76-83.
- OLSON, D.H., STEWART, K.L. & WILSON, L.R. (1989): *Health and Stress Profile (HSP)*. Profiles of Health Systems, Minneapolis.
- ONEGA, L.L. (1991): A theoretical framework for psychiatric nursing practice. *J Adv Nurs* 16; 68-73.
- OPPER, E. (1998): Sport – ein Instrument zur Gesundheitsförderung für alle? Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, sozialer Lage und Gesundheit. Meyer & Meyer, Aachen.
- ORLEY, J. (1998): Application of promotion principles. In: JENKINS, R. & ÜSTÜN, T.B. (eds.): *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. (pp 469-477) Wiley, Chichester.
- ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.J. (1986): Process and outcome in psychotherapy. In: GARFIELD S.L. & BERGIN, A.E. (eds.): *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 3<sup>rd</sup> edition. (pp 311-384) Wiley, New York.
- ORLINSKY, D.E., GRAWE, K. & PARKS, B.K. (1994): Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4<sup>th</sup> edition. (pp 270-376) Wiley, New York.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986): 1<sup>st</sup> International Conference on Health Promotion of the World Health Organization (WHO), Ottawa, Canada.
- OVERALL, J.E. & GORHAM, D.R. (1962): The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 10; 799-812.
- PARK, C.L., COHEN, L.H. & MURCH, R.L. (1995): Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*; 71-105.
- PARKER, G., HADZI-PAVLOVIC, D. & ROSEN, A. (2000): Life Skills Profile (LSP). In: *Handbook of Psychiatric Measures*. (pp 107-109) American Psychiatric Association, Washington DC.
- PAULUS, P. (1995): Die Gesundheitsfördernde Schule. Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Interventionen bei Schulen. *Die Deutsche Schule* 87; 262-281.
- PEEK, G., SECKENDORFF, C. VON & HEINECKE, P. (1995): Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung. *Sozialpsychiatrische Informationen* 4; 30-34.
- PESECHKIAN, N. (2000): Positive Psychotherapie unter dem transkulturellen Gesichtspunkt – Salutogenese und Pathogenese. Vortrag, 2. Weltkongreß für Positive Psychotherapie, 5.-9. Juli 2000, Wiesbaden.
- PETERMANN, F. & BRUNS, G. (1981): Theoretische Suchrichtungen in der Schizophrenieforschung unter besonderer Berücksichtigung psychologischer Erklärungsansätze. *Z Klin Psychol* 10; 27-50.
- PFANNKUCH, H. (1994): Die Region, ihre sozialen Ressourcen und das Subjekt – Gemeindepsych-

- iatrie in Herne. In: KRISOR, M. (Hrsg.): Dem Menschen begegnen. Zur Wiederentdeckung des Subjekts in der Psychiatrie. (S. 253-279) Roderer, Regensburg.
- PRIEBE, S., GRUYTERS, T., HEINZE, M., HOFFMANN, C. & JÄKEL, A. (1995): Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgungsforschung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatr Prax* 22; 140-144.
- RAKFELDT, J. & STRAUSS, J.S. (1983): The low turning point. A control mechanism in the course of mental disorder. *J Nerv Ment Dis* 177; 32-37.
- Random House Dictionary of the English Language. 1971. Random House, New York.
- RAPPAPORT, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des »empowerment« anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 17; 257-278.
- REDDEMANN, L. (1996): Ressourcenorientierte Behandlung von real traumatisierten Patientinnen und Patienten. Werkstattbericht. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 28; 415-419.
- RENNER, H. (1997): Gesundheitsförderung im salutogenen Kontext – vom Entwurf zur Praxis. *Prävention* 20; 57-59.
- RIELÄNDER, M. & BRÜCHER-ALBERS, C. (Hrsg.)(1999): Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn.
- RÖHRLE, B. (1987): Soziale Netzwerke und Unterstützung im Kontext der Psychologie. In: KEUPP, H. & RÖHRLE, B. (Hrsg.): Soziale Netzwerke. (S. 54-108) Campus, Frankfurt/M.
- RÖHRLE, B. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- ROGERS, C.R. (1983): Klientenzentrierte Psychotherapie. In: CORSINI, R.J. (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie. Band 1. (S. 471-512) Beltz, Weinheim.
- ROHDE-DACHSER, C. (1986): Borderline-Störungen. In: KISKER, K.P. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. (S. 126-150) 3. Aufl., Springer, Berlin.
- ROMME, M. & ESCHER, A. (1989): Hearing voices. *Schizophr Bull* 15; 209-216.
- ROMME, M. & ESCHER, A. (1996): Empowering people who hear voices. In: HADDOCK, G. & SLADE, P. (eds.): Cognitive Behaviour Intervention with Psychotic Disorders. (pp 137-150) Routledge, London.
- ROSEN, A., HADZI-PAVLOVIC, D. & PARKER, G. (1989): The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr Bull* 15; 325-337.
- ROSENBROCK, R. (1997): Theoretische Konzepte der Prävention. In: KLOTTER, C. (Hrsg.): Prävention im Gesundheitswesen. (S. 41-60) Hogrefe, Göttingen.
- ROTTER, J.B. (1967): A new scale for the measurement of inter-personal trust. *J Pers* 35; 651-665.
- ROTTER, J.B. (1975): Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *J Consult Clin Psychol* 43; 56-67.
- RÜTTEN, A. (1993): Sport, Lebensstil und Gesundheitsförderung. Sozialwissenschaftliche Grundlagen für eine ganzheitliche Betrachtungsweise. *Sportwissenschaft* 23; 345-370.
- RUTTER, M. & QUINTON, D. (1984): Longterm follow-up of women institutionalized in childhood: factors promoting good functioning in adult life. *Br J Develop Psychol* 18; 225-234.
- SACK, M., KUNSEBECK, H.W. & LAMPRECHT, F. (1997): Sense of coherence and psychosomatic treatment outcome. An empirical study of salutogenesis. *Psychother Psychosom med Psychol* 47; 149-155.
- SARBIN, R. & MANCUSO, J.C. (1982): Schizophrenie. Urban & Schwarzenberg, München.
- SCHACHTNER, C. (1996): Die Ressourcen-Orientierung in der Pflege. *Pflege* 9; 198-206.
- SCHAEFER, H. (1976): Die Hierarchie der Risikofaktoren. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 1; 141-146.

- SCHARFETTER, C. (1995): Schizophrene Menschen. 4. überarb. Aufl., Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- SCHAUB, A. (1993): Formen der Auseinandersetzung bei schizophrener Erkrankung. Eine Längsschnittstudie. Peter Lang, Frankfurt/M.
- SCHIEFER, M.F. & CARVER, C.S. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 4; 219-247.
- SCHMOLKE, M. (1999): Resources and healthy potentials in schizophrenic patients – a qualitative study. Paper, XI. World Congress of Psychiatry, World Psychiatric Association, August 6-11, 1999, Hamburg.
- SCHMOLKE, M. (2001): Individuelle Strategien der Gesundheitsförderung bei ambulant betreuten schizophrenen Patienten. Eine empirische Untersuchung. Dissertation, TU Berlin.
- SCHNABEL, P.E., KOLIP, P. & HURRELMANN, K. (1997): Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften. In: KLOTTER, C. (Hrsg.): Prävention im Gesundheitswesen. (S. 61-81) Hogrefe, Göttingen.
- SCHNEIDER, H.D. (1995): Die soziale Umwelt im Alter als Ressource oder als Belastung? In: KRUSE, A. & SCHMITZ-SCHERZER, R. (Hrsg.): Psychologie der Lebensalter. (S. 263-269) Steinkopff, Darmstadt.
- SCHNEIDER, K. (1946): Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. *Dt med Wschr* 71; 306-307.
- SCHÜFFEL, W. (1999): Persönliche Mitteilung, 22.9.1999.
- SCHÜFFEL, W. & BRUCKS, U. (1998): Fallbesprechungen mit Patienten in der Fortbildung zur psychosomatischen Grundversorgung. In: SCHÜFFEL, W. et al. (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. (S. 293-307) Ullstein Medical, Wiesbaden.
- SCHÜFFEL, W., BRUCKS, U., JOHNEN, R., KÖLLNER, V., LAMPRECHT, F. & SCHNYDER, U. (Hrsg.) (1998): Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Ullstein Medical, Wiesbaden.
- SCHÜRSMANN, I. (1997): Beziehungsformen zwischen Langzeitnutzern und Professionellen im Kontext der Moderne. In: ZAUMSEIL, M. & LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. (S. 239-279) Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- SCHULTE-CLOOS, C. & BAISCH, A. (1996): Lebenskraft – Ressourcen im Umgang mit Belastungen ... und was Helfer dazu meinen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 28; 421-440.
- SCHWARZER, R. (Hrsg.)(1990): Gesundheitspsychologie. Hogrefe, Göttingen.
- SCHWARZER, R. (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe, Göttingen.
- SECHEHAYE, M. (1951): *Autobiography of a Schizophrenic Girl*. Grune & Stratton, New York. (Dt.: Tagebuch einer Schizophrenen. Suhrkamp, Frankfurt/M., 1982).
- SELIGMAN, M. (1975): *Helplessness*. Freeman, San Francisco.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1985): Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Klett-Cotta, Stuttgart.
- SENNEKAMP, W. (1995): Aspekte der emotionalen Belastung von Angehörigen Schizophrener. *Psychiatr Prax* 22; 27-29.
- SIEGRIST, J. (1990): Grundannahmen und gegenwärtige Entwicklungsperspektiven einer gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung. In: SCHÖLMEIER, P. & THEWS, G. (Hrsg.): »Lebensqualität« als Bewertungskriterium in der Medizin. (S. 59-66) G. Fischer, Stuttgart.
- SIEGRIST, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Band 5. Hogrefe, Göttingen.
- SOHN, W. (1997): Wie gesund sind chronisch Kranke? Optionen einer salutogenetischen Sicht in der allgemeinärztlichen Langzeitbetreuung. In: SEELBACH, H., KUGLER, J. & NEUMANN, W. (Hrsg.): Von der Krankheit zur Gesundheit. (S. 89-101) Huber, Bern.
- STARK, W. (1996): Empowerment: neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Lambertus, Freiburg i.Br.

- STASTNY, P. (2000): Strukturelle Etablierung von Empowerment-Projekten. Chancen und Grenzen am Beispiel der USA. In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. (S. 261-275). Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- STASTNY, P. & AMERING, M. (1997): Integrating consumer perspectives on quality of life in research and service planning. In: KATSCHNIG, H., FREEMAN, H. & SARTORIUS, N. (eds.): *Quality of Life in Mental Disorders*. (pp 261-269) Wiley, Chichester.
- STEIN, R. (1998): Lebenshilfe im letzten Stadium. *Der Tagesspiegel*, 20.9.1998.
- STEINBÖCK, H. (1997): Psychiatriewelten. Vortrag, Tagung der Evangelischen Akademie Tutzing, 12.-13. Mai 1997, Tutzing.
- STEINKAMP, G. (1993): Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. *Sozial- und Präventivmedizin* 38; 111-122.
- STIERLIN, H. & GROSSARTH-MATICEK, R. (2000): Krebsrisiken – Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken. 2. überarb. u. korr. Aufl., Carl Auer Systeme Verlag, Heidelberg.
- STRAUSS, A.L. & CORBIN, J. (1996): *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- STRAUSS, J.S. (1989): Subjective Experiences of Schizophrenia: Towards a new dynamic psychiatry II. *Schizophr Bull* 15; 179-188.
- STRAUSS, J.S. (1992): The person – key to understanding mental illness: Towards a new dynamic psychiatry, III. *Brit J Psychiat* 161 (suppl. 18); 19-26.
- STRAUSS, J.S., HAFEZ, H., LIEBERMAN, P. & HARDING, C.M. (1985): The course of psychiatric disorder. III: Longitudinal principles. *Am J Psychiat* 142; 289-293.
- STRAUSS, J.S., HARDING, C.M., HAFEZ, H. & LIEBERMAN, P. (1986): Die Rolle des Patienten bei der Genesung von einer Psychose. In: BÖKER, W. & BRENNER, H.D. (Hrsg.): *Bewältigung der Schizophrenie*. (S. 168-175) Hans Huber, Bern.
- SÜLLWOLD, L. (1977): Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Bd. 13. Springer, Berlin.
- SÜLLWOLD, L. (1986): Basisstörungen: Instabilität von Hirnfunktionen. In: BÖKER, W. & BRENNER, H.D. (Hrsg.): *Bewältigung der Schizophrenie*. (S. 42-46) Huber, Bern.
- SULLIVAN, G.C. (1989): Evaluating Antonovsky's salutogenic model for its adaptability to nursing. *J Adv Nurs* 14; 336-342.
- SULLIVAN, H.S. (1953): *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Norton, New York. (Dt.: *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Fischer, Frankfurt/M., 1983).
- SULLIVAN, H.S. (1962): *Schizophrenia as a Human Process*. Norton, New York.
- SULS, H. & FLETCHER, B. (1985): Self-attention, life stress, and illness: A prospective study. *Psychosom Med* 47; 469-481.
- SZASZ, T.S. (1960): Der Mythos von der seelischen Krankheit. In: KEUPP, H. (Hrsg.): *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie*. Urban & Schwarzenberg, München.
- TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C., VAUGHN, C., BAMRAH, J.S., PORCEDDU, K., WATTS, S. & FREEMAN, H. (1989): Community management of schizophrenia: A two year follow-up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiat* 154; 625-628.
- THOM, A. & WEISE, K. (1979): Ist der Begriff der »psychischen Krankheit« ein Mythos? In: KEUPP, H. (Hrsg.): *Normalität und Abweichung*. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. (S. 47-61) Urban & Schwarzenberg, München.
- THOMAE, H. (1988): *Das Individuum und seine Welt*. 2. neu bearb. Aufl., Hogrefe, Göttingen.
- THOMAS, C.B. & GREENSTREET, R.C. (1973): Psychobiological characteristics in youth as predictors of five disease states: Suicide, mental illness, hypertension, coronary heart disease and tumor. *Hopkins Med J* 132; 16-43.

- THOME, A. & SCHMIDTS, R. (1997): Group psychotherapy with the parents of schizophrenic adults. *Dyn Psychiat* 30; 372-379.
- THURM, I. & HÄFNER, H. (1987): Perceived vulnerability, relapse risk and coping in schizophrenia. *Eur Arch Psychiat Neurol Sci* 237; 46-53.
- THURM-MUSSGAY, I. & HÄFNER, H. (1990): Bewältigung der Krankheit Schizophrenie und ihrer Folgen. Eine Studie an langjährig Erkrankten. In: OLBRICH, R. (Hrsg.): *Therapie der Schizophrenie*. (S. 151-178) Kohlhammer, Stuttgart.
- TIENARI, P., WYNNE, L., MORING, J., LAHTI, I., NOARALA, M., SORRI, A., WAHLBERG, K.E., SAARENTO, O., SEITAMAA, M., KALEA, M. & LÄKSY, K. (1994): The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Brit J Psychiat* 164 (suppl. 23); 20-26.
- TRESS, W. (1986): *Das Rätsel der seelischen Gesundheit*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- TRÖSKEN, A. & GRAWE, K. (2000): Ressourcen-Inventarisierung für die klinische Praxis. (In Vorbereitung).
- TROJAN, A. (1997): Gesundheitsförderung in Gemeinde und Stadt. In: KLOTTER, C. (Hrsg.): *Prävention im Gesundheitswesen*. (S. 311-325) Hogrefe, Göttingen.
- UDRIS, I. (1987): Soziale Unterstützung, Streß in der Arbeit und Gesundheit. In: KEUPP, H. & RÖHRLE, B. (Hrsg.): *Soziale Netzwerke*. (S. 123-138) Campus, Frankfurt/M.
- UDRIS, I. & FRESE, M. (1988): Belastung, Streß, Beanspruchung und ihre Folgen. In: FREY, D., GRAF HOYOS, C. & STAHLBERG, D. (Hrsg.): *Angewandte Psychologie – Ein Lehrbuch*. (S. 427-447) Psychologie Verlags Union, München.
- UDRIS, I., KRAFT, U. & MUSSMANN, C. (1991): Warum sind »gesunde« Personen »gesund«? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit. Forschungsprojekt SALUTE: Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese. Bericht Nr. 1. Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie, Zürich.
- UDRIS, I., KRAFT, U., MUSSMAN, C. & RIMANN, M. (1992): Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *Psychozial* 15; 9-22.
- UDRIS, I., KRAFT, U. & MUSSMANN, C. (1994): Personal and organisational resources of salutogenesis. In: DAUWALDER, J.P. (ed.): *Psychology and Promotion of Health*. (pp 3-7) Hogrefe & Huber, Bern.
- UEXKÜLL, T. von (1986): Die Einführung der psychosomatischen Betrachtungsweise als wissenschaftstheoretische und berufspolitische Aufgabe – Gedanken zum Problem der ärztlichen Verantwortung. In: UEXKÜLL, T. von (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. (S. 1279-1300) Urban & Schwarzenberg, München.
- UEXKÜLL, T. von (1988): Paradigmawechsel – Wirklichkeit liegt nicht vor, sondern wird von uns erzeugt. In: SCHÜFFEL, W. (Hrsg.): *Sich gesund fühlen im Jahre 2000*. (S. 42-48) Springer, Berlin.
- UEXKÜLL, T. von, FUCHS, M., MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, H. & JOHNEN, R. (Hrsg.) (1997): *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart.
- VAILLANT, G.E. (1974): Natural history of male psychological health. *Arch Gen Psychiat* 31; 15-22.
- VAILLANT, G.E. (1980): *Werdegänge*. Rowohlt, Reinbek.
- VAITL, D. (1991): Lebensqualität: Ein neues Forschungsfeld in der Inneren Medizin und Verhaltensmedizin. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 16; 255-265.
- VAUGHN, C.E. & LEFF, J.P. (1976): The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Brit J Soc Clin Psychol* 15; 157-165.
- VERRES, R. (1989): Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In: BISCHOFF, C. & ZENZ, H. (Hrsg.): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. (S. 18-24) Huber, Bern.
- VOELZKE, W. (1998): Psychotherapeutische Behandlung in der psychiatrischen Versorgung aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 30; 47-67.
- WAAD, T. & HULT, S. (1997): Care in child and adolescent psychiatry. The salutary perspective emphasizes health factors. *Vardfacket* 21; 40-43.

- WAHLBERG, K.E., WYNNE, L.C., HANNY, O., KESKITALO, P., PYKÄLÄINEN, L., LAHTI, I., MORING, J., NEARALA, M., SORRI, A., SEITAMAA, M., LÄKSY, K., KOLASSA, J. & TIENARI, P. (1997): Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: Findings from the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Am J Psychiat* 154; 355-362.
- WALKER, K. (1995): Stimmenhören aus der Sicht Betroffener – Therapeutische Konsequenzen. In: BOCK, T. et al. (Hrsg.): *Abschied von Babylon*. (S. 241-246) Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- WALKER, S.N., KERR, M.J., PENDER, N.J. & SECHRIST, K.R. (1990): A Spanish language version of the Health-Promotion Lifestyle Profile. *Nursing Research* 39; 268-273.
- WALLER, H. (1991): *Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis für psychosoziale und pädagogische Berufe*. Kohlhammer, Stuttgart.
- WALLER, H. (1992): Neuorientierung psychosozialer Dienste für Gesundheitsförderung? In: PAULUS, P. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. (S. 163-171) GwG-Verlag, Köln.
- WALLER, H. (1995): *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. & JACKSON, D.D. (1982): *Menschliche Kommunikation*. 6. Aufl., Huber, Bern.
- WEIß, J., SCHNEEWIND, K.A. & OLSON, D.H. (1995): Die Bedeutung von Stressoren und Ressourcen für die psychische und physische Gesundheit – ein multisystemischer Ansatz. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 3; 165-182.
- WEIZSÄCKER, V. v. (1930): *Soziale Krankheit und soziale Gesundung*. Gesammelte Schriften, Band 8 (S. 31-95). Suhrkamp, Frankfurt/M., 1986.
- WENDT, L.K., HALLONSTEN, A.L., KOCH, G. & BIRKHED, D. (1996): Analysis of caries-related factors in infants and toddlers living in Sweden. *Acta Odontol Scand* 54; 131-137.
- WENZEL, E. (Hrsg.) (1986): *Die Ökologie des Körpers*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- WERNER, E.E. & SMITH, R.S. (1982): *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. McGraw-Hill, New York.
- WERNER, E.E. & SMITH, R.S. (1989): High risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsychiat* 59; 72-81.
- WHO. Regionalbüro für Europa (Hrsg.) (1993): *Ziele zur »Gesundheit für alle«*. Die Gesundheitspolitik für Europa. Europäische Schriftenreihe »Gesundheit für alle«. Nr. 4, Kopenhagen.
- WIEDL, K.H. (1991): Zur Einschätzung der Bewältigung einer schizophrenen Erkrankung: Belastungen, Bewertungen und Bewältigungsverhalten. Vortrag, 3. Internationales Schizophrenie-Symposium, 4.-6. Oktober 1991, Bern.
- WIEDL, K.H. & SCHÖTTNER, B. (1989): Die Bewältigung einer schizophrenen Erkrankung (II): Weiterführende Forschungsansätze. *Z Klin Psychol Psychopath* 3; 317-341.
- WINDISCH, M. & KNIEL, A. (1993): *Lebensbedingungen behinderter Erwachsener. Eine Studie zu Hilfebedarf, sozialer Unterstützung und Integration*. Deutscher Studien Verlag, Weinheim.
- WING, J.K. (1977): Schizophrenie in Selbstzeugnissen. In: KATSCHNIG, H. (Hrsg.): *Die andere Seite der Schizophrenie*. Urban und Schwarzenberg, München.
- WING, J.K. (1978): The social context of schizophrenia. *Am J Psychiat* 135; 1333-1339.
- WING, J.K. & BROWN, J. (1970): *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge University Press, London.
- WINKELMANN, U. (1998): Ambulante Milieuthérapie. *Dyn Psychiat* 31; 8-26.
- WINKELMANN, U. (Hrsg.) (2000): *Aggression mal konstruktiv. Ambulante Milieuthérapie in Theorie und Praxis*. Verlag Dietmar Klotz, Eschborn.
- WINKLER, W.T.H. (1954): Zum Begriff der Ich-Anachorese beim schizophrenen Erleben. *Arch Psychiat Nervenkr* 192; 234-240.
- WINNICOTT, D.W. (1983): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Fischer, Frankfurt/M.

- WITTER, R.A., STOCK, W.A., OKUN, M.A. & HARING, M.J. (1985): Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis. *Rev Relig Res* 26; 332-342.
- WITZEL, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: JÜTTEMANN, G. (Hrsg.): *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder.* (S. 227-255) Beltz, Weinheim.
- WOLPE, J. (1972): *Praxis der Verhaltenstherapie.* Huber, Bern.
- WÖRRISHOFER, G. (2000): Sehen und fragen. Vom Ursprung des Empowerment. In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.): *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit.* (S. 10-17) Psychiatrie Verlag, Bonn.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1988): Ottawa Charta der WHO zur Gesundheitsförderung. *Die Ortskrankenkasse* 4, 117-120.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1997): *A New Global Health Policy for the Twenty-First Century: An NGO Perspective (WHO/PPE/PAC/97.3).* WHO, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1998): *Proceedings of the WHO Executive Board Meeting.* WHO, Geneva.
- WULFF, E. (1988): Sozialpsychiatrischer Krankheitsbegriff? In: PFÄFFLIN, E. et al. (Hrsg.): *Der Mensch in der Psychiatrie.* (S. 23-33) Springer, Berlin.
- WULFF, E. (1994): Zur Entwicklung eines sozial- und gemeindepsychiatrischen Krankheitsbegriffs. In: KRISOR, M. (Hrsg.): *Dem Menschen begegnen. Zur Wiederentdeckung des Subjektes in der Psychiatrie.* (S. 223-237) Roderer, Regensburg.
- YALOM, I.D. (1974): *Gruppentherapie.* Kindler, München.
- YURKOVICH, E. & SMYER, T. (1998): Strategies for maintaining optimal wellness in the chronic mentally ill. *Perspect Psychiatr Care* 34; 17-24.
- ZACEK, A. (1997): Failures, problems and hopes in the transformation of health services. New paradigms in health care and their necessity. *Cas Lek Cesk* 136; 167-169.
- ZAUMSEIL, M. & ANGERMEYER, M.C. (1997): Die (Wieder-)Entdeckung von Kultur und subjektiver Bedeutung in der Untersuchung von psychischer Gesundheit und Krankheit. In: ANGERMEYER, M.C. & ZAUMSEIL, M. (Hrsg.): *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins.* (S. 9-27) Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- ZAUMSEIL, M. & LEFERINK, K. (1997): Einleitung: Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. In: ZAUMSEIL, M. & LEFERINK, K. (Hrsg.): *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie.* (S. 6-26) Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- ZORN, P. & RÖDER, V. (2000): Evaluation of a new methodology of cognitive-emotional social skills training programmes for schizophrenic patients. Paper, 10<sup>th</sup> Congress of the Association of European Psychiatrists, Oct 28 – Nov 1, 2000, Prague.
- ZUBIN, J. (1986): Mögliche Implikationen der Vulnerabilitätshypothese für das psychosoziale Management der Schizophrenie. In: BÖKER, W. & BRENNER, H.D. (Hrsg.): *Bewältigung der Schizophrenie.* (S. 29-41) Huber, Bern.
- ZUBIN, J. & SPRING, B. (1977): Vulnerability – a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 86; 103-126.





# ANHANG A

Interviewleitfäden zur biographischen Entwicklung und zur subjektiven Lebensqualität im Rahmen der Leipziger Lebensqualitätsstudie

## Interview zur biografischen Entwicklung (IBE)

### Leitfaden für ein problemzentriertes Interview zur Rekonstruktion der biografischen Entwicklung von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen

Reinhold Kilian, Iro Lindenbach, Uta Löbig, Matthias. C. Angermeyer  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig

Wenn Sie so Ihr Leben betrachten, was waren die wichtigsten Momente (Ereignisse)?

? Können Sie bitte die Punkte auf die Zeitachse markieren und ein bißchen darüber erzählen

---

6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60 63 65

### Lebenslinie

Wenn Sie so Ihr Leben betrachten, was waren die wichtigsten Momente (Ereignisse)?

? Können Sie bitte die Punkte auf der Zeitachse markieren und ein bißchen darüber erzählen!

? Wie war das?, Was ist passiert?

*(nur den eng umschriebenen Punkt vertiefen, keine weiteren vorgeben)*

? Welche anderen wichtigen Veränderungen fallen Ihnen noch ein?

### Normalbiographie

**Kindheit/Schulzeit (6-16): Wie haben Sie diese Zeit erlebt?**

? Wie haben Sie Ihre Kindheit in Erinnerung?

? Wie haben Sie Ihre Schulzeit erlebt?

? Sind Sie gerne zur Schule gegangen?

? Gab es wichtige Erlebnisse für Sie in der Schule, an welche Sie sich heute noch erinnern?

? Wie war Ihr Kontakt zu Ihren Mitschülern?

- ? Wie war Ihre Beziehung zu den Lehrern?
- ? Mit welcher Klasse haben Sie die Schule abgeschlossen?
- ? *Falls Schule abgebrochen*: Aus welchem Grund? (Krankheit?)

**Ausbildung/Beruf (16-20): Was ist in diesem Zeitraum passiert?**

**Ausbildung**

- ? Was haben Sie nach Beendigung der Schule getan?
- ? Was wollten Sie tun? / Was haben Sie tatsächlich getan?
- ? *Falls Diskrepanz zwischen*: Was wollten Sie/was haben Sie getan? – Warum?
- ? Haben Sie nach Beendigung der Schule noch eine Ausbildung gemacht?
- ? Wie kamen Sie dazu, diese Ausbildung zu machen?  
(Wer hat Sie vermittelt?/Auf wessen Wunsch?)
- ? Können Sie kurz Ihre Ausbildung schildern.
- ? Wo haben Sie während dieser Ausbildung gewohnt?
- ? Welche Abschlüsse haben Sie erreicht?

**Militärzeit: Waren Sie bei Militär?**

- ? *NEIN*: Verweigert?, Zurückgestellt worden?, Nicht einberufen?
- ? Warum nicht?/ Hing das mit der Erkrankung zusammen?
- ? Wann? (Wie alt waren Sie?)
- ? Wie haben Sie diese Zeit erlebt?
- ? Gab es irgendwelche besonderen Vorkommnisse?
- ? Haben Sie Ihren Dienst frühzeitig beendet? (*Grund?*)

**Erste eigene Wohnung: Wann haben Sie Ihr Elternhaus verlassen?**

- ? Wie haben Sie diese Veränderung erlebt?

**Ausbildung/Beruf: Was haben Sie nach der Ausbildung (Abschluß) gemacht?**

**(Teil 2, Beruf): Haben Sie in Ihrem Beruf gearbeitet?**

- ? *NEIN*: Warum nicht? Haben Sie eine andere Tätigkeit ausgeübt?
- ? Ausbildung: *NEIN*: Waren Sie berufstätig? *NEIN*: Warum?
- ? (*Bedeutung der Arbeit? Zusammenhang zu Erkrankung?*)
- ? Können Sie kurz Ihre damalige Berufstätigkeit schildern!
- ? Wie haben Sie die Umstellung von der Ausbildung zur Berufstätigkeit erlebt?
- ? Entsprach diese Tätigkeit Ihren Erwartungen?
- ? Waren Sie mit Ihrer finanziellen Situation zufrieden?
- ? Wie war Ihr damaliger Kontakt zur Kollegen? Vorgesetzten?
- ? Hatten Sie außerhalb Ihres Berufsfeldes noch andere Freunde?
- ? Hat sich Ihre berufliche Situation während der Zeit geändert?
- ? Wie haben Sie diese Veränderungen erlebt?
- ? Wodurch wurden diese Veränderungen hervorgerufen?

**Freizeit (16-20): Wie haben Sie in Ihrer Jugend so die Freizeit verbracht?**

- ? Was haben Sie besonders gern getan?
- ? Mit wem waren Sie in dieser Zeit oft zusammen?

**Partnerschaft: Hatten Sie eine feste Freundin/Freund?**

- ? Welche Erinnerung haben Sie an Ihre erste Liebe?
- ? Welche anderen wichtigen Beziehungen gab es in Ihrem Leben?

**Sexualität: Wie haben Sie damals Ihre Sexualität erlebt?****Eigene Familie (20-35): Haben Sie im Verlauf Ihres Lebens jemanden getroffen, mit dem Sie zusammen leben wollten?**

- ? Haben Sie auch mal darüber nachgedacht, eine eigene Familie zu gründen?  
(Wünschen Sie sich Kinder?)
- ? Wie würden Sie Ihre damalige Beziehung zu *(oben genannter Person)* beschreiben?  
*falls bereits längere Beziehungen gehabt:*
- ? Haben Sie eine Vorstellung darüber, warum diese Beziehung auseinander gegangen ist?
- ? Wie hat sich die Trennung von Ihrem Partner auf Ihre Einstellung zur Partnerschaft ausgewirkt? (Wunsch nach neuer Partnerschaft?/Wunsch allein zu leben?)

**Erkrankung****1. Stationäre Aufnahme; Situation davor: Was ist vorgefallen, bevor Sie das erste Mal in die Klinik kamen?**

- ? Schildern Sie mir bitte kurz Ihre damalige Lebenssituation.
- ? *Wie war Ihre Situation in den verschiedenen Lebensbereichen?(Familie, Beruf....)*
- ? Wenn Sie sich an die Zeit vor der ersten Klinikaufnahme erinnern, gab es da wichtige Veränderungen? Veränderungen hinsichtlich Ihres Wohlbefindens?  
*Gab es da irgendwelche Beschwerden?*
- ? Wie haben Sie diese Veränderungen erlebt? Wie haben Sie darauf reagiert?
- ? Haben Sie mit jemandem darüber gesprochen?
- ? NEIN: Wollten Sie mit jemandem darüber sprechen?
- ? Wie hat Ihre Familie darauf reagiert? Wie hat sie sich Ihnen gegenüber verhalten?

**Stationärer Aufenthalt: Wie haben Sie die Einweisung erlebt?(Auf eigenen Wunsch?/Freiwillig?/Zwang?)**

- ? Was war aus Ihrer persönlichen Sicht der Grund für die Einweisung?
- ? Wie haben Sie den Klinikaufenthalt erlebt?
- ? Was hat es für Sie bedeutet, in einer psychiatrischen Klinik zu sein?  
(Schutz?/Entmündigung?)
- ? Wie lange waren Sie in der Klinik?
- ? Wie hat sich der Klinikaufenthalt auf Ihr Leben ausgewirkt?

**Nach 1. Stationären Aufenthalt: Wenn Sie die Zeit vor dem Klinikaufenthalt mit der Zeit danach vergleichen, hat sich da etwas für Sie verändert?**

- (Schildern lassen und nach anderen Lebensbereichen fragen.)  
(Beruf, Familie, Wohnsit., Soz. Kontakte,/ Einstellungen, Erwartungen)

**Andere Klinikaufenthalte:** War das Ihr einziger stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik oder gab es erneute Aufnahmen?

? Wie oft (ungefähr) ? In welchen Abständen?

? Wenn Sie so Ihre Klinikaufenthalte im nachhinein betrachten, gab es da Unterschiede, wie Sie diese erlebt haben?

? Gab es Unterschiede, wie Sie die Zeiten nach den Klinikentlassungen erlebt haben?

? Oder: Gab es (z.B.) gravierende Veränderungen nach den Klinikaufenthalten ?  
(Wohnungsverlust, Arbeitsplatzverlust, Scheidung?)

**Andere Einrichtungen:** Haben Sie früher andere Einrichtungen in Anspruch genommen? Wie war es in...?

**Erkrankung allgemein:** Wo hat die Krankheit Ihr Leben verändert? (zeitliche Einordnung, Bereiche)

### Politische Wende

Falls noch nicht von sich aus bei den Statuspassagen angesprochen, explizit nachfragen:

? 1989: Wie haben Sie diese Zeit erlebt?

? Hat sich in Ihrem Leben durch die Folgen der Wende etwas verändert?  
In welcher Weise?

? *Hat sich Ihre Arbeitssituation verändert?*

? *Hatte die Wende Auswirkungen auf Ihr alltägliches Leben?*  
(Wohnung, finanzielle Sit.)

? Hat die Wende Einfluß auf Ihre Krankheit gehabt?

? Hat sich durch die Wende an der Behandlung etwas geändert?

### Aktuelle Lebenssituation

**Allgemein:** Wie geht es Ihnen im Moment?

**Familie:** Wie sieht Ihre familiäre Situation zur Zeit aus?

**Arbeit:** Sind Sie berufstätig, berentet oder arbeitslos?

**Erkrankung:** Wie geht es Ihnen gesundheitlich?

? *Nachfragen: psychisch:* Wie würden Sie Ihren psychischen Gesundheitszustand beurteilen (ggf. nach seelischem Wohlbefinden fragen)

? *körperlich:* Wie geht es Ihnen körperlich?

**Abschluß:** Wie geht es Ihnen nach diesem Gespräch?

## Interview zur subjektiven Lebensqualität (ISLQ)

### Leitfaden für ein problemzentriertes Interview zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen

Reinhold Kilian; Iro Lindenbach; Uta Löbig; Matthias C. Angermeyer  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig

#### **Allgemeine Anleitung:**

1. Die Bereiche der Reihe nach bearbeiten. (Unabhängig davon, ob etwas anderes von dem Probanden als wichtig angegeben wird.)
2. Falls Informationen aus einem anderen Bereich als dem angesprochen kommen, diese notieren und später, wenn der entsprechende Bereich kommt, wieder aufnehmen.
3. Falls im Gespräch etwas erwähnt wird, was als Veränderung interpretiert werden kann, stets Nachfragen: WARUM? (z.B. wenn Proband früher eine größere Wohnung oder Auto hatte usw.)

#### **Anfangsfrage:**

**? Wenn Sie Ihre Lebenssituation ansehen, wie würden Sie diese beurteilen?: Was ist daran gut/schlecht?**

*(Die Antworten werden notiert und als nächstes fängt man mit der Familie an)*

#### **Familie**

**Wichtige Personen: Welche Personen sind in Ihrem Leben besonders wichtig?**

*(aufschreiben)*

**Eltern als wichtig benannt: Wie sieht das Verhältnis zu Ihren Eltern aus?**

- ? Wie geht Ihre Familie mit Ihrer Erkrankung um?
- ? (Fühlen Sie sich angenommen/verstanden?)
- ? Welche Bedeutung hat die Familie für Sie?
- ? Erläuterung: z.B.: Weil Sie Unterstützung brauchen? (Andere Bedeutungen?)
- ? Was würden Sie sich von Ihrer Familie wünschen
- ? (Wie sollte sie sich verhalten?)
- ? Was glauben Sie, was Ihre Eltern von Ihnen erwarten?
- ? Fühlen Sie sich imstande diese Erwartungen zu erfüllen?
- ? Würden Sie das gern erfüllen?
- ? Gibt es auch noch andere Dinge, zu denen Sie sich Ihren Eltern gegenüber verpflichtet fühlen?
- ? (Warum fühlen Sie sich dazu verpflichtet?)
- ? Wie ist der Kontakt zu den anderen Familienmitgliedern?

**Eltern nicht als wichtig benannt: Haben Sie Kontakt zu Ihrer Familie?**

- ? JA: Dann dieselben Fragen stellen wie bei: „Eltern als wichtig benannt“.
- ? NEIN: Würden Sie sich Kontakt mit Ihrer Familie wünschen?

- ? JA: Mit wem?
- ? Warum ist das Ihrer Meinung nach nicht möglich?
- ? Haben Sie versucht den Kontakt herzustellen?
- ? NEIN: Gibt es einen bestimmten Grund dafür?

### Kinder

**Falls Kontakt mit Kindern besteht:** *Dann dieselben Fragen stellen wie bei: „Eltern als wichtig benannt“.*

**Falls kein Kontakt mit Kindern:** *Dann dieselben Fragen stellen wie bei: „Eltern kein Kontakt“*

### Soziale Beziehungen

#### Partnerschaft

**Wenn eine Partnerschaft besteht: Falls Partner nicht als wichtige Person benannt - nachfragen: Gehört auch Ihr Partner dazu?**

**Bewertung der Partnerschaft: Wie würden Sie Ihre Partnerschaft beschreiben?**

- ? Welche Bedeutung hat es für Sie, mit jemanden zusammen zu sein?

**Sexualität: Ist auch Sexualität etwas, was in diesem Zusammenhang eine Rolle spielt?**

- ? Welche Bedeutung hat Sexualität in Ihrem Leben?

- ? Haben Sie im Moment sexuelle Kontakte?

- ? JA: Wie erleben Sie Ihre Sexualität?

- ? Wie befriedigend ist das für Sie?

- ? Was müßte sich ändern?

- ? Was wünschen Sie sich?

- ? NEIN: Vermissen Sie das?

- ? Was würden Sie sich wünschen?

**Unterstützung durch Partner: Wie geht Ihr Partner mit Ihrer Erkrankung um?**

Erläuterung: *Fühlen Sie sich unterstützt?*

**Rolle: Was würden Sie sich von Ihrem Partner wünschen (wie sollte er/sie sich verhalten)?**

- ? Was glauben Sie, was Ihr Partner von Ihnen erwartet?

- ? Fühlen Sie sich imstande, diese Erwartungen zu erfüllen?

- ? Würden Sie diese gern erfüllen?

- ? Gibt es noch andere Dinge, zu denen Sie sich Ihrem Partner gegenüber verpflichtet fühlen? (Warum fühlen Sie sich dazu verpflichtet?)

#### Partnerschaft – Teil 2

**Wichtige Personen: Welche Personen sind in Ihrem Leben besonders wichtig?**

*(aufschreiben)*

**Falls keine Partnerschaft vorhanden Überleitungsfrage: Sie haben ... als wichtig benannt.**

- ? Einen Partner haben Sie gegenwärtig nicht?

- ? Würden Sie sich einen Partner wünschen?

? Warum würden Sie sich jemanden wünschen?

**Sexualität: Spielt auch Sexualität dabei eine Rolle?**

? Welche Bedeutung hat Sexualität in Ihrem Leben?

? Haben Sie im Moment sexuelle Kontakte?

? JA: Wie erleben Sie Ihre Sexualität?

? Wie befriedigend ist das für Sie?

? Was müßte sich ändern?

? Was wünschen Sie sich?

? NEIN: Vermissen Sie das?

? Was würden Sie sich wünschen?

**Freundeskreis**

**Freund(e) als wichtig benannt: Wie sieht das Verhältnis zu ihrem Freund(in) aus?**

? Haben Sie noch Freunde, die in derselben Situation wie Sie sind?

? Wie geht Ihr(e) Freund(in) mit Ihrer Erkrankung um?

? (Fühlen Sie sich angenommen/verstanden?)

? Welche Bedeutung hat Freundschaft für Sie?

? Was würden Sie sich von Ihrem Freund(in) wünschen

? (Wie sollte er sich verhalten?)

? Was glauben Sie, was ihr Freund von Ihnen erwartet?

? Fühlen Sie sich imstande diese Erwartungen zu erfüllen?

? Würden Sie das gern erfüllen?

**Freunde nicht als wichtig benannt: Wie würden sie Ihren Freundeskreis beschreiben?**

? Wer zählt dazu?

? Haben Sie noch Freunde, die in derselben Situation sind wie Sie?

? Gibt es in Ihrem Freundeskreis auch jemanden, der besonders wichtig für Sie ist?

? JA: Wie sieht das Verhältnis zu Ihrem Freund aus?

? Wie geht Ihr(e) Freund(in) mit Ihrer Erkrankung um?

? (Fühlen Sie sich angenommen/verstanden?)

? Wurde er/sie mit einer ähnlichen Krankheit konfrontiert?

? Welche Bedeutung hat Freundschaft für Sie?

? Was würden Sie sich von Ihrem Freund wünschen

? (Wie sollte er sich verhalten?)

? Was glauben Sie, was ihr Freund von Ihnen erwartet?

? Fühlen Sie sich imstande diese Erwartungen zu erfüllen?

? Würden Sie das gerne erfüllen?

**Freundeskreis - Teil 2**

**Freunde nicht als wichtig benannt: Gibt es darunter auch jemand, der besonders wichtig für Sie ist?**

? NEIN: Wie oft treffen Sie Ihre Freunde? Wo?

? Wie würden Sie das Verhältnis zu diesen Freunden beschreiben?

? Wissen sie von Ihrer Krankheit?

- ? Wie gehen die Freunde mit Ihrer Erkrankung um?
- ? Welche Bedeutung haben Freunde für Sie?
- ? Was würden Sie sich von Ihrer Freund(in) wünschen
- ? (Wie sollten sie sich verhalten?)
- ? Was glauben Sie, was Ihre Freunde von Ihnen erwarten?
- ? Fühlen Sie sich imstande diese Erwartungen zu erfüllen?
- ? Würden Sie das gerne erfüllen?

### Arbeit

#### **Arbeit JA: Sind Sie mit Ihrer jetzigen Tätigkeit zufrieden?**

- ? Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit? Was finden Sie nicht so gut?
- ? Fühlen Sie sich ausgelastet/überlastet?
- ? Welche Bedeutung hat Arbeit für Sie?
- ? (Auch in Beziehung setzen zu anderen Lebensbereichen)
- ? Welchen Stellenwert hat Arbeit für Sie?
- ? Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu den Kollegen beschreiben?
- ? Was glauben Sie, erwarten Ihre Kollegen von Ihnen?
- ? Fühlen Sie sich imstande diese Erwartungen zu erfüllen?
- ? Würden Sie das gern erfüllen?
- ? Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu Vorgesetzten beschreiben?
- ? Was glauben Sie, was Ihre Kollegen von Ihnen erwarten?
- ? Fühlen Sie sich imstande diese Erwartungen zu erfüllen?
- ? Würden Sie das gerne erfüllen?

#### **Arbeit NEIN: Macht es Ihnen was aus, daß Sie keine Arbeit haben?**

- ? ARBEITSLOS: Was bedeutet es für Sie arbeitslos zu sein?
- ? Möchten Sie wieder eine Arbeit aufnehmen?
- ? In Ihrem früheren Beruf oder in einem anderen?
- ? Wie stehen Ihre Chancen, wieder eine Arbeit zu finden?
- ? Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

#### **BERENTET: Wie ich sehe, sind Sie berentet: Was bedeutet das für Sie?**

- ? Wie fühlen Sie sich in Ihrer Situation?
- ? NEGATIV: Möchten Sie wieder eine Arbeit aufnehmen?
- ? In Ihrem früheren Beruf oder in einem anderen?
- ? Wie stehen Ihre Chancen, wieder eine Arbeit zu finden?
- ? Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

### Finanzielle Situation

#### **Wie ist finanzielle Situation zur Zeit?**

- ? Wieviel Geld steht Ihnen pro Monat zur Verfügung?
- ? Haben Sie zur Zeit genug Geld, um Ihren Lebensunterhalt zu bestreiten?
- ? Müssen Sie sich in Ihrer Lebensführung einschränken? (Bsp.: Alltag/Freizeit)
- ? Woher stammt dieses Geld?
- ? Hätten sie gerne mehr Geld zur Verfügung?
- ? Sehen Sie Möglichkeiten, Ihre finanzielle Situation zu verbessern?



- ? Was hindert Sie daran?
- ? Welche Bedeutung hat Geld für Sie?

### **Wohnung**

#### **Was gefällt Ihnen an Ihrer Wohnung?/ Was nicht?**

- ? Fühlen Sie sich in Ihrer Wohnung sicher und geborgen?
- ? Wie finden Sie Ihren Stadtteil? Gefällt Ihnen ihre Straße?
- ? Fühlen Sie sich sicher in Ihrem Stadtteil?
- ? Haben Sie da irgendwelche schlechte Erfahrungen gemacht?
- ? Können Sie ein Beispiel nennen?
- ? Würden Sie gern wo anders leben?
- ? Wie sieht es mit den Nachbarn aus?
- ? Möchten Sie Kontakt zu Ihren Nachbarn haben?
- ? Haben Sie Kontakt?
- ? Wie würden Sie Ihren Kontakt beschreiben?
- ? Wie ist das Verhältnis zu Ihrem Vermieter?
- ? Welche Bedeutung hat Ihre Wohnung für Sie?
- ? Erklärung: z.B.: Bedeutet die Wohnung für Sie nur »ein Dach über dem Kopf«, nur »ein Platz zu schlafen« oder ist das mehr?

### **Alltagspraktiken**

#### **Wie ist es in Ihrem alltäglichen Leben?**

- ? Versorgen Sie sich selber? (Bsp.: Einkaufen/Kochen) Bekommen Sie da Hilfe/Unterstützung?
- ? JA: Ist es für Sie wichtig für sich selbst zu sorgen?
- ? Hätten Sie gern jemanden, der Aufgaben für Sie übernimmt?/Welche?
- ? (*Haben Sie den Eindruck, daß Sie Hilfe benötigen?*)
- ? NEIN: Wer hilft Ihnen?, Wobei?
- ? Wie wichtig ist Ihnen das?
- ? Ist Ihnen das angenehm oder würden Sie lieber selber für sich sorgen?

#### **Mobilität: Benutzen Sie öffentliche Verkehrsmittel/eigener Wagen? Gehen Sie zu Fuß?**

- ? Wie wirkt sich das auf Ihren Alltag aus?

#### **Ferien: Wann haben Sie zum letztenmal Ferien gemacht?**

- ? Wo/Wie haben Sie diese verbracht?/Mit wem?
- ? Wie wichtig ist es für Sie zu verreisen (*Ferien zu machen*)?
- ? Haben Sie in nächster Zeit vor, Urlaub zu machen? Wo?

### **Tagesablauf**

#### **Schilderung des Tagesablaufs:**

- ? Wie haben Sie den gestrigen Tag verbracht?/Mit wem?
- ? Wann sind Sie aufgestanden?
- ? Haben Sie Ihre Wohnung verlassen?

- ? Was war untypisch an diesem Tag?
- ? An welchen Tagen gibt es ein anderen Ablauf?
- ? Welche regelmäßigen Termine gibt es in der Woche? Mit wem?

### Freizeit

#### Wie wichtig ist Freizeit für Sie?

- ? Was tun Sie tagsüber gerne?
- ? Was genießen Sie davon am meisten?
- ? Was würden Sie gerne tun, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten?
- ? Was hindert Sie daran?

### Religion

#### Welche Bedeutung hat Religion für Sie?

### Selbsteinschätzung

#### Jetzt wollen wir mal auf Ihre eigene Person zu sprechen kommen:

- ? Was finden Sie an Ihrer Person besonders gut?
- ? Gibt es auch Sachen, die Sie nicht so gut finden?

### Subjektive Krankheitstheorien

#### Diagnose: Wie würden Sie das bezeichnen, weshalb Sie in der Klinik aufgenommen wurden?

- ? Was verstehen Sie darunter?
- ? Haben Sie sich schon einmal mit einem Arzt über die Erkrankung unterhalten?
- ? Wurde Ihnen auch eine Diagnose gestellt? Welche?
- ? Können Sie mal mit Ihren eigenen Worte erklären, was ... (*Schizophrenie*).. ist?
- ? *falls Schizophrenie benannt*: Was bedeutet diese Diagnose für Ihr Leben?

#### Informationsquellen: Welche Informationsquellen haben Sie benutzt, um sich über diese Erkrankung zu informieren?

- ? Fühlen Sie sich bezüglich Ihrer Erkrankung ausreichend informiert?
- ? (Hätten Sie gern mehr Information?)

#### Eigenetikettierung: Würden Sie sich jetzt als psychisch krank bezeichnen?

- ? JA: Was bedeutet es für Sie psychisch krank zu sein?
- ? NEIN: Waren Sie, Ihrer Meinung nach, irgendwann einmal psychisch krank?

#### Ätiologie: Was ist Ihrer Meinung nach die wichtigste Ursache für Ihre Erkrankung? (*Eigendef.*)

- ? Gibt es auch andere Ursachen?
- ? *Falls teilweise richtige Diagnose*: Was glauben Sie, worin so allgemein die Ursachen für eine Psychose/schizophrene Erkrankung liegen?

#### Kontrollattributionen: Glauben Sie, daß die Art und Weise wie es mit Ihrer Erkrankung (*Eigendefinition*) weitergehen wird, von irgend etwas beeinflusst werden kann? Wovon?

*Wenn nur ein Bereich benannt wird (intern/extern), dann den anderen erfragen:*

- ? Glauben Sie, daß Sie selber den Verlauf der Krankheit beeinflussen können?
- ? Glauben Sie, daß auch noch etwas/jemand anderes Einfluß auf ...hat?
- ? JA: In welcher Weise?
- ? NEIN: Warum nicht?

### Stigma

#### **Öffentliche Meinung: Welches allgemeine Bild existiert in der Bevölkerung über Schizophrenie? Was denken Ihrer Meinung nach die Leute darüber?**

- ? Wodurch ist Ihrer Meinung nach dieses Bild entstanden?
- ? *falls noch nicht erwähnt*: Spielen die Medien dabei auch eine gewisse Rolle?
- ? In welcher Weise?

#### **Fremdstigmatisierung: Versuchen Sie nach außen hin Ihre Krankheit zu verbergen?**

(z.B. vor den Nachbarn)

- ? Haben Sie das Gefühl, daß andere Leute (trotzdem) etwas von Ihrer Krankheit merken
- ? Behandeln sie Sie auch anders?
- ? Haben Sie sich manchmal benachteiligt oder übervorteilt gefühlt?
- ? Ist das nur bei fremden Menschen so oder ist es auch bei Menschen, die Sie gut kennen, so?
- ? Können Sie mir ein konkretes Beispiel erzählen?
- ? Wie haben Sie sich dabei gefühlt?
- ? Wie wirkt sich das auf ihr Leben aus? (z.B.: *Vermeiden Sie es auszugehen?...*)

#### **Selbststigmatisierung: Wir haben uns vorhin unterhalten, was so die Leute denken, was Schizophrenie bedeutet.**

- ? Glauben Sie, daß diese (solche) Bilder insgesamt auf psychisch Kranke zutreffen?
- ? Wie glauben Sie, ist es bei Ihnen selber?
- ? (Inwieweit glauben Sie, daß dieses Bild auf Sie zutrifft?)

### Behandlung

#### **Informiertheit: Sind Sie im Moment in psychiatrischer Behandlung?**

- ? Wo?
- ? Könnten Sie kurz schildern, was diese Behandlung beinhaltet.
- ? Könnten Sie sich vorstellen, daß es auch andere Formen der Behandlung für diese Erkrankung gibt?

#### **Medikamente: Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?**

- ? Wissen Sie, welche Medikamente das sind?
- ? Wie stehen Sie dazu?
- ? Welche Wirkung hat das Medikament?  
*falls nur von pos. oder nur von neg. Wirkungen berichtet wird:*
- ? Hat es auch positive/negative Auswirkungen?
- ? Wie wirkt sich das auf Ihr alltägliches Leben aus?
- ? Was bedeutet es für Sie mit Medikamenten zu leben?

#### **Bewertung: Wenn Sie die jetzige psychiatrische Behandlung insgesamt betrachten, wie beurteilen Sie diese?**

? Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu dem behandelnden Arzt beschreiben?

? (Was bewerten Sie als eher positiv, was als eher negativ?)

? Was würden Sie sich von Ihrem Arzt wünschen?

**Rolle: Glauben Sie, daß Ihr Arzt auch Erwartungen an Sie hat?**

? Fühlen Sie sich imstande diese Erwartungen zu erfüllen?

? Würden Sie das gerne erfüllen?

? Kommt es vor, daß das, was der Arzt von Ihnen erwartet, sich nicht vereinbaren läßt mit dem, was die anderen von Ihnen erwarten?

**Kritik: Würden Sie gern etwas an der derzeitigen Behandlung verändern wollen?**

### Psychiatrische/Soziale Versorgungseinrichtungen

**Einleitung:** *Es gibt ja hinsichtlich Ihrer Krankheit außer der psychiatrischen Behandlung auch noch andere Einrichtungen, bei denen Sie Hilfe und Unterstützung bekommen können.*

**Informiertheit: Welche Einrichtungen nehmen Sie zur Zeit in Anspruch?**

? Haben Sie auch noch von anderen gehört?

? Wer hat Sie darüber informiert?

**Bewertung: Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? (pos./neg.)**

? Wie erleben Sie den Kontakt zu den Betreuern in dieser Einrichtung?

? Gibt es Bereiche, wo Sie sich mehr Hilfe wünschen würden?/Von wem?

**(Rolle): Glauben Sie, daß die Betreuer auch irgendwelche Erwartungen an Sie haben?**

? Was glauben Sie, was die von Ihnen erwarten?

? Fühlen Sie sich imstande, diese Erwartungen zu erfüllen?

? Würden Sie das gern erfüllen?

? Kommt es vor, daß das, was die Betreuer von Ihnen erwarten, sich nicht vereinbaren läßt mit dem, was die anderen von Ihnen erwarten?

### Zukunft: Erwartungen

**Allgemein: Wenn Sie so in die Zukunft schauen könnten, wie stellen Sie sich Ihr Leben vor?**

? Wie könnte Ihre Lebenssituation in drei Jahren aussehen?

*(Wohnung/Arbeit/Familie) (wie, wo, mit wem leben)*

? Würden Sie Ihre Einstellung der Zukunft gegenüber eher als optimistisch oder als pessimistisch bezeichnen?

? Was sind für Sie wichtige Ziele im Leben, die Sie gern erreichen möchten?

**Erkrankung: Was erwarten Sie, wie es Ihnen gesundheitlich in der Zukunft gehen wird?**

? Was bedeutet für Sie Gesundheit?

? Erklärung: Bedeutet es für Sie zum Bsp., daß Sie keinen Rückfall haben oder bedeutet es auch, daß Sie bestimmte Dinge tun können?

? Wie schaut es mit Ihrer Erkrankung in drei Jahren aus?

*(rezidiv/chronisch/völlige Genesung)*

? Wie wird sich das auf Ihr weiteres Leben auswirken? *(Resignation/..)*

### **Wirtschaftliche Entwicklung**

**Wenn Sie so die wirtschaftliche Entwicklung sehen, was erwarten Sie für die Zukunft?**

- ? Welche Folgen hat das für Sie?
- ? Welchen Einfluß hat die wirtschaftliche Entwicklung des Landes auf die psychosoziale Versorgung für Sie?

### **Zukunft – Möglichkeit zur Verbesserung**

**Patient: Wenn Sie in die Zukunft schauen, was würden Sie verändern wollen an Ihrem Leben?**

- ? Welche konkreten Möglichkeiten sehen Sie selbst, etwas dafür zu tun?  
*(konkret nachfragen nach dem je benannten Bereich)*

**Erkrankung: Inwieweit spielt Ihre Krankheit dabei eine Rolle?**

**Versorgungseinrichtungen: Was müßte Ihrer Meinung nach getan werden, damit sich Ihre Situation in der Zukunft verbessert?**

- ? (z.B. von der Klinikseite oder von den sozialen Einrichtungen)
- ? Gibt es auch andere Einrichtungen, die dabei eine Rolle spielen könnten?
- ? (Was könnten Arbeitgeber, Staat, die Öffentlichkeit tun?)

# ANHANG B

## Interviewauswertungen nach dem Kategoriensystem

### Interviewauswertung Frau P (010)

#### **Biographie von Frau P: *Die Partnerschaft »gibt eben einen gewissen Sinn im Leben, als wenn ich alleine wäre«***

Frau P ist eine 53-jährige Frau und lebt mit ihrem alkoholabhängigen und arbeitslosen Lebensgefährten in einer heruntergekommenen Wohnung mit feuchten Wänden. Wegen Lärmbelästigung durch den Partner haben sich einige Mieter bei der Hausverwaltung beschwert, das Mietverhältnis ist gefährdet. Beim ersten Interview ist teilweise der Partner mit anwesend. Frau P ist ärmlich, aber sauber gekleidet, beim zweiten Interview ist sie alleine und wirkt gepflegter und besser gekleidet.

Frau P und ihr Lebensgefährte pflegen keine Bekanntschaften oder Freundschaften, obwohl sich Frau P mehr Kontakte wünscht. Seit fünf Jahren ist der Lebenspartner arbeitslos. Er vertrinkt sein Arbeitslosengeld und lebt mit von ihrer Rente. Es müssen außerdem noch alte Schulden des Partners abbezahlt werden. Für Frau P ist Geldknappheit der Auslöser für ernsthafte Existenzsorgen. Wenn sie ihrem Partner vorschlägt, für ihn das Geld zu verwalten, wird dieser aggressiv und schlägt sie. Der Partner sitzt oft vor dem Fernseher und läßt sich von Frau P versorgen. Es bereitet ihr Mühe, den Haushalt zu machen. In Phasen, in denen sie depressiv ist, viel schläft und kaum aus dem Bett kommt, erwartet der Partner von ihr, daß sie aufsteht und den Haushalt macht. Diese Forderung gibt ihr trotz alledem Struktur, eine Aufgabe und aktiviert sie.

Der Lebenspartner hat für Frau P eine existentiell wichtige Bedeutung, er ist der einzige, der ihr emotionalen Halt gibt. Das Zusammenleben mit ihm gibt ihr »einen gewissen Sinn im Leben« und bewahrt sie vor dem Alleinesein. Sie unternehmen alles gemeinsam, machen öfter Ausflüge in der Stadt und ins Umland. In den Jahren vor der Partnerschaft lebte sie alleine, verwarhloste, aß nichts mehr und hatte mehrmals Suizidgedanken und Suizidversuche. In dieser Zeit kam sie etwa alle zwei Jahre in eine psychiatrische Klinik zur Aufnahme.

Den Krankheitsbeginn sieht Frau P im Zusammenhang mit ihrer Ehe und zur Zeit der Scheidung, als sie 29 Jahre alt war. Sie wurde von ihrem Ehemann geschlagen, sie vermutet, daß ihre jahrelangen Kopfschmerzen von seinen Faustschlägen herrührten. Sie sollte wieder arbeiten gehen und hatte starke Angst vor ihrem Chef, der seit der Scheidung mit ihrer Arbeit unzufrieden war. Sie konnte nichts mehr essen, hatte erbrochen, stark abgenommen und war geschwächt. Sie kam für ein halbes Jahr in stationäre psychiatrische Behandlung. In dieser Zeit wurde ihrem Ex-Ehemann, der wieder geheiratet hatte, das

Sorgerecht für die damals 7-jährige Tochter zuerkannt. Ab diesem Zeitpunkt sah Frau P ihre Tochter für zehn Jahre nicht mehr. Als diese 16 Jahre alt war, gab es Erziehungsschwierigkeiten, die Stiefmutter warf sie aus dem Haus. Die Tochter kam zu Frau P, wo sie einige Jahre mit ihr zusammen lebte. Die Tochter zog in eine eigene Wohnung und ist vor ca. fünf Jahren ausgezogen, ohne eine Mitteilung zu hinterlassen, wohin sie gegangen ist. Frau P weiß nicht, wo sich die Tochter aufhält und warum sie den Kontakt zu ihr abgebrochen hat. Sie weiß nur, daß die Tochter mittlerweile einen Sohn hat, um den sich Frau P gerne kümmern würde.

Frau P hat zwei Schwestern und eine Halbschwester, die alle auch in nervenärztlicher Behandlung sind. Eine Schwester, die in der gleichen Straße wohnt, ist ihr besonders wichtig. Diese hat ihr schon sehr oft geholfen. Zur Zeit des Interviews bestand kein direkter Kontakt zur Schwester. Frau P erzählt nicht viel aus ihrer Lebensgeschichte, insbesondere aus ihrer Kindheit. Die Kindheit sei sehr schön gewesen, sie habe viel mit anderen Kindern gespielt und sei oft zum Baden gefahren. Die Mutter wird in positivem Zusammenhang erwähnt, sie sei bei der Betreuung ihrer Tochter unterstützend und hilfreich gewesen. Der Vater von Frau P wird mit keinem Wort im Interview erwähnt.

Seit dem ersten Klinikaufenthalt war Frau P etwa achtmal in einer psychiatrischen Klinik, und zwar nicht nur wegen akuter Psychosen, sondern oft dann, wenn sie in Geldnot war und sich keinen Rat mehr wußte. Die Klinik war immer der Ort, wo sie sich versorgt wußte. Sie war mehrmals auf einer geschlossenen Station, von der sie öfter ausgerissen ist, einmal weil sie von einem flüchtigen Bekannten, der verheiratet war, schwanger war. Sie ließ das Kind abtreiben, da sie sich nicht in der Lage sah, es alleine aufzuziehen. Sie wurde in der Klinik neben Medikamenten mit Elektroschocks behandelt. Sie schreibt ihre jahrelangen Schlafstörungen dieser Behandlung zu. Seitdem Frau P nicht mehr arbeiten muß und sich durch die Rente materiell abgesichert fühlt und seitdem sie ihren jetzigen Lebenspartner kennt, haben sich die Abstände zwischen den Klinikaufenthalten vergrößert.

Frau P ist in nervenärztlicher Behandlung bei einer Ärztin. Sie klagt über multiple körperliche Beschwerden, wie z.B. chronische Müdigkeit, Rückenschmerzen, Schmerzen im Knie und Lähmungserscheinungen im Bein. Die Behandlung besteht vorwiegend aus der medikamentösen Versorgung. Sie wünscht sich mehr Gespräche, was sie jedoch nicht einfordert. Bis vor kurzem besuchte Frau P eine Gesprächsgruppe und eine psychosoziale Einrichtung, in denen sie überwiegend positive Erfahrungen machte. Sie wünscht sich, öfter dorthin zu gehen. Da der Partner sie zurückhält und sie auch nicht alleine gehen will, weil er dann zuhause zuviel trinkt, verzichtet sie darauf. Den Wunsch, an organisierten Unternehmungen für Patienten teilzunehmen (z.B. Ausstellungen, gemeinsam ins Cafe gehen), setzt sie nicht in die Realität um.

Für die Zukunft drückt Frau P die Hoffnung aus, nicht noch kränker zu werden (sie meint damit auch ihre körperliche Gesundheit), daß sie mehr Elan bekommt, daß sie noch lange mit ihrem Lebensgefährten zusammenleben kann, daß sie wieder Kontakt zu ihrer Tochter und einen engeren Kontakt zu ihren Geschwistern bekommt, daß kein Krieg kommt und »daß wir eben so weiterleben können wie bisher«.

### **Auswertung der Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit**

#### **Unterkategorie *Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit***

Frau P nennt positive und negative Gründe für ihre momentane Befindlichkeit. Positiv sei, daß sie mit ihrem Lebenspartner zusammenlebe und daß sie nicht alleine sei. Als belastend erlebt sie ihre ständigen körperlichen Schmerzen und ihre Sorge darum, ob sie weiterhin in der gemeinsamen Wohnung bleiben können. Ansonsten sei sie »eigentlich zufrieden«.

»Na, gut ist, daß ich Herrn X [Partner] kenne, daß ich nicht alleine bin, daß wir zusammen sind...«  
(S 1 LQ)

»... und schlecht ist natürlich, daß ich jetzt Schmerzen hab in der Wirbelsäule und im Knie, daß ich eben da immer Schmerzen habe, aber sonst bin ich eigentlich zufrieden. Na, mit der Wohnung, das ist jetzt ärgerlich, daß wir raus müssen aus der Wohnung, daß das ungeklärt ist, das belastet einen natürlich sehr.« (S 1 LQ)

Frau P verbindet »nervenkrank« sein mit Denk- und Konzentrationsstörungen. Sie erlebt sich jedoch selbst nicht als nervenkrank, sondern als »ziemlich normal«. Sie kann ihre Einschränkungen bzw. Kommunikationsprobleme im zwischenmenschlichen Bereich und ihre Wissenslücken (Schulwissen) benennen. Sie betrachtet sich durchaus als arbeitsfähig in bezug auf die täglichen Anforderungen.

*I: »Können Sie sich das mit eigenen Worten erklären, was das ist [schizophren]?«*

P: »Na, ich versteh, daß man (räuspert sich) nervenkrank ist, aber ich bin, fühle mich nicht als nervenkrank. (...) Ich bin doch noch so ziemlich normal. Ich kann zwar nicht mehr so denken wie früher und hab vieles vergessen, was ich in der Schulzeit hatte an Wissen und Mathematik und die ganzen Fächer, was wir da hatten alles. Aber so im täglichen Leben, da kann ich, mach ich sonst ... noch so meine Arbeit und so. Ich kann mich zwar nicht so unterhalten wie andere, die können so, naja, die können eben richtig reden, das kann ich nicht so, das fällt mir schwer.«  
(S 11 LQ)

P: »Naja, so krank sehe ich mich nicht. Ich kann ja reden und kann lesen, und kann ja noch ein bißchen rechnen, wenn's auch schwerfällt, wenn man aus der Übung ist, weil man nicht so jeden Tag mehr übt ... und kann auch noch (im) Haushalt was machen. Und Fernsehen, wenn ich gucke, naja da verstehe ich nicht alles ... oder wenn ich Zeitung lese ... Kann mich schlecht selbst einschätzen, ... als verrückt würde ich mich nicht bezeichnen, ja.« (S 14 LQ)

#### **Unterkategorie *Bedeutung der Diagnose***

Frau P hat kein klares Bild über ihre Diagnose und kann sich nichts darunter vorstellen. Als ihr die Diagnose Schizophrenie von einer Ärztin erklärt wurde, hat sie es nicht verstanden und wieder vergessen.

*I: »... Ist Ihnen auch eine Diagnose dann gestellt worden?«*

P: »Na ja, die Ärztin sagt, ich bin schizophren. (...) Ich kann mir gar nichts drunter vorstellen unter Schizophrenie.« (S 11 LQ)

P: »Weiß nicht, ... früher hat die Ärztin gesagt Depressionen, ich leide unter Depressionen. Und



seit Jahren, schon wo ich mal bei der Frau Doktor X war, die sagt, ich wär schizophren. Ich weiß nicht, was das ist.« (S 11 LQ)

Durch das Benennen der Diagnose fürchtet Frau P, daß sie von anderen abgelehnt wird und diese die Kommunikation mit ihr meiden. Sie traut sich nicht, mit anderen Menschen zu sprechen, die über ihre Diagnose wissen könnten.

*I: »... die Diagnose, die Ihnen da gestellt wurde, Schizophrenie, was bedeutet das so für Sie?«*

P: »Naja, das ist ein bißchen niederschmetternd, ... da getraut man sich schon mit keinem Menschen anzusprechen, weil derjenige dann sagt, »Na, du bist ja nervenkrank, mit dir unterhalt ich mich gar nicht.« (...) Und da hab ich Angst ... gehabt, daß ich die Hausbewohner nicht anrede, weil ... die wissen das ja, daß ich // Und die werden das auch wissen, daß ich schizophren bin. (...) Da hab ich Angst, mich mit anderen Leuten zu unterhalten.« (S 11 LQ)

Ob sie sich zur Zeit als psychisch krank bezeichnen würde, verneint Frau P.

*I: »Würden Sie sich jetzt selbst als psychisch krank bezeichnen, jetzt im Moment so?«*

P: »Na, eigentlich nicht, im Moment nicht.« (S 11 LQ)

### **Unterkategorie *Veränderung durch die Krankheit***

Frau P sieht in der Krankheit den Grund dafür, daß nicht ihr, sondern dem Ehemann das Sorgerecht für die Tochter zugeschrieben worden ist. Durch die Krankheit habe sie ihr Kind verloren.

»Na ja, vorwiegend daß ich nicht das Kind gekriegt hab, daß mein Mann das Kind zugesprochen gekriegt hat.« (S 7 IBE)

Wegen der Krankheit leidet sie morgens immer unter starker Müdigkeit, dadurch kann sie nur mit Schwierigkeit einen geregelten Tagesablauf einhalten. Die Nervenärztin führt die Müdigkeit auf ihre Krankheit zurück.

»Und ja und dann, mit dem geregelten Tagesablauf, weil ich immer früh so müde war und konnte nicht schlafen... Aber die Nervenärztin hat mir schon gesagt, das ist meine Krankheit, die Müdigkeit. Aber ist was Furchtbares, wenn man so müde ist...« (S 7 IBE)

### **Unterkategorie *Ursachenvorstellung***

Frau P weiß, daß finanzielle Existenzsorgen dazu führen, daß sie wieder krank wird. Sie weiß sich dann nicht anders zu helfen, als in die Klinik eingewiesen zu werden, wo sie versorgt wird.

»Dieser Ärger. Wie geht's mit der Arbeit wieder mit Herrn X, ob er nun hinget zur Arbeit, und wenn wir dann kein Geld haben. Da kann das sich dann schon auswirken (...), daß ich dann wieder krank werde, weil man sich dann keinen Rat weiß. Wenn man kein Geld hat, da ist dann immer ... der einzige Ausweg, daß man zur Nervenärztin geht, und daß man ins Krankenhaus kommt, daß man versorgt ist, daß man sein Essen hat.« (S 12 LQ)

Weitere Ursachen aus der Sicht von Frau P sind Schlaflosigkeit, körperliche Krankheiten, Schmerzen, Streß bei der Arbeit, ihre damalige Ehe, Angst vor Krieg:

»Na, Schlaflosigkeit, das kann auch ... sein. Schlaflosigkeit und – , wenn man noch andere Krankheiten hat, physische Krankheiten, Schmerzen hat ...« (S 12 LQ)

»Und bei mir ist das auch durch die Arbeit gekommen, und dann durch den Krieg, ... weil im Fernsehen das war, immer die gespannte Lage, die gespannte Weltlage. Da hab ich mir soviel Gedanken gemacht. Da konnte ich kein Fernsehen mehr gucken, und das hat mich aufgeregt. Und die Arbeit, die ich gemacht hatte, und, na und die Ehe, ... da bin ich da eben so krank geworden.« (S 12 LQ)

Die Laienätiologie von Frau P (psychosoziale Ursachen) unterscheidet sich deutlich von den rein biologischen Vorstellungen ihrer Ärztin (chronisches Nervenleiden).

»... die Hausärztin sagte, meine Rückenschmerzen, die ich so habe, das wär die Auswirkung von meiner Krankheit. Ich hätte ›chronisches Nervenleiden‹, und das würde sich auswirken mit den Rückenschmerzen. Ja, ich weiß es nicht, ich muß es annehmen. Ich weiß bloß, wenn ich mich aufrege, daß ich dann Schmerzen hab in den ganzen Gliedern, daß das wie gelähmt ist, die Glieder, daß ich dann fast gar nicht laufen kann. Wie gestern, wo ich auf'n Stadtbezirk gelaufen bin. Wo ich hingelaufen bin, ... da hatte ich richtige Schmerzen und konnte ich kaum laufen. (...) Und dann, als er sagte, ›Sie können in der Wohnung bleiben‹, da konnte ich wieder ein bißchen besser laufen (...). Da hab ich aufgeatmet, da ging's mir besser. Aber es hängt eben viel vom, nja, vom seelischen Zustand ab.« (S 12 LQ)

Sie bekommt von der Fürsorgerin den Eindruck vermittelt, daß sie eine unaufhaltsame chronische Krankheit habe, die sie selbst nicht beeinflussen könne. Allerdings sieht Frau P dies anders und meint, sie könne die Krankheit mit dem Einhalten eines geregelten Tagesablaufes positiv beeinflussen.

P: »Die Fürsorgerin sagt, die Krankheit, meine Krankheit die würde immer weiter gehen, ... ohne daß ich was will, ohne daß ich was mache dazu, ... schreitet die fort immer, meine Krankheit. Das wird von Mal zu Mal schlimmer, sagt die Fürsorgerin.«

I: »Und wie sehen Sie das so?«

P: »Aber ich sehe das nicht so.« (...) »Naja, ich muß einen geregelten Tagesablauf haben, muß geregelt meine Tabletten nehmen, geregelt essen und, und jede Aufregung möglichst vermeiden.« (S 12 LQ)

Frau P ist sich nicht sicher, ob ihre Krankheit vererbbar ist. In ihrer Familie sind außer der Schwester noch eine weitere Schwester und eine Stiefschwester in nervenärztlicher Behandlung. Ebenfalls sei die Großmutter schizophren gewesen.

»Ich weiß auch nicht, wie das mit ihr gekommen ist mit den Nerven, ob das in der Familie liegt? Hier die Großmutter väterlicherseits, von meinem Vater, soll schizophren gewesen sein. Und meine andere Schwester in H., die ist auch in nervenärztlicher Behandlung, und die andere Stiefschwester in P. auch, die ist auch seit Jahren in nervenärztlicher Behandlung. Und ich ja auch seit 20 Jahren (...) ... ob das vererblich ist oder was, das weiß ich nicht.« (S 3 LQ)

### **Unterkategorie *Stigmatisierungserleben und Reaktion darauf***

Frau P beschreibt das Bild, das man sich in der Öffentlichkeit über Schizophrenie macht. Sie zählt sich selbst nicht zu den »richtig Nervenkranken«, den »Verrückten«, die nach der Meinung der Öffentlichkeit in Anstalten verwahrt werden müssen:

»Na, die Leute, die denken schizophren, das sind ... Verrückte, richtig Nervenranke, die gehören in eine geschlossene Anstalt...« (S 13 LQ)

Frau P fühlt sich in der Öffentlichkeit (im Café, im Frauenhaus, am Arbeitsplatz) von anderen Menschen als psychisch krank erkannt und abgelehnt:

»... ich war mal, viele Jahre schon her, ... in einem Cafe, in der X-Straße war ich da, und hab mich an ,n Tisch gesetzt, und da war ,ne Frau, die sagt, war gut angezogen, war beim Friseur gewesen, die sagte zu mir: »Na, Ihnen sieht man's an, daß Sie nervenkrank sind.« (S 13 LQ)

»... wenn man da in ein Cafe geht oder in ,ne Gaststätte, da sagen sie dann, an dem Tisch ist kein Platz frei, ist besetzt. Naja, ein bißchen abfällig tun sie einen schon behandeln.« (S 13 LQ)

»... da war ich mal im Frauenhaus ..., weil es Ärger hier zuhause gab, und da hat die Frau auch gesagt: »Na, Sie sind aber psychisch krank.« Naja, mir sieht man's scheinbar an, daß ich psychisch krank bin, naja, naja.« (S 13 LQ)

Am Arbeitsplatz wurde sie von ihren Kollegen anders behandelt, nachdem sie von einem stationären psychiatrischen Aufenthalt zurückgekommen ist.

»Ich hab's ja damals schon gesehen, wo ich im X-Handel gearbeitet habe, und bin in X (psychiatrische Klinik) gewesen. Die Kollegen waren anders zu mir als vorher. (...) Die sagen ja gleich oder denken das: »Ja, die bringt ja die Arbeit sowieso nicht, die ist ja nervenkrank, ne.« (S 13 LQ) Oder: »,Ei, die ist in der Psychiatrie, die hat's mit »m Koppe« (...) »Ach, die ist nicht ganz normal ..., die hat's mit dem Kopf.«

Frau P versucht, die Krankheit bzw. Diagnose vor anderen zu verbergen. Sie antwortet auf Nachfragen, daß sie unter Depressionen statt Schizophrenie leiden würde, da Depression weniger stigmatisiert wird.

»Ja, ich versuch's möglichst zu verbergen. Ich sage das nicht gleich, nicht, also daß ich schizophren bin. Ich sage, wenn mich jemand fragt, warum ich Rente kriege, ich sage, »Na, ich krieg, wegen Depressionen kriege ich Rente.« Ich sage das ganz ganz selten, daß ich schizophren bin ...« (S 13 LQ)

Frau P vermutet, daß ihre Tochter von der Stiefmutter, die diskriminierend über Frau P denkt, negativ beeinflusst worden ist und deswegen keinen Kontakt mehr zu ihr möchte.

»Sie [die Tochter] will scheinbar mit mir nichts zu tun haben, weil die Stiefmutter gesagt hat, »Du wirst doch nicht zur nervenkranken Mutter gehen.« (S 1 LQ)

### **Auswertung der Kategorie 2: Personale Ressourcen**

#### **Unterkategorie *Werte***

Statt Geld sind für Frau P »innere Werte«, zwischenmenschliche Werte (Treue, Hilfsbereitschaft in Not, Familiengefühl) wichtig.

»Ja, sie [die Tochter], sie ist ein bißchen verwöhnt worden vom Vater. (...) Na, sie haben nie finanzielle Not gehabt, ist verwöhnt worden, und da ist sie ein bißchen angeberisch. (...) Aber dann, als sie bei mir gewohnt hat, hat sie sich eigentlich im Guten entwickelt, muß ich sagen. (...) Ich hab ihr ... erzählt, daß sie ... sich einen Freund suchen soll, einen festen Freund und ... nicht immer verschiedene Männer und so. Immer einen Freund bloß, und dem auch helfen, ... wenn er in Not ist ... und nicht nach dem Geld gucken, sondern mehr nach inneren Werten ... Wenn sie den gern hat, daß sie eben dann bei ihm bleiben soll ...« (S 2 LQ)

Frau P würde ihre Tochter gerne mehr finanziell unterstützen, was ihr aber aufgrund ihrer geringen Rente nicht möglich ist. Sie möchte also mit Geld ihren Wunsch nach Beziehung ausdrücken und Unterstützung anbieten.

»Ich würde sie [die Tochter] gern ein bißchen finanziell unterstützen, aber mit meiner Rente, da ... kann ich das nicht.« (S 2 LQ)

»Ich ... könnte höchstens den X [Enkelsohn] mal beaufsichtigen für ein paar Stunden und ihn versorgen. Das könnte ich, dazu würde ich mich auch in der Lage fühlen. Ich weiß bloß nicht, ob sie [die Tochter] das will.« (S 2 LQ)

Wichtiger als materielle Werte sind für Frau P auch immaterielle, kulturelle Werte wie Bildung, Interesse an Ausstellungen, Museen, Kirchen, andere Städte, etc.

»[Geld] ... hat nicht so eine große Bedeutung, aber man braucht ja Geld zum Leben. Früher, als ich in die Schule gegangen bin, da ... hatte ich ja auch nicht viel Geld, da war ich ja auch glücklich. Da hab ich mein Rad gehabt, ... bin baden gefahren, hab mir alte Kirchen angeguckt und ins Museum gegangen, ... und das machen wir ja auch zum Teil. Wir gehen viel ins Museum, wenn's regnet, und das X [Museum] hat eine neue Ausstellung, da gehen wir rein, gucken uns das an. (...) Und dann gehen wir eben eine Tasse Kaffee trinken, oder wir haben auch schon die Thermoskanne mit Kaffee mitgenommen ... und ,ne Schnitte mitgenommen, und das geht auch. Man muß nicht immer in die Gaststätte gehen.« (S 6-7 LQ)

### ***Unterkategorie Fähigkeiten und Fertigkeiten, Arbeit und Tätigsein***

Frau P betont, daß sie immer großen Wert gelegt hat auf berufliche Fortbildung. Sie hatte zu diesem Zweck verschiedene Kurse besucht.

»... hab Stenokurs gemacht und Englischkursus. Nuja, hab mich viel weitergebildet, nuja, da .. hatte ich ... auch meine Beschäftigung...« (S 6 LQ)

Allerdings waren bis auf wenige Ausnahmen die Arbeitsstellen für sie immer sehr anstrengend gewesen, sie war immer müde, sie hatte Angst vor ihrem Chef, die Vorgesetzten waren mit ihrer Arbeit oft nicht zufrieden. Frau P stand unter Druck, ihren Arbeitsplatz wieder zu verlieren und dann ohne Geld dazustehen.

»... wenn man arbeiten geht, muß man ja immer Angst haben um seinen Arbeitsplatz... Und es ist eine gewisse Sicherheit, wenn man berentet ist.« (S 5 LQ)

»Na ja, ... es wurde allerhand verlangt. – Man war eben früh da und man war immer müde, also ich kann (mich) bloß entsinnen, daß ich immer müde war. – Na ja, es war sehr anstrengend, als X [Beruf] zu arbeiten.« (S 3 IBE) »... weil mir der Beruf, der war mir zu schwer, es hat mir zuviel, also zuviel Kraft gekostet...« (S 4 IBE)

Frau P könnte sich heute vorstellen, für einige Stunden in einem Büro zu arbeiten, da sie Schreibmaschinenkenntnisse besitzt. Allerdings befürchtet sie, daß dazu Computerkenntnisse notwendig sind, die sie nicht besitzt. Da sie lange Zeit nicht mehr gearbeitet hat, schätzt sie die Chance, Arbeit zu finden, als gering ein. Außerdem befürchtet sie, ihre Rente zu verlieren, sobald sie wieder anfangen würde zu arbeiten.

»Ach, ich würde schon ein paar Stunden wieder ins Büro gehen, bloß heute ist alles mit Computer, und davon hab ich ja überhaupt keine Ahnung.« (S 5 LQ)

### **Unterkategorie *Einstellung zu sich und zur Umwelt***

Frau P besitzt ein sehr schlechtes Selbstwertgefühl und wertet sich selbst ab. U.a. hängen ihre Minderwertigkeitskomplexe mit dem Alter und dem Erleben von Einsamkeit zusammen.

»Früher als junges Mädchen bin ich auch alleine in die Kirchen gegangen und hab mir das angeguckt. Aber jetzt, naja, bin mal älter geworden, da hat man ein bißchen Minderwertigkeitskomplexe.« (S 8 LQ)

»Naja, also an mir finde ich gar nichts Schönes mehr. Ich könnte mich manchmal selber verfluchen. Am liebsten wär ich tot, so. – Weiß auch nicht. – (weint?) Der einzige Halt ist ja noch, daß ich X [Partner] hab, so, der gibt mir noch ein bißchen Halt. Aber wenn ich allein wär... Da hab ich so'n Selbstmordgedanken gehabt. Hab's schon versucht, aber ist mir nie gelungen, mir das Leben zu nehmen.« (S 10 LQ)

Frau P wünscht sich mehr Kontakt zu anderen Menschen, beschreibt sich selbst aber als verschlossenen Menschen, der von sich aus auf niemanden zugehen kann.

»Ich bin nun ein Mensch, ich kann nicht von mir aus jemanden ansprechen.« (...) »Nuja, ich würde mir mehr Kontakt wünschen, ja, stimmt.« (S 7 LQ)

### **Unterkategorie *Zukunftsperspektiven***

Frau P wünscht sich bessere Gesundheit oder zumindest, daß »es so bleibt, wie es ist«, wünscht sich etwas mehr Lebensenergie sowie den Fortbestand ihrer Partnerschaft, eine Wiederkontaktaufnahme zu ihrer Tochter und Frieden.

»Ach ja, ich hoffe, daß ich nicht noch kränker werde, das ist die Hauptsache, und daß es so bleibt, wie es jetzt ist, oder noch besser wird mit der Gesundheit. (Seufzt) Und daß Frieden ist, daß nicht ... irgendwie Krieg noch wird, und daß ich Kontakt mit meiner Tochter kriege (...) ... und daß ich noch lange mit Herrn X [Partner] zusammen bin. Das wünsche ich mir.« (S 17 LQ)

»Na, daß ich mehr mache im Haushalt, daß ich mehr Elan habe, das wünsche ich mir. – Sonst habe ich eigentlich keine Wünsche weiter.« (S 17 LQ)

Frau P blickt trotz ihrer vielen Einschränkungen optimistisch in die Zukunft.

»Ach naja, so gucke ich optimistisch in die Zukunft ..., vor allem daß wir Frieden haben, daß nicht irgendwie Krieg kommt, und daß wir eben so weiterleben können wie bisher, das wünsche ich mir.« (S 17 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung von Religion***

Die Religion gibt Frau P wichtige ethische Richtlinien für das Leben, insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich.

»Naja, ich ... bin X [Religionszugehörigkeit]. (...) Aber die Kirche finde ich schon ganz richtig, weil sie Richtlinien gibt fürs Leben. (...) Du sollst Vater und Mutter ehren, du sollst nicht töten, du sollst deinen Nächsten lieben und Nächstenliebe machen und hilfsbereit sein.« (S 17 LQ)

### **Auswertung der Kategorie 3: *Bewältigungskompetenzen, Selbsthilfebemühungen, Regulierungsmechanismen***

Frau P beschreibt Möglichkeiten, die ihr helfen, damit sie nicht wieder krank wird, sowie Grenzsituationen, in denen sie Zuflucht sucht in einer psychiatrischen Klinik. So sind z.B. das Vernachlässigen des Haushaltes und von sich selbst, das Alleinesein sowie Geldsorgen, die sie glaubt, nicht mehr lösen zu können, kritische Situationen, in denen sie rückfallgefährdet ist.

### **Individuelle Unterkategorie: *Bemühen um einen geregelten Tagesablauf und um die Erfüllung der Haushaltsaufgaben***

Frau P bemüht sich darum, in ihrem täglichen Ablauf Regelmäßigkeiten einzuhalten, was ihr hilft, ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren. Die ersten Anzeichen für eine psychische Krise sind z.B. das Vernachlässigen des Haushalts.

»... ich muß einen geregelten Tagesablauf haben, muß geregelt meine Tabletten nehmen, geregelt essen und ... jede Aufregung möglichst vermeiden.« (S 12 LQ)

»Weil ich gar nichts mehr im Haushalt dann gemacht hab, gab ich mir keinen Rat gewußt, da bin ich dann ins Krankenhaus. Das ist immer das letzte, wenn ich nicht mehr weiter weiß, daß ich zur Nervenärztin gehe und frage, ob ich ins Krankenhaus ... kommen kann.« (S 11 LQ)

Die Aktivitäten im Haushalt geben ihr Ablenkung und Struktur. Sie erlebt den Haushalt einerseits als Pflichterfüllung ihrem Partner gegenüber, andererseits macht sie es aber auch gerne.

»... als Frau mag's ja noch gehen, da hat man den Haushalt, da hat man Ablenkung. Ich weiß ja nicht, ... wie's einem Mann dann geht, wenn er zuhause immer ist.« (S 5 LQ)

»Naja, es ist, eine gewisse Pflichterfüllung ist schon, jeden Tag Essen kochen. (...) Ja, es ist ,ne Pflichterfüllung, aber die, die mache ich gerne, ja.« (S 5 LQ)

### **Individuelle Unterkategorie: *Aktivierung durch den Partner als Hilfe gegen Rückzugstendenzen und gegen die Vernachlässigung der Körperpflege und des Haushalts***

Die Aktivierung durch den Partner hilft ihr, den »Schlafsof« zu unterbrechen und aufzustehen, und holt sie aus der Depression.

»Und weil ich dann immer so müde bin, jetzt geht's im Moment, aber heute früh war ich wieder so müde. (...) Ja, das macht's mir eigentlich so schwer, was zu machen im Haushalt. Und da will ich mich immer bloß ins Bett verkriechen, immer bloß liegen und schlafen und nichts wissen. Und kann ja auch dagegen nichts unternehmen. ... Und wenn der andere Partner dann sagt,

›Na komm‹, wie heute früh sagt ›Na, wenn du nicht aufstehst, dann gehe ich meiner Wege.‹ Und da bin ich dann aufgestanden.« (S 10 LQ)

Die Erwartungen des Partners an sie nach Sauberkeit und mit ihm morgens aufzustehen, ist eine gewisse Strukturhilfe und Aktivierung

»[Partner] erwartet von mir, daß ich ein bißchen sauberer werde, den Haushalt ein bißchen besser führe, und daß ich eben immer mit ihm aufstehe früh um sieben, daß ich mich nicht wie ... heute, hab ich mich nochmal hingelegt, daß ich mich nicht nochmal hinlege. (...) Naja, ich (muß) mir Mühe geben, daß ich das mache.« (S 5 LQ)

Durch das Alleinesein früher zog sich Frau P nurmehr im Bett zurück und vernachlässigte sich, was Anlaß zur Klinikaufnahme war. Nicht alleine zu sein und für jemanden zu sorgen stellt also eine wichtige Rückfallprophylaxe dar.

»... wenn ich nämlich ganz alleine wär, da würde ich immer bloß im Bett liegen, da würde ich nichts essen, nichts im Haushalt machen, und da wär ich dann bald wieder im Krankenhaus, wie es immer war.« (S 4 LQ)

#### **Auswertung der Kategorie 4: Soziale Ressourcen**

##### **Unterkategorie Partnerschaft**

Der Partner hat für Frau P die wichtigste Bedeutung in ihrem Leben trotz seines Alkoholismus, des Ärgers, den sie wegen ihm mit den Nachbarn hat und weswegen sie beinahe die Wohnung verliert, und trotz der Tatsache, daß er sein Geld vertrinkt und er von ihrer Rente lebt. Sie betont mehrmals, daß sie durch die Partnerschaft nicht alleine ist.

Der Partner hat »eine große Bedeutung, ich freue mich darüber, daß ich nicht alleine bin, daß wir uns bißchen ergänzen können, unterhalten uns, wir gehen viel spazieren. Im Sommer sind wir viel spazieren gewesen.« (S 4 LQ) »Naja, ich bin ganz froh darüber, daß ich Herrn X kenne, daß ich nicht allein bin, wir machen alles gemeinsam.« (S 3 LQ)

»Der einzige Halt ist ja noch, daß ich Herrn X hab, so, der gibt mir noch ein bißchen Halt. Aber wenn ich alleine wäre – da hab ich so Selbstmordgedanken gehabt.« (S 10 LQ) »Es gibt eben einen gewissen Sinn im Leben, als wenn ich alleine wäre. Ich bin ja jahrelang alleine gewesen, und das hat mir auch nicht gefallen.« (S 5 LQ)

Sie beschreibt, daß manchmal eine Atmosphäre der Zärtlichkeit und der Nähe entsteht, z.B. wie sie den gestrigen Tag mit ihrem Partner verbracht hat: mit Baden, sich auf der Couch gemütlich machen und kuscheln bei Bier und Wein:

»... da haben wir dann geheizt und die Küche geheizt, und dann hat er sich dann gebadet ... und da haben wir dann die Couch ausgezogen hier, und dann haben wir geschloggelt, ... und dann hat er dabei eine Flasche Wein getrunken noch ... und hat Bier getrunken. Ich darf ja keinen Alkohol trinken, weil ich ja hier Tabletten einnehme. Nuja, und dann haben wir geflirtet, und dann hab ich dann nochmal Bier holen müssen. Aber das hat er dann nicht getrunken. Na ... um acht haben wir dann geschlafen, haben wir gleich hier geschlafen.« (S 9 LQ)

Ein Konfliktbereich ist das Geld, mit dem der Partner nicht umgehen kann, das er für sich und den Alkohol ausgibt. Schlägt sie ihm vor, für ihn das Geld zu verwalten, wird er aggressiv und schlägt sie:

»Er hatte doch Schulden ..., da hätte er ja ein bißchen was abzahlen können, das hat er nicht gemacht. Also mit dem Geld kann er nicht rechnen, das weiß er auch. Aber er läßt sich da auch nichts sagen und er läßt sich auch nicht helfen. Wenn ich sage: ‚Komm, gib mir das Geld, ich verwalte das und du kriegst dann zugeteilt.‘ (...) Ja, aber das will er nicht. Da macht er nicht mit. Da wird er aggressiv, da schlägt er mich dann, da ist nichts zu machen.« (S 6 LQ)

»... wenn er die nicht antritt die Arbeit und nicht sich entschuldigt und kein Grund vorliegt, daß er die Arbeit nicht annimmt, dann wird ... für ein Vierteljahr das ... Arbeitslosengeld gesperrt ... und wenn er kein Geld kriegt und meine Rente reicht nicht aus, ja wovon wollen wir denn dann leben?« (S 12 LQ)

### **Unterkategorie *Familie***

Die Tochter von Frau P lebte ca. ab ihrem 7. Lebensjahr nach der Scheidung bei dem Ehemann. Sie hat die Tochter 10 Jahre lang nicht mehr gesehen. Als sie 16 Jahre alt war, gab es Erziehungsschwierigkeiten beim Vater und der Stiefmutter und sie zog für einige Zeit zu ihrer Mutter. Sie haben sich in dieser Zeit gut verstanden. Dann verschwand die Tochter wieder. Sie hat inzwischen ein Kind, einen Sohn. Frau P weiß nicht, wo die Tochter mit ihrem Sohn lebt. Es besteht kein Kontakt mehr. Frau P plant, sie über die Polizei suchen zu lassen. Es besteht eine Gefühlsbindung an die Tochter trotz fehlendem direkten sozialen Kontakt zu ihr.

»Nja ... ich hänge eben sehr an meiner Tochter, wie gesagt, ich hätte die Scheidung nicht einreichen sollen. Aber es ist nun alles geschehen und nun ist nicht rückgängig zu machen. Ich würde mich freuen, wenn meine Tochter wiederkäme.« (S 1 LQ)

Es besteht eine Diskrepanz zwischen dem guten emotionalen Kontakt zur Tochter und deren Kontaktabbruch. Es wird nicht klar, warum die Tochter den Kontakt abgebrochen hat.

»Na, sie ... weiß, daß ich hier wohne, sie könnte doch mal schreiben oder mal vorbeikommen... Sie hat mal gesagt, wo sie noch in der X-Straße gewohnt hat: ›Ich besuche dich nicht in deiner Wohnung‹, hat sie zu mir gesagt. Und da hab ich noch gefragt: ›Warum willst du mich denn nicht mal besuchen?‹ Und da hat sie keine Antwort gegeben.« (S 1 LQ)

»Sie hat mich eben so genommen wie ich bin. Sie hat mir auch nicht Vorhaltungen gemacht, daß ich die Scheidung eingereicht habe, oder daß ich nervenkrank geworden bin.« (S 2 LQ)

Die Schwester, die in der gleichen Straße wohnt, hat für Frau P eine wichtige Bedeutung. Allerdings gibt es zur Zeit des Interviews keinen direkten Kontakt, sie treffen sich nur kurz auf der Straße oder beim Einkaufen. Frau P vermeidet den Kontakt zu ihr, da sie ihr noch Geld schuldet und es zur Zeit nicht zurückzahlen kann. Die Schwester ist seit einem Jahr ebenfalls in nervenärztlicher Behandlung. Frau P bekommt öfter von der Schwester und deren Familie praktische und finanzielle Unterstützung.

»Ach, sie [die Schwester] hat eine große Bedeutung für mich, sie hat mir geholfen, wo ich hier umgezogen bin in die Wohnung ... Hat mein Schwager tapeziert alles, und die Jungs haben al-



les unter Putz gelegt und; hat mir sehr viel geholfen. Ach, wir haben (uns) immer so ganz gut verstanden, bloß jetzt in letzter Zeit sind wir krank geworden, im Sommer. Da hat sie in X (psychiatrisches Krankenhaus) gelegen, und ich bin zufällig auf die gleiche Station gekommen, ohne daß ich das gewußt habe.« (S 3 LQ)

»Na es wußte ich, sie kriegt noch 130 Mark von mir, und jetzt im Moment kann ich das Geld nicht geben. Da getraue ich mir auch nicht rüberzugehen. Sonst würde ich mal zwei Stück Kuchen mit rübernehmen und sagen, ... wir unterhalten uns ein bißchen mal.« (S 3 LQ)

### ***Unterkategorie Freundeskreis***

Frau P und ihr Lebensgefährte leben ziemlich isoliert. Zu einem Freundespaar bestand ein guter Kontakt mit gegenseitigen Besuchen. Warum der Kontakt abgebrochen ist, weiß Frau P nicht. Sie drückt aber ihren Wunsch nach Freunden aus.

»Haben wir überhaupt nicht, haben keine Freunde.« (S 5 LQ)

»... manchmal wünsche ich mir jemanden, ... die uns besuchen und wo man hingehen kann. Aber wir hatten mal ein Pärchen, die wohnten hier im Nachbarhaus, die haben uns immer besucht, aber das ist dann im Sand verlaufen, ja.« (S 5 LQ)

### ***Unterkategorie Nachbarn***

Es gibt Schwierigkeiten mit den Hausbewohnern wegen der Lärmbelästigung durch den Partner. Manchmal ergeben sich kurze Begegnungen mit Nachbarn im Haus, Frau P pflegt aber keine näheren Kontakte zu ihnen.

»... mit Herrn X [Partner] müssen die Hausbewohner ja unzufrieden sein. Naja, mal sagt er ein lautes Wort, er hat so eine laute Aussprache, also hört man auch alles. Wir haben uns .. unterhalten, das hört man drüben, weil die Wände so dünn sind.« (S 7 LQ)

»Naja, ... zu der Frau X [Nachbarin], da haben wir Kontakt, die unterhält sich mal mit uns. (...) Frau Y [Nachbarin], die hat auch mal sich mit mir unterhalten, aber im großen und ganzen, »Guten Tag, guten Weg.« Ich bin nun ein Mensch, ich kann nicht von mir aus jemanden ansprechen.« (S 7 LQ)

### ***Unterkategorie Psychosoziale Einrichtungen***

Frau P hat neben einigen negativen Erlebnissen überwiegend positive Erfahrungen in psychosozialen Einrichtungen (Gesprächsgruppe, Patientenclubs, etc.) gemacht und wünscht sich mehr Austausch mit anderen Menschen. Sie würde gerne wieder an einer Gesprächsgruppe teilnehmen oder einen Patientenclub besuchen. Allerdings ist ihr Partner nicht daran interessiert, sie dorthin zu begleiten. Aus Sorge, daß er zuhause zuviel Alkohol trinkt, und weil sie nicht alleine hingehen will, bleibt sie auch zuhause.

»Nuja, – ich würde mich schon ganz gerne mal mit Leuten treffen. Ich weiß ja nicht mehr, ob die Gesprächsgruppe ... noch in der Klinik X stattfindet, die immer früher stattgefunden hat um X Uhr. Da müßte ich mal wieder hingehen, aber da ist ja wieder Herr X [Partner] alleine, und den will ich nicht gerne mal alleine lassen, weil er dann immer so viel Alkohol trinkt.« (S 16 LQ)

»... da [in der Gesprächsgruppe] konnte man sich ein bißchen austauschen mit anderen Menschen, die ... ähnliche Krankheit haben, und da hat man ein bißchen Gesprächsstoff gehabt.« (S 16 LQ)

»Na, im X [Patientenclub] zum Beispiel kann man sich treffen, da kann man hingehen, was trinken und sich unterhalten mit den Kranken. Da, ja, da sind wir auch schon dort gewesen, Herr X [Partner] auch schon mit.« (S 16 LQ)

Frau P wünscht sich für sich mehr Aktivitäten in der Stadt, die von psychosozialen Einrichtungen organisiert werden sollten, z.B. im kulturellen Bereich. Sie hat positive Erinnerungen an frühere gemeinsame Aktivitäten, die vom Krankenhaus aus organisiert wurden: Ausstellungen, Cafe, Weihnachtsmarkt, Spaziergänge, etc.

»Tja, daß man mal was zusammen unternimmt, jetzt, daß man ... mal zusammen in ,ne Ausstellung geht. (...) Daß man mal sowas unternimmt, ... wo man dann zusammen was machen könnte. (...) ... wenn jemand mitgeht, da kann man sich ein bißchen unterhalten darüber, über die Bilder.« (S 18 LQ)

»... wie früher, wo wir im Krankenhaus waren, noch in X [psychiatrische Klinik] bei der Frau Doktor X, da hat man sich sonnabends nachmittags immer getroffen. Da sind wir mal am X-Platz, da war ,ne Ausstellung, reingegangen und anschließend Kaffeetrinken gegangen. Natürlich jeder selber, ... was er getrunken hat oder gegessen hat, bezahlt. Und daß man da mal zusammen über'n Weihnachtsmarkt gelaufen ist ... oder zusammen ,n Spaziergang unternimmt im X-Park, im X [Cafe]... Der Herr X in der X-Klinik [Mitarbeiter], der ... mit ,ner Gruppe ist er immer Kaffee trinken gegangen und vorher in ,ne Ausstellung gegangen. Das war auch immer schön, ja, daß man sowas unternimmt.« (S 18 LQ)

Es gibt einige hemmende Faktoren, die sie von der Teilnahme von solchen Aktivitäten fernhalten. Z.B. hat sie negative Erfahrung mit einem sehr kranken Patienten in einem Patientenclub gemacht.

»... manchmal sind sehr kranke Menschen dort. Das eine Mal, wo wir; das ist nun schon ein Jahr her, da der eine, ... der rannte nackt rum, der Mann, der war eben krank. (...) ... der rannte ganz nackt rum, und der Pfleger der wollte immer anrufen, der wollte das Krankenhaus anrufen, aber hat's nicht gemacht. Das war ja ein ganz krasses Beispiel.« (S 16 LQ)

Ein weiterer Faktor, der sie von einem Besuch in psychosozialen Einrichtungen abhält, ist der Partner von Frau P, der nicht gerne mitgeht und sie zurückhält. Alleine möchte sie nicht gehen.

»Naja, und der Herr X [Partner], der geht eben nicht gerne mit. Ich sage: »Komm, wir gehen mal in X [Patientenclub], da ... können wir für 50 Pfennig 'ne Tasse Kaffee trinken und da können wir uns ein bißchen unterhalten.« – »Ach ne, ich gehe nicht mit, da gehen wir nicht hin«, sagt er. (...) Naja, alleine gehe ich dort auch nicht hin.« (S 16 LQ)

### **Unterkategorie *Arzt-Patient-Beziehung***

Die Beziehung zu der ambulanten Ärztin besteht aus dem Verschreiben von Medikamenten und aus dem Nachfragen nach ihrer Tagesstrukturierung. Frau P ist mehr oder weniger passive Empfängerin von Medikamenten und praktischen Ratschlägen. Die als negativ erlebten Nebenwirkungen der Medikamente (z.B. Gewichtszunahme, schlechterer Stuhlgang) spricht Frau P nicht an. Sie wünscht sich von der Ärztin mehr Unterstützung bei der Behandlung ihrer körperlichen Beschwerden und Schmerzen, unter denen sie sehr

leidet (z.B. unter Schlafstörung, chronischer Müdigkeit, Lähmungserscheinungen im Bein und Rückenschmerzen).

Frau P würde gerne mehr über ihre Krankheit wissen. Ihre Ärztin hat ihr darüber erzählt, Frau P hat es aber wieder vergessen. Sie konnte sich nichts unter der Bezeichnung der Krankheit vorstellen.

»Naja, ich würde schon ... ganz gerne wissen, was das ist im einzelnen. Die Frau Doktor X, die hat mal so erzählt, was das ist, aber das hab ich wieder vergessen. Ich konnte mir ... drunter auch nichts vorstellen.« (S 11 LQ)

Frau P würde gerne mehr Zeit für intensivere Gespräche bei ihrer Ärztin haben. Die Behandlung besteht hauptsächlich in der Verschreibung der Medikamente.

»Naja, wie die Frau Doktor X in der Klinik X, die sagt ja nichts weiter, die hat ganz kurz bloß geredet, die fragt mich nicht, wie mir's geht oder so. Die verschreibt die Tabletten, das hat sich dann alles.« (S 15 LQ)

Frau P wird von ihrer Ärztin nach ihrem Tagesablauf gefragt und bekommt praktische Hinweise für ihre Tagesstrukturierung.

»... Sie hat mich mal gefragt, was ich eben den ganzen Tag mache und so. Und da hab ich gesagt, »Naja, ich mache was im Haushalt, dann gehe ich einkaufen, gehe ich spazieren«. Und da hat sie eben gesagt, ... daß man sich mittags eben 'ne Tasse Kaffee kocht und sich was zu essen zubereitet, und daß man ... mal ins Kino geht ... oder was lesen. Na, das hat sie schon gesagt, wie man den Tagesablauf machen soll. (...) Daß man ... früh aufsteht, daß man sich wäscht, daß man Kaffee trinkt, daß man einkaufen geht.« (S 16 LQ)

## **Auswertung der Kategorie 5: Materielle Ressourcen**

### **Unterkategorie *Finanzielle Situation***

Frau P erlebte oft, daß sie ihren Arbeitsplatz verlor und dann akute Geldsorgen hatte. Seitdem sie ihre Rente bekommt, fühlt sie sich materiell abgesichert, sie erlebt die Rente als große Erleichterung. Die materielle Absicherung hat einen großen Einfluß auf die psychische Verfassung von Frau P. Akute Geldsorgen waren oft der Anlaß zur Klinikaufnahme.

»... es ist eine gewisse Sicherheit, wenn man berentet ist.« (S 5 LQ)

Da der Lebenspartner auch von ihrer Rente lebt, müssen sie sich in ihrer Lebensführung einschränken. Frau P hofft auf Besserung ihrer finanziellen Situation, sobald der Partner wieder Arbeit findet.

»Na, wir müssen uns schon ein bißchen einschränken, ein bißchen müssen wir schon rechnen mit dem Geld. Also Kaffee trinken gehen zu B. oder im Imbiß essen gehen jeden Tag, das können wir nicht, das wird zu teuer.« (S 6 LQ)

»... also zum Sparen kommen wir nicht.« (S 6 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung von Geld***

Neben den o.g. existentiellen Geldsorgen, die Frau P oft in eine psychische Krise gebracht haben, hat Geld als materieller Wert für sie keine größere Bedeutung. Es gibt viele Dinge, die man ihrer Ansicht nach auch ohne Geld machen kann, wie z.B. Ausflüge machen, sich fortbilden, Kirchen besichtigen, etc.

Geld hat »nicht so eine große Bedeutung, aber man braucht ja Geld zum Leben.« (S 6 LQ)

»Früher, als ich in die Schule gegangen bin, da .. hatte ich ja auch nicht viel Geld, da war ich ja auch glücklich ...« (S 6 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung der Wohnung***

Die Wohnung hat für Frau P eine große Bedeutung obwohl die äußeren Umstände der Wohnung eher negativ sind: Es gibt Beschwerden von Nachbarn, daß ihr Lebensgefährte zu laut ist. Der Mietvertrag ist deswegen gefährdet. Am Tag des Interviews hat Frau P erfahren, daß sie in der Wohnung bleiben können, was sie sehr erleichtert hat. Frau P lebte früher mit ihrem Partner in einer Wohnung, in der es hereingeregnet hat und der Putz von den Wänden kam. Die jetzige Wohnung hat ebenfalls feuchte Wände.

»Naja, daß das Schlafzimmer feucht ist, die Küche feucht und .. Innentoilette feucht, das ist natürlich weniger schön.« (S 7 LQ)

Als positiv werden das Vorhandensein einer Innentoilette, eines Balkons und die Nähe zur Schwester gesehen. Trotz objektiver Mängel wird die Wohnung als wichtiger Lebensraum erlebt, sie verbringt den größten Teil ihrer Zeit in ihrer Wohnung.

»Naja, so ein bißchen hänge ich schon an der Wohnung, ja.« (S 7 LQ)

»Na, die Wohnung hat schon 'ne große Bedeutung, man ist ja den ganzen Tag in der Wohnung, man lebt ja, man hat ja nichts weiter als die Wohnung. Man geht mal spazieren, dann geht man mal ...'ne Tasse Kaffee trinken oder mal in die Gaststätte, und dann geht man wieder spazieren. Und dann ißt man zuhause, schläft zuhause, wäscht sich, und ist ja größtenteils in der Wohnung.« (S 8 LQ)

## **Interviewauswertung Frau G (048)**

### **Biographie von Frau G: »*Ich war immer ein Herdentier*«**

Frau G ist eine 59jährige Frau, lebt mit ihrem Mann, der eine Alkoholproblematik hat, und einem Hund in einer Dreizimmerwohnung in einem vierstöckigen Haus in einer ruhigen Straße. Die Umgebung besitzt eine gute Infrastruktur. Die Wohnung ist absolut sauber und gepflegt und ist bürgerlich eingerichtet. Frau G ist seit 38 Jahren verheiratet, hat drei erwachsene Söhne, davon lebt einer mit seiner Familie in einer anderen größeren Stadt, die beiden anderen in derselben Stadt. Frau G ist unauffällig gekleidet, von kleiner Statur und macht auf die Interviewerin einen gepflegten Eindruck. Sie nimmt in der Interviewsituation die Rolle der Gastgeberin ein. Sie hat den Besuch der Interviewerin mit Kaffee und Kuchen vorbereitet und diese immer wieder zum Essen und Trinken aufgefördert.

Der Hund wird ebenso aktiv in das Interview einbezogen wie der Ehemann, der während des Interviews in die Wohnung kommt. Frau G spricht sehr viel und schnell, sie ist gefühlsmäßig beteiligt, an manchen Stellen im Interview ist sie den Tränen nahe oder etwas gereizt.

Die Familie und ihr Zusammenhalt ist das wichtigste Thema, das sich durch beide Interviews wie ein roter Faden zieht. Im Zusammenhang mit der Familie spricht Frau G auch von einem »Faden« oder »der normale Gang, daß man eben Familie hatte, daß man eben Mann hatte und alles in Ordnung ging, weil jeder dafür gesorgt hat«. In Krankheitsphasen »war der Faden ganz einfach weg«, das Aufrechterhalten des »normalen Lebens« war in diesen Zeiten durchbrochen oder abgeschnitten. Die lange bestehende Ehe, die Geburten ihrer Söhne, die Beziehung zu ihren Kindern, deren Ehefrauen bzw. Freundinnen und zu ihren Enkelkindern nehmen einen großen Raum im Interview ein. Durch die Beziehung zu ihrem Mann habe sie die Zeit ihrer Krankheit überhaupt überstehen können, ohne die Familie hätte sie es nicht geschafft. Zur Familie zählt auch der Hund, der ihr über viele Sorgen hinweg hilft. Die notwendige Fürsorge für den Hund gibt ihr Struktur und Disziplin und damit einen gewissen Halt im Alltag.

Frau G berichtet ausführlich und detailreich über wichtige Lebensereignisse, so über ihre Mutter, die selbst nervenkrank gewesen ist und in einer Heilanstalt untergebracht wurde. Sie wäre als Kind beinahe zweimal von der Straßenbahn überfahren worden, da die Mutter nicht in der Lage war, auf sie aufzupassen. Sie und ihre drei Geschwister wurden in verschiedenen Kinderheimen untergebracht. Im Kinderheim habe sie sich zu einem »Herdentier« entwickelt. Ab dem 12. Lebensjahr kamen sie und ihre Geschwister zu ihrer Großmutter. Mit 20 Jahren bekam Frau G ihr erstes Kind, das unehelich zur Welt kam und das sie zunächst alleine aufzog, während sie gleichzeitig arbeiten gehen mußte. Sie ging z.B. mittags kurz nach Hause, um ihr Kind zu stillen, und dann wieder zur Arbeit. Die Beziehung zum Vater des Kindes ging auseinander. In dieser für sie emotional sehr belastenden Zeit fühlte sie sich zum ersten Mal gesundheitlich »angeknackst«. Als ihr Kind eineinhalb Jahre alt war, lernte sie ihren jetzigen Mann kennen und bekam bald darauf ihr zweites Kind. Es begann eine Zeit von zahlreichen körperlichen Erkrankungen, denen mehrere Operationen folgten. Die Geburt ihres dritten Kindes war gefährdet nach einer Unterleibsoperation. Die Ärzte rieten ihr von der Schwangerschaft ab. Sie brachte dennoch das Kind gesund zur Welt. Nach einer Magenoperation magerte Frau G sehr stark bis auf 43 kg ab, sie war kaum mehr belastungsfähig. Nach der viel zu frühen Entlassung aus dem Krankenhaus, sie war 37 Jahre alt, tauchten erstmalig psychotische Symptome auf in einem Ferienheim, in dem sie zusammen mit ihrem Mann arbeitete und eine Gruppe betreuen sollte. Sie fühlte sich, körperlich noch sehr geschwächt, dieser Aufgabe nicht gewachsen.

Nachdem körperliche Ursachen in einem Allgemeinkrankenhaus ausgeschlossen wurden, wurde Frau G in eine psychiatrische Klinik verlegt, wo sie vor allem mit größeren Mengen Psychopharmaka behandelt wurde. Diese Zeit verbindet sie mit äußerst unangenehmen Erinnerungen (Zwangsmedikation nach Verweigerung der Medikamente, große Schläfsäle, Elektroschockbehandlung). Nach Verlegung auf eine andere Station ging es ihr bald besser, sie lief wie ein »Herdentier« überall mit. Die Symptome (Angstzustände, Verfolgungsängste, Angst, umgebracht zu werden) verschwanden wieder. Zwischen 1974 und 1989 war Frau G mehrere Male in stationärer psychiatrischer Behandlung, einige Male

mußte sie zwangseingewiesen werden. 1986 wurde ihr von einer Ärztin die Einweisung in ein Pflegeheim vorgeschlagen, da sie nicht einmal mehr zur Toilette ging und alles »unter mir gelassen« hatte. Ein anderer Arzt schickte sie nach Hause, weil er ihr zutraute, ohne Klinik auszukommen, was tatsächlich zutraf. Heute protestiert Frau G gegen den damaligen Vorschlag dieser Ärztin, gegen die sie »eine große Antipathie« hat.

Zwischen den Krankheitsphasen hat Frau G immer gearbeitet, mit 40 Jahren hat sie mit Unterstützung eines Mentors ihren Berufsabschluß in der Metallbranche nachgeholt, worauf sie heute noch sehr stolz ist.

Seit 1989 ist Frau G nicht mehr in einer psychiatrischen Klinik gewesen, ihr Gesundheitszustand hat sich weitgehend stabilisiert. Manchmal leidet sie unter Konzentrations-schwierigkeiten, hat depressive Phasen und erlebt sich verunsichert. Sie ist in ein Netz unterschiedlicher sozialer Beziehungen eingebunden, das sie sich zusätzlich zu ihrem familiären Kreis geschaffen hat. Sie hat einige Freundinnen, denen sie mit Zuhören und Ratschlägen für deren Problemen hilft und von denen sie selbst Zuwendung bekommt. Sie besucht seit vielen Jahren einen Chor, in dem sie einige persönliche Kontakte entwickelt hat, sie unterhält lockere Beziehungen zu einigen Nachbarn, die um ihre Krankheit wissen. Charakteristisch für Frau G ist ihre gebende und helfende Rolle innerhalb der Familien- und anderen sozialen Beziehungen. Es bedeutet ihr sehr viel, daß sie selbst auch für andere wichtig ist. Wird Frau G nach ihren Erwartungen an andere gefragt, beantwortet sie dies damit, daß sie von anderen gebraucht wird, und wenn es den anderen gut geht, dann gehe es ihr auch gut. Dies entspricht eher dem Gemeinschaftsdenken in traditionellen Gesellschaften als einer Individuumzentrierten Sichtweise. Es wird deutlich, daß Frau G einen gewissen Einfluß auf ihre Krankheit hat, dazu bezieht sie ihr gesamtes Umfeld mit ein. Ihre momentane Zufriedenheit wird v.a. im Vergleich mit ihrer viel problematischeren Vergangenheit mit den schweren körperlichen Krankheiten und den psychischen Problemen hergestellt.

Insgesamt ist sie mit ihrem Leben zufrieden. Zwar würde sie sich von ihrem Mann mehr Aktivität und Initiative wünschen, sie würde gerne mehr mit ihm unternehmen und sie würde sich wünschen, daß er weniger Alkohol trinke. Er habe ihr aber schon soviel in ihrem Leben geholfen, so daß sie sich damit abfindet. Das einzige Problem in der Ehe sei, daß sie keine Sexualität mehr miteinander haben. Das Problem gehe von ihr aus. Eine Eheberatung, um das Problem zu klären, lehnt der Ehemann aber ab. Für die Zukunft wünscht sich Frau G stabile Gesundheit für sich und ihren Mann, daß »einer dem anderen erhalten bleibt« und daß die Lebenssituation so bleibt wie sie ist. Sie ist zufrieden mit ihrer Wohnsituation sowie mit ihrer finanziellen Situation, sie habe »keine größeren Ansprüche«.

Ebenfalls zufrieden ist sie mit ihrer ambulanten Behandlungssituation, die Beziehung zu ihrem behandelnden Psychiater erlebt sie als »sachlich, aber trotzdem aufgelockert, also angenehm«. Sie akzeptiert, daß sie ihre Medikamente weiterhin nehmen muß, damit ihr Gesundheitszustand stabil bleibt. Sie erlebt die Medikamente als hilfreich, außer einer Gewichtszunahme erlebt sie keine weiteren negativen Nebenwirkungen. Sie besucht in 14-tägigem Abstand eine Therapiegruppe, häufiger möchte sie nicht hingehen, da es ihr zuviel wird, sich die Probleme der anderen anzuhören. Früher ging sie öfter in eine psychosoziale Einrichtung, wo sie sich aber nicht wohlfühlte (»alles beenzt und ver-raucht«). Sie meidet den Kontakt zu Expatienten, da sie es nicht für gut hält, nur unter

Patienten zu sein. »Da sieht man auch immer bloß die Kranken und immer wieder die Kranken.«

Beim zweiten Interview wirkte Frau G etwas niedergeschlagen und berichtete, daß sie nach dem ersten Interview, in dem sie sehr viel von sich mitgeteilt hatte, sehr aufgewühlt war und nachts nicht schlafen konnte. Die Interviewerin bot ihr an, eine Pause zu machen oder das Interview abubrechen, sobald es für sie zu anstrengend werden würde. Dazu kam es nicht. Das zweite Interview erlebte Frau G nicht mehr so anstrengend wie das erste, obwohl es sogar etwas länger dauerte.

### **Auswertung der Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit**

#### **Unterkategorie Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit**

Frau G äußert über ihre momentane Lebenssituation Zufriedenheit, sie hat keine Schmerzen und hat auch Abwechslung in ihrem Leben.

»Ach, zufrieden, ja. Mir tut nicht unbedingt was weh. Die Medizin, die ich nehmen muß, nehme ich und, kann ich eigentlich zufrieden sein. Es ist einige Abwechslung auch drinnen...« (S 1 LQ)

Frau G begründet ihre Zufriedenheit damit, keine materiellen Sorgen zu haben und daß sie insgesamt gesund ist. Es gibt auch Zeiten der Unzufriedenheit, wenn der Ehemann mit ihr zuwenig unternimmt, worüber sie sich dann bei ihm beklagt.

»... keine Probleme, ich habe finanziell keine, die Wohnung haben wir, mein Mann hat seine Arbeit, ich kriege meine Rente, was will ich mehr? Gesund bin ich auch, toi, toi, toi, ne. Ich brauche keine, keine größeren Ansprüche .. oder was. Und das würde auch der Mann nicht verlangen. Er ist oftmals derjenige, der dir dann sagt, »Na Kleine, .. warum ziehst du wieder so ein Gesicht? Warum bist du mit dir unzufrieden?« Na ja, und dann kommt das eben mal, daß ich sage, »Na ja Gott, es ist lange her, wo wir mal unseren letzten Stadtbummel gemacht haben« oder so.« (S 3 LQ)

Die Frage, ob sie sich zur Zeit als psychisch krank erlebt, verneint sie. Sie räumt ein, daß sie auch nicht ganz geheilt sei. Sie hat sich damit abgefunden, täglich mit Medikamenten zu leben, die ihr helfen, ruhiger und gelassener zu sein und weniger Angst im Hintergrund zu spüren.

»Nicht als ganz geheilt ...« (S 12 LQ)

»Na, auf alle Fälle bißchen ruhiger und ausgelassener, würde ich sagen. Nicht so viel Angst mehr im Hintergrund. Oder, ich würde sagen, überhaupt keine Angst momentan habe ich mehr im Hintergrund... Das hat sich (im) Laufe der Zeit, wo ich das nehme, hat sich das eigentlich akklimatisiert.« (S 15 LQ)

Der Ehemann ist sich nicht sicher, ob seine Ehefrau gesund bleibt oder ob sie nicht wieder einmal krank werden könnte. Er bezieht sich auf die Aussagen ihres Arztes, den er öfter trifft, der sagt, daß es keine 100%ige Sicherheit dafür gibt, daß sie gesund bleibt.

»Er ist nicht hundertprozentig davon überzeugt, daß ich es mal gar nicht mehr kriege, das ist er nicht, ne. Da sagt er: ,Ich bin nicht ... schlau, aber ich würde sagen, dann passe ich mich dem

Arzt an, und Dr. X [ihr Psychiater] sagt ja – hin und wieder sehen die sich ja dann auch mal in der Klinik – »Passen Sie auf, Ihre Frau, das haut alles hin, aber ich kann Ihnen nicht hundertprozentig sagen, »bleibt es mal«; daß er sich nicht darauf versteift. Denn das habe ich ja auch immer gesagt, »Mensch, ich bin gesund, für mich gibt's das nicht mehr« und so, ne.« (S 4 LQ)

Frau G schließt es selbst auch nicht ganz aus, bei einer Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustandes noch einmal in eine Klinik gehen zu müssen.

»Also gerade jetzt, ... wenn mein Mann erzählt, diese oder jene ist wieder drinnen, daß die eben mit ihrem Leben nicht fertig werden, ne. Und, phh, weiß nicht, aber ich denke schon, daß mir das vielleicht manchmal auch wieder so passieren könnte.« (S 12 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung der Diagnose***

Frau G hat keine direkte Diagnose erfahren. Immer wenn sie in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen werden mußte, vermittelte ihr Ehemann den Ärzten, welche Symptome und Verhaltensweisen aufgetreten sind. Wenn sie gefragt wird, ob sie mit ihren Ärzten über die Diagnose gesprochen hat, verneint sie dies. Sie selbst nennt keinen Namen für ihre Erkrankung, sondern umschreibt sie mit dem Erleben von Unsicherheit, Angstzuständen und Verfolgung.

I: »Wie würden Sie das bezeichnen, weshalb Sie in die Klinik gekommen sind, welche Namen haben Sie für Ihre Erkrankung?«

G: »Angstzustände hauptsächlich. Angstzustände und Verfolgung.« (S 11 LQ)

I: »Und haben sie [die Ärzte] auch über die Diagnose mit Ihnen gesprochen?«

G: »Naja, ganz intensiv eigentlich nicht. Daß man jetzt, daß man jetzt genau sagen könnte, das und das ist.« (S 11 LQ)

Psychisch krank sein bedeutet für Frau G, daß die Denkvorgänge beeinträchtigt sind.

»Na, daß die Denk-, das Denken irgendwie nicht mehr funktioniert.« (S 12 LQ)

Sie beschreibt ihre Erkrankung, daß diese in der Regel mit einer Unsicherheit begonnen hat und daß sie sich bestimmte Dinge einbildete, z.B. den Herd nicht ausgemacht zu haben, oder daß sie sich verfolgt fühlte und äußere Geschehnisse auf sich bezog.

»Oder das Verfolgtsein, ... daß ich eben gedacht habe, das Flugzeug, das kommt wegen mir dort, oder der Hubschrauber, der da so 'ne Reklame dran hatte, so in dem Sinn.« (S 12 LQ)

### **Unterkategorie *Veränderung durch die Krankheit***

Frau G erlebt die Zeiten der akuten Erkrankung und der Klinikaufenthalte als eine Unterbrechung des »normalen Lebenswandels«, wozu das Familienleben und die Ordnung zählt. Immer wenn sie krank wurde, war die Kontinuität in ihrem Leben, »der Faden«, durchbrochen.

»Das war ja dann bei weitem nicht der .. normale Lebenswandel oder .. der normale Gang, daß man eben eine Familie hatte, daß man eben Mann hatte und alles in Ordnung ging, weil jeder dafür gesorgt hat. Bloß ich konnte es eben dann nicht mehr, wenn es irgendwie durchkam, dann war der Faden ganz einfach weg, ne.« (S 13 IBE)



Durch die Krankheit mußten Frau G und ihr Mann auf vieles verzichten, z.B. mußten Reisen oder Kuraufenthalte abgesagt oder abgebrochen werden, wenn Frau G in psychotische Krisen geriet.

»... ich habe ja durch diese Krankheit auch auf vieles verzichten müssen, ne. Wir haben beispielsweise, ... er [der Ehemann] hatte da ne Fahrt gebucht .. nach dem Ausland; konnte ich nicht machen, ich habe auf den gepackten Koffern gesessen, und es ging eben nicht. Und das ist nicht nur einmal gewesen, das ist mit des öfteren während meinen Krankheiten passiert...« (S 8 LQ)

Frau G ist zu Beginn ihrer psychischen Erkrankung für einige Jahre stark abgemagert, bedingt auch durch die zahlreichen Operationen. Dadurch daß sie soviel Gewicht verloren hatte, hat sie starke Minderwertigkeitskomplexe anderen Menschen gegenüber entwickelt. Sogar ihrem Mann gegenüber hatte sie ein verkrampftes körperliches Verhältnis und sie versteckte sich regelrecht vor ihm. Durch die Medikamente hat sie im Laufe der Jahre ca. 40 Pfund zugenommen, die körperliche Beziehung zum Ehemann ist dadurch etwas freier geworden, die Sexualität ist allerdings für Frau G ein schwieriges Thema.

»... wenn ich nicht wieder so dünn werden würde, .. das war ja eigentlich das Schlimmste, was mir auch sehr viel Komplexe mit gebracht hat, ne, die .. Minderwertigkeit anderen Leuten gegenüber. ... Na, was war ich denn, knapp 90 Pfund, ne.. « (S 17 LQ)

»... auch das Verhältnis zum Partner ist dadurch anders geworden, ne. Ich meine, wir hatten ja schon mal das Thema [Sexualität] gehabt, es tut sich in der Beziehung nicht deswegen mehr, aber es ist ein bißchen freier, nicht mehr so sehr verkrampft, ne, daß man .. irgendwie versucht hat, (sich) in seinen vier Wänden vor dem eigenen Partner zu verstecken, was eben vor Jahren war, passiert mir heute nicht in dem Sinne, ne. (S 17 LQ)

### **Unterkategorie *Ursachenvorstellung***

Frau G hat unterschiedliche ätiologische Vorstellungen über die Erkrankung. Als erstes nennt sie die belastenden Erlebnisse in ihrer Kindheit, als sie im Alter von knapp einem Jahr in ein Kinderheim kam, weil ihre Mutter, die selbst nervenkrank war, nicht für sie sorgen konnte. Sie kam in verschiedene Heime, ebenso wie die Geschwister, und für kurze Zeit zu ihrer Mutter zurück, bei der sie nicht lange geblieben ist.

»Naja, ich würde sagen, die Kindheit eigentlich, ist es von Kindheit irgendwie schon. Dieses Rumgestecke da von einem Heim ins andere und – zwischendurch mal bei der Mutter zu Hause und da war ja, ist ja die Angst an für sich meines Erachtens schon drin gewesen. Wenn die mich heute mit, mit neun Jahren über die Straßenbahn nimmt und bleibt plötzlich stehen und die Straßenbahn kommt...« (S 12 LQ)

»... meine Mutter, die hatte das fertig gebracht, die hatte uns, waren vier Kinder, im Stich gelassen.« (S 1 IBE)

Sie nimmt an, daß sie – in Ergänzung zu der belastenden Kindheit – die Nervenkrankheit von ihrer Mutter geerbt habe, die selbst jahrelang in einer Heilanstalt behandelt wurde. Ihre Schwester sei auch belastet, wenn auch weitaus geringer als sie selbst.

»Nachweisbar war das dann auch, daß sie [die Mutter] allerdings nervlich sehr sehr krank war, daß sie jahrelang auch in einer Heilstätte rum; naja und somit ist dann wahrscheinlich das ganze Ergänzende – daß ich was davon geerbt habe, und meine Schwester auch ein klein wenig

belastet ist, aber minimal. Bei der ist es nur so Schlafstörungen und so weiter, so, kein Vergleich mit dem, wie das bei mir die ganzen Jahre war.« (S 1 IBE)

Als weitere mögliche Ursache nennt Frau G die Folgen ihrer zwei Unterleibsoperationen. Ihr Gynäkologe kündigte ihr an, daß sie im Alter von ca. 36 Jahren frühzeitig in die Wechseljahre kommen würde und dies für sie nervlich belastend sein könnte.

»Naja, und dann würde ich sagen, durch Unterleibsoperation. Na das hatte mir damals der Gynologe gesagt, also daß ich eben mal, wenn ich 35, 38 bin, daß das dann ganz wegbleibt, und das dann eben nervlich belastend wird.« (S 12 LQ)

Existentielle Lebensprobleme, wie z.B. Arbeitslosigkeit, spielen für Frau G auch eine Rolle für die Ursache von psychischer Erkrankung im allgemeinen.

»... viele werden sich auch durch ...die ganzen Lebensprobleme, die da täglich kommen; ... wenn mein Mann erzählt, diese oder jene ist wieder drinnen [in der Psychiatrie], daß die eben mit ihrem Leben nicht fertig werden, ne.« (S 12 LQ)

### ***Unterkategorie Stigmatisierungserleben und Reaktion darauf***

Frau G meint, daß das allgemeine Bild in der Bevölkerung über psychisch Kranke »nicht das beste« sei. Sie denkt, daß viele Menschen, die nicht direkt von psychischer Krankheit betroffen sind oder keine psychisch kranken Angehörigen haben, sich auch nicht in die Betroffenen hineinversetzen könnten.

»Na, mitunter nicht das beste, nicht das beste. Denn wer es nicht selber mal gehabt hat; oder die Familienangehörigen, die das mal mitgemacht haben mit ihrer Tochter oder ihrem Sohn oder sonstiges, die können sich in die .. ganze Sache rein verdenken, würde ich sagen. Ne, wenn ich jetzt bloß von meinen drei Söhnen ausgehe...« (S 13 LQ)

Sie glaubt, daß das negative Bild über psychisch Kranke durch den Egoismus der Menschen entstanden ist.

»Tja, könnte es vom Egoismus ausgehen der Menschen, würde ich vielleicht denken, weil jeder mit sich zu sehr beschäftigt ist oder .. beschäftigt sein muß, um zurecht zu kommen.« (S 13 LQ)

Frau G hat in akuten Krankheitsphasen versucht, die Krankheit nach außen hin zu verbergen. Sie ging Menschen, die sie kannte, aus dem Weg aus Angst, daß diese darauf aufmerksam gemacht werden könnten, daß etwas bei ihr nicht stimmen würde.

»...wenn ich jetzt krank war, und ich hätte Sie jetzt auf der Straße getroffen, ich wäre an Ihnen vorbei gegangen, obwohl wir uns vielleicht hundert mal schon begrüßt hatten und geschwätzt hatten. Ich wäre an Ihnen vorbei gegangen in der Angst, Sie könnten mir jetzt irgendwie was sagen, was nicht hundertprozentig hinhaut mit meinem, oder so. In der Richtung ist ja das bei mir auch viel gewesen, ne.« (S 13 LQ)

## **Auswertung der Kategorie 2: Personale Ressourcen**

### **Unterkategorie Werte**

Für Frau G haben soziale und zwischenmenschliche Werte, wie Gemeinschaftssinn, Fürsorge für andere Menschen, Verantwortungsgefühl und Hilfsbereitschaft einen hohen Stellenwert. Ebenfalls ist ihr Vertrauen in andere Menschen, v.a. in ihre Familie, stark ausgeprägt.

»Also ich habe immer eigentlich dort Freude empfunden, wo viele Leute sind.«  
(S 12 IBE)

»Sollen ruhig viele Menschen zusammen sein, und wenn sie sich mal (mit) den Köpfen zusammenstoßen, irgendwann gibt's vielleicht mal eine Ruhe.« (S 18 LQ)

Die Hilfsbereitschaft und der Gemeinschaftssinn werden besonders deutlich innerhalb der Familie.

»Wenn einer in Not war, dann sind wir die letzten, die nicht helfen würden...«  
(S 6 LQ)

»... also ich würde sagen, die Enkelkinder zieht's an für sich recht zu mir, ne, weil phh, ich war immer ein Herdentier dadurch, daß ich im Kinderheim war und so, hatte man ja immer einen Haufen Leute um sich...« (S 6 LQ)

### **Unterkategorie Fähigkeiten und Fertigkeiten, Arbeit und Tätigsein**

Frau G hatte eine Ausbildung in einem Metallberuf gemacht, allerdings ohne Abschluß, da sie die theoretische Prüfung nicht bestanden hatte. Sie hatte viele Jahre in ihrem Beruf gearbeitet, 12 Jahre wegen der Kindererziehung ausgesetzt und dann wieder angefangen zu arbeiten. Nach vielen Jahren machte sie eine berufsbegleitende betriebliche Weiterbildung, um ihren Berufsabschluß nachzuholen. Sie schaffte ihn nicht auf Anhieb wegen Konzentrationsschwierigkeiten und ihrer Krankheit. Dann holte sie sich Hilfe bei zwei Mentoren. Mit 40 Jahren erhielt sie ihren Abschluß, worauf sie sehr stolz ist. Sie wollte sich beweisen, daß sie nicht so ungeschickt und unbeholfen ist, wie sie immer von sich gedacht hatte.

»... da war ich eben ... glücklich, daß ich eben mit 40 Jahren noch einen Facharbeiter in der Hand hatte. Das war spät, aber es ist gekommen. (...) Es war für mich doch schon eine Genugtuung ... daß ich mir gesagt habe, »na du bist ja gar nicht so ungeschickt und so unbeholfen.« (S 6 IBE)

Später arbeitete sie als Betreuerin für ausländische Werk tätige, was ihr viel Freude machte. Diese Jahre haben ihr sehr geholfen, da sie immer, wenn sie nach einem längeren Zeitraum von einem Klinikaufenthalt zur Arbeit zurückkam, von den Kollegen wieder freundlich aufgenommen wurde.

»Und die Jahre, die haben mir eigentlich auch gut geholfen, dort bin ich auch zu jeder Zeit wieder so aufgenommen worden, wie ich gegangen bin.« (S 11 IBE)

### **Unterkategorie *Einstellung zu sich und zur Umwelt***

Frau G beschreibt sich als schnell aufbrausend und aggressiv mit anderen Menschen. Sie kann sich aber auch genauso schnell wieder beruhigen und sich mit den anderen wieder vertragen.

»Ich bin ein Stief von Beruf, und ... ich gehe schnell hoch, ich kann auch sehr schnell aggressiv sein, ne. Aber die nächste Minute kann ich auch der beste Mensch wieder sein, ne. (...) Früher hätte man vielleicht gesagt, ich hätte ein bißchen eine große Klappe, verstehen Sie? So in der Richtung.« (S 6 IBE)

Ebenso beschreibt sie sich als wechselhaft in ihren Stimmungen. Einmal kann sie ausgelassen sein mit anderen Menschen und im nächsten Moment kann ein »kleiner Riß« bewirken, daß sie für einige Tage traurig und niedergedrückt ist, z.B. war dies der Fall, als einer ihrer Hunde jung gestorben ist.

»Ich kann .. rumblödeln, ich kann so ausgelassen sein in der Gruppe, nur so, ne. Aber es kann eben auch irgendwie .. so ein kleiner Riß dann gleich mal wieder bewirken, daß ich eben zwei, drei Tage dann //, ne.« (S 15 IBE)

Frau G kann sich nicht so »wie manche andere Frau« freuen oder Zufriedenheit erlangen.

»Gut, ich kann mich vielleicht, zum Leidwesen meines Mannes, nicht so freuen wie sich manche andere Frau freuen würde oder zufriedengestellt sein, sagen wir mal so.« (S 16 IBE)

Sie hält sich insgesamt für ziemlich robust. Dadurch daß sie schon so viele körperliche Krankheiten und Schmerzen erlebt und ausgehalten hat, habe sie eine gewisse Widerstandsfähigkeit entwickelt. Wenn sie psychisch erkrankt war, hatte sie immer versucht, ihrem Mann und ihren Kindern gegenüber ihre Dankbarkeit für deren emotionale Unterstützung auszudrücken.

»Und ich bin auch an für sich, würde ich sagen, kein – sensibler Typ, da habe ich durch die Krankheiten viel zu viel Schmerzen gehabt und so, daß ich mir jetzt gesagt habe, dich muß unbedingt einer bedauern oder was, nicht.« (S 12 IBE)

»Ich habe, wenn ich so nervlich war, dann habe ich mich immer zumindest versucht auszudrücken meinem Mann oder meinen Kindern gegenüber, daß ich mich eben da im gewissen Sinn bedankt habe, daß das eben so gekommen ist, daß sie eben geholfen haben und daß sie in die Klinik gekommen sind, und und und.« (S 12 IBE)

### **Unterkategorie *Zukunftsperspektiven***

Wenn Frau G gefragt wird, wie sie sich ihr Leben in der Zukunft vorstellt, wünscht sie sich an erster Stelle weiterhin gesundheitliche Stabilität. Desweiteren beziehen sich ihre Zukunftsvorstellungen auf den zwischenmenschlichen Bereich, nämlich auf den Erhalt ihrer Partnerschaft und der Beziehung zu ihren Kindern und auf den Wunsch nach sozialem Austausch mit anderen Menschen und nicht von der Außenwelt abgeschlossen zu sein.

»Ja, auf alle Fälle nach Möglichkeit nicht krank werden. Mit meinem Partner zusammenleben können so lange wie möglich, daß einer dem anderen erhalten bleibt. Das Verhältnis zu den Kindern weiter aufrecht halten.« (S 17LQ)

»... nicht abgeschlossen (sein) von der Außenwelt ...« (S 17 LQ)

Frau G ist in Bezug auf die Zukunft zuversichtlich gestimmt und bezieht die Zuversicht im wesentlichen auf ihre Familie und deren Kontinuität.

»Und da muß ich sagen, hinsichtlich von meinem Mann und der Familie, da würde ich sagen, kommt eigentlich auf mich so doch eine angenehme Zeit zu, ne.« (S 2 LQ)

»... daß wir so, wie wir jetzt leben, das weitermachen können...« (S 3 LQ)

Desweiteren wünscht sich Frau G, mit ihrem Mann weiterhin zu verreisen, worauf beide früher entweder aus finanziellen Gründen oder wegen ihrer Krankheit verzichten mußten.

»... und dann eben mal wieder schön verreisen, ne. Autofahren ohne Panne.« (S 17 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung von Religion***

Für Frau G hat die Religion keine große Bedeutung. Sie ist vor vielen Jahren aus der Kirche ausgetreten, sie und ihr Mann sind nicht kirchlich getraut. Ihre Kinder sind eher religiös, sie besuchen die evangelischen Kirchentage. Früher waren die Kinder Mitglieder einer christlichen Gemeinde. Frau G interessiert sich für Kirchen und besucht sie als bauliche Sehenswürdigkeit oder begleitet ihre Kinder, wenn diese in die Kirche gehen.

»Nee, ich bin ja auch nicht gläubig getraut, davon abgesehen, ich bin dann auch ausgetreten, vielleicht seit zehn, fünfzehn Jahren bestimmt, ne. Ich bin nicht gegen, so ist es nicht... (...) Aber daß es eben sein muß, ist nicht, ne.« (S 11 LQ)

### **Auswertung der Kategorie 3: *Bewältigungskompetenzen, Selbsthilfebemühungen, Regulationsmechanismen***

#### **Individuelle Unterkategorie: *Entlastung von Problemen durch sozialen Austausch***

Frau G hat mehrere Freundinnen und Bekannte, mit denen sie sich regelmäßig trifft und sich austauscht über persönliche Inhalte und Probleme. Sie stellt aktiv solche Kontakte her.

»Denn irgendwie brauche ich schon immer mal jemand, mit dem man mal ein bißchen quatschen kann oder so, .. ne. Oder wo man mal hingeht...« (S 17 LQ)

#### **Individuelle Unterkategorie: *Innere Einstellung schafft Abstand zur früheren Krankheitszeit***

Wenn Frau G merkt, daß sich wieder erste Anzeichen ihrer Krankheit melden, z.B. sich gehenlassen, nicht aufstehen wollen oder nach dem Frühstück wieder ins Bett gehen, dann gelingt es ihr heute, sich durch eine innere Einstellung, die Abstand zu früher herstellt, wieder in ihr psychisches Gleichgewicht zu bringen.

»Das ist alles so weit weg geschoben, Gott sei dank, und das sage ich mir eben jeden, naja jeden Tag nicht, aber zumindest ... sage ich mir, »Nee nee, der Tag gestern der ist gelaufen, warum soll der heutige nicht laufen?« (S 13 LQ)

»... daß ich mir eben sage, ‚Nee, du mußt nicht wieder da rein‘ [in die Klinik]...« (S 13 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Bewußtes Verdrängen der Krankheit***

Frau G geht regelmäßig in eine Gesprächsgruppe. Dort ärgert sie sich über eine ältere Teilnehmerin, da diese zuviel Raum in der Gruppe einnimmt für ihre Problematik. Wenn diese Frau ihr sagt, daß sie selbst doch auch ziemlich krank gewesen sei, reagiert Frau G verärgert und möchte nicht daran erinnert werden, sondern die Krankheit bewußt in der Vergangenheit belassen und sich nicht mehr damit beschäftigen. Sie ist froh, daß diese belastende Zeit vorüber ist und daß ihr Gesundheitszustand heute relativ stabil ist.

»Ja, da sagte sie [Gruppenteilnehmerin] zu mir, ›Naja, Sie wissen ja auch nicht, wie krank Sie mal waren.‹ Ich sage, ›Nee‹, sage ich ›das interessiert mich eigentlich auch nicht, weil das hinter mir liegt‹, ne. Was soll ich mich (in) der jetzigen Zeit mit der [Krankheit] befassen, das und das hast du gemacht. Ich meine, es sind einige Sachen dabei, die ich noch weiß, ne. Aber es ist ja auch vieles dabei, was ich eben nicht weiß, ne. (...) Und da grase ich nicht nach.« (S 1 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Annehmen der Grenzziehung durch den Arzt***

Frau G holt sich bei ihrem Arzt Hilfe und fühlt sich entlastet, wenn er ihren subjektiv erlebten Zustand nicht so labil und besorgniserregend einschätzt wie sie selbst. Diese Einschätzung durch ihren Arzt vermittelt ihr Sicherheit und gleichzeitig eine Grenze zu ihrer Sorge, sofort wieder in einer Klinik aufgenommen werden zu müssen, sobald sie sich psychisch labil erlebt.

»Vor zwei Jahren, glaube ich, war das mal im November ... da hatte ich ein paar mal beim Doktor X vor der Tür gestanden und habe gesagt, er soll mich doch wieder ins Bettenhaus nehmen. Da sagt er, ›Nee Frau G, ich sehe da gar keinen Grund dazu‹, ne. Naja, da war mir's weinerlich zumute, da bin ich wieder weg. Beim nächsten Mal haben wir dann gesagt, ist ja Quatsch, das hätte ich gar nicht gebraucht irgendwie.« (S 13 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Hoffnung auf positive Wirkung der Medikamente***

Frau G willigt bereitwillig in die medikamentöse Behandlung ein und hofft, daß sie durch die Medikamente erreichen kann, nicht wieder krank zu werden.

»Ja, .. ich gebe in dem Moment jetzt große Hoffnung, wenn ich diese Medikamente weiter nehme, daß ich das schaffen könnte...« (S 13 LQ)

Frau G weiß, daß sie laut ihrem Arzt mit den Medikamenten nicht ganz aufhören darf und hofft auf weitere positive Wirkung der Medikamente in der Zukunft.

»Man weiß eben, das muß dir helfen, das hat dir jetzt die Jahre geholfen und, phh, ich würde sagen, vielleicht habe ich Glück, daß es mir eben noch ein paar Jahre hilft, ne. Bloß ganz aufhören mit Medikamenten kann ich nicht. Das sagt er [der Arzt] mir jedesmal, ne. Also das wird eben wahrscheinlich nicht; dazu war das zu, zu kraß wahrscheinlich ... in den jungen Jahren, ne.« (S 16 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Positive Einstellung gegenüber den Medikamenten***

Frau G vertraut der positiven Wirkung der Medikamente. Sie geben ihr morgens den notwendigen Antrieb und Elan und reduzieren die Müdigkeit, die sie früher oft hatte. Sie hat die Einstellung, daß ein Medikament dann eine gute Wirkung zeigt, wenn es »sich gut nimmt«.

»Naja, also die X [Name des Medikaments] ist auf alle Fälle so gedacht, daß es mir einen gewissen Antrieb gibt frühmorgens, ne.« (S 15 LQ)

»Und die Kapsel, die läßt sich an und für sich gut nehmen, und ich bin immer der Meinung, wenn sich ein .. Medikament gut nimmt, dann ist das meines Erachtens, ist meine Einstellung, ...dann wird's auch helfen, ne.« (S 15 LQ)

Sie spürt keine negativen Nebenwirkungen, außer daß sie stark an Gewicht zugenommen hat. Die Beipackzettel über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente interessieren sie nicht.

»Ich muß allerdings sagen, wenn ich jetzt so 'ne Packung habe, was es ist, ist egal, ich stürze mich nicht auf diesen Beipackzettel. Da bin ich nicht für, ne, da nun sagen, das ist passiert und das könnte kommen und dieses, also da bin ich nicht, ne.« (S 15 LQ)

### **Individuelle Unterkategorie: *Regulation von Streßsituationen durch Medikamente***

Im Vergleich zu früher, als sie sich schnell hektisch unter Druck setzte und sich getrieben fühlte, hat sie durch die Medikamente heute stattdessen eine gewisse Gelassenheit in vergleichbaren Situationen entwickelt.

»In aller Ruhe .. wird's ne halbe Stunde später, ne. Und das hat sich eigentlich, würde ich sagen, durch dieses X [Name eines Medikaments], durch die Kapsel eben, sehr ausgeprägt auf Gutes. Also ich hab, den Ausdruck verzeihen Sie, auf deutsch gesagt, ne Arschruhe weg, so. Dieses Hektische oder was, das läßt mich irgendwie so ein bißchen gleichgültig...« (S 15 LQ)

### **Individuelle Unterkategorie: *Aktivierung und Strukturhilfe durch die Fürsorge für den Hund***

Für Frau G ist ihre Familie einschließlich des Hundes eine wichtige Unterstützungsressource. Ihr Hund hilft ihr über viele Tiefpunkte und Krisenzeiten hinweg. Dadurch, daß sie ihn regelmäßig ausführen muß, hat sie tägliche Pflichten, die ihr Disziplin abverlangen und ihr eine zeitliche Struktur geben.

»Mein Hund ist natürlich kein Mensch, aber den möchte ich auf alle Fälle nicht missen. Denn der hilft mir über vieles darüber weg. Oder ich bin durch den Hund viel verpflichtet. Ich weiß nicht, ob ich jeden Früh rausgehen würde, oder ob ich jetzt Mittag wieder von um zwölf bis um eins da durch die Gegend zuckeln würde, und dann um vier, halb fünf nochmal, und abends dann noch (mal), bloß die letzte Runde.« (S 2 LQ)

### **Individuelle Unterkategorie: *Emotionale Entlastung durch Selbstgespräche beim Ausführen des Hundes***

In Krisenzeiten hilft es Frau G, mit ihrem Hund weit zu laufen in Gegenden, wo sie alleine sein kann und sie niemand sieht und dabei Selbstgespräche führen kann. Danach fühlt sie sich wieder freier und entlasteter und sieht ihre Situation nicht mehr so angsterfüllt und eingeengt.

»Da habe ich dann eben (meinen) Hund, raus an die Luft, hinaus richtig gelaufen, wo mich nach Möglichkeit keiner sieht, wo ich auch mal Selbstgespräche machen kann. Und dann komme ich eigentlich zurück und sage, »Es war ja gar nicht schlimm, daß das notwendig war«, so in dem Sinn.« (S 13 LQ)

### **Individuelle Unterkategorie: *Abstandhalten von anderen Kranken in psychosozialen Einrichtungen***

Frau G hält seit ca. fünf Jahren Abstand zu psychosozialen Einrichtungen, da sie sich durch die Patienten dort zu stark an ihre Erkrankung erinnert fühlt. Sie möchte nicht immer nur »die Kranken« sehen.

»Weil ich mir immer gesagt habe, nach Möglichkeit ein bißchen Abstand halten von Klinik sein, ne.« (S 16 LQ)

»Schon der .. Mief und das Gerauche da drinnen und ach, und jeder hat da was anderes und nee, nene,also, das ist nicht.« (S 17 LQ)

»Denn, sieht man auch immer nur bloß die Kranken, und immer wieder die Kranken.« (S 16 LQ)

Sie unterhält sich zwar mit bekannten Patienten, die sie von früher kennt, wünscht aber keine weiteren engeren Kontakte zu ihnen.

»Ich kann jetzt ohne weiteres einen Patient oder eine Patientin auf der Straße sehen und grüße, und da reden wir ein paar Worte, aber nicht in dem Sinne dann dort so, ah, nee, nee, muß ich Ihnen ehrlich sagen, bin ich gar nicht für.« (S 17 LQ)

### **Auswertung der Kategorie 4: *Soziale Ressourcen***

#### **Unterkategorie *Partnerschaft***

Frau G sieht ihre 36-jährige Ehe als wichtiges Ereignis in ihrem Leben. Sie bekommt von ihrem Mann Fürsorge und Liebe, die ihr über viele Krisen in ihrem Leben hinweggeholfen haben. Sie schätzt es sehr, daß ihr Mann für sie da ist und er in all den Krankheitszeiten an ihrer Seite stand. Dadurch fühlt sie sich ihm gegenüber verpflichtet, in schwierigen Zeiten zusammenzuhalten.

»Ich empfinde das als angenehm, wenn ich weiß, es ist jemand für mich da. ... Und das muß ich sagen, das schätze ich auch sehr an meinem Mann. Denn nach diesen vielen Jahren des Krankseins und jetzt aufs Alter haben wir es geschafft ... Das ist viel, viel die .. Fürsorge und die Liebe von meinem Mann gewesen, ne. Und da muß ich auch sagen, fühle ich mich eigentlich auch ein bißchen verpflichtet so, daß ich mir sage, das muß ganz einfach gehen, warum wollt ihr euch jetzt über diesen oder jenen, jenes Problem da streiten, es muß gehen und es wird auch gehen. Naja, und so ist das, da ergänzt sich das eigentlich dann von beider Seiten.« (S 4 LQ)

Die einzigen schwierigen Bereiche in der Ehe sind das Alkoholproblem und der Phlegmatismus des Mannes sowie die ungelebte Sexualität in der Ehe seit ca. zehn Jahren. In Bezug auf die Sexualität leidet hauptsächlich der Ehemann darunter und wünscht sich die Zeit zurück, in der sie sich kennengelernt hatten. Eine Eheberatung lehnt er jedoch ab. In Bezug auf den Phlegmatismus des Mannes ist Frau G unzufrieden, weil sie mit ihrem Mann öfter etwas unternehmen möchte, z.B. Stadtbummel oder Kino. Sie ist jedoch diesbezüglich und im Hinblick auf das Alkoholproblem kompromißbereit und holt sich Unterstützung bei ihrem Schwager, der dann mit seinem Bruder spricht.

»Wenn aber der Abend drankommt, dann ist mein Mann fertig. So ... daß ich sage, ›Vati, Mensch, dann lege dich hin.« (S 2 LQ)



»... aber manchmal kann ich eben auch unzufrieden sein, wissen Sie, das füllt mich da nicht so aus. Wir haben jahrelang oder jahrzehntelang haben wir mit uns gekämpft, um mal ins Kino zu kommen oder mal hier einen Stadtbummel zu machen, ne. Mein Schwager war im Dezember da ... der hat ihm mal, hat sich ihm mal so ein bißchen; und da seit der Zeit ist es verhältnismäßig anders, da zeigt mein Mann ein bißchen mehr; daß zumindestens wenn die freien Tage sind, daß wir da irgendwie ein bißchen was unternehmen.« (S 2 LQ)

»Er ist ein Mensch, er fühlt sich zu Hause am wohlsten, ne. Mein Mann würde auch nie in eine Gaststätte gehen und Bier trinken.« (S 3 LQ)

Der Ehemann hat zum ersten Mal zum Alkohol gegriffen, als seine Frau so krank wurde und zusätzlich seine eigene Mutter ins Krankenhaus mußte. Seit dieser Zeit besteht das Problem und besserte sich auch nicht, als Frau G wieder gesund wurde. Der Arzt von Frau G sagt ihr aber deutlich, daß ihr Mann trotz seines Alkoholkonsums kein Alkoholiker sei.

»Denn ich muß sagen, ich war die letzten Jahre für meinen Mann nicht leicht, ne. (...) Na, da hat er dann auch gerne mal zum Alkohol /, hm, die Kinder haben das auch nicht rausgekriegt. Und das war eigentlich, nachdem ich wieder gesund war, auch nicht so schnell wieder rauszukriegen, ne. Und das ist natürlich was, was mir eben nicht zusagt, ne.« (S 5 LQ)

»Ich habe mit dem Doktor X [ihr Psychiater] gesprochen, der sagte, ›Deswegen können Sie nicht sagen, Ihr Mann ist Alkoholiker«. Ich sage, ›Na um Gottes Willen, das will ich ja auch gar nicht, daß es soweit kommt, ne.« (S 5 LQ)

### **Unterkategorie *Familie***

Die wichtigste soziale Ressource für Frau G ist ihre Familie. Sie nennt bei der Frage, welche Personen für sie besonders wichtig sind, ihren Mann, die Kinder und den Hund. Ohne die Unterstützung durch den Ehemann und ihre Kinder hätte sie es ihrer Ansicht nach nicht geschafft, die schweren Zeiten ihrer Krankheit zu überstehen.

»...weil ich gerade diese Krankheit wahrscheinlich so nicht überstanden hätte die ganzen Jahre, da ich na schon seit '74 nervlich krank bin, ne. Ist .. mir eigentlich nur durch die Hilfe meiner Familie, ob jetzt Kinder oder Mann, möglich gewesen, sonst hätte ich's wahrscheinlich manchmal nicht geschafft.« (S 1 IBE)

Die Kinder haben einen zentralen Stellenwert im Leben von Frau G. Es besteht ein inniger Kontakt zwischen den Kindern und ihren Eltern. Die Kinder haben ihre Mutter unterstützt in den Krankheitszeiten, sie im Krankenhaus besucht. Sie sind sehr daran interessiert, daß es ihr gut geht.

»Jetzt momentan sieht's so aus, daß die sich über jedes Mal freuen, und jeder zweite Satz ist eben, ›Mutti, geht's dir auch gut?«.« (S 5 LQ)

Frau G ist stolz darauf, daß sie es geschafft hat, ihre Kinder großzuziehen, und daß sie alle einen abgeschlossenen Beruf haben. Bei der Frage, was die Kinder von ihr erwarten, sagt sie, daß sie immer auf eine zufriedene Mutter stoßen.

»Was die Kinder von mir erwarten? Na ja klar, wenn sie mal ein Anliegen haben, daß die Mutter da ist. Und ich würde sagen, daß sie eigentlich auch immer auf eine zufriedene Mutter stoßen, ..soweit wie es geht, ne.« (S 6 LQ)

### **Unterkategorie *Freundeskreis***

Frau G ist eingebettet in einen Kreis von Freunden und Bekannten, die nicht zur Psychiatrieszene gehören. Zu ihrem Freundeskreis gehören die Chormitglieder, sie ist seit Jahren Mitglied in einem Chor. Als sie einmal eine Auseinandersetzung mit dem Chorleiter hatte, setzten sich die Mitglieder dafür ein, daß sie bleibt. Desweiteren hat sie eine Bekannte, die auch einen Hund hat, mit der sie sich alle 14 Tage trifft. Zu einigen Freundinnen bestehen wichtige Vertrauensbeziehungen, in denen sie über persönliche Probleme sprechen kann.

»Ja, mein Freundeskreis, .. das bewegt sich eigentlich mehr oder weniger auf meine Chormitglieder. ... der Freundeskreis also, der ist recht nett, das hat man mir jetzt erstmal wieder bestätigt, weil ich durch eine Differenz .. mit dem Chorleiter mal aus dem Chor raustreten wollte und so. Und da wurde allgemein gesagt, nee, wenn ich komme, da sind die ganzen Jahre, und wir machen das jetzt netter wie erst ... Also der Chor ist eigentlich ein Festes für mich, ne.« (S 6 LQ)

Eine ihr sehr wichtige Freundin holt sich bei Frau G Rat in Sachen Eheprobleme. Beide vertrauen sich einander persönliche Dinge an und unterstützen sich gegenseitig mit Ratschlägen und Verständnis für die Probleme der anderen.

»Ich habe eine an für sich, die für mich recht wichtig ist, weil sie holt sich bei mir sehr, sehr viel Rat, und zwar auch auf dem Gebiet psychisch, ne. Die ist auch sehr, sehr schwer belastet. (...) Und wir sind aber zwei, also die wirklich über alles reden können, ne, und das bleibt bei uns.« (S 7 LQ)

»Ich würde sagen, die zieht sich genauso an meinem Vorwärtskommen hoch wie ich an ihrem.« (S 7 LQ)

Frau G nennt noch eine andere wichtige Freundin und Vertrauensperson, die unter vielen anderen körperlichen Krankheiten leidet. Sie besuchen sich gegenseitig und freuen sich darüber, wenn sie sich treffen.

»Wenn wir uns sehen, das ist auch eine ehrliche Freude, würde ich so sagen.« (S 7 LQ)

Frau G zählt zu ihrem Freundeskreis auch die Mitglieder der Therapiegruppe, die sie einmal wöchentlich bzw. vierzehntägig besucht.

»... die Therapiegruppe, naja bis auf die eine [Teilnehmerin], habe ich eigentlich auch ein recht nettes Verhältnis mit der. Also wir können uns gut auseinandersprechen, .. auseinander so die Probleme so, in aller Ruhe. Und .. da hat auch nicht einer das Gefühl, daß er dem anderen vielleicht auf den Wecker fallen könnte, bis wie gesagt jetzt die eine Frau, ne, die wird ja auch einmal wieder gesund dann, ja.« (S 6 LQ)

### **Unterkategorie *Nachbarn***

Im Haus gibt es einige Nachbarn, die Frau G schon längere Zeit kennt. Es besteht ein freundlicher Kontakt zu ihnen. Einige wissen um ihre Krankheit und freuen sich zu hören, daß sie nicht in einer psychiatrischen Klinik war, wenn sie sich über längere Zeit nicht gesehen haben.

»Hier unten mit den Leuten da kommen wir recht gut; man grüßt sich mit jedem, sie bleiben

auch freundlicher Weise alle mal stehen, man spricht ein paar Worte. Auch die Leute, die jetzt hier vor paar Monaten erst bei uns eingezogen sind. Sind ja fast alles ältere Leutchen. Guten Tag, guten Weg, wie geht's?« (S 6 LQ)

»Oder sie freuen sich, wenn man sich mal lange nicht gesehen hat, und sie hören dann, daß ich nicht im Krankenhaus war, sondern daß ich im Garten war, oder daß man zwischendurch mal verreist war und so in der Richtung. Denn viele haben ja das damals mitgemacht, ne, als ich hier weggeholt worden bin von der Klinik, und so.« (S 6 LQ)

Sie ist aber nicht daran interessiert, daß ein zu enger Kontakt zu den Nachbarn entsteht. So möchte sie z.B. nicht, daß man sich gegenseitig in den Wohnungen besucht (S 9 LQ).

### **Unterkategorie *Psychosoziale Einrichtungen***

Frau G besuchte im Anschluß an die früheren Klinikbehandlungen für eine bestimmte Zeit psychosoziale Einrichtungen. Sie kann sich erinnern, daß sie das letzte Mal dort gewesen ist vor ca. fünf Jahren. Ihr war jedoch das Zusammensein auf engem Raum zu beengt. Sie kritisiert auch den schlechten Geruch dort und daß soviel geraucht werde.

»Denn ich weiß, ich bin das letzte Mal dort gewesen zu Weihnachten, ... da habe ich dort sogar noch ein paar Weihnachtslieder gesungen. (...) Dieses Zusammensein dann, in alles so einem kleinen Raum, wissen Sie, und, und alles so beengt...« (S 17 LQ)

Sie könnte sich höchstens vorstellen, zu gezielten Aktivitäten hinzugehen, wie z.B. eine ihrer Bekannten, die zum Tischtennis spielen geht.

».. wie es eine bei mir hat, die geht in X [Patientenclub] und die tun dann Tischtennis spielen. Wenn ich jetzt genau weiß, was dort los ist, na dann könnte ich vielleicht sagen, ja, aber so nicht.« (S 17 LQ)

Frau G wird gefragt, was allgemein in der psychosozialen Versorgung von psychisch Kranken verbessert werden sollte. Sie betont die Wichtigkeit, daß weiterhin Gesprächs- und Therapiegruppen oder andere Gruppen angeboten werden sollten, da sie selbst eine positive Erfahrung damit gemacht habe. Nach ihrer Ansicht wäre es gut für viele Menschen, die alleine leben und in solchen Gruppen einmal abschalten könnten. Es sollten ihrer Ansicht nach »ruhig viele Menschen zusammen sein«, auch wenn es einmal zu Auseinandersetzungen kommt. Diese Ansicht entspricht ihrem »Herdentier«-Denken und dem Wunsch nach regem sozialen Austausch mit anderen Menschen.

»... bis ich dann selber mal gesagt habe zur Frau X [Ärztin] ... »Stecken Sie mich doch mal mit in so 'ne Gesprächsgruppe«. Und das hat mir eigentlich viel gegeben.« (S 18 LQ)

»Man sollte auf alle Fälle die Gruppen, die .. Gesprächsgruppen oder die Therapiegruppen, oder ob .. das jetzt sportlich ist oder sonst, das sollte man ruhig fortführen. (...) Denn es gibt ja viele, die alleine sind, ne, und so können die .. dann dort mal auf ein paar Stunden abschalten oder so... Sollen ruhig viele Menschen zusammen sein, und wenn sie sich mal (mit) den Köpfen zusammenstoßen, irgendwann gibt's vielleicht mal eine Ruhe.« (S 18 LQ)

### **Unterkategorie *Arzt-Patient-Beziehung***

Zu ihrem Arzt besteht eine gute Beziehung. Frau G bezeichnet sie als aufgelockert und trotzdem sachlich. Neben der medikamentösen Behandlung haben die Gespräche einen wichtigen Stellenwert. Sie wendet sich in Krisenzeiten an ihren Arzt und ist dankbar, wenn er ihre Situation als nicht so kritisch einschätzt und ihr zutraut, ohne Klinik auszukommen. Seine Art erlebt sie als freundlich und zugewandt. Sie schätzt ihn so ein, daß er wenig Wert auf seinen höheren Status in der Einrichtung legt.

»Recht aufgelockert eigentlich. Sachlich, aber trotzdem aufgelockert, also angenehm. Mit ihm ist gut zu sprechen. (...) Seine Art ist sehr freundlich...« (S 16 LQ)

»Bei uns spricht ihn keiner mit Herr Oberarzt an, wir sagen eben alle Doktor X (...) Er ist nicht der Mensch, der jetzt sagt, ›Passen Sie auf, jetzt bin (ich) Oberarzt, und jetzt bin ich auch für Sie diese Person.‹ Glaube ich nicht, würde er wahrscheinlich nicht.« (S 16 LQ)

Sie glaubt, daß ihr Arzt von ihr erwartet, daß sie mithilft, gesund zu bleiben. Er freut sich über ihre gesundheitliche Stabilität, gibt ihr darüber Rückmeldung und Ratschläge, worauf sie zu achten habe.

»Ja, daß ich mithilfe (mit) meiner Gesundheit, auf alle Fälle, ne. (...) ... daß er sagt, ›Sie kommen gut über die Runden, die und die Jahreszeit müssen (Sie) das so ein bißchen beachten, was vielleicht auftreten könnte oder nicht.‹ « (S 16 LQ)

Zwischen dem Arzt und dem Ehemann besteht eine informelle Beziehung. Der Ehemann arbeitet in der gleichen Klinik und trifft den Arzt manchmal zufällig. Er sagt dem Ehemann, daß er den Gesundheitszustand seiner Frau als gut einschätzt, daß er allerdings keine Garantie dafür geben kann, daß er stabil bleibt.

»Und Doktor X sagt ja, hin und wieder sehen die sich ja dann auch mal in der Klinik, ›Passen Sie auf, Ihre Frau, das .. haut alles hin, aber ich kann Ihnen nicht hundertprozentig sagen, bleibt es mal.« (S 4 LQ)

## **Auswertung der Kategorie 5: Materielle Ressourcen**

### **Unterkategorie *Finanzielle Situation***

Frau G und ihr Ehemann leben von ihrer Invalidenrente und seinem Gehalt. Sie können sich alles Notwendige leisten, anstehende Rechnungen bezahlen und sich darüber hinaus Urlaubsreisen leisten. Wenn größere Ausgaben anstehen, dann müssen sie sich finanziell etwas einschränken.

»Gibt's keine Probleme. (...) Was da anfällt, wird bezahlt...« (S 8 LQ)

»Wo wir mal dreimal im Ausland waren, ja, na hinterher haben wir dann gesagt, so, na dann müssen wir schon einmal ein bißchen kurz treten, ne.« (S 8 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung von Geld***

Die Rente sieht Frau G als »Belohnung« an für all die Jahre ihrer Krankheit. Sie hat trotz Erkrankung weitergearbeitet und erst elf Jahre nach Beginn der Erkrankung die Invalidenrente erhalten.

»Na jetzt wo ich gesund bin, – da bin ich schon auf die Idee gekommen, daß ich gesagt habe zu

meinem Mann, »Jetzt werde ich .. für das erstmal belohnt, was ich die ganzen Jahre durchgemacht habe.« Denn ich bin ja seit '74 ... krank gewesen und habe erst elf Jahre später die Invalität (ja) gekriegt, ne. Also daß ich das jetzt mehr oder weniger als gut ansehe.« (S 8 LQ)

Bei der Frage nach der Bedeutung von Geld lacht Frau G und meint, daß Geld beruhigt und bezieht sofort ihren Ehemann mit ein, der die Frage mit beantwortet. Beide sind sich einig, daß Geld keine allzu große Bedeutung für sie im Leben hat.

G (lacht): »Es beruhigt, würde ich sagen.« Zum Ehemann: »Na, welche Bedeutung hat Geld für mich?«

Ehemann: »Für dich Geld? Na, ich würde sagen, eine große.«

G: »Das beruhigt, habe ich gesagt.«

Ehemann: »Ja. (...) Aber Geld ist nicht alles«

G: »Nee.«

I: »Da sind Sie sich einig.«

G: »Ja.« (lacht)

### **Unterkategorie *Bedeutung der Wohnung***

Frau G nennt als erstes die Gemütlichkeit, die ihr an der Wohnung gefällt, daß sie nicht zu groß und nicht zu klein sei und daß sie es genießt, wenn sie Besuch von ihren Kindern oder anderen Menschen bekommt. Sie freut sich immer darauf, wieder zuhause zu sein, wenn sie längere Zeit weg gewesen ist.

»Die Gemütlichkeit, daß es gemütlich ist. Es ist nicht zu groß, ist nicht zu klein. Ist schön, wenn mal jemand kommt von den Kindern oder was, hat man drüben noch Gelegenheit. (...) Wenn ich jetzt eine Weile .. nicht da war .., empfinde ich das als besonders angenehm, wieder zuhause zu sein in den vier Wänden. Der Hund ist da, der Mann ist da, also die Gemütlichkeit der Wohnung.« (S 8 LQ)

Ihr ist es wichtig, sich in der Wohnung zurückziehen und sich heimisch fühlen zu können und daß sie im Haushalt alles selbst erledigen kann.

»Na, daß ich mich zurückziehen kann. Ich sage mir, ich höre jetzt Musik, oder ich gucke Fernsehen. ... ist angenehm, bißchen heimisch, ja. (...) Ich wasche selber, ich koche selber, ne mein Hund ausführen sowieso ...« (S 9 LQ)

## Interviewauswertung Herr B (036)

### **Biographie von Herrn B:** *»Da habe ich guten Kontakt in der Kneipe. Da kriege ich alles.«*

Herr B ist 51 Jahre alt und lebt alleine. Im Interview erzählt er sehr viel aus seinem Leben, insbesondere über seine früheren Erfolge im Beruf und als Künstler. Er wird bei dem Thema psychische Krankheit und Psychiatrie emotional spürbar, er schimpft über die Psychiatrie als verwahrende und freiheitseinschränkende Institution und die von ihm erlebte Willkür durch die dort arbeitenden Ärzte. Er betont, daß er durch die Krankheit schon vieles erlitten und durchgemacht habe. An einigen Stellen im Interview drückt er der Interviewerin gegenüber die Befürchtung aus, eingesperrt zu werden. Als Gegengewicht zum Thema Krankheit betont er, daß er mit gesunden Freunden und Bekannten verkehrt, worauf er stolz ist. Er grenzt sich mit Nachdruck gegenüber anderen noch kränkeren »Verrückten« und »Alkoholikern« ab und wertet diese negativ ab. Zur Zeit bezeichnet sich Herr B nicht als psychisch krank, sondern »normal wie jeder andere auch«, nur in Akutphasen seiner Erkrankung sei er krank gewesen. Seine psychischen Krisen und Stimmungsschwankungen versucht er manchmal, mit Medikamenten und Alkohol zu regulieren.

Sehr wichtig ist ihm seine Freiheit und Unabhängigkeit, er möchte sich nicht von anderen einschränken lassen. Deshalb wohnt er seit vielen Jahren alleine, obwohl er manchmal den Wunsch verspürt, in einer Partnerschaft mit einer Frau zu leben.

Herr B hatte früher in der DDR-Zeit neben seiner beruflichen Tätigkeit auch als Bildhauer gearbeitet, hatte »über 1000« Objekte gestaltet und sie in verschiedenen Ausstellungen gezeigt. Heute ist er kaum mehr künstlerisch tätig, nur noch ab und zu in der Kneipe, die zu seiner Heimat und einer Art Ersatzfamilie geworden ist. Dort verbringt er einen Großteil des Tages. Eine Kellnerin ist seine Vertraute, der er sein ganzes Geld zur Aufbewahrung gibt. Von diesem Geld wird er mit Essen, Bier und Zigaretten versorgt, seine Wäsche wird gewaschen, für seinen Haushalt eingekauft. Von ihr bekommt er Taschengeld. Damit verhindert er, größere Beträge an Schulden zu machen. Früher vor der Erkrankung habe er mit Geld besser umgehen können. Da er in psychosozialen Einrichtungen auch schlechte Erfahrungen gemacht hat und sich nicht abhängig von den Mitarbeitern machen will, zieht er den Kontakt zu seinen »Kumpels« in der Kneipe vor. Diese sind meist Arbeitslose, die früher einen Beruf ausübten und die keine Alkoholiker sind, was er betont. Herr B erhält von ihnen praktische und soziale Unterstützung, z.B. hat er sich von ihnen gegen Bezahlung seine Wohnung renovieren lassen. Er betont mehrfach, daß er immer wieder etwas von Leuten, auch von den Bewohnern in seinem Miethaus, geschenkt bekommt, z.B. gebrauchte Kleidung und nützliche Dinge für seinen Haushalt.

Herr B hat keinerlei Kontakt mehr zu seinen Familienangehörigen, d.h. zu seinen beiden Schwestern. Er kennt deren Anschrift nicht. Er vermutet, daß sie von ihm nichts mehr wissen wollen. Die Eltern leben nicht mehr. Sein Vater und sein Onkel waren Geschäftsleute. Als die Eltern sich scheiden ließen, kam er im Alter von ca. neun Jahren (die Altersangabe ist uneinheitlich) zusammen mit einer seiner Schwestern in ein Kinderheim, wo er bis zur zehnten Klasse blieb. Die andere Schwester ist zuhause geblieben. Die Umstellung von zuhause auf das Kinderheim erlebte er als »schlimm«. In dieser Zeit war seine Großmutter seine wichtigste Bezugsperson.

Er hat auch positive Erinnerungen an die Zeit im Kinderheim: Reisen an die Ostsee, Ferienlager, er habe dort »Vernunft und Ordnung« gelernt. Schon damals hat er sich gerne künstlerisch betätigt. Er wollte das Abitur machen, schaffte es aber nicht. Beruflich wollte er Maler und Tapezierer werden, ist aber dann »mitgerannt« mit den anderen und lernte einen Metallberuf. Die Ausbildung erlebte er positiv. Es folgten drei Jahre bei der Armee, wo er in einem Kollektiv war. Er bekam einige Auszeichnungen, einmal wurde er degradiert. An den Grund kann er sich nicht mehr erinnern. Anschließend arbeitete er außerhalb von Leipzig in einer Firma, in der er im Schichtdienst arbeitete. In seiner Freizeit arbeitete er sehr viel künstlerisch, manchmal bis zu 20 Stunden hintereinander. Er war Mitglied eines Künstlerzirkels. Er wohnte einige Jahre in einem Arbeiterwohnheim, wo er enge Freundschaften pflegte. Später zog er in eine eigene Wohnung.

Im Alter von ca. 35 Jahren brach seine Krankheit aus. Er beschreibt, daß sie plötzlich über ihn hereingebrochen ist (»es hat geblitzt in der Birne«), im psychotischen Zustand ist er zur Staatssicherheit gegangen und wollte einen bekannten Künstler der Stadt, in der er lebte, anzeigen. Er kam für neun Monate in eine psychiatrische Klinik. Nach dieser Zeit ging Herr B wieder arbeiten, bis er wieder »durchgedreht« ist. Bis heute war Herr B ca. zwanzig Mal in stationärer Behandlung, manchmal unter Zwang, manchmal freiwillig. Ca. drei Monate vor dem Zeitpunkt des Interviews wurde er von einer psychosozialen Einrichtung auf eine geschlossene Station eines psychiatrischen Krankenhauses zwangseingewiesen. Seit Beginn der Erkrankung erlebte Herr B einen sozialen Abstieg, er arbeitete bis zur Wende für sehr viel weniger Geld in einer Gärtnerei zusammen mit Alkoholikern oder führte Reinigungsarbeiten in einem Obdachlosenheim durch. In dieser Zeit lebte er in einer »Bruchbude«. Nach der Wende zog er in seine jetzige Wohnung.

Herr B ist seit 1981 in ambulanter Behandlung bei einer Psychiaterin. Seit der Wende ist es eine Privatpraxis, in der er ein- und ausgehen kann, wie er möchte. Er schätzt den informellen Umgang mit der Arzthelferin, von der er öfter Kaffee angeboten bekommt. Auch seine Kunstobjekte sind in der Praxis ausgestellt. Die Behandlung besteht vor allem aus der medikamentösen Behandlung, er bekommt alle drei Wochen eine Spritze. Die Beziehung zu seiner Ärztin beschreibt Herr B widersprüchlich. Einerseits erlebt er sie als distanziert und vermißt Gespräche, an anderer Stelle meint er, daß er über alles mit seiner Ärztin sprechen könne und sie zu den wichtigsten Personen gehöre. Er würde sich wünschen, daß seine Ärztin ihm ein Gespräch mit dem Leiter der psychiatrischen Abteilung der Klinik vermittelt, da er mehr über seine Krankheit erfahren möchte.

Herr B lebt von Rente und ist mit seiner finanziellen Situation (außer den Schulden) relativ zufrieden. Obwohl er sich durch die Tatsache, daß er Rente bekommt, abhängig von der Psychiatrie erlebt, kann er sich nicht mehr vorstellen, so hart wie früher zu arbeiten. Das wäre ihm heute zu anstrengend. Er hat sich mit seiner jetzigen Lebensform arrangiert und ist relativ zufrieden. Er sagt, daß er in seinem Stadtviertel bei anderen Menschen beliebt sei. Allerdings wünscht er sich eine stabilere Gesundheit, d.h. weniger Stimmungsschwankungen zwischen Depression und Gereiztheit.

Am Ende des ersten Interviews erwähnt er eine ihm wichtige langjährige Freundschaft mit einem anderen Künstler, mit dem er jahrelang zusammengelebt hatte. Diese Freundschaft ging auseinander, weil der Freund ebenfalls psychisch krank geworden ist und sich in einer psychiatrischen Klinik befindet.

### **Auswertung der Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit**

#### **Unterkategorie *Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit***

Die Befindlichkeit von Herrn B läßt sich charakterisieren einerseits durch starke Stimmungsschwankungen zwischen Depressionen, Gereiztheit und akuten psychotischen Episoden, die einen stationären Aufenthalt notwendig machen, und andererseits durch eine positive Einstellung seiner gegenwärtigen Lebenssituation gegenüber. Er selbst schätzt seine aktuelle Lebenssituation als »gut« ein und begründet dies damit, daß er nicht alleine ist und Kontakte hat, bei denen man sich gegenseitig hilft und unterstützt.

»Gut. (...) Man kann sich unterhalten mit jedem, es wird geholfen und so, gegenseitig. Kumpels hab ich... Bin nicht alleine und so. So sieht die Situation aus.« (S 1 LQ)

Die Frage, ob er sich zur Zeit als psychisch krank bezeichnen würde, verneint er. Manchmal leidet er unter Wahnvorstellungen, in diesem Zusammenhang bezeichnet er sich als »krank«.

I: »Würden Sie sich jetzt als psychisch krank bezeichnen?

B: »Ach Quatsch. ... Bin normal wie jeder andere auch, bin nicht psychisch krank. ... So ein Käse. (S 9 LQ)

B: »So Wahnvorstellungen hab ich manchmal, ja. ... Na klar war ich krank.« (S 9 LQ)

Als Herr B nach seinem aktuellen Gesundheitszustand gefragt wird, antwortet er einerseits, daß es ihm gut gehe. Andererseits sei seine psychische Verfassung wechselhaft. Manchmal leide er unter Depressionen, dann fühle er sich »psychisch am Ende«. Im nächsten Satz relativiert er seinen Zustand und vergleicht sich mit anderen, denen es noch schlechter gehe.

I: »Wie geht es Ihnen so im Moment?«

B: »Ach gut, gut, gut, gut. Bloß manchmal habe ich schlimme; hab ich Depressionen und alles. Ist doch klar, Mensch. Bin psychisch am Ende. Na, es geht noch, andere sind noch schlimmer dran. (...) Ja, manchmal hab ich es satt, manchmal hab ich es satt mit der Krankheit.« (S 10 LQ)

Und einige Sätze weiter:

I: »Und wie würden Sie so momentan Ihnen psychischen Gesundheitszustand beurteilen?«

B: »Na ja, gut. ... Na es geht. .. Wechselt. ... Es ist wechselhaft. Einmal so, einmal so, einmal so. – So sieht es aus.« (S 10 LQ)

#### **Unterkategorie *Bedeutung der Diagnose***

Herr B wird gefragt, wie er es bezeichnen würde, warum er in die Klinik aufgenommen wurde. Er verlagert das, was nicht mehr normal ist, außerhalb seiner Person.

»Eine andere Welt. – Verrückte. (...) Na, daß die nicht mehr normal sind, Mensch, daß die bloß rumspinnen, daß da kein Verlaß ist und nichts, Mensch, nur einen Haufen Ärger hat. (S 8 LQ)

Ihm wurde die Diagnose »schizophren« gestellt. Er hat eine gewisse Vorstellung davon. Allerdings wünscht er sich, daß er sich darüber mit seiner Ärztin unterhalten kann. Er fühlt sich nicht genügend mit einbezogen.



I: »Haben Sie sich mal mit dem Arzt so über die Erkrankung unterhalten können? War das möglich gewesen?«

B: »Ach, ach wo, eben nicht. Das ist ja die Scheiße. ... Nicht mal mit der X [seine Ärztin], seitdem ich in Behandlung bin, seit 81. Die kann nicht mal mit dem Professor reden, Mensch.« (S 9 LQ)

I: »... wurde Ihnen mal eine Diagnose gestellt...?«

B: »Na, das haben die selber gestellt, das haben die selber aufgeschrieben. (...) Haben die mich nie gefragt oder nie gesagt. – Schizophren, fertig.« (S 9 LQ)

Herr B meint, daß er die Diagnose hinnehmen und akzeptieren muß.

»... Muß ich so hinnehmen. Was soll ich denn weiter machen? Muß ich ja akzeptieren. – Muß ich hinnehmen.« (S 9 LQ)

Er hat sich ein eigenes Bild über die Erkrankung gemacht und erlebt sich selbst inzwischen als Experte seiner Erkrankung.

»Na, das weiß ich doch selber, das weiß (ich) doch selber, das zweite Ich und so weiter. Mensch, ich bin doch schon Arzt, bin doch schon Psychiater, Mensch. Ich könnte auch eine Privatklinik aufmachen.« (S 9 LQ)

»Ach, wie soll ich das beschreiben? Teilsplaltung, zweite Ich und so weiter. – Auseinandersetzung mit einem, Persönlichkeit, Umfeld und so weiter.« (S 9 LQ)

### **Unterkategorie *Veränderung durch die Krankheit***

Durch die Krankheit hat sich einiges »zum Guten« und einiges »zum Schlechten« im Leben von Herrn B verändert. Negativ ist, daß er durch die Krankheit unter unangenehmen Stimmungsschwankungen leidet, positiv ist, daß ihm von vielen Seiten Hilfe und Unterstützung zuteil wird.

»Na klar hat sich das geändert. Ich leide ja an Stimmungsschwankungen und so weiter.« (S 8 IBE)

»...(zum) Guten gewendet ... Mir wird viel geholfen und so.« (S 8 IBE)

Gefragt nach negativen Dingen in seinem Leben, nennt Herr B sofort seine negativen Erfahrungen mit der Psychiatrie, der er sich ausgeliefert fühlt. Nach seiner Meinung ist es die Art, wie er in der Psychiatrie behandelt wird, die ihn krank macht.

»Ja, ja mit der Psychiatrie. Spritzen und lauter, das erinnert mich immer an die Art und alles Mögliche. (...) Das kotzt mich an. Und das macht mich krank.« (S 1 LQ)

### **Unterkategorie *Ursachenvorstellung***

Herr B hat nur vage Vorstellungen über die Ursachen der Erkrankung. Er zählt unterschiedliche mögliche Ursachen auf, die von Alleinesein über negative Umwelteinflüsse bis hin zu seinen Erfahrungen mit dem Kommunismus reichen.

»Ja, das weiß ich auch nicht. Überbelastung oder was weiß ich, oder Spielen durch den Kommunismus oder was weiß ich. (...) So einreden und alles. (...) Und alleine sein und so weiter. (...) Oder (durch) Umwelt und so weiter beeinflusst. Freunde ..., solche kaputten und so, he, die einem das Leben schwer machen und zur Hölle machen ... wie der X [Name eines Bekannten]... (...) Das kommt dann alles zusammen und dann bricht es aus.« (S 9 LQ)

Herr B wird gefragt, ob er als weitere Ursache Veranlagung und Vererbung für möglich hält. Er gibt dazu widersprüchliche Angaben. Eine Vererbung lehnt er ab, denn seine Mutter sei gesund gewesen und in der Familie gab es keine psychischen Probleme. An anderer Stelle gibt er an, daß seine Mutter ebenfalls nervenkrank gewesen sei. Der Frage nach Veranlagung stimmt er zu und meint, daß er auch sehr sensibel sei.

»Das hab ich mich auch schon gefragt. Aber das glaube ich nicht, meine Mutter war gesund und ich war gesund. So Probleme gab es eigentlich nicht in der Familie. Waren alles Geschäftsleute.« (S 10 LQ)

»Schon paar mal durchgedreht (...) weil meine Mutter auch nervenkrank war. (I: Mhm) – (stöhnt). Mhm.« (S 1 LQ)

»Na klar ist Veranlagung. Bin sehr sensibel, Mensch.« (S 10 LQ)

### **Unterkategorie *Stigmatisierungserleben und Reaktion darauf***

Herr B erlebte viele Klinikeinweisungen und stationäre Behandlungen als traumatisch und die Kluft zwischen Behandelnden und den Patienten als diskriminierend.

»Ich hab viel durchmachen müssen, du. – Das ist nämlich ein Unterschied zwischen Behandelnden und Patient. Ist nämlich ein großer Unterschied. – Behandeln kann ich schnell, aber erst mal das ertragen alles, he.« (S 3 IBE)

Herr B meint, daß in der Bevölkerung Schizophrenie mit »verrückt«-sein und Verrückten assoziiert wird. Die schizophren Kranken würden nichts von ihrer Krankheit merken und sich deshalb nicht in Behandlung begeben.

»Na verrückt, verrückt, verrückt. ... Ja, ja / für schizophrene Kranke gibt heutzutage. Da wirst dich aber wundern. ... Die merken das bloß nicht und gehen nicht zum Arzt, so sieht das aus. Hab ich recht?« (S 10 LQ)

»Nervenkrank, da sagen sie ›der ist verrückt‹. So, und da ist es abgeschlossen. Schizophren, was // weiß doch gar keiner, Mensch. ... (S 10 LQ)

Er meint, daß dieses Vorurteil schon Jahrzehnte alt ist. Er glaubt, daß die Leute keine Ahnung und kein Verständnis für psychische Krankheit haben. Es seien nach seiner Meinung sehr viele Menschen einschließlich Arbeitslose psychisch krank.

»... weil die keine Ahnung haben. (...) Na, weil die kein Verständnis haben. Was denkst du, wie viele psychisch krank sind, Arbeitslose alle mit. Na höre mal, Mensch. Was denkst du, wie die

zu tun haben hier in X [psychiatrische Klinik]. Die Bude ist voll oder das X-Krankenhaus hier.«  
(S 11 LQ)

Er grenzt sich von anderen »Verrückten«, die noch kränker sind als er, massiv ab. Diesen Menschen würde man bereits an ihren Verhaltensweisen, an ihrem Aussehen und an ihrer Schulbildung ansehen, daß sie verrückt sind. Konkret meint er damit einen früheren Freund, durch den er sich terrorisiert fühlt.

B: »Der X [Name eines Freundes], der ist verrückt. ... Glaub ich.«

I: »Und woran merkt man das...?«

B: »Das siehst du doch gleich.«

I: »Na, ich kenne den ja nicht.«

B: »Den mußt du mal kennenlernen, das Rindvieh. Das siehst du doch schon am Aussehen, Mensch, daß es ein Arschloch ist. – Jetzt überlegst du, ... warum und weshalb. (...) Sein ganzes Verhalten und so weiter. (...) Der spinnt doch bloß rum, nein, nein der spinnt bloß rum den ganzen Tag. – Was willst du denn von einem Acht-Klassen-Hilfsschüler verlangen, Mensch?« (S 11 LQ)

Herr B äußert sich ebenfalls negativ und abfällig über Alkoholranke oder andere psychisch Kranke und schließt diesen Personenkreis aus, wenn es darum geht, eine geeignete Partnerin zu finden.

»... erst mal die Richtige finden und so weiter. Brauche keine Alkoholikerin oder eine psychisch Kranke, so was brauche ich nicht.« (S 2 LQ)

Als Herr B in stationärer Behandlung war, grenzte er sich ab von Alkoholikern und »Verrückten«, mit denen er nichts zu tun haben will.

»Furchtbar war das. – Mein lieber Mann, für 15 Mark hab ich gearbeitet, in der Gärtnerei umgraben und alles, du, für 15 Mark. Mit Alkoholikern zusammen gewesen und alles. Mit solchen Verrückten und alles da. Mein lieber Mann.« (S 7 IBE)

Herr B verneint die Frage, ob er versucht, die Krankheit nach außen zu verbergen. Im Gegenteil, er meint, daß jeder Mensch einmal krank werden kann und bezieht die Interviewerin in diese Möglichkeit mit ein.

»Ach wo, .. sage ich offen. – Kann doch jeder mal krank werden. (I: Mhm) Du kannst auch mal krank werden. Ich kenne Krankenschwestern, die sind krank, he, psychisch krank.« (S 10 LQ)

Er verneint auch die Frage, ob er das Gefühl hat, anders behandelt zu werden. Im Gegenteil, er sei in seinem Stadtteil sehr beliebt.

»Na ich werde immer gut behandelt, ich bin beliebt hier in X [Stadtviertel]. (I: Mhm) Bin sehr beliebt hier in X, das kannst Du mir glauben. – Nicht von Krankheit oder was.« (S 10 LQ)

## **Auswertung der Kategorie 2: Personale Ressourcen**

### **Unterkategorie Werte**

Für Herrn B haben zwischenmenschliche Werte, wie z.B. Anständigkeit, Ehrlichkeit und Hilfsbereitschaft sowie Freiheit und Unabhängigkeit eine große Bedeutung.

»Der Mensch ist ja entscheidend. (...) Wenn einem geholfen wird und so. Was hier ein Mensch wert ist, das ist ... wertvoller als wie Geld und Edelsteine, Mensch.« (S 5 LQ)

Freiheit und Unabhängigkeit sind ihm wichtig. Er möchte auf keinen Fall von anderen Menschen abhängig sein und sich seine Unabhängigkeit bewahren.

»Bin nicht abhängig oder was, äh Quatsch, äh, ich bin ein freier Mann, Mensch... Und die will ich auch mir bewahren, die Freiheit. Ist ja ganz klar.« (S 3 LQ)

Ordnung und Sparsamkeit sind weitere wichtige Werte für ihn. Ihm ist wichtig, daß er seine Miete und andere Rechnungen bezahlen kann und daß er keine Schulden macht. Durch die Krankheit würde er nicht mehr mit Geld umgehen können und würde immer wieder kleinere Beträge Schulden machen, die er jedoch zurückzahlen kann.

»Daß alles in Ordnung ist und so weiter. (...) Na ja, der Schriftkram und Miete zahlen und Energie bezahlen und keine Schulden machen und so weiter.« (S 9 LQ) »... daß ich nicht liederlich mit dem Geld umgehe und keine Schulden mache.« (S 3 LQ)

Herr B hat zwar in seiner Kindheit die Umstellung von zuhause zum Kinderheim als »schlimm für mich« erlebt. Dort hat er jedoch Dinge wie Ordnung und Vernunft gelernt, die er sich heute noch als Werte erhalten hat.

»Das war schön, ich hab Ordnung gelernt, Vernunft; Ordnung und Vernunft hab ich gelernt.« (S 2 IBE)

Wichtig sind Herrn B immaterielle, kulturelle Werte wie die Bildhauerei, Malerei und Musik. Er hört sehr gerne klassische Musik.

»... Musik ist alles, Skulpturen, Malerei und Musik und alles. Kunst und so weiter. Ich kenne fast alles in der DDR-Kunst...« (S 7 LQ)

»Musik, Musik, Musik Musik, Musik! Ich gucke kein Fernsehen. ... Musik. Ich hab Kabelfernsehen hier, soll 40 Mark bezahlen, ich gucke überhaupt kein Fernsehen. (...) Ach Mensch, höre lieber Musik hier, Beethoven, Mozart, Vivaldi, Gluck und so weiter hier, Neubert und Dalia Lavi... und alles mögliche.« (S 8 LQ)

### **Unterkategorie Fähigkeiten und Fertigkeiten, Arbeit und Tätigsein**

Einen wichtigen Stellenwert nimmt sein früherer beruflicher Ehrgeiz und seine kreative Tätigkeit als Maler ein. Er hat früher – vor seiner Erkrankung – sehr viel und hart in seinem Beruf gearbeitet und viel geleistet, worauf er heute noch stolz ist.

B: »Ich hab gearbeitet, 15, 16, 18, 20 Stunden hab ich gearbeitet.«

I: »So viel?«

B:»Na was dachtest denn du, Mensch. (...) In meiner Freiwoche Skulpturen gemacht. Ich hab

drei Schichten gearbeitet, Früh-, Spät-, Nachtschicht, eine Woche frei. In der Freiwoche hab ich Skulpturen gemacht. (...) War schöne Zeit, wir haben gefeiert und alles.« (S 4 IBE)

Durch die künstlerische Tätigkeit besitzt er Fähigkeiten, »was nicht jeder kann«. Er hebt seine früheren Erfolge als Bildhauer und seine Ausstellungen hervor. Heute jedoch macht er nurmehr in seiner Kneipe kleinere Skulpturen.

»... ich bildhauere nämlich, schon 30 Jahre, Künstlerzirkel 15 Jahre. – Was denken Sie, was denken Sie, was ich alles gelernt hab! Ich kann Skulpturen machen und alles.« (S 2 IBE)

»Ich hab 1000 Skulpturen gemacht... Was sagen Sie denn. Ich hab ausgestellt in X [Stadt] und überall, [Name einer anderen Stadt] überall ausgestellt... Ich hab verkauft alles, meine erste Skulptur hab ich für 300 Mark verkauft.« (S 3 IBE) »Ja, na klar im Foyer hab ich ausgestellt ... im X [Name einer Kulturstätte]. (S 4 IBE)

»... ich hab nie aufgepaßt in der Schule, ich hab Skizzen gezeichnet...« (S 3 IBE)

### **Unterkategorie *Einstellung zu sich und zur Umwelt***

Die Selbstbeschreibung schwankt zwischen der Betonung, daß er etwas Besonderes, Großes sei, und einer bescheideneren, realistischeren Einschätzung seiner Person.

»Ach, ich bin groß, ich bin groß, ich bin groß, glaub mir das, Mensch.« (S 8 LQ)

»Ach, daß ich ehrlich, ordentlich und anständig bin. ... – Das ist das Wichtigste im Leben. – Ich bleibe auch anständig, egal wie die Zeiten werden. ... – Das kannst du mir glauben. Da kann kommen, was will. Da hab ich immer gewonnen... Da war ich immer im Vorteil. So ist das.« (S 8 LQ)

Herr B ist es wichtig, der Interviewerin deutlich zu machen, daß er nicht dumm und ein interessanter Mann sei, der schon vieles erlitten hat in seinem Leben. Er erlebt eine Diskrepanz zwischen sich und den Professionellen in der psychiatrischen Behandlung.

»Ja, ja, ja, interessant, bin ein interessanter Mann, was denkst denn du. Ich bin nicht blöde, du. Ich hab viel durchmachen müssen, du. – Das ist nämlich ein Unterschied zwischen Behandelnden und Patient. Ist nämlich ein großer Unterschied. – Behandeln kann ich schnell, aber erst mal das ertragen alles, he.« (S 3 IBE)

Herr B lebt in einem Spannungsverhältnis, das gekennzeichnet ist durch das Bedürfnis nach Verbundenheit mit Menschen einerseits und dem Bedürfnis nach Freiheit und Unabhängigkeit andererseits. Obwohl Herr B sich manchmal eine feste Partnerin wünscht, betont er den positiven Aspekt, daß er alleine lebt, da er seine Dinge auf seine eigene Art machen kann.

»Na, ich bin .. froh, daß ich alleine bin. Da hab ich meine Ruhe, mache ich meinen Kram auf meine Art...« (S 2 LQ)

Was er an sich selbst nicht so gerne mag, ist, daß er mit dem Geld nicht mehr so zurecht kommt. Dies möchte er gerne verändern.

»Na ja, das Liederliche manchmal mit dem Geld, und daß muß sich auch ändern. Nächstes Jahr will ich sparen, will ich zum Sparen kommen und so weiter. Keine Schulden machen, sparen.« (S 8 LQ)

### **Unterkategorie *Zukunftsperspektiven***

Auf der einen Seite sieht Herr B der Zukunft positiv entgegen, auf der anderen Seite – im gleichen Satz – denkt er »an's Sterben«.

B: »Ach, die Zukunft sieht gut aus.«

I: »Wie stellen Sie sich so Ihre Zukunft vor?«

B: »Na tot, ich denke [hustet] an's Sterben denke ich, wie das aussieht.« (S 14 LQ)

Gefragt, ob seine Zukunftseinstellung eher optimistisch oder eher pessimistisch ausgeprägt ist, antwortet er, daß er schon immer Optimist war. Er hat hochtrabende Ziele, wie z.B. seine Kunstobjekte in Amerika auszustellen, und hat die Vorstellung, in einigen Jahren viel Geld zu verdienen. Im nächsten Satz nimmt er diese Vorstellung zurück und sagt, daß er über seine augenblickliche Situation zufrieden ist.

»Optimistisch. Ich war schon immer Optimist.« (S 14 LQ)

»Ach, ich möchte mal in Amerika ausstellen, meine Skulpturen hier, meine ganzen Skulpturen hierher und dann in Amerika, in Memphis .. oder in Chicago ausstellen. --Da würde ich aber diskutieren, du, mit Experten, du, das sage ich dir ... Da würde ich was erzählen, du, von Kunst.« (S 14 LQ)

»...Ich würde ein Haufen Geld verdienen, wenn ich das wollte. Könnte einen Haufen Geld machen, ich hab bloß keine Lust, nein. Das Theater. Bin froh, daß ich so viel hab und das bißchen einteilen muß. Was nützt mir eine Million? Nützt mir überhaupt nichts. Würde ich bloß Blödsinn machen.« (S 14 LQ)

Er hat nicht das Bedürfnis, an seinem Leben etwas zu verändern. Er wünscht sich allerdings eine Stabilisierung seiner Gesundheit.

»Gar nicht. Ich hab mein Leben gelebt. (...) Gar nichts. Bloß die Gesundheit müßte bißchen besser werden, daß ich mich fühle jeden Tag. (...) Gleichmäßig.« (S 14 LQ)

Zur Frage, wie seine Lebenssituation in drei Jahren aussehen wird, meint er, daß sie sich nicht wesentlich verändern wird. Er würde gerne seine Schulden loswerden.

»Genauso wie jetzt. Ich brauche nichts mehr. ... Da spare ich, da komme ich zum Sparen, – keine Schulden mehr ...« (S 14 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung von Religion***

Danach wurde im Interview nicht gefragt.

**Auswertung der Kategorie 3: Bewältigungskompetenzen, Selbsthilfebemühungen, Regulationsmechanismen**

**Individuelle Unterkategorie: Stabilisierung des Gesundheitszustandes mit Hilfe von Medikamenten**

Herr B weiß, daß er wieder krank werden kann und daß er Tabletten braucht, um seinen Gesundheitszustand relativ stabil zu halten. Er ist froh darüber, wenn es ihm einigermaßen gut geht und er nicht unter Depressionen leidet. Allerdings wehrt er sich massiv dagegen, wieder in eine psychiatrische Klinik zu müssen, in der er sich eingesperrt fühlt.

»Na, ich kann wieder krank werden, na klar.« (S 10 LQ)

»Ich brauche Tabletten. Na, was heißt Tabletten. Na, ich weiß auch nicht, wie es weitergeht eben, irgendwie geht es schon weiter, aber nicht so einsperren und laufend in die Klinik und lauter solcher Quatsch. Bin froh, wenn es mal einigermaßen geht, wo ich gefühlsmäßig keine Depressionen hab, / gefühlsmäßig einigermaßen fühle. (...) Daß alles in Ordnung ist und so weiter.« (S 9 LQ)

Herr B weiß, daß er regelmäßig die Spritze braucht, die zu seiner Beruhigung beitragen und gegen Ängste und Depressionen wirksam sind. Er meint, daß Medikamente alleine nicht immer helfen, nur die Spritze hilft.

»... Das hat keinen Zweck, Medikamente. Ich hole die Spritze. Heute muß ich ja auch wieder Spritze holen.« (S 11 LQ)

»Na ja, manchmal brauche ich es [Medikamente] zum Aufmöbeln und so ... zur Beruhigung und so, ... daß ich keine Depressionen hab und alles; und immer die Angst haben, alles zu verlieren... Möchtest du die Angst mal haben, (I: Nein) alles zu verlieren?« (S 11 LQ)

»... daß (das) nicht so wieder passiert, Wahnvorstellung und so weiter. Das [die Spritze] blockt ein bißchen ab. Alle drei Wochen.« (S 11 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: Ablehnung von Medikamenten**

Als die Interviewerin weitere Fragen zur medikamentösen Behandlung stellt, blockt Herr B plötzlich ab und meint, daß alles Quatsch sei und er gar keine Spritze bräuchte.

»Ach na, Quatsch... völliger Quatsch ist das, ich brauche keine Spritze, Mensch. So ein Quatsch.« (S 12 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: Passiv-resignative Haltung der Erkrankung gegenüber**

Herr B sieht kaum Möglichkeiten, etwas für seine Gesundheit tun zu können, da seine Erkrankung »mehr innerlich« ist.

»Na ja, kann ich nicht viel machen, Mensch. Das ist mehr innerlich, kannst du nichts machen. Kannst du noch sonstewas...« (S 15 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Erholung und Regenerierung durch Schlafen und Ausruhen***

Herr B schläft viel und ruht sich aus, um sich zu erholen. Morgens und abends hält er sich in seiner Kneipe auf und unterhält sich mit anderen. Mittags schläft er einige Stunden und er geht früh abends ins Bett.

»Da bin ich frühstücken gegangen in die Kneipe, hab mich unterhalten. Dann hab ich mich hingehauen um zwölf, hab geschlafen bis viertel fünf, bin ich noch mal in die Kneipe, hab Abendbrot gegessen, mein Bierchen getrunken..., mich unterhalten und alles. Dann bin ich heim und hab mich ins Nest gehauen... und hab geschlafen.« (S 7 LQ)

»... ich schlafe gerne... Ich ruhe mich viel aus, um mich zu erholen. ... Na, ich bin schnell wieder auf die Beine gekommen.« (S 7 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Vermeiden von Alleinesein durch Aufsuchen von Freunden***

Wenn Herr B nicht in der Kneipe ist oder Freunde besucht, verbringt er seine Zeit in der Wohnung, die einerseits einen Rückzugsort für ihn darstellt. Andererseits scheint die Gefahr zu bestehen, daß er in der Wohnung anfängt, sich alleine und einsam zu fühlen und dann zuviel zu grübeln und Alkohol zu konsumieren. Als Alternative dazu wählt er, in seine Kneipe zu gehen, um unter Menschen zu sein.

»Warum soll ich denn da nicht hingehen [in die Kneipe]? Soll ich hier alleine in der Bude hängen bleiben und mir Gedanken machen hier, daß ich immer eingesperrt werde oder was?« (S 3 LQ)

»Ich trinke mein Bier, ich trinke keinen Schnaps und gar nichts. Ich trinke mein Bier und rauche eine, und das macht jeder heutzutage, ne wa?« (S 4 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Mobilisieren von praktischer und sozialer Unterstützung***

Herr B ist in der Lage, Hilfe von anderen Menschen bei der Befriedigung seiner Bedürfnisse zu mobilisieren. So wird ihm im Haushalt geholfen, er läßt sich von seinen Freunden gegen Bezahlung seine Wohnung renovieren, er bekommt immer wieder etwas Nützliches geschenkt (z.B. gebrauchte Kleidung). In der Kneipe wird er rundum versorgt, u.a. läßt er sich dort sein Geld von seiner Lieblingskellnerin verwalten.

»Da kriege ich alles, Zigaretten, ich gebe der [Kellnerin] mein ganzes Geld und alles. Die teilt das mir ein und so... Wäscht mir meine Klamotten und alles, ... kriege ich alles geschenkt.« (S 3 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Beibehalten des Status quo der Lebenssituation***

Herr B möchte seine Lebenssituation so beibehalten, wie sie ist und nichts verändern. Die Frage, ob er sich vorstellen könnte, mit jemandem zusammen zu leben, bejaht er zwar. Aber er hat sich schon zu stark an das Alleinesein gewöhnt hat und möchte seine Lebensgewohnheiten nicht mehr wegen eines anderen Menschen verändern.

»Na nu – ach schon mit jemanden, aber – das ist auch kompliziert, das ist nicht so einfach. ... Ich bin schon lange alleine. Da hat man so seine Lebensgewohnheiten. ... Ich laß mir nicht gerne Vorschriften machen.« (S 14 LQ)



### **Individuelle Unterkategorie: *Regulierung von psychischen Krisen mit Tabletten und Alkohol***

Herr B erlebte mehrere Krankheitsphasen, in denen keine Besserung eingetreten ist, sondern nur eine Verschlimmerung der Zustände. Er versucht manchmal, Krisensituationen mit Hilfe von Tabletten und Alkohol zu überstehen.

»Ach Mensch, ich war 10, 20 Mal bestimmt [in einer Klinik]. (...) Ja, schlimm. Durchgedreht dann und immer mehr, immer mehr und immer schlimmer, immer schlimmer. Das wurde nur schlimmer als wie besser.« (S 7 IBE)

»Ja, na manchmal ging es mir nicht gut, und da brauchte ich Tabletten und Alkohol und so weiter. ...na nicht, daß ich Alkohol brauche, so ist es ja nun auch nicht, aber daß ich einen getrunken hab und so. (...) Ja, ja zeitweise.« (S 8 IBE)

### **Auswertung der Kategorie 4: *Soziale Ressourcen***

#### **Unterkategorie *Partnerschaft***

Herr B lebt alleine ohne Partnerin. Er ist nie verheiratet gewesen. Er würde sich zwar eine Partnerin wünschen, da er dann »ein bißchen Halt« hätte und nicht alles alleine machen müßte. Allerdings zweifelt er daran, »die Richtige« zu finden. Er lehnt es ab, eine Alkoholikerin oder eine psychisch Kranke als Partnerin zu haben.

»... erst mal die Richtige finden und so weiter. Brauche keine Alkoholikerin oder eine psychisch Kranke, so was brauche ich nicht.« (S 2 LQ)

»Na ja, da hätte ich ein bißchen Halt... Korkse ich nicht so alleine rum, und alles alleine machen.« (S 2 LQ)

Er vermißt es, Besuche zu bekommen, wenn er in stationärer Behandlung ist. Aber im Krankenhaus habe er immer Kontakte gefunden, dort sei er nie alleine gewesen. (Es ist unklar, ob er damit Kontakt zu anderen Frauen meint.)

»Bloß wenn ich dann im Krankenhaus bin, kein Besuch und nichts, ne. ... Aber dort hab ich immer Kontakt gefunden, war ich nie allein.« (S 2 LQ)

Herr B wird gefragt nach einer festen Freundin in der Vergangenheit. Mit 20 Jahren hatte er seine erste Partnerin, die er regelmäßig besucht hatte, mit der er Sexualität hatte, »aber nicht so intensiv«, da er damals noch keine Ahnung davon hatte. Er hatte später viele Freundinnen gehabt, aber keine feste. Es kam nie soweit, daß er ernsthaft eine enge Bindung einging. Er wollte nicht heiraten und hat sich entschieden, alleine zu bleiben.

»Ach ja, Freundinnen hatte ich schon genug, aber keine feste. Ich wollte nicht heiraten, ich wollte für mich alleine bleiben. Ach heiraten und scheiden, und ach Mensch, dazu hatte ich keine Lust. Ich bin alleine geblieben.« (S 6 IBE)

#### **Unterkategorie *Familie***

Herr B hat keinerlei Kontakt mehr zu seiner Familie. Die Eltern sind gestorben. Er hat zwei Schwestern, er weiß nicht, wo sie wohnen. Er weiß, daß eine Schwester umgezogen ist, seitdem hat er auch keine Adresse mehr von ihr. Er würde zwar gerne wieder Kontakt

zu ihnen haben, müßte dazu aber durch die polizeiliche Meldebehörde deren Adressen herausfinden. Es wird nicht klar, inwieweit er diesbezüglich aktiv geworden ist.

»... ich weiß bloß nicht, wo die wohnen. Mit meiner Schwester X, die ist umgezogen, weiß ich nicht mehr, wo die wohnt. (...) Das müßte mal erforscht werden, daß ich da Kontakt kriege irgendwie... (und) nicht so alleine da stehe...« (S 1 LQ)

»Ja, ja, so im Meldeamt da irgendwie ..., direkt zum polizeilichen Meldeamt muß ich da...« (S 1 LQ)

Er vermutet, daß die Schwestern nichts mehr mit ihm zu tun haben wollen.

I: »Und wissen Sie, warum so die Kontakte abgebrochen sind?«

B:»Ach, das weiß ich doch nicht, weil sie nun nichts von mir wissen wollen. Was weiß ich.« (S 1 LQ)

Herr B erwähnt die Mutter in widersprüchlicher Weise: Einmal wird sie als gesund beschrieben, ein anderes Mal wird sie als »auch nervenkrank« bezeichnet. Der Vater wird nur insofern erwähnt, daß er nicht mehr lebt. In positiver Weise wird nur die Großmutter geschildert im zeitlichen Zusammenhang, als er im Alter von neun Jahren mit einer Schwester in ein Kinderheim mußte, nachdem die Eltern sich haben scheiden lassen.

»Ja, ja, ja, ja. Ja, meine Oma, das war meine Beste.« (S 2 IBE)

Außerdem wird ein Onkel erwähnt, der in dem Stadtteil, in dem Herr B wohnt, früher ein Geschäft hatte. Mit diesem Onkel habe er Silberhochzeit gefeiert. Mit diesem Stadtteil verbindet ihn ein heimatliches Gefühl.

### **Unterkategorie *Freundeskreis***

Die Kneipe, in der Herr B einen großen Teil des Tages verbringt, ist seine Heimat und Ersatzfamilie. Dort erhält er praktische Unterstützung und steht im sozialen Austausch. Er unterhält sich mit Freunden, er betätigt sich dort etwas künstlerisch und bekommt sein Essen. Seine Wäsche wird ihm gewaschen, er bekommt gebrauchte Kleidung und nützliche Dinge für seinen Haushalt geschenkt. Kürzlich hat er dort seinen 50. Geburtstag gefeiert und viele Geschenke erhalten.

»Ach in der Kneipe... X [seine Lieblingskellnerin], die Y [Kellnerin], die da bedienen und so weiter, die waschen mir meine Sachen und alles, nu was will ich denn noch mehr? Kriege ich Geschenke und alles ... zum Nikolaus und alles, zu Weihnachten. Mein Geburtstag dort gefeiert, meinen fünfzigsten.« (S 3 LQ)

»Na in der Kneipe und so. (...) Da hab ich guten Kontakt in der Kneipe.« (S 9 IBE)

Zu seinen Freunden und Bekannten zählen u.a. Arbeitslose aus der Kneipe, denen er für das Renovieren seiner Wohnung Geld bezahlt hat, die – wie er betont – keine psychisch Kranken und keine Alkoholiker sind. Er betont außerdem, daß er Hilfe von einer psychosozialen Einrichtung ablehnt, da er sich dann von den Menschen dort abhängig machen würde.

»Das sind alles Arbeitslose und so weiter.« (S 2 LQ) (...) Die haben mir die Bude gemalert und alles, Mensch. Ich habe klar bezahlen müssen, aber die haben das gemacht, Mensch. Zu wem

wäre ich denn gegangen nun, ne. Ins X [Patientenclub] hier vielleicht, das Dreckloch? Von denen nur abhängig machen und so weiter ...« (S 6 LQ)

»Ach na, die [die Freunde] sind in Ordnung. (...) Die saufen nicht oder irgendwas, he. Ich gehe da bloß hin zur Unterhaltung, da kriege ich Sachen geschenkt und alles, warum soll ich denn da nicht hingehen? Soll ich hier alleine in der Bude hängen bleiben und mir Gedanken machen hier, daß ich immer eingesperrt werde oder was?« (S 3 LQ)

Eine wichtige Vertrauensperson ist seine Lieblingskellnerin, die ihn fast mütterlich versorgt mit Essen und Kleidung waschen. Ihr hat er sein gesamtes Geld anvertraut. Sie verwaltet es für ihn und gibt ihm davon Taschengeld. Diese Regelung hilft ihm, daß er weniger Schulden macht.

»X [die Kellnerin]... die ist in Ordnung. Da kriege ich alles. Zigaretten, ich gebe der mein ganzes Geld und alles. Die teilt das mir ein und so. ...Wäscht mir meine Klamotten und alles..., kriege ich alles geschenkt.« (S 3 LQ)

»Ach die [die Kellnerin] die ist Klasse. Die ist zwar verheiratet, in X wohnt die draußen, Einfamilienhaus hat die alles... ja. Da gehe ich schon vier Jahre hin, fünf.« (S 3 LQ)

Gefragt, was er sich in der Beziehung zu der Kellnerin wünschen würde, sagt er, daß er sich vorstellen könnte, mit ihr verheiratet zu sein. Dann bräuchte er nicht mehr alleine sein und müßte keine Angst mehr haben.

»Na klar, na klar... Es könnte meine Frau sein, Mensch... Da wäre ich nicht alleine, Mensch, brauchte keine Angst zu haben um nichts. (...) Ja, ja die ist nett, freundlich, macht alles für mich und so. Kauft ein, den Staubsauger hat sie mir gekauft und alles ...« (S 3 LQ)

Herr B erwähnt einen Freund, von dem er Kleidung geschenkt bekommen hat, der arbeitslos ist und alleine wohnt. Ein weiterer Freund wird erwähnt, dem er selbst in praktischen Dingen hilft und von dem er zum Geburtstag Geschenke bekommen hat.

»Bin noch bei einem Kumpel, der mir die Hosen geschenkt hat, hab ich mich mit dem unterhalten, der kennt die X [Name einer Firma] alles, den Chef und alles, mit dem unterhalten. Der wohnt auch alleine. Arbeitslos, schöne Wohnung hat der, Anbauwand alles. Klempner ist der von Beruf.« (S 7 LQ)

»Da kenne ich den X [ein Freund] und so, für den hole ich die Kohlen und mache die Treppe und alles. (...) Kaffee geschenkt, ich hab so viel Geschenke gekriegt zum Geburtstag, Mensch.« (S 7 LQ)

Herr B betont, daß er seine Freundschaften immer schon über lange Zeiträume gepflegt habe. Am Ende des biographischen Interviews erwähnt er eine ihm sehr wichtige Freundschaft mit einem anderen Künstler. Er hat mit ihm ca. zehn Jahre zusammengelebt. Heute hat er keinen Kontakt mehr zu ihm, da er auch psychisch krank geworden ist. Er zieht eine Grenze zu dieser Freundschaft, ihn belastet die Tatsache, daß der Freund auch psychisch krank ist.

»Ach, ich hatte meine Freundschaften immer gepflegt ..., Jahre, Jahrzehnte.« (S 6 IBE)

»... Und mit dem Freund, mit dem ich zusammen gemalt hab. (...) Ja, ja, wir haben ein Atelier

gehabt. – Und da haben wir gearbeitet zusammen, (der Freund hat) große Bilder gemalt. (...) Da ist ein Bild von dem. (...) Und wir haben die gleiche Musik gehört und alles. Acht Jahre lang, jeden Tag die gleiche Musik. Ich kenne fast alles in der Klassik...« (S 10 LQ)

»Na, der ist im Krankenhaus. Um Gottes Willen, Mensch, der hat hier rumgetobt und alles, du. Ich hab mit dem einen Haufen Ärger gehabt. (...) Psychisch Kranker. Das ist ja die Scheiße. (...) Will meine Ruhe haben, mit dem auch noch rumärgern hier... Belastet mich doch bloß.« (S 10 LQ)

Im Interview grenzt sich Herr B wiederholt von einem »kaputten« Freund ab, der ihm das Leben schwer macht. Dieser sucht ihn immer wieder auf, »donnert« an seine Tür, wodurch er sich belästigt fühlt. Er schuldet ihm Geld und schreit auf der Straße herum. Er betont, daß er mit ihm nichts mehr zu tun haben möchte.

»... hier X [ein Freund]. Das ist nur ein Arschloch ist das. Achte Klasse Hilfsschüler, der rennt mir die Bude ein, bläkt auf der Straße rum und so weiter. Macht mir das Leben schwer...« (S 2 LQ)

»Na klar, hier X, der Verbrecher! Der gehört ins Zuchthaus, gehört der. – Haufen Schulden und alles. Das ist doch nie mein Freund, der bezeichnet, ich bin sein Freund. (...) Ist nie mein Freund, ich hasse den. (...) Nichts kann der, bloß rumspinnen hier ..., an die Türe donnern und so weiter... Belastend, Mensch. Den müßten sie mal einsperren, den sollen sie mal nach X [Name einer Klinik] bringen, Mensch.« (S 2 LQ)

### **Unterkategorie *Nachbarn***

Herr B hat sowohl positive als auch negative Beziehungen zu seinen Nachbarn. Positiv ist, daß einige Nachbarn freundlich und hilfsbereit ihm gegenüber sind. Er hat z.B. Kontakt zu einem Mieter und zu dessen 83-jähriger Mutter, die ebenfalls im Haus wohnt, die ihm einiges für den Haushalt geschenkt hat.

»Die Hausbewohner sind nett zu mir, machen alles, kümmern sich bißchen um mich.« (S 5 LQ)

»Die helfen mir, kaufen ein; hier die Bettwäsche hat der mir gekauft für 15 Mark und so. Der fährt auch, ist nach Thailand gefahren. Mit seiner Mutter verstehe ich mich, die wohnt auch hier, kriege alles geschenkt ..., die X [Name der Nachbarin ] hier auf dem Gang, die ist 83, auch krank, zuckerkrank und alles mögliche ist die... Hab von den(en) den Holzknacker geschenkt gekriegt hier... Na, die ist doch Klasse. Die kommt öfter mal her, weil sie auch alleine ist wie ich. Und krank.« (S 5 LQ)

Negative Erfahrungen mit Nachbarn hat Herr B, wenn er laute Musik in seiner Wohnung hört, dann beschwert sich die Mieterin unter ihm und ruft die Polizei an.

»Na, die Alte hier unten drunter... An die Heizung donnern und alles. Polizei anrufen, wenn ich mal bißchen laute Musik mache hier. (...) ... und da gibt es Ärger, ach, ein Haufen Ärger.« (S 5 LQ)

Als er einmal Kontakt zu seiner Nachbarin, einer Kunsterzieherin, Kontakt aufnehmen wollte, wurden ihm von deren Partner Schläge angedroht.

»Und der hier nebenan hier, so ein Schwarzer hier, der wollte mir auch schon an die Wäsche hier. Na der mit der zusammengeht hier, wollte mir die Fresse vollhauen. (...) Na weil ich mal geklingelt hab oder was... bei der, die ist Kunsterzieherin.« (S 5 LQ)

### **Unterkategorie Psychosoziale Einrichtungen**

Herr B hat mit einer bestimmten psychosozialen Einrichtung schlechte Erfahrungen gemacht. Er wurde ca. drei Monate vor dem Interview von dieser Einrichtung aus in eine geschlossene Abteilung einer Klinik eingewiesen.

»Bruchbude, Gas und Dreck... Bruchbude ist das. (...) Da kann ich auch in die Klinik gehen da, wenn du dahin rennst, da kannst du gleich in die Klapsmühle gehen. – So sieht das aus.«

Eine andere psychosoziale Einrichtung bewertet er als besser. Er geht aber dort auch nicht hin, da er lieber zu seinen Freunden in die Kneipe geht. Die Freunde seien gesund und nicht aus der Psychiatrieszene und deshalb besser für ihn.

»Ach wo, ... ich kenne Kumpels hier, die sind zehn mal besser. Die sind gesund und alles, Mensch. Gucke meine Bude an hier, tip top... in kurzer Zeit.« (S 13 LQ)

### **Unterkategorie Arzt-Patient-Beziehung**

Der Bezug zu der Arztpraxis seiner Psychiaterin wirkt familiär und informell, er kann ein- und ausgehen, wann er möchte. Er bekommt in der Anmeldung Kaffee angeboten. Dort sind seine Skulpturen ausgestellt. Die Beziehung zu seiner Ärztin wird widersprüchlich beschrieben. Einerseits zählt Herr B zu den wichtigen Personen in seinem Leben die Arzthelferin und seine Ärztin, bei der er seit 1981 in Behandlung ist, andererseits erlebt er die Beziehung zu seiner Ärztin als distanziert, sie habe zuwenig Zeit für Gespräche.

»Meine Skulpturen stehen da in der Anmeldung und ... da kann ich immer hingehen. Jeden Tag könnte ich da hingehen.« (S 12 LQ)

»Na klar. Die Anmeldung vor allen Dingen. Da hab ich schon Kaffee geschenkt gekriegt und alles.« (S 12 LQ)

Im Vergleich zu der Zeit vor der Wende betont Herr B, daß er es als positiv erlebt, daß seine Ärztin nun eine Privatpraxis hat, und daß man sich ganz anders unterhalten kann im Vergleich zu früher.

»...na klar, kann ich meine Tabletten holen jeden Tag, kann hingehen, wenn was ist. – Kann mich ganz anders unterhalten. Man kann sich ganz anders unterhalten...« (S 9 IBE)

An anderer Stelle allerdings kritisiert er seine Ärztin, daß er sich nicht genügend über seine Erkrankung informiert fühlt. Er wünscht sich, daß sie ihm ein Gespräch mit dem Leiter der psychiatrischen Klinik vermittelt, damit er sich ausführlich mit ihm über die Krankheit unterhalten könne.

I: »Haben Sie sich mal mit dem Arzt so über die Erkrankung unterhalten können?«

B: »Ach, ach wo, eben nicht. Das ist ja die Scheiße... Nicht mal mit der X [Name einer Ärztin], seitdem ich in Behandlung bin, seit 81. Die kann nicht mal mit dem Professor reden, Mensch. (S 9 LQ) (...) Das ist das wichtigste von allen... daß ich mich mal mit dem unterhalte hier, .. was hier überhaupt Fakt ist, was hier überhaupt los ist, Mensch.« (S 11 LQ)

In Diskrepanz zu einer anderen Stelle im Interview erlebt Herr B die Behandlung als nur auf die Medikamente beschränkt. Er beschreibt das Verhältnis zu seiner Ärztin als ein

»bißchen unpersönlich«. Er erlebt zuviel Distanz von ihrer Seite aus und wünscht sich mehr Gespräche und Austausch mit ihr.

»Spritze holen ist alles. Bißchen unterhalten und Spritze holen, und da ist gut. Auf Wiedersehen. (...) Große Scheiße.« (S 11 LQ)

»Ach Mensch, die könnte sich viel mehr mit mir unterhalten. Die weiß doch gar nichts von mir, Mensch... und ich nichts von der.« (S 12 LQ)

Er vergleicht seine jetzige Ärztin mit einer früheren Ärztin in einer psychiatrischen Klinik, von der er heute noch schwärmt. Sie habe ihn im Auto mitgenommen, er habe die Beziehung nicht so distanziert erlebt wie die jetzige.

Frau Doktor X..., die war Klasse, du, also ... meine Freundin im Bettenhaus und so, die war Klasse. Mit dem Auto einkaufen gefahren und alles. So ist die X [jetzige Ärztin] nicht. ›Ich bin Psychiater«, so ungefähr.« (S 12 LQ)

### **Auswertung der Kategorie 5: Materielle Ressourcen**

#### **Unterkategorie *Finanzielle Situation***

Herr B bezieht Rente. Er beurteilt seine finanzielle Situation als gut und seine Rente als ausreichend, um seinen Lebensunterhalt zu bestreiten. Sie könnte etwas höher sein, da alles teurer werden würde. Er ist froh, daß er mit der Rente eine finanzielle Grundlage hat und nicht mehr arbeiten gehen muß. Arbeiten wie früher könne er nicht mehr, da die Arbeit für ihn zu anstrengend wäre.

»... Bin froh, daß ich meine Rente kriege, ... finanzielle Grundlage hab und so... Schon ganz gut so. Ich kann nicht mehr rumrammeln [arbeiten]. (...) Das wäre zu anstrengend.« (S 4 LQ)

Wenn er mehr Geld zur Verfügung hätte, würde er gerne eine Künstleragentur aufmachen. Er weiß aber, daß man dazu sehr viel Geld investieren müßte. Außerdem würde ein solches Unternehmen »einen Haufen Nerven« kosten. Daß er berentet ist, bedeutet für Herrn B, von der Psychiatrie abhängig zu sein.

»Ach, na ja, ... daß du von der Psychiatrie abhängig bist. Ist ja ganz klar. Bin nicht mehr mein freier Mann.« (S 4 LQ)

Herr B betont, daß er mit seiner früheren finanziellen Situation, als er noch voll berufstätig gewesen ist, wesentlich zufriedener war als heute. Durch die Krankheit würde er mit dem Geld nicht mehr zurecht kommen, heute hat er im Gegensatz zu früher Schulden.

»Also jetzt komme ich überhaupt nicht zurecht. Hab Schulden und so eine Scheiße. Also früher hatte ich überhaupt keine Schulden. (...) Na, da lief das gut, aber durch die Krankheit wahrscheinlich, das ist da bißchen liederlich geworden.« (S 4 IBE)

#### **Unterkategorie *Bedeutung von Geld***

Geld hat für Herrn B »keine große Bedeutung«. Größere Bedeutung hat der Mensch und daß ihm so viel geholfen wird.

»Na ja, für mich hat es [Geld] keine große Bedeutung. Weil es bloß gedruckt wird... Wird bloß

gedruckt. Der Mensch ist ja entscheidend. (...) Wenn einem geholfen wird und so. Was hier ein Mensch wert ist, das ist mehr wertvoller als wie Geld und Edelsteine, Mensch.« (S 5 LQ)

Wie oben bereits erwähnt, läßt er sich sein Geld von der Kellnerin in seiner Kneipe, seiner Vertrauensperson, einteilen, weil er nicht mehr so gut mit Geld umgehen kann wie früher und in Gefahr ist, Schulden zu machen. Schulden machen steht seinem Wunsch nach Ordnung und Überblick sowie Anständigkeit entgegen. Sparen scheint für ihn ein Wunsch nach Sicherheit zu bedeuten. Das Thema Sparen kommt mehrmals an verschiedenen Stellen im Interview vor.

### **Unterkategorie *Bedeutung der Wohnung***

Herr B bedeutet seine Wohnung sehr viel. Sie sei gemütlich und warm. Er beklagt jedoch, daß im Haus bzw. in der Wohnung nichts renoviert wird. Die Hausbewohner seien nett, abgesehen von einigen, mit denen er nicht klar kommt. Es kommen Beschwerden, wenn er die Musik zu laut hört.

»Ja, sie ist schön gemütlich, schön warm... Warme Wohnung. Schöner Gang hier. Die Hausbewohner sind nett zu mir, machen alles, kümmern sich bißchen um mich.« (S 5 LQ)

»Ach ausgezeichnet, ja. Bloß es wird nichts gemacht. Die wollen immer bloß Geld und es wird nichts gemacht hier.« (S 5 LQ)

Herr B legt viel Wert darauf, die Interviewerin darauf hinzuweisen, daß er innerhalb von einigen Monaten mit Hilfe seiner Freunde die Wohnung frisch renoviert hat, daß seine Kleidung frisch gewaschen ist, daß er sich selbst versorgen kann und daß er immer wieder von Leuten nützliche Dinge für seinen Haushalt geschenkt bekommt bzw. für ihn etwas für die Wohnung kaufen.

## **Interviewauswertung Herr R (031)**

### **Biographie von Herrn R:»Ich würde sofort Arbeit finden, aber ich möchte mich nicht unter Wert verkaufen«**

Herr R ist ein 31-jähriger Mann und lebt mit seiner Lebensgefährtin und dem gemeinsamen dreijährigen Sohn zusammen. Die Lebensgefährtin ist mit dem zweiten Kind schwanger. Sie leben in einer hellen und warmen Sozialwohnung, in der Wohngegend gibt es Grünflächen und Platz zum Spielen für den Sohn, Herr R hat gute Beziehungen zu einigen Nachbarn, die auch Kinder haben. Er ist engagiert und im aktiven Austausch mit den Hausbewohnern, wenn es um praktische Unterstützung geht.

Herr R ist Hausmann, er ist für den Haushalt und für anfallende Reparaturen in der Wohnung verantwortlich, er kauft ein, kocht, wäscht, bringt den Sohn in den Kindergarten und ist mit zahlreichen schwierigen Behördengängen beschäftigt, die mit seinen beruflichen Perspektiven zusammenhängen. Sein großer Wunsch ist es, eine Umschulung in einem sozialen Beruf zu machen, da er vielfältige praktische Fähigkeiten besitzt und sich sozial en-

gagieren möchte. Allerdings haben die Sachbearbeiter Bedenken, ob er einer solchen Tätigkeit psychisch standhalten könne. Ihm werden andere Berufe wie Gärtner oder orthopädischer Schuhmacher vorgeschlagen, was Herr R aber nicht möchte. Seit Monaten kämpft Herr R mit den Behörden und hofft, daß er seinen Wunschberuf durchsetzen kann. Er muß dort ständig beweisen, daß er trotz der psychischen Erkrankung für diese Tätigkeit ausreichend belastungsfähig ist. Er bekommt auf den Behörden die Vorurteile gegenüber psychisch Kranken zu spüren, nämlich ein lästiger »verrückter Bittsteller« und »minderwertig« zu sein, um den man sich keine Gedanken zu machen brauche.

Die wichtigste Person in seinem Leben ist sein Sohn, er ist die »Nummer eins« und der »Sinn des Lebens« geworden. Wenn der Sohn nicht da wäre, wüßte er nicht, was aus seinem Leben geworden wäre. Er freut sich über jeden Entwicklungsschritt seines Sohnes und möchte ihm vieles beibringen und für ihn eine »Respektperson« sein.

An zweiter Stelle kommt seine Lebensgefährtin. Sie hat einen technischen Beruf erlernt und macht zur Zeit ihr Abitur nach. Sie hat musisch-kreative Interessen, die sich etwas von seinen Interessen unterscheiden. Seine Lebensgefährtin bedeutet ihm viel, er beschreibt sie als sehr stark. Sie fordert ihn immer wieder auf weiterzumachen. Sie ist der Mensch, der ihm »am meisten Kraft« gegeben hat und in schweren Zeiten der Krankheit an seiner Seite gestanden ist. Manchmal ist sie aber auch selbst an der Grenze und fühlt sich überlastet. Sie machte ihm öfter Vorwürfe in der Zeit, als er noch »träge« war und sich »geistig nicht mehr engagiert« hatte. Wenn sie auf ihn wütend ist, sagt sie ihm, daß sie ihr Leben mit den Kindern auch alleine meistern könne und ihn nicht unbedingt bräuchte. Seitdem Herr R sich wieder etwas aktiver erlebt, setzt er sich mehr zur Wehr und es kommt öfter zum Streit zwischen den beiden. Die Sexualität ist seit längerer Zeit schwierig und einseitig, sie spielt bei der Lebensgefährtin keine große Rolle, er jedoch hat diesbezüglich mehr Wünsche und fühlt sich von ihr abgelehnt, wenn er sie ihr gegenüber äußert. Die Tatsache, daß ein zweites Kind unterwegs ist, hat beide Partner wieder einander näher gebracht. Herr R freut sich sehr auf das Kind.

Herr R bekam mit 24 Jahren kurz vor Beendigung seines naturwissenschaftlichen Studiums seine erste Psychose. Er erlebte die Erkrankung als »das Aus meiner Träume« und eine damit verbundene »Perspektivlosigkeit«, er beschreibt sich als »Ausgegrenzten«. Er hatte alle seine Prüfungen gemacht, konnte aber das Studium nicht mehr abschließen. Er wollte zusammen mit seiner jetzigen Lebenspartnerin für eine bestimmte Zeit ins Ausland gehen. Dieser Auslandsaufenthalt hätte den praktischen Teil seines Studiums dargestellt. Die Vorbereitungen für diesen Aufenthalt waren sehr streßreich, Herr R stand unter einer ständigen Anspannung und mußte sehr vieles erledigen und organisieren. Um das Geld für den Flug zu organisieren, jobbte er zehn Stunden am Tag. Er kam nicht mehr zur Ruhe, konnte nicht mehr schlafen und fühlte sich überfordert. Es war die Zeit kurz vor der Wende, er nahm aktiv an den politischen Demonstrationen teil, in dieser Zeit ist er umgezogen von seiner Wohnung in eine Wohngemeinschaft.

Nachdem er Anfang 1990 im Tropeninstitut mehrere Vorsorgeimpfungen bekam, reagierte er mit einer Psychose. Sein Körper »wär noch ewig gelaufen, aber der Geist plötzlich« arbeitete nicht mehr. Herr R ging nicht mehr zur Arbeit, saß an einem Fluß und dachte darüber nach, daß materielle Dinge für ihn nicht mehr wichtig seien. Er fing an, sich in einem fremden Kleingarten um die Pflanzen zu kümmern. Die Leute holten die Polizei, von der er auch geschlagen wurde, dann wurde er wieder freigelassen, irrte umher, bis er



bei seiner Freundin landete. Diese brachte ihn zu einem Arzt, der ihn in die psychiatrische Klinik einwies. Er wußte überhaupt nicht, was mit ihm geschehen war, er wurde ruhiggestellt. Er bekam zusätzlich zu seiner psychischen Verfassung eine Lungenentzündung, sein »Körper hatte keine Reserven« mehr.

Nach dem ersten Klinikaufenthalt mußte Herr R lernen, einfache Dinge, z.B. Körperhygiene, wieder in den Griff zu bekommen. Danach wurde er noch zweimal durch richterlichen Beschluß in eine psychiatrische Klinik eingewiesen mit Anschlußbehandlungen in einer Tagesklinik. Während der ersten Schwangerschaft seiner Lebensgefährtin war er in einer psychiatrischen Klinik in einer anderen Stadt. Zwei Monate vor der Geburt des Sohnes kam er zurück in seine Heimatstadt, er war bei der Geburt seines Sohnes dabei. Vor der Geburt zogen er und seine Lebensgefährtin in eine größere Wohnung, sie erhielten viel Unterstützung von der Familie.

Herr R ist stark eingebunden in die Familie seiner Lebensgefährtin, v.a. zu ihrem Bruder, der ihn bei den Behördengängen sehr unterstützt. Außerdem hat er regelmäßig Kontakt zu seinen Großeltern, denen er viel im Haus und Garten hilft. Herr R unterhält außerdem rege Kontakte zu Bekannten und Freunden, mit denen er sich regelmäßig trifft, darunter gibt es auch einige Patienten, die er in der Psychiatrie kennengelernt hat. Zu seinen eigenen Eltern und Geschwistern, die verstreut in verschiedenen Städten leben, besteht zwar Kontakt, meist telefonisch, der Kontakt zu ihnen ist aber vergleichsweise distanzierter.

Herr R hat seinen Psychiater gewechselt, da er sich zu stark reglementiert fühlte und sich als passiver Patient nur den medizinischen Anordnungen fügen sollte. Bei seinem jetzigen Psychiater, der früher fünf Jahre lang sein Gruppenpsychotherapeut gewesen ist, fühlt er sich wohler, da er die Freiheit hat, je nach Bedarf seine Medikamente selber zu regulieren und die Termine flexibel zu gestalten. Er fühlt sich von seinem Arzt verstanden und erhält auch konkrete Ratschläge, wie er erhöhten Streßsituationen begegnen kann. Ihm steht jederzeit offen, wieder in die Therapiegruppe zu gehen. Eine psychosoziale Einrichtung besucht Herr R zur Zeit nicht, während seiner Klinikzeiten hat er negative Erfahrungen mit solchen Einrichtungen gemacht. Er lehnt sie aber nicht total ab, sondern könnte sich vorstellen, sie wieder einmal zu besuchen.

Herr R betont am Ende des zweiten Interviews seine Hoffnung, daß die Interviews mit ihm zu seinen Gunsten ausgewertet werden würden und daß die Auswertung schließlich in einem konkreten ärztlichen Gutachten resultierte, das seine Eignung für seinen Wunschberuf bescheinigt.

### ***Auswertung der Kategorie 1: Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit***

#### ***Unterkategorie Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit***

Herr R definiert sich in seiner jetzigen Lebenssituation als »Rentner« und »Vater«. Die Rente bedeutet für ihn »die einzige Sicherheit«, die vor allem seine kleine Familie braucht. Wichtiger für ihn ist aber, daß er Vater ist und dadurch eine wichtige Lebensaufgabe hat.

»Ja. Ich bin halt Rentner. Da muß ich zwar selber manchmal drüber schmunzeln, aber das ist eben, äh, die einzige Sicherheit im Moment für mich. (I: Hm) Aber für mich wichtiger ist eigentlich, daß ich halt Vater bin und wieder Vater werde und da eben auch 'ne Aufgabe habe...«

(S 1 LQ)

Er ist aber mit seiner Lebenssituation nicht zufrieden, weil er grundsätzlich arbeiten möchte,

sich aber nicht unter seinem Wert verkaufen will. Er würde gerne eine neue Berufsausbildung beginnen, wodurch er und seine Familie abgesichert wäre. Ohne Familie wäre er ungebunden und würde vielleicht eher »gewagte Sachen« machen, wie z.B. in den Entwicklungsdienst gehen.

»... ich bin nicht zufrieden mit der Situation (I: Hm) an und für sich. Weil ich arbeiten könnte (I: Hmhm), aber – ich mich eigentlich auch nicht unter Wert verkaufen möchte. Also ich möchte nicht auf'n Bau gehen für zehn Mark (I: Hm) die Stunde, ja, und dann als Ungelernter arbeiten. Sondern ich möchte schon nochmal die Chance beim Schopfe passen und fassen und 'en Beruf lernen.« (S 1 LQ)

»Ach, weil die Sicherheit, die .. mir die Rente gibt, die braucht einfach meine Familie. Ich selber bräuchte sie jetzt nicht mehr, aber meine Familie braucht sie (I: Hmhm) ja. Und 's hängt eben sehr viel am Geld heutzutage. So daß ich da also durch die Familie und durch's Kind und so schon gebunden bin ein bißchen. – Wenn das nicht wäre, würde ich vielleicht jetzt auch gewagte Sachen machen, in Entwicklungsdienst gehen...« (S 1 LQ)

Die Frage, ob Herr R sich zur Zeit als psychisch krank bezeichnen würde, beantwortet er zuerst mit dem Urteil seiner früheren Ärztin, die ihn als gesund betrachtete. Er selbst schätzt sich im Moment als stabil ein. Herr R weiß aber, daß er früher psychisch krank gewesen ist. Zur Stabilität gehört für Herrn R eine zwischenmenschliche Qualität. Im Vergleich zu Zeiten der Krankheit interessiert er sich wieder für andere Menschen und für deren Schicksale und möchte ihnen etwas von sich geben.

»Also im Moment wird mir von der Frau Doktor X bescheinigt, ich bin als gesund zu betrachten.« (S 25 LQ)

»Ich bin im Moment auch auch stabil wieder und ich kann auch die andern, Schicksale von anderen Menschen auch wieder aufnehmen, für mich wichtige Sachen sofort rauskristallisieren und versuchen, wieder irgendwas zu geben.« (S 26 LQ)

»Ich war krank, ja. Natürlich.« (S 26 LQ)

In seiner körperlichen Befindlichkeit fühlt sich Herr R ziemlich eingeschränkt, da er jeden Tag unter starker Übelkeit leidet, die von den Nebenwirkungen seines Medikamentes herrühren. Seitdem er selbst seine Medikamente auf die niedrigstmögliche Dosis reduziert hat, geht es ihm wesentlich besser, er kann sich wieder konzentrieren und Bücher lesen. Er weiß aber, daß es ohne Medikamente nicht geht und er auf einem gewissen »Grat« entlangwandert.

»Naja außer daß mir ständig kotz-, kotzübel ist, und daß ich – hm, daß ich wieder ... mir kleine Aufgaben suchen kann.« (S 13 IBE)

»Na endlich kann ich wieder nachdenken, Problemen nachgehen, (I: Hm) also mich konzentrieren. Ich kann wieder Bücher lesen.« (S 13 IBE)

»Ich hab's versucht ganz ohne Medizin, aber das geht nicht. – Also nehm ich die geringste Dosis (I: Hm) die mich immer so auf dem Grat langwandern läßt. Und wenn ich zu wenig nehme, dann merk ich das, da kann ich nicht mehr abschalten« (S 13 IBE)

### **Unterkategorie *Bedeutung der Diagnose***

Bei der Frage nach der Bezeichnung seiner Krankheit gibt Herr R sofort den offiziellen Namen wieder. Er weiß, daß er wegen einer »Psychose«, einer »halluzinatorischen Schizophrenie« in der Klinik aufgenommen wurde. Mit seinen eigenen Worten bezeichnet er diesen Zustand als »Verwirrungszustand«, als ein »Gebrechen«, das sich »über das Gehirn«, dem wichtigsten Organ des Menschen, äußert.

»(Atmet aus) Ja, das war halt eine Psychose, eine halluzinatorische Schizophrenie, und daran gibt's nix zu rütteln, und deshalb bin ich eingewiesen worden.« (S 24 LQ)

»Das ist für mich ein Verwirrungszustand, ein, äh, ein Gebrechen ganz einfach, was sich über das Gehir-, über das Gehirn, über das wichtigste am Menschen überhaupt, äußert. Daß man plötzlich nicht mehr neben sich, daß man plötzlich irgendwie neben sich steht und nicht mehr richtig verarbeiten kann, einfach verwirrt ist. Das ist also, daß der Geist sträubt sich plötzlich, so zu funktionieren, wie er zu funktionieren hat, nämlich rationell - Der Geist m, m, ist genau wie beim gebrochenen Arm -, muß - wieder in in seine Bahn gebracht werden. Man steht halt neben sich.« (S 24 LQ)

Herr R hat versucht, ohne Medikamente auszukommen, was jedoch nicht möglich ist. Ohne Medikamente kann er nicht aufhören zu grübeln und nachzudenken, er kann nicht mehr unterscheiden zwischen etwas, was wichtig ist und was krank ist.

»... wenn ich meine Medizin nicht habe und ich hab's versucht, ohne Medizin auszukommen, dann kann ich nicht so sein, wie ich bin, sondern ich kann nicht auf- aufhören zu grübeln, ich kann nicht aufhören nachzudenken, ich komme vom hundertsen ins tausendste und stehe als Mensch neben mir.« (S 24 LQ)

»... warum ich plötzlich nicht mehr ordentlich für mich selektieren konnte, das ist jetzt wichtig und das ist krank...« (S 25 LQ)

Unmittelbar nach Krankheitsbeginn war Herr R nicht in der Lage, Erklärungen über seinen Zustand und Informationen über seine Diagnose aufzunehmen. Allmählich konnte er die Erklärungen eines Arztes aufnehmen, nämlich daß er verwirrt sei und daß er als »Schutzreaktion« Dinge mache, die für ihn nicht typisch seien.

»Dann hatt ich schon den Doktor X als als den Arzt, der sich dann bei mir ans Bett gesetzt hat und mir bestimmt fünf, zehn Mal gesagt hat, daß ich verwirrt bin, daß ich Sachen mache, die die ich, die für mich nicht typisch sind. Aus 'ner Schutzreaktion des Kopfes heraus.« (S 25 LQ)

Bei der Frage, ob er sich ausreichend informiert fühle über die Erkrankung, sagt Herr R, daß er noch mehr darüber lesen müßte, ein früherer Arzt hat ihm einen »Lehrbrief« über psychische Krankheiten versprochen und gesagt, daß seine Psychose nur ein Erscheinungsbild von vielen Psychosen ist. Herr R könnte sich vorstellen, einmal mit einem Freund, der Psychologie studiert, in eine Vorlesung mitzukommen.

»Dr. X hat mir immer mal gesagt, ja, ich krieg mal von ihm 'n Lehrbrief über die ganzen psychischen Krankheiten, daß ich auch mal, mal mitkriege, daß meine Psychose, meine halluzinatorische Schizophrenie nur eins, nur ein, äh, Erscheinungsbild der ganzen Palette von Psychosen ist.« (S 25 LQ)

Herr R hat durch die Krankheit und seine Krankenhausaufenthalte viele persönliche Begegnungen gehabt und Erfahrungen mit Betroffenen gesammelt, worüber er wichtige Informationen über die Krankheit und über deren Lebensgeschichten erfahren hat, die ihm wichtiger sind als Bücher.

»Ich glaube, ich hab auch soviel Erfahrung schon gesammelt durch meine Aufenthalte in den Krankenhäusern, in Kliniken, in Tageskliniken –, daß ich jetzt wie gesagt, wo ich mit meinen kleinen Basteleien auf die Leute zugehe, äh, viel effektiver Informationen bekomme als aus'm Film oder aus'm Lehrbrief oder -buch.« (S 26 LQ)

### **Unterkategorie *Veränderung durch die Krankheit***

Für Herrn R bedeutet der Beginn der Krankheit »das Aus« seiner Träume und »Perspektivlosigkeit«. Er konnte wegen der Krankheit sein Studium nicht abschließen. Seitdem hat er mit der Krankheit zu kämpfen und hat bis heute noch keine klaren beruflichen Perspektiven, obwohl er sehr darum kämpft, seinen Rentenstatus aufzugeben.

»... irgendwann zwischen 24 und 27 die Krankheit... (Räuspert sich) Perspektivlosigkeit, das Aus meiner Träume.« (S 1 IBE)

Herr R mußte nach seinem ersten Klinikaufenthalt mühsam lernen, sich wieder die einfachsten Dinge, wie z.B. Körperhygiene, anzueignen.

»Ich mußte dann auch langsam erstmal, erstmal lernen, ganz simple Sachen wieder in Griff zu kriegen. Hygiene -, alles das, was ich sonst nebenbei gemacht habe, wori-, worauf ich keinen Gedanken verschwendet habe, das muß ich plötzlich lernen. (lacht)« (S 11 IBE)

Herr R erlebt die Tatsache, daß er krank geworden ist, als kränkend, als das Ende seiner beruflichen Perspektiven. Er würde gerne eine Ausbildung im sozialen Bereich machen, dies ist ihm jedoch nicht möglich, da laut Aussagen der Behörden ein psychisch kranker Mensch in diesem Bereich keinen Beruf ausüben darf. Er erlebt sich als »Außenseiter« und »Ausgegrenzten«. Durch die Krankheit hat er seine geistige Frische und seine Fähigkeiten verloren.

»(räuspert sich) Aus'm Außenseiter wurde 'n Ausgegrenzter. Hm. – Tja, ich weiß nicht. – Schluß aus, vorbei. Ne Kugel. – Tja.« (S 11 IBE)

»Pff. – Tja, meine-, meine geistige Frische, meine Fähigkeiten, meine Träume, – alles kaputt. Ausgegrenzter Mensch. Soziale Berufe nicht möglich. – ,n Anschluß verpaßt, 'n Absprung verpaßt... Nicht mehr möglich... Naja, psychisch kranker Mensch darf keinen sozialen Beruf ausüben.« (S 12 IBE)

Er sagt von sich selbst, daß er weiß, daß er krank ist, aber deshalb sei er nicht minderwertig und er sei genauso belastbar wie andere auch. Er meint, daß er durch die Krankheit geistig sogar noch reger und kritischer im Denken geworden ist, beispielsweise gegenüber chemischen Produkten und der Gentechnologie.

»Nee. Bin krank. (...) Aber, aber deshalb ja nicht minderwertig und genauso belastbar wie wie jeder Maler oder wie jeder Gärtner ... und vielleicht, und vielleicht weil ich durch die Krankheit sehr viel über mich nachdenken mußte, auch bißchen reger, (I: Hm) bißchen nachzufragen, ›Brauchen wir denn so viel Chemie? Muß denn genveränderte Soja in die Lebensmittel rein?‹...

Sachen, die kurz durch die Medien gehen, die aber für meine Lebensqualität sehr abträglich sind.« (S 33 LQ)

### **Unterkategorie *Ursachenvorstellung***

Herr R nennt unterschiedliche Ursachen für seine Erkrankung. An erster Stelle nennt er eine mögliche »erbliche Vorbelastung«, an zweiter Stelle nennt er Streß und aktuelle Lebenseinflüsse.

»Vielleicht eine Vorbelastung, eine erbliche Vorbelastung.« (S 26 LQ)

I: »Und glauben Sie, daß auch so aktuelle Lebenseinflüsse sich auswirken...«

R: »Ja, bestimmt, spielen, spielen eine Rolle. Hmhm. ... Streß. Hm.« (S 26 LQ)

Schließlich nennt Herr R als weitere mögliche Ursache die Einnahme von Medikamenten gegen Tropenkrankheiten, die er zur Vorbereitung für seine Auslandspläne bekommen hat. Er meint, daß diese Medikamente »zu scharf« waren für seinen Körper und daß die Ärzte etwas falsch gemacht hätten. Herr R hatte vorher nie irgendwelche chemischen Medikamente zu sich genommen und sich immer selbst mit Heilkräutern, Ruhe und Entspannung geholfen. Nachdem er die Tropenmedikamente eingenommen hatte, wurde er plötzlich »labil« und sein Kopf »setzte aus«.

»Wenn ich was brauchte, dann hab ich zuerst versucht, über Heilkräuter, über vielleicht auch Ruhe, mal zurückziehen und nur mal Musik hören und entspannen, Ausgleich zu bekommen. (...) Und ich hab nie irgendwelche Chemie nehmen brauchen.« (S 26 LQ)

»Und damals wurd ich wegen meines, äh, wegen meiner Reise einfach ins Institut für Tropenkrankheiten geschickt, und die haben mir irgendwelchen Mist geimpft... und plötzlich wurde ich labil, plötzlich, äh, setzte mein, mein Kopf aus, der neun Semester lang Belastungen ausgesetzt war, die ich in der Lebenssituation damals nicht, denen ich damals nicht ausgesetzt wurde.« (S 26 LQ)

»Und ich bin .. heute noch der Meinung, immer noch, das was die mir damals gespritzt haben, für meinen Körper einfach zu scharf war... (...) ... und da haben sie was falsch gemacht, meiner Meinung nach.« (S 27 LQ)

### **Unterkategorie *Stigmatisierungserleben und Reaktion darauf***

Zum allgemeinen Bild in der Bevölkerung über Psychosen äußert sich Herr R, daß die Leute damit »Verrückte« in Verbindung bringen. Vor allem »extrem rechte Leute« seien daran interessiert, die Betroffenen »an die Wand (zu) stellen«.

[Bezüglich öffentlicher Meinung] »Das sind Verrückte.« (S 31 LQ)

»Da gibt's, da gibt's ganz extrem rechte Leute, die wollen die alle an die Wand stellen, das gibt's.« (S 31 LQ)

Er unterscheidet zwischen Menschen, die über psychische Erkrankung nichts wissen und daher nichts damit anfangen können, und zwischen Menschen, die sagen, daß die Betroffenen in eine Klinik bzw. Anstalt gehören und von denen »der Planet gesäubert« gehört.

»Und dann gibt's Leute, die damit gar nicht wissen, äh, was sie anfangen sollen. Ne Psychose ist irgendein Fachbegriff, 'n medizinischer, und die Leute gehören gefälligst in eine Klinik, in eine Anstalt. Und von denen gehört der Planet gesäubert, wie gesagt, das gibt's auch.« (S 31 LQ)

Seiner Ansicht nach ist das öffentliche Bild in der Nazizeit entstanden, seit den Gesetzen unter Hitler, nach denen »Andersartige« beseitigt werden sollten.

»Das ist dadurch entstanden, daß, obwohl es schon damals gute Ärzte gab, ein Hitler Gesetze erlassen konnte, ja, Demokratie unwirksam gemacht wurde durch Diktatur und der Hitler hat's allen gezeigt, er kann Ordnung schaffen und das deutsche, ganz konkret das deutsche, äh, der deutsche Anspruch, Ordnung zu haben, beinhaltet ganz einfach, daß Andersartige wegzuschaffen sind.« (S 32 LQ)

Seine eigene Stigmatisierungserfahrung ist, daß er von den Sachbearbeitern in Behörden abfällig behandelt wird.

»... und die allgemeine Meinung, das merk ich, wenn ich mit Behörden zu tun habe, ›Das sind Minderwertige, da brauchen wir uns keine Gedanken machen‹.« (S 31 LQ)

»Na, ich bin bei denen ein verrückter Bittsteller. (...) Und wenn man dann mal jemanden trifft, dem das Schicksal wirklich näher geht, dann machen die Sachbearbeiter und die starren Entscheidungen, die dieses, diese Behörden einfach durchsetzen müssen, machen das dann kaputt.« (S 33 LQ)

In der unmittelbaren Nachbarschaft fällt es auf, daß Herr R sehr viel Zeit mit seinem Sohn verbringt und nicht arbeiten geht. Wenn er von Kindern gefragt wird, was denn sein Beruf sei, muß er antworten, daß er zur Zeit nicht arbeiten dürfe, was in ihm Minderwertigkeitsgefühle auslöst.

R: »... wenn ich jetzt als Arbeitsloser sehr viel Zeit für meinen Sohn habe, dann merken schon Kinder, daß – äh und Kinder sind ja sehr offen, und die kommen dann eben mir entgegen und sagen, ‚Mein Papa, der fährt'n großen blauen Lkw. Und der hat immer'n schönes, äh, Elektroauto für mich. – Und was machst du? (I: Hm) Und da sag ich, ›Ja, ich kann auch Lkw fahren, ich hatte einen weißen Lkw. Aber im Moment darf ich das nicht.‹«

I: »Hm. ... Welche Gefühle sind das dann so...?«

R: »Minderwertigkeitsgefühle.« (S 32 LQ)

Herr R wird wütend, wenn ihm in Gesprächen mit Leuten das Vorurteil über psychisch Kranke entgegengebracht wird. Er nimmt sich dann Zeit, um sein Gegenüber davon zu überzeugen, daß er selbst nicht verrückt ist.

»... aber ich werde fuchsteufelswild, wenn mir dieses Urteil von jemandem, mit dem ich mir zehn Minuten Zeit genommen habe, entgegengebracht werden. Dann nehm ich mir noch zehn Minuten Zeit und frage den, was nun an mir verrückt ist.« (S 33 LQ)

Er versucht, seine Erkrankung Fremden gegenüber zu verbergen, andere Menschen merken ihm die Erkrankung äußerlich nicht an. (S 32 LQ) Er leidet unter Nebenwirkungen

der Medikamente, die sich auf den Körper mit Übelkeit niederschlagen. Er verbirgt dies jedoch nach außen, was ihm kürzlich bei einer Arbeitserprobung gelungen ist.

»... und ich hab auch diese Arbeitserprobung mit diesem Handicap durchgestanden, ohne daß das jemand gemerkt hat. Wollt ich einfach nicht, daß das jemand merkt.« (S 28 LQ)

## **Auswertung der Kategorie 2: Personale Ressourcen**

### **Unterkategorie Werte**

Für Herrn R ist die Natur, die es zu schützen gilt, sehr wichtig. Er hat sich viel mit Heilpflanzen, die es in der Natur gibt, beschäftigt. Deshalb möchte er immer den Wirkstoff in den Medikamenten, die er nimmt, wissen, damit er diesen auch in der Natur findet, da er chemische Produkte grundsätzlich ablehnt.

»Und ich orientier mich immer an der Natur. Und 's gibt sehr sehr schöne Naturfilme heutzutage, wo zum Beispiel die die Menschenaffen schon zwanzig Pflanzenarten als Heilpflanzen immer dann suchen, wenn sie denken, sie brauchen zum Beispiel Ruhe oder sie haben eine Entzündung, und dann suchen die sich 'ne Pflanze, die ein Antibiotikum enthält.« (S 34 LQ)

Für Herrn R ist Hilfsbereitschaft ein wichtiger zwischenmenschlicher Wert. Sie gilt vor allem seinen Großeltern väterlicherseits, denen er regelmäßig im Haus und im Garten hilft.

»... verpflichtet fühle ich mich eigentlich im Moment mehr meinen Großeltern einfach. Die brauchen jetzt unsre Hilfe. Die sind gebrechlich schon, den .. fallen einige Sachen schon nicht mehr leicht und, äh, die haben auch Probleme mit der Zeit einfach.« (S 2 LQ)

»... dann bin ich mal dort zum Fensterputzen und am Haus was helfen und im Garten was helfen, die Gräber machen .. von meinem Vater und von meinen Urgroßeltern. Also Sachen, die sie nicht mehr, einfach nicht mehr schaffen, da klink ich mich ein (I: Hm) und da geht's eigentlich rege hin und her, ja.« (S 3 LQ)

Herr R hatte zu seiner Großmutter mütterlicherseits, die vor einem Jahr gestorben ist, ein sehr inniges Verhältnis. Als diese alt und gebrechlich wurde, wollte er sie selbst betreuen. Er hätte sich vorstellen können, sie zuhause zu pflegen, was aber an Geldmangel und an dem eigenen instabilen Gesundheitszustand scheiterte.

»Ja, ich hab's also bedauert, daß ich für meine, äh, Oma mütterlicherseits nichts machen konnte, obwohl die hm, die Räumlichkeiten gewesen wären und ich hätte auch Zeit gehabt...« (S 3 LQ)

Für Herrn R hat Wissen und Bildung, z.B. in Form von Büchern oder dem Sammeln von alten Münzen, einen höheren Stellenwert in seinem Leben als Geld.

»... denn für mich ist die, eine größere Bedeutung, wenn ich ein Buch im Regal zu stehen habe und immer mal wieder zugreifen kann und das hat für mich mehr Wert als die Mark im Portemonnaie. (I: Hm) Ja? Das ist – Wert, faßbar ist die Mark im Portemonnaie ...aber für mein Leben der Wert ist eine gesammelte Münze... eben, höher einzusehen. (I: Hm) Oder, oder das Buch im im Regal. Wissen genauso, aber ich kann mir im Moment mit meinem Wissen noch nichts verdienen.« (S 17 LQ)

### **Unterkategorie *Fähigkeiten und Fertigkeiten, Arbeiten und Tätigsein***

Herr R hat vielfältige Interessen und Fertigkeiten, wie z.B. Musikhören, Videofilme ansehen über Naturschutz, Interesse für Ernährungsökologie, handwerkliche Geschicklichkeit. Beruflich hat er ein naturwissenschaftliches Studium hinter sich, kurz vor Abschluß ist er psychisch krank geworden. Er hat sich immer schon für die Natur, ökologischen Anbau und Umweltschutz interessiert. Es gibt vielfältige Vorstellungen, was er beruflich bzw. in welchen Bereichen er eine Umschulung machen könnte, z.B. zum Umweltschutztechniker, landwirtschaftlichen Assistenten, Fotografen oder orthopädischen Schuhmacher. Ihm wurde von den Behörden als »kostengünstigste Variante« Gärtner vorgeschlagen. Er weiß aber nicht, ob er damit seine Familie ernähren kann. Außerdem würde er gerne nur in seiner Freizeit mit Pflanzen zu tun haben wollen.

»Ich hab 'ne ganze Menge Vorstellungen, aber die Leute haben eben in ihrem Gutachten drinne stehen, daß ich Gärtner werden kann und das ist die kostengünstigste Variante und davon .. weichen die keinen Schritt ab.« (S 15 LQ)

»Wenn's in X [Stadt] was gäbe und ich kann die Leute dazu überzeugen, daß daß das für mich möglich ist, dann wäre vielleicht Umweltschutztechniker im Moment (I: Hm) 'ne gute Variante.« (S 15 LQ)

Herr R würde sofort Arbeit bzw. einen Job finden, allerdings möchte er sich nicht unter seinem Wert verkaufen.

»Ich würde sofort Arbeit finden. Das ist nicht das Problem. Aber ich möchte mich nicht unter Wert verkaufen. Ich könnte auf 'm Bau sofort – 10 Mark, 11 Mark. Kein Problem. Hm, da kommen, damit kommen wir auch um die Runden, aber das trifft sich nicht mit, mit meiner, hm, mit meinem Anspruch an mein, an mein Leben.« (S 15 LQ)

Am liebsten würde er im sozialen Bereich eine Ausbildung machen, da er inzwischen durch die eigene Erkrankung vielfältige Erfahrungen und Begegnungen mit anderen Patienten machen konnte und er sich für deren Schicksale interessiert. Er ist der Meinung, daß er genügend soziale und handwerkliche Erfahrung besitzt, die für diesen Beruf notwendig ist. Daher ist er sehr gekränkt, daß die Behörden diesen Berufswunsch ablehnen, er will mit einem Gutachten dagegen ankämpfen.

»Na, me- mein großer, mein großer Wunsch, äh, ist soziales Engagement (I: Hm). Das war's zuerst in der Entwicklungshilfe, dann kam diese Krankheit dazwischen, äh, dann war das gestorben... und dann kam eben, weil ich eben doch so vielfältig interessiert bin und auch eigentlich 'n bißchen geschickt bin, eben X [sozialer Beruf] zu werden.« (S 14 LQ)

»Ich würde gern X [sozialer Beruf] werden, ... um, um alle, um alle meine Fähigkeiten und und Fertigkeiten und mein, mein Drang, Neues zu lernen, so umzusetzen, daß ich jeden Tag 'ne Kleinigkeit vorweisen kann. Heute hab ich 'n Kerzenständer (I: Hm) geformt, heute hab ich 'n kleines Geschenk gemacht, heute hab ich 'n Brot gebacken. Um irgendwas jemandem, der in meinem Leben 'ne Rolle spielt, zeigen zu können. (S 23 LQ)

### **Unterkategorie *Einstellung zu sich und zur Umwelt***

Er ist sich selbst nicht sicher, ob seine unterschiedlichen Beschäftigungen und Basteleien als positiv einzuschätzen sind. Er ist sich aber sicher zu wissen, daß sein Bedürfnis, mit



Menschen zu arbeiten, etwas Positives ist. Außerdem besitzt er z.B. bei Verhandlungen mit Behörden, die Zweifel an seiner gesundheitlichen Stabilität haben, eine gewisse Hartnäckigkeit, die er ebenso als positive Eigenschaft einschätzt.

»Ob das nun gut ist, daß ich so'n Bastler bin und erstmal versuche, alles selber zu machen, oder ob das schlecht ist, weil man heute, wenn man rumguckt, überall ne, 'n gutes Angebot finden kann. Ob das nun, also ob meine Zettelwirtschaft nun gut ist oder, also. – Das einzige, was vielleicht äh gut ist, das ist bei mir, daß ich mein Bedürfnis, mit Menschen zu arbeiten und auch immer .. auch versuche zu geben, die erste Geige spielt und daß – ich eben da auch hartnäckig bin.« (S 23 LQ)

»Das ist vielleicht gut. Hartnäckig mich auch mit den Behörden auseinanderzusetzen, die eben nur die Minimalvariante sehen und nicht weiterdenken.« (S 23 LQ)

Herr R bezeichnet sich als »Freigeist«, d.h. er kann zwar keine wissenschaftliche Legitimation in Form eines Diploms vorweisen, andererseits ist er glücklicherweise unabhängig von monatlichen Honorarzahungen als angestellter Wissenschaftler bei »irgendeinem Chemiekonzern«. Er ist frei von Abhängigkeiten und hat die Freiheit, vieles zu hinterfragen, z.B. ob die Medikamente für ihn geeignet sind oder nicht.

»Und da bin ich ein Freigeist. Ich bin der Freigeist in der Beziehung. Ich bin nicht abhängig von den, von der äh monatlichen Honorarzahung von irgendeinem Chemiekonzern (I: Hm) und ich hinterfrage auch ganz konkret, ... ob ich's [Medikament] ständig von dem äh Pharmaproduzenten beziehen muß und schon in der Apotheke schief angeguckt werd, weil die das nicht im Repertoire haben und für mich jedes Mal bestellen müssen...« (S 34 LQ)

Als negative Eigenschaft nennt er, daß ein »sehr verschlossener Mensch« sei, was er jedoch sofort wieder zurücknimmt. Eigentlich sei er nicht verschlossen, er würde auf die Menschen zugehen. Was eher auf ihn zutrifft, ist, daß er »untypisch deutsch« sei, sich mit den Behörden streitet und sich weigert, sich einfach anzupassen.

»Ja, daß ich ein sehr verschlossener Mensch eigentlich bin. (I: Hm) Weil – na, was heißt, naja, das ist vielleicht auch falsch, ich bin nicht, bin ja eigentlich nicht verschlossen. Ich geh ja auf die Menschen zu. (Atmet aus) – Das ist es eigentlich nicht. Stimmt nicht.« (S 24 LQ)

»Daß ich so, vielleicht daß ich so untypisch deutsch bin. (I: Hm) Daß ich –en, en .. Menschen, der eben up-to-date ist, mit meiner Aufdringlichkeit ehe störe-, daß ich, ich weiß auch nicht, eben untypisch bin. – Daß ich mit den, mit den Frauen in den, in den Behörden eben ständig im Zoff liege, obwohl's viel einfacher wäre, immer ja zu sagen.« (S 24 LQ)

### **Unterkategorie Zukunftsperspektiven**

Herr R äußert sich in Bezug auf die Zukunft positiv. Er kann sich vorstellen, daß er z.B. in drei Jahren eine feste Arbeit hat, daß sein Sohn in die Schule kommen und er seinem zweiten Kind mehr Aufmerksamkeit schenken würde. Er würde Geld verdienen und könnte sich fortbilden, er könnte mit mehr Geld gesündere Lebensmittel kaufen. Er würde eventuell Pläne schmieden, ein Haus zu bauen bzw. ein altes Haus renovieren. Gesundheitlich würde sein Zustand so sein wie er zur Zeit ist. Insgesamt hat er eine optimistische Zukunftseinstellung.

»Bin immer optimistisch.« (S 36 LQ)

»... und würde vielleicht irgendwann anfangen, Pläne zu schmieden, um mir ein Haus zu bauen, 'n Holzhaus. Oder ich würde mich nach'm, nach'm alten Haus umschaun, was einer helfenden Hand bedarf, um es zu erhalten und um – von mir zum neuen Leben erweckt zu werden mit meinen Kindern...« (S 36 LQ)

Bezüglich der allgemeinen politischen und Wirtschaftslage wünscht sich Herr R, daß die Inflation gestoppt werde, daß das Geld nicht mehr Hauptthema für die Menschen sein würde, sondern der Mensch, die Natur, der Nachbar, die Freunde und daß es finanziell den Familien besser gehen würde. Außerdem wünscht er sich, daß die Bürokratie abgebaut wird, daß es Steuererleichterungen gebe für kleine und mittlere Gewerbe.

»Ich würde mir wünschen, daß die Aktien und das Geld für den Deutschen irgendwann mal nicht mehr das Hauptthema sind, sondern der Mensch und die Natur, hm, das schöne Land, in dem wir eigentlich leben, aber nicht nur ... ›Schaffe, schaffe, Häusle baue‹, sondern vor allen Dingen der Nachbar oder die Freunde...« (S 36 LQ)

In der psychosozialen Versorgung sollte die Vorsorge einen höheren Stellenwert erhalten als die Wiedereingliederung von Kranken. Er hält Nachbarschaftsbeziehungen, Fürsorge füreinander und zwischenmenschliches Interesse aneinander wichtiger als sich Gedanken zu machen, Kliniken zu bauen.

»Es darf nicht immer so laufen, daß erst die psychisch Kranken mal da sein müssen und dann überlegt wird, ob wir 'ne Tagesklinik aufmachen oder ob wir 'n Verein fördern oder eine geschlossene Klinik gebaut werden muß, sondern die Vorsorge (I: Hm) die muß einfach einen höheren Stellenwert äh erfahren als die medizinische Wiedereinrenkung.« (S 36 LQ)

»Mehr Ansprechmöglichkeiten für einen Menschen, der plötzlich mehr ißt und nur noch ißt und ausgelacht wird nur und niemand ihm rät, ›Geh mal, geh doch mal zu'em Psychologen, der kann dir vielleicht helfen...« (S 37 LQ)

»Da muß, da muß erstmal das Gef-, das Fein-, das das, da muß erstmal das menschliche Bedürfnis wieder in's Leben gerufen werden.« (S 37 LQ)

Hinsichtlich seiner eigenen beruflichen Situation wünscht sich Herr R von den Behörden, daß diese sein bisheriges soziales Engagement mehr würdigen und schätzen würden. Er ist der Meinung, daß er mit seinem Engagement in den letzten Jahren mehr bewirkt habe als manch ausgebildeter Professionelle, der von seinem Beruf nur genervt sei.

»Wenn ich meine eigene Zukunft anschau, die Behörden müßten .. merken, daß mein soziales Engagement über Jahre hinweg mehr bewirkt hat vielleicht schon als der fertige, fertig ausgebildete X [Berufsbezeichnung], der vom Arbeitsmarkt verschwindet, weil er 'ne Anstellung findet und der eigentlich immer nur genervt ist, weil er mit kranken Menschen arbeiten muß.« (S 37 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung von Religion***

Nach Religion wurde im Interview nicht gefragt.

### **Auswertung der Kategorie 3: Bewältigungskompetenzen, Selbsthilfebemühungen, Regulationsmechanismen**

#### **Individuelle Unterkategorie: *Struktur und Ordnung halten auf Wunsch der Lebenspartnerin***

Herr R neigt eher dazu, das »Genie« in ihm walten zu lassen, was dann zuhause leicht zu Chaos und Unordnung führen kann. Seine Lebenspartnerin erwartet von ihm, daß er als Hausmann in der Wohnung Ordnung hält und für Überschaubarkeit sorgt. Allerdings hält er eine Ordnung, die nach zuviel Sicherheit und daher ungemütlich wirkt, als unerträglich.

»Ja, daß ich Ordnung halte, ... daß ich meine Zettelwirtschaft, äh, einschränke, ja. Daß halt wirklich, wenn ich, wenn ich schon zu Hause bin, dann auch die Wirtschaft, äh, überschaubar ist und nicht, und nicht im Chaos ver- versackt, ja.« (S 9 LQ)

»Ach (lacht kurz), das Genie beherrscht das Chaos (I: lacht) und das ist 'ne Maxime, die hab ich mir einfach noch nicht, die hab ich einfach noch nicht abgelegt (I: Hm) und es gibt, es gibt nix Schlimmeres in meinen Augen als eine, eine Ordnung, die nach Untätigkeit, nach, äh, nach soviel Sicherheit äh riecht, daß es schon ungemütlich wird.« (S 10 LQ)

#### **Individuelle Unterkategorie: *Positive Erfahrung mit aktiver Selbstregulierung der Medikamente***

Herr R kann unterscheiden, was normaler und was krankheitsbedingter Zustand ist, z.B. wenn er seine Gedanken nicht mehr abschalten kann oder unter Schlafstörungen leidet. Er hat gute Erfahrungen mit der Reduzierung der Medikamente gemacht, mit der geringen Dosierung gelingt es ihm, wieder geistig aktiv zu sein.

»Ich bin also mit meiner Medikation, obwohl mir das nicht angeraten war, sehr stark zurückgegangen, und f-f-fühle ganz ganz genau, »Das ist normal« und wenn ich nicht schlafen kann, nicht abschalten kann, dann ist das unnormal.« (S 27 LQ)

»Also die Medizin zu nehmen, ist für mich zwingend, aber ich nehme nur sov-, geringe Mengen, daß ich geistig rege sein kann. Ich hab 'ne Zeit lang zuviel bekommen und war nicht mehr geistig aktiv. Hab nur noch konsumiert.« (S 27 LQ)

#### **Individuelle Unterkategorie: *Gezielte Streßeinschätzung und -regulierung seit Reduzierung der Medikamente***

Seitdem Herr R die Medikamente auf eigene Faust auf die geringstmögliche Dosis reduziert hat, merkt er sofort, ob er Streß ausgesetzt ist oder ob er ausgeglichen ist. In ausgeglichenem Zustand merkt er, wann seine Dosierung nicht mehr ausreicht und er eine Tablette mehr nehmen muß, um sich wieder zu regulieren.

»Also, das wird schon ganz stark davon beeinflusst, äh, wie ich mein Leben gestalte. Ob ich Streß ausgesetzt bin oder ob ich ausgeglichen, äh, ma-eine Arbeit verrichten kann. Wenn ich ausgeglichen bin, merk ich sofort, wenn meine Dosierung nicht mehr reicht -, ganz kleine Zeichen stell ich fest und kann ich, äh, indem ich 'ne Tablette mehr nehme, wieder ganz normal regulieren.« (S 27 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Erhöhung der Medikamente bei ersten Krankheitssymptomen***

Herr R erlebt sich wie auf einem dünnen Grat, den er entlangwandert. Wenn er zu wenig Medikamente genommen hat, merkt er, daß er nicht mehr abschalten kann und sich auf gedanklichem Höhenflug befindet. Dann erhöht er selbständig die Dosis der Medikamente.

»Also nehm ich die geringste Dosis, (I: Hm) die mich immer so auf dem Grat langwandern läßt. Und wenn ich zu wenig nehme, dann merk ich das, da kann ich nicht mehr abschalten. (...) Spätestens, wenn ich – an den ganzen Sinn denke, an meine Perspektiven ... Also wenn ich dann anfangen, rumzuspinnen und irgendwelche Türme für mich interessant werden, dann ist was nicht in Ordnung. Und dann muß ich mehr nehmen.« (S 13 IBE)

**Individuelle Unterkategorie: *Willensanstrengung bei der Bewältigung der Medikamentennebenwirkungen***

Herr R leidet unter starker Übelkeit aufgrund der Medikamente, was ihn ziemlich beeinträchtigt. Er hat jedoch die Einstellung, daß er damit leben muß. In Anforderungssituationen spielt die körperliche Beeinträchtigung keine Rolle mehr und er hat den starken Willen, daß andere diese Beeinträchtigung nicht merken sollen, wie ihm dies kürzlich bei einer Arbeitserprobung gelungen ist.

»Sage, ,nee, das ist 'ne Sache, mit der muß ich einfach leben.« (S 28 LQ)

»Naja, .. wenn ich gefordert bin, spielt das keine Rolle mehr. Auch manchmal schon, wenn ich dann Fahrrad gefahren bin bis auf Arbeit, klingt das ab, äh, und irgendwann Mittag krieg ich dann vielleicht Appetit (I: Hm), aber wie gesagt, ich lebe früh nur aus der Reserve und, ist komisch, deshalb bin ich trotzdem belastbar.« (S 28 LQ)

»Das belastet mich weiter nicht und ich hab auch diese Arbeitserprobung mit diesem Handicap durchgestanden, ohne daß das jemand gemerkt hat. Wollt ich einfach nicht, daß das jemand merkt.« (S 28 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Beschäftigung mit anspruchsvoller geistiger Tätigkeit***

Herr R hat das Bedürfnis, sich tagsüber mit anspruchsvoller geistiger Tätigkeit zu beschäftigen. Bei sechs Stunden Schlaf kann er seinen Tag planen und fühlt sich ausreichend belastbar. Früher hat er zuviel geschlafen und wurde passiv.

»... wenn ich sechs Stunden schlafe, dann ist das für mich völlig ausreichend. Und die andere Zeit muß ich mich beschäftigen, anspruchsvolle Arbeiten, muß mich auch geistig fortbringen – und bei der Dosierung, bei der ich jetzt angekommen bin, ist das eben so. Mir reichen sechs Stunden, dann steh ich auf, kann meinen Tag planen und Geplantes erfüllen und bin total belastbar.« (S 28 LQ)

**Individuelle Unterkategorie: *Entspannung durch gezieltes Meditieren und Musikhören***

Wenn Herr R merkt, daß er Ruhe braucht und abschalten muß, dann zieht er sich zurück, hört sich Musik an und versucht, sich dabei zu entspannen, was er selbst als eine Art Meditation bezeichnet und vom Autogenen Training unterscheidet.

»... also wenn, wenn ich merke, daß ich Ruhe brauche, dann mach ich mir gute Musik an und dann versuche ich, dabei zu entspannen. (I: Hm) Das ist ja 'ne gewisse Form von Medika-

Meditation. (I: Hm) Es muß ja nicht, äh, mit irgendwelchem, äh, autogenen Training, mit diesem sich selber immer Einreden, äh, ‚ich bin ruhig‘...« (S 31 LQ)

»Ich war immer 'n Mensch, der ohne irgendwelche Medikamente leben wollte. (I: Hm) Wenn ich was brauchte, dann hab ich zuerst versucht, über Heilkräuter, über vielleicht auch Ruhe, mal zurückziehen und nur mal Musik hören und entspannen, Ausgleich zu bekommen.« (S 26 LQ)

#### **Auswertung der Kategorie 4: Soziale Ressourcen**

##### **Unterkategorie Partnerschaft**

Seine Lebenspartnerin ist Herrn R sehr wichtig, sie stützt ihn und fordert ihn immer wieder, weitere Schritte zu gehen. Sie ist der Mensch, der ihm am meisten Kraft gegeben hat und in den Krankheitsphasen zu ihm gestanden hatte. Sie hat aus seiner Sicht keine Vorurteile, mit einem psychisch kranken Partner zusammenzuleben.

»Äh, natürlich sehr wichtig, und die stützt mich auch, und die gibt mir auch immer mal 'n Rungser, daß ich mal wieder bißchen vorwärts komme und daß ich halt nicht alles dem Selbstlauf überlasse.« (S 1 LQ)

»... ist sie [die Partnerin] für mich – der Mensch, der mir am meisten Kraft gegeben hat, am meisten von seiner Zeit gegeben hat. – Wenn sie nicht gewollt hätte oder wenn sie durch Vorurteile oder durch was auch immer mit 'em psychisch kranken Menschen es nicht ausgehalten hätte, dann – dann hätt ich mich vielleicht damals für die falsche entschieden, aber – ich glaube, es war die richtige.« (S 11 LQ)

Allerdings bestehen in der Partnerschaft auch Konflikte, die durch seine Krankheit bedingt sind. Für die Partnerin ist es oft sehr problematisch, mit ihm zusammenzuleben, sie überlegt sich häufiger, ob sie das alles tragen kann. Er selbst spielte immer wieder mit dem Gedanken, alleine sein Projekt »Entwicklungshilfe im Ausland« durchzuführen. Die zweite Schwangerschaft hat beide Partner einander wieder nähergebracht. Er spürt eine erhöhte Verantwortung der Familie gegenüber und versucht, für die materielle und soziale Sicherheit zu sorgen.

»Ja. (Atmet aus) Das ist schwierig (räuspert sich), weil eben auch in der Beziehung schon mal 'ne Rolle spielte, daß ich eben zu problematisch bin, daß X [Partnerin] eben auch schon überlegt hat, ob sie das tragen kann oder nicht. Und ich hab eben, äh, auch immer meine meine Träume noch und die gehen auch manchmal in die Richtung, eben erstmal alleine was zu versuchen, auf die Beine zu stellen, und dann eben doch, »Nee, dann eben lieber nicht«. Die an-, der andere Weg ist einfach 'ne größere Sicherheit für alle.« (S 7 LQ)

»Ja, jetzt kommt das zweite Kind. Das hat uns eigentlich schon wieder bißchen enger zusammengebracht. (...) Und naja, das ist schon so, daß daß mich das auch irgendwo festigt und irgendwie mich ständig daran erinnert, daß ich eben v- diese Verantwortung jetzt auch tragen muß.« (S 7 LQ)

Herr R beschreibt seine Lebenspartnerin als sehr stark, sie würde das Leben mit den Kindern auch alleine meistern und bräuchte ihn nicht unbedingt, er wurde von ihr wie eine

Last erlebt. Er fühlte sich in seiner Rolle als Familienvater nicht genügend geachtet. Dies führte innerhalb der Beziehung zu starken Rollenkonflikten, unter denen er manchmal leidet. In letzter Zeit hat er begonnen, sich dagegen zur Wehr zu setzen.

»...aber manchmal komm ich mir ganz schön unter'n Scheffel gestellt vor, muß ich auch sagen. Also, wo ich so träge war und geistig nicht mehr, äh, nachgefragt habe, mich nicht mehr engagiert habe, da waren eben nur noch die Vorwürfe, und da war ich, kam ich mir immer wie'ne Last vor für X [Partnerin]. Sie sagte immer, ach, das kriegt sie alles alleine hin... Braucht mich nicht und wenn ich jetzt wieder durchdrehe, dann soll ich bloß verschwinden und zu meiner Mutter gehen. Und da schieß ich in letzter Zeit schön zurück, da kriegt sie von mir auch vorge-setzt, daß sie das alleine nicht bewältigen würde und und da geraten wir manchmal ganz schön aneinander, aber – naja, ich sag mal so, ich lasse im Moment mein Licht nicht unter'n Scheffel stellen, ich hab wieder Ehrgeiz...« (S 7 LQ)

Bezüglich Sexualität wünscht sich Herr R, daß sie in der Partnerschaft eine größere Rolle spielen würde, so wie es am Anfang ihrer Beziehung gewesen sei. Er hat stärkere und häufigere Bedürfnisse nach Zärtlichkeit und Sexualität als seine Partnerin, er fühlt sich oft von ihr abgewiesen, wenn er seine Bedürfnisse danach mitteilt.

»Also ich merke immer, ich will immer mehr und X [Partnerin] möchte nicht in der Richtung. (...) ... und dann bin ich immer derjenige, der dann 'n Dämpfer kriegt. (...) Nu, komisch, aber das hätt ich mal gedacht, daß ... sich das einfacher regelt, daß man, daß der andere das auch merkt, daß man einfach Streicheleinheiten braucht und eben dann auch – auch mal fragt; aber gefragt wird überhaupt nicht und wenn ich, äh, dann fordernd werde, dann werd ich eben eher gedäm-... dann stoß ich einfach auf Ablehnung.« (S 8 LQ)

Manchmal wünscht sich Herr R, daß beide mehr gemeinsame Interessen hätten, sie liegen ihm zu weit auseinander. Seine Partnerin hat eher künstlerische Neigungen und möchte das Abitur nachholen, und er hat den Anspruch, für die soziale Sicherheit der Familie zu sorgen, wofür er sich bei den Behörden einsetzt.

»... und hätte mir schon gewünscht, daß wir, daß unsere Neigungen etwas enger beieinander liegen. Aber X [Partnerin] hat eben eher künstlerische Neigungen. Sie möchte sich eher in ihrer Freizeit äh musisch fortbringen und hat auch jetzt den Anspruch, das Abitur zu machen. Und ich habe eben eher den Anspruch im Moment, äh bißchen Sicherheit, soziale Sicherheit zu schaffen. Deshalb kämpf ich mit den Behörden ständig, und eben mich beruflich so fortzubringen, daß die Sicherheit immer gewährt ist, und eben nicht mehr meinen Flausen nachzujagen.« (S 7 LQ)

### **Unterkategorie *Familie***

Herr R zählt zu den wichtigsten Personen in seinem Leben als erstes seinen Sohn, an zweiter Stelle wird die Lebensgefährtin erwähnt. Dann sind die eigenen Großeltern sowie die Großeltern, die Eltern sowie der Bruder seiner Lebenspartnerin sehr wichtig. Die eigenen Eltern werden spontan nicht zu den wichtigsten Personen gezählt. Zu ihnen sowie zu seinen Geschwistern besteht kein so enger und intensiver Kontakt.

Der Sohn wird als »Nummer eins« bezeichnet, für Herrn R bedeutet er den »Sinn des Lebens«. Wenn der Sohn nicht da wäre, wüßte er nicht, was aus seinem Leben geworden wäre. Es bedeutet Herrn R sehr viel, die Entwicklungsschritte seines Sohnes mitzuerle-

ben. Wichtig ist es auch, für seinen Sohn eine »Respektperson« darzustellen, mit ihm Zeit zu verbringen und ihm vieles beizubringen.

»Ja. Mein Sohn (I: Hm) ist also Nummer eins.« (S 1 LQ)

»Das ist eben für mich jetzt der Sinn, der Sinn des Lebens (I: Hm) geworden. Wenn das nicht wäre, wüßte ich gar nicht, was was nun geworden wäre, muß ich sagen. Natürlich gibt es auch Probleme-, aber die haben wir bisher immer gelöst und-. Ja, das ist einfach jetzt der Sinn des Lebens.« (S 6 LQ)

»... und ich freu mich jeden Tag über'ne Kleinigkeit mit ihm. Ja, ich hoffe, ich bin für ihn eine Respektperson, aber ich merke eben auch, er ist eben, hat eben auch seinen eigenen Kopf und den hatten wir sicher auch.« (S 6 LQ)

Herr R hatte zu der Großmutter mütterlicherseits, die inzwischen verstorben ist, eine sehr innige Beziehung. Er teilte dies am Ende des ersten Interviews mit und wurde sehr traurig über den Verlust und daß er nicht in der Lage war, sich in den letzten Lebensjahren um die Großmutter zu kümmern. Er wollte sie gerne selbst versorgen, was aber finanziell und aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht möglich war.

»Naja, Oma war auch krank. Ich hab sie kaum noch gesehen. – Sie hat ja auch bei meiner Tante gelebt zeitlang. – Und wenn ich sie zweimal gesehen hab im Jahr, da war ich —, ich konnte sie nicht zu mir nehmen. (...) Und ich war einfach nicht stabil genug...« (S 14/15 IBE)

»Und da hab ich meine Oma eben, obwohl ich sie noch viel inniger geliebt habe als jetzt väterlicherseits, weil ich von ihr einfach, glaub ich, mehr mit- mehr bekommen habe zu, in Kinderzeit. (...) ... aber der ruhige Charakter meiner Oma, der war eben einfach für mich wichtiger als die ganzen Möglichkeiten, die ich von der anderen Oma erfahren hatte. Also wir haben, ich hab alles, was ich heute brauche, Nähmaschine nähen, äh, kochen, backen, alles von den Omas gelernt. (I: Hm) Meine Mutter hatte wenig Zeit.« (S 4 LQ)

Heute hat Herr R noch engen Kontakt zu den Großeltern väterlicherseits, die er regelmäßig besucht und denen er in Haus und Garten hilft. Er bekommt von ihnen auch Rückmeldung über seinen jeweiligen Gesundheitszustand, mehr als von seinen Eltern, da er häufiger Kontakt zu den Großeltern hat. Er wünscht sich von ihnen, daß sie ihn in Anspruch nehmen und daß er von ihnen gebraucht wird.

»... und sie beobachten das mit und ich kriege da von meinen Großeltern eigentlich auch mehr Rückkoppelung als von meinen Eltern, weil die mich eben öfters sehen. Und und die können mir dann eben sagen, »Ja, also beim letzten Mal, da warst du total apathisch. Da warst du nicht rege und frisch« oder sie sagen, »Na, man hat das eben gemerkt an deinen Bewegungen, auch wenn du mit geschafft hast, aber du warst irgendwie eckig, kantig in deinen Bewegungen, da war was nicht in Ordnung.« oder oder so in der Form.« (S 3 LQ)

»Ja, sie sie sollen – mich ganz einfach, äh, in Anspruch nehmen und nicht denken und nicht und nicht sagen, »Also, vielleicht belastet's ihn« oder »Vielleicht hat er gar keine Lust dazu«, sondern sie sollen jetzt, wenn sie ein Problem haben, eben zuerst zu uns kommen.« (S 4 LQ)

Die Eltern von Herrn R werden als beruflich stark beansprucht beschrieben, sie leben in einer anderen Stadt. Besuche sind nicht sehr häufig, es bestehen regelmäßige Telefon-

kontakte zu ihnen. Herr R wünscht sich, daß die Eltern ein stärkeres Bedürfnis hätten, öfter mit ihm und seiner Familie zusammen zu sein, oder daß ein intensiveres Interesse an seiner Situation bestehen würde. Stattdessen wird nur nach dem Nötigsten gefragt und ob er Hilfe bräuchte.

»Naja, das-s sieht, das sind, die sind sehr stark im Beruf eingespannt. Dazu kommt die räumliche Trennung. Von X nach Y [Städte] sind's ja doch immerhin zwei Stunden Bahnfahrt. Und meine Eltern haben also auch immer am Wochenende irgendwas geplant, so daß wir am Telefon zwar regelmäßig sprechen und uns mehr oder weniger Mut machen, aber – ah, es ist eben doch en, en etwas lo- lockeres Verhältnis.« (S 2 LQ)

»Ich wünschte, sie hätten mehr Bedürfnis, äh, mit mit uns zusammenzusein, aber da kommt eben immer was dazwischen, und da sieht man sich ein, zwei Mal im Jahr. Und da kann man grad mal so das Notwendigste, 's Nötigste besprechen, aber (I: Hm) nie in die Tiefe gehen und fragen, wie man sich fühlt, ob ob die Arbeit Spaß macht, ... sondern das ist halt immer nur, ›Braucht ihr Hilfe‹, äh ‚Wie stellt ihr euch das weiter vor‘ und und dann werden sie halt mal informiert, daß das zweite Enkel unterwegs ist und dann war's das.« (S 2 LQ)

Zum Bruder und zur Schwester, die beide in anderen Städten leben, bestehen keine intensiven Kontakte. Er bezeichnet die Beziehung zu ihnen als »flaches Verhältnis«. Sie schreiben sich oder telefonieren miteinander und sehen sich zu seltenen Familienanlässen. Er betont die Verschiedenheit zwischen ihm und seinen Geschwistern.

[Schwester] »... wir sehen uns einmal im Jahr. Aber dann, äh, haben wir uns sehr viel zu erzählen. Sind aber sehr unterschiedlich, muß ich sagen, wir waren immer schon unterschiedlich. Und jetzt auch in der Erziehung der Kinder sind wir eben wieder unterschiedlich.« (S 5 LQ)

[Bruder] »Mein Bruder, sehr schön, wenn ich ihn mal sehe. Aber von alleine herkommen macht er nicht. Aber ich glaube, das ist bei allen Geschwistern ähnlich, (I: Hm) man hört voneinander und man kriegt mal 'en Brief oder heutzutage, eben man telefoniert mal schnell miteinander. Aber so ein richtiges inniges, warmes Verhältnis ist es eben nicht, sondern, eher'n flaches Verhältnis. Jeder, jeder geht so seinen Weg, und die sind doch sehr unterschiedlich.« (S 5 LQ)

### **Unterkategorie *Freundeskreis***

Herr R hat ca. 20 Freunde. Seine wichtigsten Freunde, die er von seiner Schul- und Armeezeit kennt, sind in den Westen gezogen. Einige seiner Freunde sind Menschen, die auch von psychischer Krankheit betroffen sind und mit denen er sich regelmäßig trifft. Er hat sie in der Klinik bzw. in der Therapiegruppe kennengelernt. Mit einer Frau, die er in der Klinik kennengelernt hat, steht er in regelmäßigem Kontakt. Ihr geht es vergleichsweise noch schlechter als ihm, sie ist körperbehindert, findet keinen Partner und hat mehr psychische Probleme als er.

»Ich hab auch also im Krankenhaus eben jemanden kennengelernt (I: Hm), so die X zum Beispiel, die im Rollstuhl sitzt und mit der ich mich immer prima verstehe. Und wir machen in letzter Zeit wieder mehr zusammen, weil ich wieder reger bin, muß ich sagen, und mehr Bedürfnis nach Kultur habe und dann eben auch auf die Idee komme, sie einfach ins Auto zu laden und mitzunehmen. (I: Hm)... aber sie hat glaub ich im Moment mehr Probleme als ich, sowohl äh eine Partnerschaft zu finden als auch äh psychische Probleme.« (S 12 LQ)



»Ja, dann zu- zum Beispiel hab ich L-Leute kennengelernt in der Gruppe, in der ich war lange Zeit, und das ist eben nun auch 'ne private Beziehung geworden. Wenn wir eben Bedürfnis haben, dann rufen wir an und dann machen wir irgendwas aus und dann gehen wir zusammen in ein Cafe oder mal Eis essen oder, oder mal ins Kino.« (S 12 LQ)

Ein Freund steht Herrn R besonders nahe, der jetzt in einer anderen Stadt lebt und der auch eine eigene Familie gegründet hat. Mit ihm steht er in regelmäßiger Verbindung.

»Also, 's gibt äh wichtige Freunde, die fast so wichtiger sind als zum Beispiel Bruder und Schwester (I: Hm), zum Beispiel der X [Freund], der nach Y [Stadt] gegangen ist jetzt. (...) Weil er eben auch ein Kind hat mittlerweile und weil unsere Interessen immer noch die gleichen sind und und dann eben das Bedürfnis auch da ist, was zusammen zu unternehmen, um .. genau zu wissen, was den den anderen bewegt und was ihm im Moment das wichtigste ist.« (S 12 LQ)

Zu seinen wichtigsten Freunden zählt Herr R auch den Bruder seiner Lebensgefährtin, der ihn sehr unterstützt bei schwierigen Behördenverhandlungen. Herr R fühlt sich ihm sehr ähnlich, dieser zieht Herrn R mit, motiviert ihn, hat Verständnis für ihn und ist sehr feinfühlig.

»... und das ist eben auch schon mehr als'n Freund... der kümmert sich, oder oder der unterstützt mich eben auch äh tatkräftig bei meinen schwierigen Verhandlungen mit den Behörden (I: Hm) und der ist für mich irgendwo wichtig, weil er äh genauso ist wie ich. (I: Hm) Ja, er hat sehr hohe An-Ansprüche, stellt er an seine Partnerin und an sein Leben« (S 13 LQ)

»...der ist sehr feinfühlig auch immer gewesen ... und von ihm fühl ich mich sehr, sehr gut verstanden immer.« (S 13 LQ)

### **Unterkategorie *Nachbarn***

Herr R hat das Bedürfnis und ist aktiv daran beteiligt, nachbarschaftliche Kontakte zu pflegen und Ansprechpartner wegen den Kindern zu haben und mit ihnen etwas gemeinsam zu unternehmen. Zu einer Familie im Haus besteht ein guter Kontakt.

»Ja weil weil über uns eine sehr nette Familie wohnt, zu der wir guten Kontakt haben. Weil ich ich immer das Bedürfnis habe, auch mit mit Leuten, mit denen ich im Haus wohne, auch mal kurz zu sprechen oder, oder zum Beispiel, wenn man das Bedürfnis hat, mal gemeinsam was zu unternehmen mit den Kindern, eben auch Ansprechpartner braucht.« (S 18 LQ)

### **Unterkategorie *Psychosoziale Einrichtungen***

Herr R war früher einige Male in Patientenclubs, wo er sich aber unwohl gefühlt hatte, da es ihm zu schmutzig war. Er ist aber nicht grundsätzlich gegen solche Einrichtungen. Er könnte sich vorstellen, wieder einmal hinzugehen, um zu sehen, was sich in der Zwischenzeit verändert hat. Er könnte sich auch vorstellen, dort ein »bißchen Weihnachtsflair reinzubringen«.

»Ja, mich einfach unvo- unwohl fühle, weil äh ich meine, ich bin, ich bin kein ah – Pedant (I:Hm), .. bei dem's glänzen muß, aber äh ein gewisses, ein gewisser Sinn; ist vielleicht Quatsch, das dürfen Sie jetzt nicht am X [Patientenclub] festmachen. Ich war lange nicht mehr im X (I: Hm) Ich war lange nicht mehr und ich gehe mal wieder hin, guck's mir mal wieder an. (I: Hm) Vielleicht mit der Idee, jetzt da bißchen Weihnachtsflair reinzubringen.« (S 35 LQ)

Herr R hat früher fünf Jahre lang an einer Gesprächsgruppe teilgenommen. Von seinem Arzt aus steht ihm die Teilnahme an dieser Gruppe weiterhin jederzeit offen, wenn er das Bedürfnis danach hat. Zur Zeit nimmt er nicht an dieser Gruppe teil.

»Der Termin für die Gruppe steht mir auch immer offen... Wenn mir danach ist, dann kann ich jederzeit anrufen und kann kommen, zu der zur Gruppe donnerstags oder so.« (S 30 LQ)

### **Unterkategorie *Arzt-Patient-Beziehung***

Herr R ist zu seinem ambulanten Psychiater zurückgekehrt, bei dem er früher fünf Jahre in einer Gesprächsgruppe war. Er war mit der vorherigen Ärztin unzufrieden, da diese zu starre Regeln und Forderungen an ihn stellte. So mußte er sich z.B. strikt an feste Termine und sich strikt an Absprachen über Medikamente halten, ein flexibler Umgang war nicht möglich. Er erlebte sich als explizit »kranker Mensch«, der sich »immer schön zu melden« hatte.

»Also die Frau Doktor X, bei der ich äh eine Zeitlang war, war das einfach so, daß ich das Medikament zu nehmen habe (I: Hm), daß ich mit ihr abzusprechen habe, wann und wie ich das einnehme und daß ich regelmäßig zum Blutbild zu kommen habe und daß ich mich bitteschön als kranker Mensch äh immer schön zu melden habe und regelmäßig Termin zu vereinbaren habe... und halt als gebrechlicher Rentner bitteschön der Pflicht nachzukommen, Termine einzuhalten, Termine abzusprechen und mich verantwortungsbewußt zu verhalten. Und das war mir zu einfach, das war mir zu starr.« (S 30 LQ)

In der Beziehung zwischen der früheren Ärztin und ihm erlebte er eine Distanz. Wie sie ihn als »gebrechlichen Rentner« behandelte, entsprach nicht seinen Bedürfnissen nach Mitgestaltung und seiner Lebensauffassung.

»Das war nicht meiner Lebenssituation entsprechend und ganz, schon gleich gar nicht meinem Charakter entsprechend. – Und deshalb bestand zwischen uns vielleicht auch immer 'n bisschen eine Distanz ...« (S 30 LQ)

Bei dem jetzigen Arzt (der früher – wie schon erwähnt – sein Gruppentherapeut war) muß er zwar auch zur regelmäßigen Blutbildkontrolle kommen, aber er fühlt sich mehr von ihm verstanden, z.B. wenn er wegen der bürokratischen Hindernisse wutgeladen zu ihm kommt. Dann stehen in solchen Momenten die Frage der Nebenwirkungen von Medikamenten nicht so im Vordergrund wie seine aktuellen Nöte und Sorgen.

»... und da ist es beim Doktor X, ist es eben so, er stellt auch die Forderung, ich habe monatlich zum Blutbild zu kommen (I: Hm), äh, ich habe mit ihm über die Medikation zu sprechen und – merke aber trotzdem, daß er genau merkt, wenn ich geladen bin wegen irgendwelcher Büro-, Bürokratie, daß mich das im Moment mehr beschäftigt als diese Medikation (I: Hm), daß ich der Sache auch gewachsen bin und daß das wichtiger ist im Moment als nun zu sprechen, ob ich äh wieder früh erbrochen habe oder äh, weil das ist 'ne Sache, mit dem muß man dann leben.« (S 30 LQ)

Der jetzige Arzt gibt ihm konkrete Ratschläge, wie er erhöhten Streßsituationen begegnen kann, z.B. durch Erhöhung der Medikamente. Der Arzt läßt ihm auch die Entscheidungsfreiheit, dies selbst zu regulieren. Ihm wird angeboten, daß er jederzeit bei Probleme-

men kommen oder anrufen kann und der Arzt diktiert ihm nicht die Termine. Herr R hat auch das Angebot, jederzeit in die Gruppe zu kommen.

»Und da wird eben kurz und knapp auch mal gesagt, ja ich soll mal lieber noch 25 Miligramm mehr nehmen, wenn ich 'n ganzen Tag äh mit Behörden zu tun hatte und, oder auch so im Gespräch (I: Hm) geführt habe, was mich aufgewühlt hat, soll ich selber entscheiden, nehm ich eine mehr oder nicht. (I: Hm) Und wenn's Probleme gibt, kann ich immer kommen. (...) Und nicht mehr so Termine, Termine, Termine und ‚Sie haben zu kommen‘, sondern wenn, wenn mir danach ist (I: Ja), dann kann ich jederzeit anrufen und kann kommen zu der, zur Gruppe donnerstag oder so.« (S 30 LQ)

Herr R formuliert seinen dringenden Wunsch an die Ärzte, daß er eine umfassende ärztliche Bescheinigung bräuchte, die besagt, daß er bis zu einem bestimmten Punkt trotz der Einnahme von Medikamenten belastbar ist und z.B. für einen bestimmten Beruf für geeigneter gehalten wird als für einen anderen. Er würde ein eingeschränktes Attest, daß er z.B. für einen bestimmten Beruf nicht geeignet sei, von einem Arzt eher annehmen können als von einem ihm unbekanntem Gutachter, der ihm einfach vorgesetzt wird, wenn es um die berufliche Eignung geht.

»Ja, ich würde gerne von den Ärzten mal umfassend bescheinigt bekommen -, daß ich belastbar bin bis zu einem Punkt, der von mir aus, äh, daß von mir aus 'ne konkrete Aussage getroffen wird, äh, obwohl ich das Medikament nehme, bin ich belastbar und bin vielleicht als X [Berufsbezeichnung] äh wichtiger als – als Orthopädienschuhmacher. In der Richtung würd ich gerne 'ne ganz konkrete Aussage von meinen Ärzten (I: Hm) erhalten. Und wenn da drin steht, ›Der X [sein Name] ist als gesund zu betrachten, aber, äh, es ist unvorstellbar, daß er sich als X [Berufsbezeichnung] ausbilden läßt und später mit, äh, kranken Menschen arbeitet‹, dann würd ich das von meinen Ärzten mehr annehmen als von irgendeinem Gutachter, den ich da vorgesetzt kriege.« (S 31 LQ)

## **Auswertung der Kategorie 5: Materielle Ressourcen**

### **Unterkategorie *Finanzielle Situation***

Herr R und seine Familie leben neben der kleinen monatlichen Rente und dem Bafög seiner Lebensgefährtin von Ersparnissen und Reserven, die dafür gedacht waren, sie langfristig in einem Bausparvertrag anzulegen. Sie müssen sich in ihrer Lebensführung einschränken, sie können sich z.B. bestimmte Bücher oder umweltbewußte Nahrungsmittel im Bioladen nicht leisten und müssen immer auf günstige Angebote achten.

»Tja, wir leben vom Ersparten. Wir brauchen (räuspert sich) nicht viel, aber die Inflation, die schleichende Inflation macht sich auch bei uns bemerkbar. Wir können nicht so leben, wie wir eigentlich leben möchten. (I: Hm) Wir können also nicht im Bioladen einkaufen, obwohl ich das machen möchte. Es geht einfach nicht. Kriegen wir finanziell nicht hin.« (S 16 LQ)

»Wir müssen an's Ersparte gehen ..., was wir gerne für, was wir gerne anlegen würden (I: Hm), um 'n Bausparvertrag oder irgendwas zu machen. Ja, das brauchen wir eben heute, um, um die Runden zu kommen.« (S 16 LQ)

»Zum Beispiel was Bücher betrifft, um vorwärts zu kommen, (I: Hm) da müssen wir eben, äh, auf Freunde zurückgreifen, oder müssen überall gucken, daß wir die optimalste, die kostengünstigste Variante finden. Wir müssen eben auch bei solchen Sachen, wo wir eigentlich, äh, um-

weltbewußter einkaufen möchten, zurückstecken, weil wir einfach 's Billigste nehmen müssen, ja.« (S 16 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung von Geld***

Mit Geld verbindet Herr R nicht nur ein Bankkonto und eine Kreditkarte, sondern etwas Geschichtliches. Er sammelt alte Münzen. Für ihn bedeuten Wissen, Bildung und geistige Werte mehr als Geld.

»Ach Geld (räuspert sich). Ich sammle Münzen, aber also zu der, zu dem Zahlungsmittel eine no-noch größere, glaub ich, Bedeutung als das nur übers Konto und über die Chipkarte zu bewegen, sondern mit Geld ist bei mir auch ganz schön viel Geschichte verbunden.« (S 17 LQ)

»Wenn ich ein Buch im Regal zu stehen habe und immer mal wieder zugreifen kann und das hat für mich mehr (I: Hm) Wert als die Mark im Portemonnaie. Ja? ... aber für mein Leben der Wert ist eine gesammelte Münze... oder das Buch im im Regal. Wissen genauso, aber ich kann mir im Moment mit meinem Wissen noch nichts verdienen.« (S 17 LQ)

Für die ihn und seine Lebensgefährtin spielt Geld nicht die erste Rolle, wichtiger ist, daß sie ihr Abitur macht und sich mit musischen Dingen beschäftigt, und daß er Zeit hat für andere Dinge, wie z.B. im Garten zu arbeiten oder Handwerkliches herzustellen.

»... aber Geld ist eben nicht alles...« (S 3 LQ)

»Und Gott sei Dank spielt 's Geld bei uns nicht so 'ne große Rolle, daß ich mich jetzt also verkaufen müßte, bloß um irgendwelche Wünsche zu erfüllen, sondern bei uns ist es eben immer so, daß das Geld erst die zweitrang-, die zweite Geige spielt. (I: Hm) Wichtiger ist eben für X [Partnerin], daß sie ihr Abitur macht, daß sie auch bisschen Zeit hat, äh, Klavier zu spielen und, äh, für mich eben, daß ich Zeit habe, im Garten zu wurzeln ...« (S 7 LQ)

Wenn man Geld hat, bedeutet dies eine Beruhigung, ein Lebensgefühl, das beruhigt, etwa in Form einer Lebensversicherung, so daß sein Kind erst einmal finanziell abgesichert ist. Geld hat für ihn auch etwas Bedrückendes im Sinne von »Geld regiert die Welt«.

»... aber das ist eben so, Geld regiert die Welt, und wir sind in so'm Land, wo, wo das irgendwo noch Si-, ne gewisse Sicherheit ist, wenn man auf seinem Konto einen kleinen Betrag zu liegen hat und immer weiß, also wenn, wenn mir was passiert, dann hab ich 'ne Lebensversicherung und dann ist mein Sohn erstmal drei Jahre abgesichert. (I: Hm) Das ist schlimm, aber 's ist, ist heute irgendwo 'n Lebensgefühl, was eben auch 'n bisschen, bisschen Ruhe gibt, ja.« (S 17 LQ)

### **Unterkategorie *Bedeutung der Wohnung***

Herr R findet seine Wohnung hell, praktisch, warm, und sie ist das erste sichtbare und faßbare Zeichen von Belohnung für seine Bemühungen bei den Behörden. Er hatte die Sozialwohnung durch einen Wohnberechtigungsschein bekommen. Für die Familie ist sie »genau das richtige«.

»Sie ist hell, sie ist praktisch, sie ist warm und sie ist das, das erste Faßbare für mich, weil es 'ne Sozialwohnung ist, wo sich dieser ganze elende Bürokratenquatsch irgendwo mal in irgendwas, also in was Faßbaren niedergeschlagen hat. ... daß ich, äh, mit diesem wenigen Vorzuweisenden einen Wohnberechtigungsschein bekommen habe und mit diesem Wohnberechtigungsschein, auf den ich immer gepocht habe, wenn 's in der Familie darum ging, doch nun endlich wieder orden-

ordentlich zu wohnen. Also schon für mich was was Höheres. 's ist eben – für unsere kleine Familie genau das richtige.« (S 17 LQ)

Herr R hätte gerne bei den Renovierungsarbeiten im Haus, z.B. beim Einsetzen neuer Fenster, mitarbeiten wollen. Er hätte sich ein Angebot von Seiten des Hausvermieters an ihn gewünscht mitzuarbeiten. Die Arbeiten werden nun von einer Firma durchgeführt, die hauptsächlich ausländische Arbeiter beschäftigt, was er kritisiert. Man hätte viel Geld dabei sparen können.

»... ich würd mir wünschen, .. daß die mir hätten ein Angebot gemacht, hier irgendwo was mitzuwü- zu werkeln. Die die Häuser sind nun hier gegenüber schön geworden. Da hätten keine Ausländer beschäftigt sein müssen. ... die hätten auch mich beschäftigen können, da den Putz abzuhacken, aber nein, es müssen eben Ausländer sein...« (S 19 LQ)

Der Stadtteil und die Umgebung sind für ihn und seine Familie ideal, da es »viel Grün rundherum« gibt und der Sohn Möglichkeiten hat, in der unmittelbaren Umgebung zu spielen. Früher hatten sie in einem Haus gewohnt, wo dies nicht möglich gewesen ist.

»Na, weil viel Grün rundherum ist. Weil X [der Sohn] 'ne Möglichkeit hat, hinter'm Haus zu spielen, was in unserm, in dem Privathaus, wo wir gewohnt haben, eben nicht .. möglich war, weil weil das einfach eine Dreckecke war, wo jeder seinen Schutt abgeladen hat.« (S 18 LQ)

# ANHANG C: KOMPARATIONSTABELLEN

Komparationstabellen über alle Kategorien für 9 Probanden

## Komparationstabelle 1

Kategorie 1: *Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit*  
Unterkategorie *Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit*

---

**Frau P** (010; 53 Jahre) nennt positive und negative Gründe für ihre Befindlichkeit. Positiv ist, daß sie mit ihrem Lebenspartner zusammenlebt und nicht allein ist. Negativ ist, daß sie körperliche Schmerzen hat, oft unter Müdigkeit leidet und sich Sorgen um den Erhalt ihrer Wohnung macht. Ansonsten ist sie »eigentlich zufrieden«.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Sie bezeichnet sich nicht als psychisch krank und fühlt sich nicht als nervenkrank, »ich bin doch noch so ziemlich normal ... ich kann zwar nicht mehr so denken wie früher ... als verrückt würde ich mich nicht bezeichnen ...«.

---

**Frau G** (048; 59 Jahre) äußert Zufriedenheit über ihre momentane Lebenssituation. Begründung: Sie hat keine Schmerzen, keine finanziellen Sorgen, hat einige Abwechslung in ihrem Leben. Ist manchmal unzufrieden, wenn der Ehemann nichts mit ihr zusammen unternimmt (z.B. Stadtbummel oder Kino).

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Sie fühlt sich zur Zeit nicht als psychisch krank, ihre Angst ist weniger geworden, sie fühlt sich ruhiger und gelassener. Sie räumt aber ein, daß sie auch nicht ganz geheilt ist. Sie weiß, daß es keine 100%ige Sicherheit gibt, daß sie nicht wieder krank wird.

---

**Frau C** (030; 37 Jahre) bezeichnet sich weder als krank noch als gesund. Wenn sie an ihrer Belastungsgrenze und erschöpft ist, vergleicht sie sich mit ihrem »gesunden« Freundeskreis und stellt fest, daß es ihr genauso geht wie ihren Freunden; »also geht's denen jetzt genauso wie dir's da geht«; »das sind dann mehr organische Erschöpfungen noch mit«.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Sie bezeichnet sich nicht als psychisch krank, leugnet aber nicht, »seelisch angeschlagen« zu sein. »Ich sage jetzt nicht, ich bin ein 105%ig gesunder Mensch seelisch.« Es gibt im Jahr ca. 2 Monate, in denen sie zu kämpfen hat, hat es bis jetzt aber immer geschafft, sich zu stabilisieren. Sie schließt nicht aus, bei einer schweren seelischen Krise wieder in eine Klinik zu müssen, wovor sie jedoch einen »extremen Horror« hat.

---

**Herr B** (036; 51 Jahre) schätzt seine aktuelle Befindlichkeit einerseits als gut ein. Begründung: Er ist nicht alleine, da er Kontakte hat, bei denen man sich gegenseitig hilft und unterstützt. Andererseits leidet er unter Depressionen und unter wechselhaften Stimmun-

gen, »...es ist wechselhaft, einmal so, einmal so, einmal so...«. Er relativiert seine Befindlichkeit, indem er sich mit anderen vergleicht, denen es noch schlechter geht.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Er bezeichnet sich nicht als psychisch krank; »Ach Quatsch ... bin normal wie jeder andere auch, bin nicht psychisch krank...«. Er sagt aber im nächsten Satz, daß er »psychisch am Ende« ist; manchmal hat er Wahnvorstellungen, zu dieser Zeit »war ich krank«.

---

**Frau I** (009; 37 Jahre): Positiv ist, daß sie durch das Arbeitslosengeld materiell abgesichert ist, zur Zeit keinen Arbeitsstreß hat und daß es ihr durch die Partnerschaft gut geht. Belastend ist die Angst vor dem bevorstehenden Berufswiedereinstieg.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* »... ich bezeichne mich im Moment jetzt eigentlich als gesund, deshalb spreche ich jetzt in der Vergangenheit darüber...« (S2LQ)

---

**Herr S** (012; 39 Jahre): Negativ ist das Alleineleben, daß er keine eigene Partnerin und Familie hat. Er ist insgesamt nicht zufrieden mit seinem Leben; ihm fehlt der Antrieb, er schläft zuviel, hat Übergewicht. Er kann die viele Freizeit nicht für sich sinnvoll nutzen.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* bezeichnet sich »im Moment eigentlich nicht« als psychisch krank. »Es geht mir nicht gut, es geht mir nicht schlecht, es geht mir so mittelmäßig, so la la.« (S7 IBE)

---

**Herr R** (031; 31 Jahre): Er ist nicht zufrieden mit seiner Lebenssituation, weil er nicht arbeiten kann. Körperliche Einschränkung durch die Nebenwirkungen der Medikamente (starke Übelkeit). Seit eigener Reduzierung besseres Wohlbefinden, bessere Konzentration. »Ich kann wieder Bücher lesen.« (S13 IBE)

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Fühlt sich seit längerer Zeit wieder stabil. »Also im Moment wird mir von Frau Dr. X bescheinigt, ich bin als gesund zu betrachten.« (S25LQ)

---

**Frau A** (032; 39 Jahre): Schätzt ihre Lebenssituation als positiv ein, sie hat ihre Wohnung, ihre Arbeit, Geld und Freunde. Außer Schlafstörungen geht es ihr gesundheitlich gut.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Würde sich zur Zeit nicht als psychisch krank bezeichnen.

---

**Herr M** (103; 33 Jahre): Belastend ist für ihn, kurz vor der Scheidung zu stehen; er hätte sich die Beibehaltung der Beziehung zu seiner Frau gewünscht. Positiv ist, daß er eine Arbeit hat, die ihm Spaß macht, damit geht es ihm verglichen mit anderen Betroffenen gut und kann zufrieden sein.

*Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:* Bezeichnet sich zur Zeit »eigentlich nicht« als psychisch krank. (S7LQ)

---

## Komparationstabelle 2

### Kategorie 1: *Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit* Unterkategorie *Bedeutung der Diagnose*

---

**Frau P** (010) wurden verschiedene Diagnosen gestellt, Schizophrenie und Depressionen. Sie kann sich unter Schizophrenie nichts vorstellen. Durch die Diagnose fürchtet sie, von anderen abgelehnt zu werden. Sie traut sich nicht, mit anderen Menschen zu sprechen, die über ihre Diagnose wissen könnten.

»Naja, das ist ein bißchen niederschmetternd ... da getraut man sich schon mit keinem Menschen anzusprechen...«.

---

**Frau G** (048) hat keine direkte Diagnose erfahren. Sie nennt keine Namen für ihre Erkrankung, sondern umschreibt ihre Krankheit mit dem Erleben von Unsicherheit, Angstzuständen und Verfolgung. Psychisch krank sein bedeutet für sie, daß das Denken nicht mehr funktioniert. Mit Verfolgtsein beschreibt sie:

»... daß ich eben gedacht habe, das Flugzeug, das kommt wegen mir dort ...«.

---

**Frau C** (030) wurden unterschiedliche Diagnosen gestellt, in einem Krankenhaus Depression und in einem anderen Schizophrenie. Bei ihrer ersten Klinikaufnahme befand sie sich in einem extremen Erschöpfungszustand und hatte Schwierigkeiten, zwischen Realität und Einbildung zu unterscheiden. Sie ist aber der Diagnose Schizophrenie gegenüber skeptisch und mißtrauisch. Sie glaubt nicht, daß die Diagnose auf sie zutrifft. Sie konnte im Vergleich zu anderen Patienten bei sich nie Symptome, wie etwa Verhaltensveränderungen, feststellen.

**Herr B** (036) wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt, »... schizophren, fertig ...«. Er meint, daß er die Diagnose hinnehmen und akzeptieren muß. Er verlagert das, was nicht mehr normal ist, außerhalb seiner Person,

»... eine andere Welt. – Verrückte ... Na, daß die nicht mehr normal sind, Mensch, daß die bloß rumspinnen, daß da kein Verlaß ist und nichts ...«.

---

**Frau I** (009) Vermutung einer Schwangerschaftspsychose wurde von den Ärzten widerlegt; Ärzte sagten, daß es eine »richtiggehende Schizophrenie« ist; weiß nicht genügend darüber Bescheid. Sie fühlt sich nicht gut informiert über die Erkrankung.

---

**Herr S** (012) Diagnose bedeutet »Nervenkrankheit«; sie wurde ihm erklärt, und er hat sie akzeptiert. »... hat 'ne Ärztin zu mir gesagt, es wäre paranoide Schizophrenie, Wahnsinn mit gespaltenem Bewußtsein« (S5LQ).

---

**Herr R** (031) Ihm wurde die Diagnose »halluzinatorische Schizophrenie« gestellt. »Das ist für mich ein Verwirrungszustand, .. ein Gebrechen ganz einfach, was sich über .. das Gehirn, über das wichtigste am Menschen überhaupt, äußert.« (S24LQ) Direkt nach Krankheitsbeginn konnte er die ärztlichen Erklärungen über seinen Zustand und seine Diagnose nicht aufnehmen, er war zu verwirrt.

---

**Frau A** (032) Sie weiß, daß sie eine Psychose hat. Sie hat bei den Ärzten nicht näher über die Bedeutung nachgefragt. Im Wörterbuch verstand sie die Erklärungen nicht ausreichend. Heute würde sie gezielter nachfragen.

---

**Herr M** (103) Die Diagnose »Schizophrenie« zu haben, ist wie ein »Schicksalschlag« und



bedeutet, »daß sich eben bei mir das Bewußtsein spaltet, daß ich (mich) nicht mehr im alltäglichen Leben zurecht find ..« (S7LQ) Er muß damit leben und versucht, sein Leben und seinen Alltag zu meistern.

---

### Komparationstabelle 3

Kategorie 1: *Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit*

**Unterkategorie Veränderung durch die Krankheit**

---

**Frau P** (010) Durch die Krankheit hat sie das Sorgerecht für ihre Tochter verloren. Seit der Krankheit leidet sie immer unter starker Müdigkeit, dadurch kann sie nur mit Schwierigkeiten einen geregelten Tagesablauf einhalten. »Aber die Nervenärztin hat mir schon gesagt, das ist meine Krankheit, die Müdigkeit. Aber ist was Furchtbares, wenn man so müde ist...«

---

**Frau G** (048) Durch die Krankheit mußte sie und ihr Mann auf vieles verzichten (z.B. Urlaubsreisen, Kuraufenthalte). Durch die Erkrankung sehr stark abgemagert, dadurch starke Minderwertigkeitskomplexe entwickelt, »... das war ja eigentlich das Schlimmste, was mir auch sehr viel Komplexe mit gebracht hat, ne, die .. Minderwertigkeit anderen Leuten gegenüber...«. Die akuten Krankheitsphasen stellten eine Unterbrechung des »normalen Lebenswandels« dar, wozu die Familie und Ordnung zählen.

---

**Frau C** (030) Durch die Medikamente hat sie sich »... mehr und mehr in ein anderes Wesen verwandelt...«. Sie hat viele Krankheitskrisen durchlaufen und durchlitten und hat sich im Laufe der Jahre ihre Eigenständigkeit und Autonomie hart erkämpft. Sie hat im Laufe der Zeit die Erkenntnis gewonnen, daß sie sich in ihrem Leben oft hat ausnutzen lassen, »... und das ist heute ein Stückchen noch mein Handicap, also nein sagen zu können...«.

---

**Herr B** (036) Durch die Krankheit hat sich einiges »zum Guten« und einiges »zum Schlechten« verändert. Positiv ist, daß er von vielen Seiten Hilfe und Unterstützung erhält. Negativ ist, daß er durch die Krankheit unangenehmen Stimmungsschwankungen ausgesetzt ist. Zu den negativen Dingen in seinem Leben gehört die negative Erfahrung, die er in der Psychiatrie gemacht hat. »Spritzen und lauter; das erinnert mich immer an die Art und alles mögliche... Das kotzt mich an. Und das macht mich krank.«

---

**Frau I** (009) Hat erhöhte Wachsamkeit ihrer Gesundheit gegenüber entwickelt. Sie hat die Erkenntnis gewonnen, daß Gesundheit nicht etwas Selbstverständliches ist. Durch die Krankheit wurde ihr die Umschulung ermöglicht, was für sie eine große Entlastung von dem Berufsstreß in ihrem ersten Beruf bedeutet.

---

**Herr S** (012) Durch die Krankheit hat er die Arbeit verloren und damit verbunden die Kontakte zu den Arbeitskollegen. Sein Tagesrhythmus hat sich stark verändert, früher hatte er in drei Schichten gearbeitet, heute hat er viel Zeit, zuviel Zeit, er schläft zuviel. Er hat Übergewicht.

---

**Herr R** (031) Krankheit bedeutete »das Aus meiner Träume« und »Perspektivlosigkeit«, das Ende seiner beruflichen Perspektiven. Fühlt sich als »Ausgegrenzter«, »Anschluß verpaßt«. Er sagt, daß er krank, aber »nicht minderwertig und genauso belastbar wie je-

der Maler oder wie jeder Gärtner« ist. Hat durch die Krankheit eine kritischere Einstellung gegenüber Umweltfragen und Gentechnologie entwickelt.

---

**Frau A** (032) Hat die Balance verloren, mußte sich über längere Zeit wieder zurechtfinden, das Gedächtnis (Erinnerungen an die Kindheit) funktioniert nicht mehr wie früher, hat an Gewicht zugenommen. Sie ist traurig, daß sie krank geworden ist; würde gerne das Kapitel aus ihrem Leben streichen. Mittlerweile akzeptiert sie den veränderten Zustand durch die Krankheit und hat gelernt, frühzeitig auf erste Warnsignale zu achten. Sie ist trotz Krankheit immer weiter arbeiten gegangen.

---

**Herr M** (103) Viele Partnerschaften sind wegen der Krankheit auseinandergegangen. Hat Sorge, daß ihm dies immer wieder passiert. Nach den Klinikaufenthalten hat er Schwierigkeiten gehabt, wieder in das Berufsleben einzusteigen und den Anforderungen gewachsen zu sein. Hat Erfahrungen gesammelt, gezielter und achtsamer auf die ersten Krankheitsanzeichen zu reagieren.

---

## Komparationstabelle 4

### Kategorie 1: *Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit* Unterkategorie *Ursachenvorstellung*

---

**Frau P** (010) Finanzielle Sorgen sind Grund für Aufnahme in die Klinik, wo sie sich versorgt weiß. Desweiteren Schlaflosigkeit, körperliche Krankheiten, Schmerzen, Arbeit, ihre Ehe, Angst vor Krieg und gespannter Weltlage sowie mögliche Vererbung.

Die *Laienätiologie* unterscheidet sich von Vorstellungen der Professionellen: Sie sieht klaren Zusammenhang zwischen Sorgen, Aufregung und körperlichen Schmerzen (Rückenschmerzen, Beinschmerzen), während ihre Ärztin sagt, die Rückenschmerzen seien die Auswirkung ihres chronischen Nervenleidens. Die Fürsorgerin sagt, sie hätte eine fortschreitende Krankheit, gegen die sie nichts machen kann. Sie sieht es anders: Sie »muß einen geregelten Tagesablauf haben, muß geregelt meine Medikamente nehmen, geregelt essen und ... jede Aufregung möglichst vermeiden«. Sie schließt Vererbung der Krankheit nicht aus, da ihre Schwestern, eine Stiefschwester und ihre Großmutter schizophrene gewesen sind.

---

**Frau G** (048) Unterschiedliche ätiologische Vorstellungen: belastende Kindheitserlebnisse (mit einem Jahr in Kinderheim, ».. dieses Rumgestecke da von einem Heim ins andere...«; Mutter »hatte uns .. im Stich gelassen...«), Vererbung (Mutter war selbst »nervlich sehr sehr krank«, war in Heilanstalt, »Schwester auch ein klein wenig belastet, aber minimal«), Folgen von zwei Unterleibsoperationen (frühzeitige Wechseljahre, was laut ihrem Gynäkologen nervlich belastend ist).

Desweiteren Lebensprobleme, z.B. Arbeitslosigkeit, mit denen man nicht fertig wird.

---

**Frau C** (030) nennt drei Ursachen: a) den Umgang mit ihr als Kind im Elternhaus (Strafen, zwanghafter, strenger Umgang; »... hab mich nicht so warm und so wohl gefühlt ... «; fühlte sich außerhalb der Familie in der Schule oder bei Freunden wohler), b) ihre Sensibilität als Kind und später als Erwachsene, c) bestimmte Erbanlagen (»... bemüht, nicht

so in diesen Charakter meines Vaters reinzurutschen...«). Man wird am ehesten krank, wenn alle drei Ursachen zusammen kommen.

Desweiteren möglicher Krankheitsrückfall durch Streß, Überforderung und Schlafmangel; »... das wichtigste ist für mich nächtlicher Schlaf und ... meine Grenzen zu setzen von dem, was ich schaffe am Tag, ... daß ich mich nicht so überfordere...«.

---

**Herr B** (036) Alleinesein, negative Umwelteinflüsse, Überbelastung, »spielen durch den Kommunismus«, »kaputte Freunde, die einem das Leben schwer machen und zur Hölle machen«. Wenn dies alles zusammen kommt, dann bricht die Krankheit aus.

Desweiteren hält er Veranlagung für möglich: »Na klar, ist Veranlagung. Bin sehr sensibel, Mensch.«; »... schon paar mal durchgedreht ... weil meine Mutter auch nervenkrank war...« An anderer Stelle lehnt er eine mögliche Vererbung ab: »... meine Mutter war gesund und ich war gesund. So Probleme gab es eigentlich nicht in der Familie. Waren alles Geschäftsleute.«

---

**Frau I** (009) Überlastung, Überforderung durch Arbeitsstreß; Angst, die Anforderungen nicht bewältigen zu können. Die Folge davon ist Schlaflosigkeit. Häufige Gewichtszu- und abnahmen als zusätzliche Belastung.

»... ein ständiger Druck ..., der hat mich kaputt gemacht.« (S10LQ)

---

**Herr S** (012) Hat keine klare Vorstellung von möglichen Ursachen. Eine Störung des Stoffwechsels im Gehirn, deren Ursache er nicht kennt. Probleme auf der Arbeit waren evtl. mögliche Krankheitsauslöser.

---

**Herr R** (031) Mögliche Ursachen: erbliche Vorbelastung, Streß, aktuelle Lebenseinflüsse, die falschen oder zu starke Medikamente gegen Tropenkrankheiten, die er nicht vertrug. Seitdem wurde er labil, »plötzlich setzte mein Kopf aus« (S26LQ). Vor der Erkrankung hatte er sich immer mit Heilkräutern und Entspannung beholfen. Er war immer gegen chemisch hergestellte Medikamente.

---

**Frau A** (032) Vielfältige Ursachen: Sich vernachlässigt fühlen und Suche nach Halt in ihrem Leben; Schlafstörungen, Überbelastung über längere Zeit. »Wenn ich wenig schlafen kann längere Zeit, daß dann die Stimmen kommen ...« (S12LQ). Sie hält auch Vererbung als mögliche Teilursache für die Krankheit.

---

**Herr M** (103) Vor allem Streß und Schlaflosigkeit, z.B. wenn er seine Medikamente nicht genommen hat. Alkohol kann weitere Ursache sein. Seitdem er darauf achtet, ist er nicht mehr akut krank geworden; seit sechs Jahren kein Klinikaufenthalt mehr.

---

## Komparationstabelle 5

### Kategorie 1: *Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit* Unterkategorie *Stigmatisierungserleben und Reaktion darauf*

---

**Frau P** (010) *Bild über Schizophrenie in der Öffentlichkeit:* »...Verrückte, richtig Nervenranke, die gehören in eine geschlossene Anstalt...«;

*Eigenes Erleben:* Fühlt sich in der Öffentlichkeit (Cafe, Frauenhaus, Arbeitsplatz) abgelehnt; ihr wurde gesagt »Na, Ihnen sieht man's an, daß Sie nervenkrank sind.« Vermutet, daß die Tochter wegen ihrer Krankheit keinen Kontakt mehr zu ihr haben möchte, da die Stiefmutter sagte: »Du wirst doch nicht zur nervenkranken Mutter gehen.«

*Reaktion:* Versucht, die Krankheit bzw. Diagnose nach außen hin zu verbergen; »... ich sage nicht gleich, ... daß ich schizophren bin... ich sage, .. wegen Depressionen kriege ich Rente...«

---

**Frau G** (048) *Bild über Schizophrenie in der Öffentlichkeit:* Das allgemeine Bild ist »nicht das beste«. Viele Menschen, die nicht direkt davon betroffen sind oder psychisch kranke Angehörige haben, können sich nicht hineinversetzen. Bild ist durch Egoismus der Menschen entstanden.

*Eigenes Erleben:* Erwähnt kein Stigmatisierungserleben. Wenn sie nach Klinikaufenthalt an ihre Arbeitsstelle mit ausländischen Werk tätigen zurückkam, wurde sie »wieder so aufgenommen, wie ich gegangen bin«.

*Reaktion:* Versuchte in akuten Krankheitsphasen, Menschen, die sie kannte, aus dem Weg zu gehen aus Angst, daß sie merken würden, daß etwas bei ihr nicht stimmt.

---

**Frau C** (030) *Bild über Schizophrenie in der Öffentlichkeit:* »Das sind Verrückte, ... mit denen will ich nichts zu tun haben«. Patienten in der psychiatrischen Klinik »müssen Unmenschen gewesen sein«, wurde ihr von den Eltern so vermittelt. Kritisiert, daß nur das extreme Bild von Schizophrenie in der Öffentlichkeit (z.B. in Dokumentarfilmen) gezeigt wird.

*Eigenes Erleben:* Wurde selbst in einem Interview nur über ihr Klinikdasein befragt, aber nicht über ihr »anderes Dasein«, über ihr normales Leben. Fühlte sich während der stationären Behandlung insbesondere von den Ärzten als Mensch nicht ernstgenommen. Besuche von einer mütterlichen Freundin würden »die Therapie stören«, diese Besuche wären »... wie einem kaputten Fahrradschlauch immer wieder Luft aufpumpen...«.

*Reaktion:* Kurz nach Klinikentlassung verschwieg sie, daß sie in einer Betroffenen-WG lebte, es war ihr peinlich; »... gab's gewisse Phasen im Jahr, wo ich dann ein bißchen mehrmals überlegt hab, was zieh ich an, damit ich nicht ganz so verrückt aussehe...«. Heute kann sie in einem vertrauten Kreis von Freunden, die sie gründlich getestet hat, über ihre Psychiatriezeit offen sprechen. Wird von »gesunden Freunden« als »total normal« angesehen.

---

**Herr B** (036) *Bild über Schizophrenie in der Öffentlichkeit:* »Nervenkrank, da sagen sie, der ist verrückt. So, und da ist es abgeschlossen.« Vorurteil besteht schon seit Jahrzehnten. Die Leute haben keine Ahnung und kein Verständnis für psychisch Kranke. Viele Arbeitslose sind seines Erachtens psychisch krank. Er unterscheidet davon Menschen, die »gerissen und raffiniert und nicht verrückt« sind, von ihrer Krankheit nichts merken und nicht in Behandlung gehen.

*Eigenes Erleben:* Erlebte viele Klinikeinweisungen und stationäre Behandlungen sowie die Kluft zwischen Behandelnden und Patienten als diskriminierend. Außerhalb der Klinik machte er keine negativen Erfahrungen, im Gegenteil erhält er viel Unterstützung von anderen Menschen. »Kann doch jeder mal krank werden... Ich kenne Krankenschwestern, die sind krank, he, psychisch krank.«

*Reaktion:* Er grenzt sich von anderen »Verrückten« massiv ab, ebenso will er nichts mit Alkoholikern und psychisch Kranken zu tun haben. »Brauche keine Alkoholikerin oder eine psychisch Kranke, so was brauche ich nicht.« – »Ich werde immer gut behandelt, ich bin beliebt hier in X [Stadtviertel].«

---

**Frau I** (009) *Bild über Schizophrenie in der Öffentlichkeit:* »... wird so was oft als Idiot oder so was abgestempelt, also nicht ganz richtig im Kopf...« (S11LQ)

*Eigenes Erleben:* Hat positive Erfahrung mit ihrem Arbeitgeber gemacht. Trotzdem meint sie, solle ein Arbeitgeber im allgemeinen nicht »zuviel wissen«.

*Reaktion:* Sie macht einen »normalen Eindruck« auf die Leute; über ihre Krankheit »braucht nicht jeder zu wissen« (S11LQ).

---

**Herr S** (012) *Bild über Schizophrenie in der Öffentlichkeit:* »die meisten haben von dieser Krankheit noch nichts gehört« (S6LQ)

*Eigenes Erleben:* Die Mutter verschweigt fremden Leuten gegenüber die Krankheit ihres Sohnes; ».. weil ihr das eben ein bißchen peinlich ist ...« (S1LQ).

*Reaktion:* Andere merken nichts von seiner Erkrankung, nur in Akutphasen.

---

**Herr R** (031) *Bild über Schizophrenie in der Öffentlichkeit:* »Das sind Verrückte«; »... da gibt's ganz extrem rechte Leute, die wollen die alle an die Wand stellen...« (S31LQ). Bild über »Andersartige« ist in der Nazizeit entstanden.

*Eigenes Erleben:* Wird auf Behörden wie »ein verrückter Bittsteller« behandelt.

*Reaktion:* Ist wütend über Vorurteile über psychisch Kranke. Nimmt sich Zeit, sein Gegenüber davon zu überzeugen, daß er nicht verrückt ist.

---

**Frau A** (032) *Bild über Schizophrenie in der Öffentlichkeit:* »Na, der ist dumm, die sind bescheuert.« (S13LQ)

*Eigenes Erleben:* Ihre Eltern verschweigen die Krankheit in der Verwandtschaft.

*Reaktion:* Sie ärgert sich, wenn andere Leute so tun, als ob sie selbst »ein bißchen dumm« sei, »dann werde ich böse« (S13LQ). Sie selbst spricht nicht über die Krankheit anderen Menschen gegenüber, »...ansonsten binde ich es ja niemanden auf die Nase. Und auf der Stirn steht es mir nicht, also weiß es keiner.« (S13LQ)

---

**Herr M** (103) *Bild über Schizophrenie in der Öffentlichkeit:* Abwertende Bemerkungen über psychisch Kranke am Arbeitsplatz, »Da laufen da so paar Verrückte rum.« (S8LQ)

*Eigenes Erleben:* An seinem Arbeitsplatz muß er die gleiche Arbeit leisten wie seine Kollegen, er wird nicht anders bzw. schonender behandelt.

*Reaktion:* Von sich aus spricht er nicht über seine Krankheit, sondern nur, wenn er danach von Kollegen gefragt wird (die Kollegen wissen z.T. davon, weil er Schwerbehindertenzertifikat hat).

---

## Komparationstabelle 6

### Kategorie 2: *Personale Ressourcen*

#### Unterkategorie *Werte*

---

**Frau P** (010) »Innere Werte«, d.h. zwischenmenschliche Werte wie Treue, Hilfsbereitschaft in Not, Familiengefühl sind wichtiger als Geld; »... nicht nach dem Geld gucken, sondern mehr nach inneren Werten...«, »... wenn sie [Tochter] den gern hat, daß sie eben dann bei ihm bleiben soll...«.

Ebenso sind immaterielle Werte wie Kultur (Ausstellungen, Museen, Kirchen, Städte) wichtig; »...wir gehen viel ins Museum, wenn's regnet ...«

---

**Frau G** (048) Soziale und zwischenmenschliche Werte wie Gemeinschaftssinn, Fürsorge für andere Menschen, Verantwortungsgefühl und Hilfsbereitschaft haben hohen Stellenwert. Desweiteren Vertrauen in andere Menschen, v.a. ihre Familie.

»Also ich habe immer eigentlich dort Freude empfunden, wo viele Leute sind.« »Wenn einer in Not war, dann sind wir die letzten, die nicht helfen würden...«

---

**Frau C** (030) Unabhängigkeit und Autonomie, die sie sich hart erkämpft hat im Laufe der Jahre. »... ich bin diejenige, die das Leben gestalten kann, und da kann mir kein Mensch mehr reinreden...«

Ein »gesunder« Freundeskreis, in dem sie so angenommen wird, wie sie ist und bestätigt wird; »... hab auch dadurch jetzt gespürt, daß ich eigentlich genauso ein Mensch bin wie alle anderen...«.

Kreativität, v.a. Musik, nimmt zentralen Stellenwert in ihrem Leben ein, woraus sie ihre Selbstachtung und eigene Wertschätzung bezieht. »... ohne die Musik würde ich gar nicht existieren können...«

---

**Herr B** (036) Zwischenmenschliche Werte wie Anständigkeit, Ehrlichkeit, Hilfsbereitschaft. »Der Mensch ist ja entscheidend ... wenn einem geholfen wird ...was hier ein Mensch wert ist, das ist .. wertvoller als wie Geld und Edelsteine...«

Freiheit und Unabhängigkeit haben zentrale Bedeutung. Er möchte nicht von anderen Menschen abhängig sein und sich seine Unabhängigkeit bewahren. »... bin nicht abhängig oder was, äh Quatsch, äh, ich bin ein freier Mann, Mensch... und die will ich auch mir bewahren, die Freiheit...«

Desweiteren Ordnung und Sparsamkeit, v.a. daß er keine Schulden macht. »... daß alles in Ordnung ist ... naja, der Schriftekram und Miete zahlen und Energie bezahlen und keine Schulden machen und so weiter...«; »... Ordnung und Vernunft hab ich gelernt...« [im Kinderheim];

Immaterielle Werte wie die Bildhauerei und klassische Musik. »... Musik ist alles, Bildhauerei, Malerei und Musik und alles. Kunst und so weiter. Ich kenne fast alles in der DDR-Kunst...«

---

**Frau I** (009) Wichtig sind eine gute Ausbildung für sich und für ihren Sohn, Erfolg bei der Arbeit, soziale und materielle Sicherheit (Arbeitslosengeld, Rente, Wohnungseigentum).

Ist kritisch gegenüber Leistungsdruck, Konkurrenzkampf und materielles Denken: »... das vergiftet .. das Miteinander mit den Menschen« (S16LQ)

---

**Herr S** (012) Eine Arbeit haben hat einen hohen Wert. Er hat ein schlechtes Gewissen, weil er nicht arbeitet. Etwas Sinnvolles tun, statt die Zeit totzuschlagen. Eine eigene Familie oder eine Freundin haben. Alle genannten Dinge fehlen ihm derzeit in seinem Leben.

---

**Herr R** (031) Naturschutz und Umweltschutz, Orientierung an der Natur; Hilfsbereitschaft (z.B. innerhalb der Familie oder Freunden gegenüber); geistige Werte wie Wissen, Bildung; »... für mich ist (es) eine größere Bedeutung, wenn ich ein Buch im Regal zu stehen habe ...« (S17LQ)

---

**Frau A** (032) Ehrlichkeit, Zuverlässigkeit und »ein bißchen Fingerspitzengefühl für andere«, daß man umgänglich ist. Sie denkt, sie besitze all diese Eigenschaften. Außerdem hat ihre Arbeit, insbesondere der Umgang mit Menschen, und ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit eine hohe Bedeutung.

---

**Herr M** (103) Zwischenmenschliche Beziehungen v.a. zu seiner Familie, Partnerschaft, Freizeit und Arbeit.

Arbeit »... ist eigentlich .. nach dem Partner und der Freizeit .. das wichtigste.« (S4LQ)

---

## Komparationstabelle 7

### Kategorie 2: *Personale Ressourcen*

#### Unterkategorie *Fähigkeiten und Fertigkeiten, Arbeit und Tätigsein*

**Frau P** (010) Hat eine Berufsausbildung abgeschlossen. Hat immer Wert gelegt auf berufliche Fortbildung, hat verschiedene Kurse gemacht; »... hab Stenokursus gemacht und Englischkursus. Nuja, hab mich viel weitergebildet...«

Sie hat jahrelang – unterbrochen von ihren Krankheitszeiten – gearbeitet an verschiedenen Arbeitsstellen. Die Arbeit war für sie oft sehr anstrengend, sie war immer müde, hatte Angst vor ihren Vorgesetzten, diese waren oft nicht zufrieden mit ihrer Arbeit. Ihre größte Angst war immer, ihren Arbeitsplatz zu verlieren und damit kein Geld mehr zu haben. »... weil mir der Beruf, der war mir zu schwer, es hat mir zuviel, also zuviel Kraft gekostet...«

Heute könnte sie sich vorstellen, für einige Stunden in einem Büro zu arbeiten. Allerdings fürchtet sie, keine Chance zu haben, eine Stelle zu finden, und ihre Rente aufs Spiel zu setzen. »... bloß heute ist alles mit Computer, und davon hab ich ja überhaupt keine Ahnung...«

---

**Frau G** (048) Hat eine Berufsausbildung, Abschluß später mit 40 J., nach zweitem Anlauf geschafft mit Hilfe von Mentoren. Ist sehr stolz auf diese Leistung. Wollte sich beweisen, daß sie nicht so ungeschickt und unbeholfen ist. »... da war ich eben .. glücklich, daß ich eben mit 40 Jahren noch einen Facharbeiter in der Hand hatte...«

Sie arbeitete vor und nach den Klinikaufenthalten als Betreuerin für ausländische Werk­tätige, was ihr Freude machte, da sie dort immer wieder freundlich aufgenommen wurde. »... und die Jahre, die haben mir eigentlich auch gut geholfen, dort bin ich auch zu jeder Zeit wieder so aufgenommen worden, wie ich gegangen bin...«

---

**Frau C** (030) Arbeit hat zentralen Stellenwert in ihrem Leben. Beschreibt ihr Verhältnis

zur Arbeit als »nicht gesund«, sie sei schon fast »arbeitssüchtig«. Arbeiten bis zur völligen körperlichen und psychischen Erschöpfung waren mit ein Grund zur ersten Klinikaufnahme. Arbeitenkönnen ist für sie der sichtbare Beweis, nicht krank zu sein. »... weil ohne Arbeit kann ich eigentlich gar nicht leben...«

Andererseits ist Arbeiten, v.a. künstlerisches Arbeiten, für sie Quelle von innerer Erfüllung und Befriedigung.

Ihren jetzigen stundenweisen Job betrachtet sie als »Konditionstraining«, um ihre Belastungsgrenzen auszutesten, damit sie später eine »richtige wertvolle Arbeit« ausüben kann.

---

**Herr B** (036) Arbeit hatte wichtigen Stellenwert in seinem Leben, hatte vor Beginn der Krankheit viel und hart gearbeitet im Schichtdienst (Früh-, Spät-, Nachtschicht). War beruflich ehrgeizig. »... ich hab gearbeitet, 15, 16, 18, 20 Stunden hab ich gearbeitet ...«

Neben seinem Beruf war er als Bildhauer tätig, war erfolgreich, hatte seine Kunstobjekte in einigen Ausstellungen gezeigt. Heute arbeitet er nur noch wenig künstlerisch in seiner Kneipe. »...ich hab 1000 Skulpturen gemacht ... überall ausgestellt...«

---

**Frau I** (009) Arbeit und Erfolg haben in der Arbeit hat eine zentrale Bedeutung in ihrem Leben. Sie ist sehr ehrgeizig in Bezug auf Arbeit. Sie hat trotz massiver Überlastung und Streß ihren früheren Beruf geliebt. Sie erhielt Bestätigung durch andere im Beruf; diese Bestätigung fehlt ihr durch das »Hausfrausein« zur Zeit (S1LQ).

---

**Herr S** (012) Seine frühere Arbeit hat ihm Spaß gemacht, nette Arbeitskollegen; er fühlte sich aber später von einzelnen Kollegen ungerecht behandelt und wurde immer häufiger krankgeschrieben. Er hatte dann die Arbeit in drei Schichten nicht mehr durchgehalten. Er nimmt heute die Möglichkeit eines Nebenjobs oder einer Freizeitbeschäftigung (z.B. Volleyball) nicht wahr mangels Antrieb.

---

**Herr R** (031) Vielfältige Interessen und Tätigkeiten: Gartenarbeit bei den Großeltern, handwerkliche Tätigkeit, Musik, Filme über Naturschutz, Ernährungsökologie. Er würde sofort Arbeit finden, will sich aber nicht »unter Wert verkaufen«.

Sein Wunsch ist es, eine Ausbildung im sozialen Bereich zu machen wegen seiner handwerklichen und sozialen Erfahrung. Stößt aber auf bürokratische Hindernisse, er braucht ein ärztliches Attest, das ihm bescheinigt, daß er dafür geeignet ist.

---

**Frau A** (032) Arbeit hat einen zentralen Stellenwert in ihrem Leben. Ihr gesamter Tagesablauf richtet sich nach ihrer Arbeit (Früh- und Spätschicht). Arbeiten gehen ist für sie Beweis dafür, nicht mehr krank zu sein. Sie kennt es nicht anders als hart zu arbeiten, manchmal über ihre Belastungsgrenzen hinaus, was dann zu akuten Schlafstörungen und psychotischen Symptomen führte.

Hat durch die Erkrankung im Laufe der Zeit erkannt, daß ihr andere Dinge (Kultur, Freunde, kreatives Tätigsein) außerhalb des Arbeitsbereichs zunehmend wichtig geworden sind.

---

**Herr M** (103) Arbeit hat zentralen Stellenwert, »ich könnte mir gar kein Leben als Rentner vorstellen...« (S4LQ) Ist stolz, eine Vollzeitstelle zu haben, durch den Schwerbehindertenschutz genießt er einen besonderen Kündigungsschutz. Hin und wieder jobt er noch nebenbei, um seine finanzielle Situation zu verbessern. Er muß aber auf seine Belastungsgrenzen achten.

---



## Komparationstabelle 8

### Kategorie 2: *Personale Ressourcen*

#### Unterkategorie *Einstellung zu sich und zur Umwelt*

---

**Frau P** (010) besitzt ein sehr schlechtes Selbstwertgefühl, durch das Älterwerden leidet sie unter Minderwertigkeitsgefühlen, sie wertet sich negativ ab. »... also an mir finde ich gar nichts Schönes mehr. Ich könnte mich manchmal selber verfluchen. Am liebsten wäre ich tot...«

Wünscht sich mehr Kontakt zu anderen Menschen, kann aber nicht auf sie zugehen. »Ich bin nun ein Mensch, ich kann nicht von mir aus jemanden ansprechen.«

---

**Frau G** (048) erlebt sich in ihren Stimmungen wechselhaft, einerseits schnell aufbrausend und andererseits wieder zugänglich. Sie kann ausgelassen sein, bei einem »kleinen Reiß« jedoch für einige Tage niedergedrückt sein. »Ich bin Stier von Beruf, und .. ich gehe schnell hoch. ... Aber die nächste Minute kann ich auch der beste Mensch wieder sein.«

Sie beschreibt sich als robust, da sie bereits viele Krankheiten überstanden hat. »... und ich bin auch an für sich ... kein sensibler Typ, da habe ich durch die Krankheiten viel zu viel Schmerzen gehabt ...«

---

**Frau C** (030) sagt von sich, daß sie ein kämpferischer Mensch ist, der nicht so schnell aufgibt. Sie kämpft für ein selbstbestimmtes Leben und hat sich jahrelang bemüht, anderen Menschen zu beweisen, daß sie außerhalb von Kliniken leben und arbeiten kann. »Und ich bin ein Mensch, .. der selten aufgibt...«. »... daß ich nicht zu krank bin, um draußen zu leben und auch zu arbeiten...«

Sie erlebt sich als ein Mensch mit vielen Eigenarten. Wichtig ist ihr, sich nicht mehr an die Wünsche von anderen Menschen anzupassen. »... weil ich spüre, daß ich also ein ganz eigener Mensch bin, ganz viele Eigenarten hab...«

Sie spürt Ängste vor neuen Kontakten, erlebt sich zurückhaltend und wartet, bis der andere den ersten Schritt macht. Hat das Gefühl, sich nicht richtig unterhalten zu können.

---

**Herr B** (036) schwankt zwischen der Vorstellung, etwas Besonderes, Großes zu sein und einer realistischen Selbsteinschätzung, bei der ihm Ehrlichkeit und Anständigkeit das wichtigste sind. »... ich bin groß, ich bin groß, ich bin groß, glaub mir das, Mensch...« »... daß ich ehrlich, ordentlich und anständig bin ... Das ist das wichtigste im Leben...«

Ihm ist wichtig hervorzuheben, daß er nicht dumm und daß er ein interessanter Mann sei, der schon vieles in seinem Leben erlitten habe.

Lebt in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Bedürfnis nach Verbundenheit mit Menschen einerseits und dem Bedürfnis nach Freiheit und Unabhängigkeit andererseits. »Na, ich bin .. froh, daß ich alleine bin. Da hab ich meine Ruhe, mache ich meinen Kram auf meine Art...«

---

**Frau I** (009) Kommt gut mit anderen Menschen zurecht; denkt, daß sie natürlich geliebt sei. »...ich versuche immer, das Beste eigentlich aus mir rauszuholen, also sprich Attraktivität oder so« (S8LQ).

Das Selbstbewußtsein fehlt ihr zum Teil, »das Nicht-von-mir-Überzeugtsein« (S9LQ)

---

**Herr S** (012) Bezeichnet sich als »immer freundlich, immer friedlich« und als guten Zuhörer und schlechten Erzähler. Laut Aussage einer früheren Bekannten ist er »zu ruhig«.

Negativ ist, daß er zuviel schläft, »... weil vormittags passiert bei mir gar nichts, da schlaf ich bis Mittag« (S5LQ).

---

**Herr R** (031) Als positiv schätzt er seine Hartnäckigkeit ein (z.B. auf Behörden), sein Bedürfnis, mit Menschen zu arbeiten. Bezeichnet sich als »Freigeist«, d.h. nicht abhängig »von der monatlichen Honorarzählung von irgendeinem Chemiekonzern« zu sein. Außerdem ist er »so untypisch deutsch«, streitet sich mit den Behörden und stört mit seiner »Aufdringlichkeit«.

---

**Frau A** (032) Bezeichnet sich als jemand, der nicht viel redet und Probleme eher mit sich selbst regelt, als andere um Hilfe zu bitten. Ist eher verschlossen und vermeidet, sich Reaktionen anderer anzuhören, da sie sich nur darüber ärgert.

Ist mit sich selbst zufrieden, »Eigentlich mag ich mich so wie ich bin.« (S10LQ)

---

**Herr M** (103) Bezeichnet sich als »ehrlicher Typ« und erwartet Ehrlichkeit von anderen Menschen. Findet an sich gut, daß er trotz Krankheit den Anforderungen der Arbeit gewachsen ist im Vergleich zu anderen Patienten mit der gleichen Krankheit. Manchmal fehlt ihm der Antrieb und Ehrgeiz, etwas zu unternehmen.

---

## Komparationstabelle 9

### Kategorie 2: *Personale Ressourcen* Unterkategorie *Zukunftsperspektiven*

---

**Frau P** (010) Wunsch nach besserer Gesundheit oder zumindest, daß »es so bleibt, wie es ist«, nach mehr Lebensenergie, nach Fortbestand der Partnerschaft, nach Wiederkontaktaufnahme zur Tochter und nach Frieden. »Ach ja, ich hoffe, daß ich nicht noch kränker werde, das ist die Hauptsache, und daß es so bleibt, wie es jetzt ist, oder noch besser wird mit der Gesundheit. (Seufzt) Und daß Frieden ist...«

Blickt trotz vieler Einschränkungen optimistisch in die Zukunft. »... so gucke ich optimistisch in die Zukunft ... daß wir eben so weiterleben können wie bisher...«

---

**Frau G** (048) Wunsch nach gesundheitlicher Stabilität, nach Erhalt ihrer Partnerschaft mit Ehemann und der Beziehung zu ihren Kindern sowie nach sozialem Austausch mit anderen Menschen. »... daß einer dem anderen erhalten bleibt...« »... nicht abgeschlossen (sein) von der Außenwelt... Denn irgendwie brauche ich schon immer mal jemand, mit dem man mal ein bißchen quatschen kann oder so...«

Ist zuversichtlich gestimmt in Bezug auf die Zukunft, was im wesentlichen auf die Familie und deren Kontinuität bezogen ist. Sie wünscht sich in Zukunft, mit ihrem Mann mehr zu verreisen. »...hinsichtlich von meinem Mann und der Familie, da würde ich sagen, kommt eigentlich auf mich so doch eine angenehme Zeit zu ...«

---

**Frau C** (030) Ein wichtiges Ziel ist, ihren Rentenstatus aufzugeben und ihr Geld mit einer sinnvollen Tätigkeit selbst zu verdienen, sobald sie psychische Stabilität entwickelt hat.

Sie kann sich vorstellen, zu einem Teil von ihrer Musik zu leben. »... mein Ziel ist schon, mein Rentendasein .. irgendwann mal ablegen zu können, daß ich dann also nicht mehr so die Rente brauch als Absicherung...«

In Bezug auf den zwischenmenschlichen Bereich wünscht sie sich, irgendwann einmal mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenleben zu können. Sie braucht aber immer ihren eigenen Lebensraum, den sie sich erhalten will. »... also meinen eigenen Raum, den werd ich immer behalten .... wo ich mich jederzeit zurückziehen kann...«

»... weiß nicht, vielleicht mit 70 leb ich mal mit jemanden zusammen (lacht)...« »Ich denke also, ich wär schon ganz zufrieden, wenn ich, egal in welcher Richtung hin, eine Beziehung leben kann...«

**Herr B** (036) Wunsch nach gesundheitlicher Stabilität. Hat nicht das Bedürfnis, an seinem Leben etwas zu verändern. Er macht widersprüchliche Angaben hinsichtlich der Zukunft. Einerseits sieht er ihr positiv entgegen, im gleichen Satz denkt er »an's Sterben«. »Ach, die Zukunft sieht gut aus.« »Na tot, ich denke (hustet) an's Sterben denke ich, wie das aussieht.«

Seine Zukunftseinstellung bezeichnet er als optimistisch. Er hat manchmal die Vorstellung, seine Skulpturen in Amerika auszustellen und in einigen Jahren viel Geld zu verdienen. Im nächsten Satz nimmt er diese Vorstellung zurück und sagt, daß er mit seiner augenblicklichen Situation zufrieden ist. »... was nützt mir eine Million? Nützt mir überhaupt nichts. Würde ich bloß Blödsinn machen...«

**Frau I** (009) Wunsch nach einem zufriedenen Leben, Zufriedenheit mit dem Umfeld, Arbeit, Familie und mit sich selbst; wünscht sich eine »glückliche Zukunft« und »gesicherte Zukunft« für den Sohn. Sie befürchtet zusätzliche Belastung, wenn der Sohn in Zukunft bei ihr leben wird. Wünscht sich, gesund zu bleiben. Sie hat eine optimistische Einstellung für die Zukunft.

**Herr S** (012) Ist »im Moment .. noch optimistisch«. Er wünscht sich »ein bißchen mehr Antrieb, ein bißchen mehr Tatendrang«. Hofft, eine Freundin zu finden. Würde gerne in der Gastronomie arbeiten, »da lernt man viele Leute kennen« (S7LQ)

**Herr R** (031) Hat positive und optimistische Zukunftseinstellung. Kann sich vorstellen, in drei Jahren eine feste Arbeit zu haben, Geld zu verdienen, sich fortzubilden und Zeit für seine Kinder zu haben. Wünscht sich auf der gesellschaftlichen Ebene, daß die Bürokratie ein Stück abgebaut wird, daß Familien finanziell besser gestellt sind und daß der Mensch und die Natur, statt Geld, Hauptthemen in der Gesellschaft werden sollen.

**Frau A** (032) Setzt sich keine weitreichenden Zukunftsziele, weil bis dahin soviel passieren kann und sie enttäuscht sein könnte, wenn dann alles anders kommt. Sie ist zufrieden mit ihrer momentanen Lebenssituation und sie hofft, daß sie ihre Arbeit behalten kann, evtl. einen Partner findet und ihre Wohnung weiterhin verschönert. Sieht der Zukunft insgesamt optimistisch entgegen.

**Herr M** (103) Wünscht sich dauerhafte Partnerschaft. Er plant, an den Wohnort seiner Eltern zu ziehen und sich vom Arbeitgeber versetzen zu lassen. Wünscht sich, daß die neuen Kollegen mit seinem Schwerbeschädigtenstatus umgehen können. Hat insgesamt eine »eher optimistische« Zukunftseinstellung. Wunsch nach wirtschaftlicher Stabilität (Besserung der Arbeitslosigkeit) und daß kein Krieg kommt.

## Komparationstabelle 10

### Kategorie 2: *Personale Ressourcen* Unterkategorie *Bedeutung von Religion*

---

**Frau P** (010) Religion gibt ihr wichtige ethische Richtlinien für das Leben, insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich.

»... weil sie Richtlinien gibt fürs Leben. (...) Du sollst Vater und Mutter ehren, du sollst nicht töten, du sollst deinen Nächsten lieben und Nächstenliebe machen und hilfsbereit sein.«

---

**Frau G** (048) Religion hat keine große Bedeutung für sie. Ist vor vielen Jahren aus der Kirche ausgetreten. Die Kinder sind religiös, waren früher Mitglieder einer christlichen Gemeinde. Kirche wird von Frau G als Sehenswürdigkeit besucht.

---

**Frau C** (030) Mitglieder einer christlichen Gemeinde haben ihr besonders nach der Klinikentlassung geholfen. Interessiert sich für die Bibel weniger aus religiösen Gründen, sondern aus geschichtlichem Interesse. Würde gerne durch Beschäftigung mit der Bibel und durch Kirchenbesuche ihr negatives Bild über Männer korrigieren und den Umgang mit Menschen allgemein besser gestalten.

»... dann will ich auch .. durch diese Besuche .. in der Kirche .. ein Stückchen auch versuchen, so das männliche Bild mal anders kennenzulernen...« »... den Umgang vielleicht mal .. besser gestalten mit deinen Mitmenschen...«

---

**Herr B** (036) – wurde nicht erfragt –

---

**Frau I** (009) Hält von Religion nicht viel. Der Glaube muß nicht unbedingt kirchlich sein. Sie ist skeptisch gegenüber religiösen Sekten.

---

**Herr S** (012) Religion spielt keine wichtige Rolle. Er wurde atheistisch erzogen.

---

**Herr R** (031) – wurde nicht erfragt –

---

**Frau A** (032) Hat eine innere Verbindung zur Religion. Sie ist katholisch. Für sie war es bedeutsam, in ihrer Jugendzeit in der Gemeinschaft von kirchlichen Mädchengruppen eingebunden gewesen zu sein. Sie hatte dort verschiedene Freizeitaktivitäten unternommen (handwerkliche Aktivitäten, Ausflüge, Musik, Spiele).

---

**Herr M** (103) Religion hat »gar keine« Bedeutung.

---

## Komparationstabelle 11

### **Kategorie 3: Bewältigungskompetenzen, Selbsthilfebemühungen, Regulierungsmechanismen«**

---

#### **Frau P (010)**

- Bemühen um einen geregelten Tagesablauf und um die Erfüllung der Haushaltsaufgaben
  - Aktivierung durch den Partner als Hilfe gegen Rückzugstendenzen (v.a. Schlaf) und gegen die Vernachlässigung der Körperpflege und des Haushalts
  - Soziales Rückzugsverhalten als Schutz vor Ablehnung
- 

#### **Frau G (048)**

- Entlastung von Problemen durch sozialen Austausch
  - Innere Einstellung schafft Abstand zur früheren Krankheitszeit
  - Bewußtes Verdrängen der Krankheit
  - Annehmen der Grenzziehung durch den Arzt
  - Hoffnung auf positive Wirkung der Medikamente
  - Positive Einstellung gegenüber den Medikamenten
  - Regulation von Streßsituationen durch Medikamente
  - Aktivierung und Strukturhilfe durch die Fürsorge für den Hund
  - Emotionale Entlastung durch Selbstgespräche beim Ausführen des Hundes
  - Abstandhalten von anderen Kranken in psychosozialen Einrichtungen
- 

#### **Frau C (030)**

- Vermeiden von Überforderung und Einhalten von regelmäßigem Schlaf
  - Rückfallprophylaxe durch Achtsamkeit und Vorsicht
  - Musik als Ablenkung von Sorgen und Zukunftsängsten
  - Dosierung von positiven Erlebnissen
  - Dosierung von sozialen Kontakten und Aktivitäten
  - Meiden von negativen Kontakten
  - Regulation von Streßerleben durch Medikamente
- 

#### **Herr B (036)**

- Stabilisierung des Gesundheitszustandes mit Hilfe von Medikamenten
- Ablehnung von Medikamenten
- Passiv-resignative Haltung der Erkrankung gegenüber
- Erholung und Regenerierung durch Schlafen und Ausruhen
- Vermeiden von Alleinesein durch Aufsuchen von Freunden
- Mobilisieren von praktischer und sozialer Unterstützung
- Beibehalten des Status quo der Lebenssituation

- Regulierung von psychischen Krisen mit Tabletten und Alkohol
- 

**Frau I (009)**

- Auf eigene Gesundheit achten (auf Unterschied achten, wann etwas krankhaft ist)
  - Gesundbleiben durch Partnerschaft
  - Vermeiden von Überforderung in der Arbeit
  - Erholungsphasen bei der Arbeit einlegen
  - Eine gesunde Lebensweise führen mit regelmäßigem Schlaf
  - Für einen geregelten Tagesablauf sorgen
  - Sich schützen durch Medikamente
  - Innere Einstellung, daß eigener Beitrag zur Gesundheit wichtig ist
  - Abstand halten von anderen psychisch Kranken in der Klinik
  - Krankenhausaufenthalte möglichst vermeiden
- 

**Herr S (012)**

- Fehlender Antrieb
  - Zuviel Schlaf
  - Passive Einstellung gegenüber seinem Übergewicht und Sport
  - Verteidigt nicht aktiv seinen Wunsch nach Selbständigkeit
  - Bespricht Probleme mit Freunden
  - Pfllegt Kontakte
  - Sucht in seinen Stammkneipen nach Kontakten
- 

**Herr R (031)**

- Struktur und Ordnung halten auf Wunsch der Lebenspartnerin
  - Positive Erfahrung mit aktiver Selbstregulierung der Medikamente
  - Gezieltere Streßeinschätzung und –regulierung seit Reduzierung der Medikamente
  - Erhöhung der Medikamente bei ersten Krankheitssymptomen
  - Willensanstrengung bei der Bewältigung der Medikamenten-Nebenwirkungen
  - Beschäftigung mit anspruchsvoller geistiger Tätigkeit
  - Entspannung durch gezieltes Meditieren und Musikhören
- 

**Frau A (032)**

- Die ersten Warnsignale ernstnehmen
- Regulation von Streßsituationen durch Medikamente
- Mit eigener Anstrengung das Gleichgewicht halten
- Hilft sich lieber selbst
- Rückzug aus dem kranken Umfeld
- Für Ruhe und Erholung sorgen bei Überforderung in der Arbeit
- Bewußtes Vermeiden von unangenehmen Eindrücken

- Mehr Ausgeglichenheit durch Abstand vom Alltag
  - Seit Krankheit Erkenntnis entwickelt, nicht nur arbeiten zu wollen
  - Dosieren von Freizeitaktivitäten
- 

#### **Herr M (103)**

- Sich immer wieder überwinden
  - Auf Krankheitszeichen achten und rechtzeitig handeln
  - Bewußt Abstand halten zu anderen psychisch Kranken
  - Positive Einstellung den Medikamenten gegenüber
  - Rückzug aus dem Arbeitsleben in Streßsituationen
  - Aktives Arbeits- und Freizeitleben
- 

## **Komparationstabelle 12**

### *Kategorie 4: Soziale Ressourcen*

#### **Unterkategorien Partnerschaft / Familie,**

---

**Frau P (010)** *Partner* ist der wichtigste Mensch in ihrem Leben, gibt ihr Halt. Dadurch ist sie nicht alleine. Nimmt Ärger und Sorgen wegen seines Alkoholismus, seines Jähzorns, seiner Arbeitslosigkeit und damit verbundenen Geldsorgen in Kauf. Sie beschreibt manchmal Zeiten der Zärtlichkeit und Nähe. »... der einzige Halt ist ja noch, daß ich Herrn X [Partner] hab, so, der gibt mir noch ein bißchen Halt. Aber wenn ich alleine wäre – da hab ich so Selbstmordgedanken gehabt.«

Zur *Tochter* besteht seit Jahren kein Kontakt mehr. Trotzdem besteht eine Gefühlsbindung an die Tochter. »Nja ... ich hänge eben sehr an meiner Tochter. (...) Ich würde mich freuen, wenn meine Tochter wiederkäme...«

Bekommt praktische und finanzielle Hilfe von ihrer *Schwester*. Zur Zeit besteht allerdings auch kein Kontakt, beide meiden ihn. Sie schuldet der Schwester noch Geld.

---

**Frau G (048)** Familie ist die wichtigste Ressource, ohne sie hätte sie ihre Krankheit nicht überstanden.

Ihrem *Ehemann* gegenüber ist sie dankbar, da er in den Jahren der Krankheit fest an ihrer Seite war. Fühlt sich ihm gegenüber verpflichtet, in schwierigen Zeiten zusammenzuhalten. Kritisiert seinen regelmäßigen Alkoholkonsum und seine Lethargie, wünscht sich, mehr mit ihm zu unternehmen. Sie ist aber zu Kompromissen bereit. Der Ehemann vermißt die Sexualität mit ihr. »... Das ist viel, viel die .. Fürsorge und die Liebe von meinem Mann gewesen...« »... ich war die letzten Jahre für meinen Mann nicht leicht,ne. (...) .. da hat er dann auch gerne mal zum Alkohol /...«

Ihre *Kinder* haben sie in Krankheitszeiten unterstützt. Freuen sich jedes Mal, wenn sie gesund ist, sind an ihrer Gesundheit interessiert. Sie will für die Kinder eine »zufriedene Mutter« sein.

---

**Frau C (030)** Hat keinen *Partner*. In ihren Wünschen stellt sie sich vor, von einem Partner

gehalten, angenommen und akzeptiert zu werden. Sexualität ist ihr am wenigsten wichtig, da sie bisher nur negative Erfahrungen mit Männern gemacht hat. »... und sich auch mal fallen lassen ... wenn man einfach mal schwach ist und nicht mehr kann ...«

Zu ihrer *Familie* besteht seit vielen Jahren kein Kontakt mehr. Sie hat ihn völlig abgebrochen aus Angst, wieder in ihre frühere Rolle zu fallen, nämlich sich total den Erwartungen ihrer Familie anzupassen. *Mutter* wird nicht erwähnt, *Vater* wird als jähzornig beschrieben. »... dann bleib ich nicht mehr ich persönlich, sondern werde wieder irgendwie so 'ne andere Person, um meiner Familie eben zu gefallen ...«

---

**Herr B** (036) Hat keine *Partnerin*. Er würde sich eine Partnerin wünschen, um »ein bißchen Halt« zu haben. Zweifelt daran, »die Richtige« zu finden. Er lehnt »eine Alkoholikerin oder eine psychisch Kranke« als Partnerin ab. Er hatte früher verschiedene Freundinnen, mit denen er auch Sexualität hatte, es entwickelte sich aber nie eine engere Beziehung. »...Freundinnen hatte ich schon genug, aber keine feste. Ich wollte nicht heiraten, ich wollte für mich alleine bleiben.«

Zu seinen *Schwestern* besteht keinerlei Kontakt mehr, weiß nicht, wo sie wohnen. Er müßte ihre Adresse polizeilich herausfinden. Er vermutet, daß die *Schwestern* nichts mehr mit ihm zu tun haben wollen.

Die *Eltern* sind schon tot. Die *Mutter* wird widersprüchlich beschrieben, einmal als gesund, einmal als »auch nervenkrank«. Der *Vater* wird nicht erwähnt. Die *Großmutter* sei »meine Beste« gewesen.

---

**Frau I** (009) *Partnerschaft* ist ein großer Schutz vor dem Alleinesein, sie hat eine gesundheitsstabilisierende Funktion für sie. In schwierigen Lebenssituationen unterstützen sich beide gegenseitig. Versuchen, Nähe und Distanz gemeinsam zu regulieren durch zwei getrennte Wohnungen. Meistens lebt Partner bei ihr. Es ist ein Vorteil, daß der Partner selbst von psychischer Krankheit betroffen ist, da er dadurch mehr Verständnis für sie aufbringt. Allerdings stört es sie, daß ihr Partner nicht mit Geld umgehen kann und in Krankheitsphasen nur apathisch im Bett liegt.

Von ihren *Eltern* erhält sie viel Unterstützung, v.a. bei der Betreuung ihres Sohnes. Das Verständnis der Eltern half ihr, wieder gesund zu werden. Es gibt Konflikte mit dem *Vater*, die sich weitgehend gelegt haben, seitdem sie in ihrer eigenen Wohnung lebt. Sie besucht mit ihrem Partner häufig dessen Mutter.

---

**Herr S** (012) Sucht seit vier Jahren ohne Erfolg nach einer *Partnerin*. Er hat den Wunsch, eine eigene Familie zu gründen. Zur Partnerschaft gehören nach seiner Vorstellung Gespräche, gemeinsame Unternehmungen, Sexualität gehört auch dazu, ist für ihn aber nicht das wichtigste.

Enges Verhältnis zur *Mutter*, die sich um seinen Haushalt kümmert. Sie kümmert sich seiner Ansicht nach »ein bißchen zuviel« um ihn (S1LQ), was ihn stört. Er unternimmt aber nichts dagegen. Er verweist regelmäßig mit seinen *Eltern*.

---

**Herr R** (031) *Partnerin* hat ihm »am meisten Kraft« gegeben in den Krankheitszeiten. Sie fühlt sich aber oft überlastet durch seine Krankheit. Sie fordert ihn zu Ordnung und Struktur auf und zu mehr Aktivität. Beide versuchen, Partnerschaftskonflikte (z.B. in der Sexualität) gemeinsam zu lösen. Ein zweites Kind ist unterwegs, was beide einander wieder nähergebracht hat.

Sein *Sohn* ist für ihn »der Sinn des Lebens« geworden, will für ihn eine »Respektperson« sein. Ist in ein starkes *familiäres Netzwerk* eingebunden, zu Großeltern, Familie der Part-



nerin (v.a. ihr Bruder), weniger intensive Kontakte zu den eigenen Eltern und Geschwistern.

---

**Frau A** (032) Hat keinen *Partner*. Schwankt hin und her zwischen Wunsch nach Partnerschaft und jemanden an ihrer Seite zu haben einerseits und der Befürchtung, durch eine Partnerschaft neue Probleme zu haben andererseits. Der Wunsch nach Sexualität ist sekundär, da sie oft erschöpft von der Arbeit ist und kein Verlangen danach hat.

*Eltern* zählen mit zu den wichtigsten Personen im Leben. Wünscht sich von ihnen mehr Kontakt, mehr Besuche und Zuwendung. Dachte oft, daß sie innerhalb der Familie nicht richtig gemocht bzw. gebraucht wurde; fühlte sich oft vernachlässigt.

---

**Herr M** (103) *Partnerschaft* war wichtiger Halt für ihn; Partnerin stand immer an seiner Seite während des Klinikaufenthaltes. Während der sechsjährigen Ehe war kein stationärer Aufenthalt notwendig. Steht kurz vor der Scheidung, weil die Ehefrau einen anderen Partner hat. Er hält weiterhin eine freundschaftliche Beziehung zu ihr aufrecht.

Zum ältesten *Sohn* besteht gutes Verhältnis, aber es gibt wenig persönlichen Kontakt, da er bei den Großeltern in anderer Stadt lebt. Zu seinen *Eltern* hat er ein »Superverhältnis«, regelmäßige Telefonate und gemeinsame Urlaubsreisen. Er zieht demnächst zu ihnen in andere Stadt. Allerdings mischt sich die *Mutter* aktiv in seine Partnerschaften ein, was ihn stört.

## Komparationstabelle 13

### Kategorie 4: *Soziale Ressourcen*

#### Unterkategorie *Freundeskreis*

---

**Frau P** (010) Kein Freundeskreis. Zu einem befreundeten Pärchen, die im Nachbarhaus wohnen, bestand Kontakt, wurden öfter besucht. Der Kontakt ist abgebrochen. Sie wünscht sich mehr Kontakte zu Menschen, die sie mal besuchen kann und umgekehrt.

»... haben wir überhaupt nicht, haben keine Freunde...«. – »... wir hatten mal ein Pärchen, ... die haben uns immer besucht, aber das ist dann im Sand verlaufen...«

---

**Frau G** (048) Ist eingebettet in einem Kreis von Freunden und lockeren Bekannten, die nicht zur Psychiatrieszene gehören. Dazu gehören die Mitglieder ihres Chores, einige enge Freundinnen, die ihre Vertrauenspersonen sind sowie Bekannte, die auch einen Hund haben. Ihre Freundinnen holen sich bei Frau K Rat in Eheproblemen und bei psychischen Problemen. Sie unterstützen sich gegenseitig mit Ratschlägen und Verständnis. »Ich habe eine ..., die für mich recht wichtig ist, weil sie holt sich bei mir sehr, sehr viel Rat, und zwar auch auf dem Gebiet psychisch...« »Ich würde sagen, die zieht sich genauso an meinem Vorwärtkommen hoch wie ich an ihrem.«

Sie zählt die Mitglieder der Therapiegruppe ebenfalls zu ihrem Freundeskreis, außer einer Teilnehmerin, die ihres Erachtens zuviel Raum einnimmt für ihre Probleme.

---

**Frau C** (030) Hat sich allmählich einen Freundeskreis »im gesunden Milieu« aufgebaut, worauf sie sehr stolz ist. Dort bekommt sie die Bestätigung, daß sie genauso ist wie die anderen, sie wird gleichberechtigt von ihnen behandelt. Will sich zunehmend von den Menschen aus der Psychiatrieszene lösen, zu denen sie noch in Verbindung steht. Hat

gelernt, sich in Beziehungen nicht mehr ausnutzen zu lassen, wie sie das jahrelang in der Psychiatrie erfahren hat. Wichtig sind ihr Beziehungen, die auf Gegenseitigkeit beruhen. »Ja besonders wichtig ist eigentlich so dieser Freundeskreis, den ich mir im gesunden Milieu aufgebaut habe.«

Ihr fehlt noch eine feste Freundin, der sie alles anvertrauen kann, wo sich beide gegenseitig unterstützen könnten.

---

**Herr B** (036) Die Kneipe ist seine Heimat und Ersatzfamilie. Er bekommt von den Kellnerinnen Essen, Zigaretten, seine Wäsche wird ihm gewaschen. Seine Vertrauensperson, eine Kellnerin, verwaltet sein ganzes Geld. In der Kneipe trifft er Freunde und Bekannte, viele sind arbeitslos. Er betont, daß sie keine Alkoholiker sind, sie helfen ihm bei Besorgungen, haben ihm die Wohnung gegen Geld renoviert. In der Kneipe feiert er seinen Geburtstag, er bekommt Geschenke zu Weihnachten, etc. »... Ich gehe da bloß hin zur Unterhaltung, da kriege ich Sachen geschenkt und alles ...« »... Mein Geburtstag dort gefeiert, meinen fünfzigsten.«

Er betont, daß er Kontakte zu Menschen aus psychosozialen Einrichtungen ablehnt, da er sich nicht von ihnen abhängig machen möchte. Von einem früheren Bekannten, der psychisch krank ist, fühlt er sich verfolgt und belästigt. Er betont, daß er mit ihm nichts zu tun haben möchte. Früher hatte er einen Künstlerfreund, mit dem er jahrelang zusammen gewohnt hat. Er hat ihn verloren, da er auch psychisch krank geworden ist, was ihn belastet.

---

**Frau I** (009) Hat keine eigenen Freunde. Sie ist hauptsächlich zusammen mit Freunden und Bekannten ihres Partners, die v.a. ehemalige Psychiatriepatienten sind. Sie befürchtet, dadurch keinen Abstand zur Psychiatrie und zur Krankheit zu finden. Eigene frühere Kontakte zu Freundinnen hat sie vernachlässigt.

---

**Herr S** (012) Der Freundeskreis besteht v.a. aus Frauen, kumpelhafter Kontakt zu »Kumpelinnen«, er besucht sie zu Kaffee und Kuchen oder sie telefonieren miteinander. Eine enge Freundschaft hat er zu einem früheren Arbeitskollegen und dessen Frau. Er kann sich bei Problemen an sie wenden. Früher hatte er ein »tolles Arbeitskollektiv«, zu denen auch Freunde gehörten, was er heute vermißt.

---

**Herr R** (031) Relativ großer Freundes- und Bekanntenkreis. Die wichtigsten Freunde von der Schul- und Armeezeit sind in eine andere Stadt umgezogen, zu denen trotzdem enger und regelmäßiger Kontakt besteht. Einige Freunde sind auch von psychischer Krankheit betroffen. »... 's gibt wichtige Freunde, die fast .. wichtiger sind als zum Beispiel Bruder und Schwester ...« (S12LQ)

---

**Frau A** (032) Einige Freundschaften sind durch die Krankheit abgebrochen. In einem Kreis von Bekannten hat sie zwei enge Freundinnen, mit denen sie sich regelmäßig trifft und etwas unternimmt. Sie pflegt diese Kontakte aktiv, da sie sonst befürchtet, daß sie auseinanderbrechen. Über ihre Krankheit wird grundsätzlich nicht gesprochen.

---

**Herr M** (103) Kleiner aber intensiver Freundeskreis mit regelmäßigen Treffen. Er könnte sich auf sie in Krisenzeiten verlassen, was er aber bis jetzt noch nicht in Anspruch genommen hat. Er zählt auch seine Exfrau zu den besonders wichtigen Freunden, die sich regelmäßig nach seinem Gesundheitszustand erkundigt.

---

## Komparationstabelle 14

### Kategorie 4: *Soziale Ressourcen* Unterkategorie *Nachbarn*

---

**Frau P** (010) Es ergeben sich kurze Begegnungen mit den Nachbarn, aber keine näheren Kontakte. Sie hat Angst, die Hausbewohner anzusprechen, da diese um ihre Krankheit wissen könnten.

».. zu der Frau L., da haben wir Kontakt, die unterhält sich mal mit uns. ... Frau U., die hat auch mal sich mit mir unterhalten, aber im großen und ganzen, ›Guten Tag, guten Weg‹.«

---

**Frau G** (048) Im Haus bestehen zu einigen Nachbarn langjährige freundliche Kontakte. Einige Nachbarn wissen um ihre Krankheit und freuen sich zu hören, daß sie seit Jahren nicht mehr krank ist und viel unternimmt. Sie ist aber nicht daran interessiert, daß ein zu enger Kontakt zu den Nachbarn entsteht, daß man sich z.B. gegenseitig in der Wohnung besucht.

»... sie freuen sich, wenn man sich mal lange nicht gesehen hat, und sie hören dann, daß ich nicht im Krankenhaus war... (...) Denn viele haben ja das damals mitgemacht, ne, als ich hier weggeholt worden bin von der Klinik ...«

---

**Frau C** (030) Einige Nachbarn erlebt sie als aufrichtig, andere haben »zwei Gesichter«, denen sie nur »Guten Tag und auf Wiedersehen« sagt. Als sie in die Wohnung eingezogen ist, war sie »ganz naiv« und hatte einige Nachbarn zum Kaffee eingeladen. Danach gab es Streitereien, weil einige nicht eingeladen wurden. Seitdem ist sie vorsichtig geworden und hält sich distanziert. Was sie stört, sind schreiende Nachbarn, die aus einem Alkoholikerheim ins Haus gezogen sind.

»... mit den falschen [Nachbarn], da hab ich kein .. Interesse dran, mit denen jetzt hier so'n lockeres Verhältnis zu gestalten. Aber ich hätte mir natürlich mehr .. erwartet von .. so Mitbewohnern in so einem Haus.«

---

**Herr B** (036) Es gibt sowohl positive wie negative Nachbarschaftskontakte. Einige sind ihm gegenüber freundlich und hilfsbereit, z.B. ein Mieter und seine 83 Jahre alte Mutter.

»Die Hausbewohner sind nett zu mir, machen alles, kümmern sich bißchen um mich.«  
 Wenn er zu laute Musik hört, beschwert sich die Nachbarin über ihm und ruft die Polizei. Oder als er einmal bei einer Kunsterzieherin klingelte und Kontakt aufnehmen wollte, wurden ihm von ihrem Partner Schläge angedroht. »... der mit ihr zusammen geht hier, wollte mir die Fresse vollhauen. (...) Na weil ich mal geklingelt hab oder was .. bei der...«

---

**Frau I** (009) Freundlicher aber nicht zu enger Kontakt; punktuelle Unterstützung (Briefkasten leeren). Ansonsten »geht jeder seiner Wege«.

---

**Herr S** (012) Regelmäßiger Kontakt zu einer befreundeten Familie im Häuserblock. Ansonsten oberflächliche Kontakte in der Umgebung.

»Ich kenne hier viele Leute, wir unterhalten uns mal paar Worte auf der Straße ..., wie geht's und so.« (S3LQ)

---

**Herr R** (031) Hat das Bedürfnis und ist aktiv daran beteiligt, nachbarschaftliche Kontakte zu pflegen und Ansprechpartner wegen den Kindern zu haben und mit ihnen etwas gemeinsam zu unternehmen. Er hat guten Kontakt zu einer Familie im Haus.

»... Weil ich immer das Bedürfnis habe, auch mit .. Leuten, mit denen ich im Haus wohne, auch mal kurz zu sprechen oder, oder zum Beispiel, wenn man das Bedürfnis hat, mal gemeinsam was zu unternehmen mit den Kindern...« (S18LQ)

---

**Frau A** (032) Hat zu einem Ehepaar im Haus näheren Kontakt, hinterläßt ihren Schlüssel bei ihnen, wenn Gaszähler abgelesen wird und sie in der Arbeit ist. Ansonsten besteht kein Kontakt zu anderen Nachbarn.

---

**Herr M** (103) Bekannte von ihm wohnen im Nebenblock, sie besuchen sich gegenseitig in ihren Wohnungen. Mit einer Nachbarin unterhält er sich ab und zu. Ansonsten bestehen keine Kontakte. Manche Bewohner im Haus sind ihm unangenehm.

---

## Komparationstabelle 15

### Kategorie 4: *Soziale Ressourcen* Unterkategorie *Psychosoziale Einrichtungen*

---

**Frau P** (010) Sie machte überwiegend positive Erfahrungen, z.B. mit Gesprächsgruppen, Patientenclubs, organisierte Unternehmungen zu Kunstausstellungen, Spaziergänge mit Cafe-Besuchen etc.

»... da konnte man sich ein bißchen austauschen mit anderen Menschen, die ... ähnliche Krankheit haben, und da hat man ein bißchen Gesprächsstoff gehabt.« Negativ für sie ist, daß dort »sehr kranke Menschen« sind, was sie belastet.

Da ihr Lebenspartner jedoch nicht daran interessiert ist, sie zu begleiten, bleibt sie auch zuhause, u.a. aus Angst, daß er zuviel Alkohol trinkt, wenn sie nicht da ist. Alleine gehen möchte sie nicht. Grundsätzlich wünscht sie sich aber mehr Aktivitäten, die von psychosozialen Einrichtungen organisiert werden.

---

**Frau G** (048) Im Anschluß an die Klinikentlassung vor ca. sieben Jahren besuchte sie regelmäßig eine psychosoziale Einrichtung. Für sie kommt ein Besuch heute nicht mehr in Frage, da dort alles »so beengt« ist, sie kritisiert den schlechten Geruch, weil zuviel geraucht wird.

»... Dieses Zusammensein dann, in alles so einem kleinen Raum, ... alles so beengt...« Sie könnte sich höchstens vorstellen, zu gezielten Aktivitäten zu kommen, z.B. Tischtennispielen. Allgemein betont sie die Wichtigkeit von verschiedenen Gruppenaktivitäten für Patienten, die alleine leben und in solchen Gruppen »auf ein paar Stunden abschalten« könnten. Sie selbst hat positive Erfahrungen gemacht mit Gesprächs- und Therapiegruppen. »... sollen ruhig viele Menschen zusammen sein ...«

---

**Frau C** (030) hat überwiegend positive Erfahrungen gemacht. Nach der Klinikentlassung nach 10 Jahren waren die psychosozialen Einrichtungen für sie der »zweite Halt« nach den Freunden. Sie konnte sich dort allmählich stabilisieren, indem sie einen Arbeitsplatz angeboten bekam, der ihr auch freigehalten wurde, als sie zur Krisenintervention noch einmal für kürzere Zeit in eine Klinik mußte. Heute nutzt sie die Einrichtung gezielt, z.B. wenn sie Hilfe bei Behördengängen benötigt, Lust hat nach Kontakten oder zum Handwerken.

»... wenn ich Lust habe auf Ton, geh ich auch ins X [Patientenclub], oder .. wenn ich auch mal Lust hab nach den Kontakten dort, geh ich auch hin...«

---

**Herr B** (036) machte schlechte Erfahrungen. Er wurde einige Monate vor dem Interview von einer dieser Einrichtungen direkt in eine geschlossene Abteilung einer Klinik gebracht. Er geht lieber zu seinen Freunden in die Kneipe, da diese nicht aus der Psychiatrieszene sind.

»Bruchbude, Gas und Dreck ... Bruchbude ist das. ... wenn du dahin rennst, da kannst du gleich in die Klapsmühle gehen ...«; »... ich kenne Kumpels hier, die sind zehn mal besser. Die sind gesund und alles, Mensch ...«

---

**Frau I** (009) Nimmt keine psychosozialen Einrichtungen in Anspruch, da sie keine Information darüber hat. Sie wünscht sich Gruppenangebote für sozialen Austausch mit anderen Menschen, die ähnliche Probleme haben, auch in nicht akuten Krankheitsphasen.

---

**Herr S** (012) Ging früher mit Mitpatienten während der stationären Behandlung regelmäßig in einen Patientenclub, spielte dort Skat, Schach, Tischtennis und nahm dort seine Mahlzeiten ein. Heute geht er aus »Faulheit, Bequemlichkeit« nicht mehr hin.

Er besucht alle vier Wochen eine Gesprächsgruppe im Rahmen der Ambulanz, die nur aus Männern besteht, worüber er verärgert ist. Wären auch Frauen dabei, würde er jede Woche kommen.

---

**Herr R** (031) Hatte von früheren Besuchen eines Patientenclubs einen negativen Eindruck gewonnen, es war ihm »zu schmutzig«. Er ist aber grundsätzlich interessiert, nach längerer Zeit wieder hinzugehen.

Er nahm fünf Jahre lang an einer Gesprächsgruppe teil. Sein Arzt hat ihm angeboten, daß er jederzeit wieder an der Gruppe teilnehmen kann.

---

**Frau A** (032) Nutzt keine psychosozialen Einrichtungen, da sie das »kranke Umfeld« abschreckt. Sie war einmal in einem Patientenclub, erlebte die Atmosphäre dort als unangenehm, es war alles verraucht, wie »eine Unterwelt«. Es belastet sie zu sehen, wie andere Betroffene in die Krankheit »reinrutschen«. (S17LQ) Sie fühlt sich »unter Normalen«, »unter sonst gesunden Leuten« wohler.

---

**Herr M** (103) Nutzt keine psychosozialen Einrichtungen, da er lieber Kontakt zu Menschen hat, die von psychischer Krankheit unbelastet sind. Er möchte sich von der Krankheit lösen und hält es nicht für gut, mit Menschen zusammen zu sein, die dieselbe Krankheit haben.

---

## Komparationstabelle 16

Kategorie 4: *Soziale Ressourcen*

### Unterkategorie *Arzt-Patient-Beziehung*

---

**Frau P** (010) Beziehung zwischen ihr und der Ärztin besteht hauptsächlich aus dem Verschreiben von Medikamenten und dem Nachfragen nach ihrer Tagesstrukturierung. Manchmal erhält sie praktische Ratschläge, was sie tagsüber machen kann. Wünscht sich mehr

Zeit für intensivere Gespräche mit ihrer Ärztin, sie würde auch gerne mehr über ihre Krankheit erfahren. Sie wünscht sich auch mehr Unterstützung bei der Behandlung ihrer körperlichen Beschwerden und Schmerzen (Müdigkeit, Schlafstörung, Schmerzen in Beinen und Rücken).

»...die sagt ja nichts weiter, die hat ganz kurz bloß geredet, die fragt mich nicht, wie mir's geht oder so. Die verschreibt die Tabletten, das hat sich dann alles...«

---

**Frau G** (048) Zu ihrem Arzt besteht eine gute Beziehung. Sie ist »sachlich, aber trotzdem aufgelockert«. Sie beschreibt sie als angenehm. »Mit ihm ist gut zu sprechen. ... Seine Art ist sehr freundlich ...« Neben der medikamentösen Behandlung haben die Gespräche einen wichtigen Stellenwert. Sie wendet sich in Krisenzeiten an ihn und ist ihm dankbar, wenn er ihre Situation nicht so kritisch einschätzt wie sie selbst, was sie dann beruhigt. Er gibt ihr Ratschläge und Rückmeldung über ihre gesundheitliche Stabilität. Manchmal wird der Ehemann informell mit einbezogen, den der Arzt öfter trifft, da er auch im Krankenhaus arbeitet.

»Recht aufgelockert eigentlich. Sachlich, aber trotzdem aufgelockert, also angenehm. Mit ihm ist gut zu sprechen. (...) Seine Art ist sehr freundlich.«

---

**Frau C** (030) hat zwei Ärztinnen, eine ist ihre Psychotherapeutin, die andere ist ihre Psychiaterin, die ihr bei Bedarf Medikamente verschreibt. Die Psychotherapie hat ihr sehr geholfen, sich im Laufe der Jahre zu stabilisieren, es besteht eine enge und wichtige Beziehung zur Therapeutin. Sie hat mit ihrer Hilfe gelernt, ihre eigenen Belastungsgrenzen besser einzuschätzen. Zur Zeit geht es um eine allmähliche Loslösung von der Therapeutin, was ihr nicht leichtfällt. Sie gerät deswegen manchmal in kleinere Krisen, die sie versucht, selbst mit Medikamenten oder Naturheilmitteln, aufzufangen.

»Diese Begleitung der Therapeutin ist für mich sehr wichtig gewesen und eigentlich immer noch wichtig. Weil ich also Dinge, die hätte ich alleine nicht für mich .. erlernen können...« »... Aber dieses Jahr war dann auch so ein Stückchen von der Therapie .. weiter loslassen.«

---

**Herr B** (036) Der Bezug zu der Arztpraxis im gesamten wirkt familiär und informell. Er kann kommen und gehen, bekommt Kaffee von der Arzthelferin. In der Praxis sind seine Kunstobjekte ausgestellt. Die Arzthelferin und seine Ärztin zählt er zu den wichtigen Personen in seinem Leben. Neben der medikamentösen Behandlung kann er sich mit seiner Ärztin unterhalten. »... kann ich meine Tabletten holen jeden Tag, kann hingehen, wenn was ist. – Kann mich ganz anders unterhalten. Man kann sich ganz anders unterhalten...«

In Diskrepanz dazu erlebt er an anderer Stelle im Interview die Behandlung nur auf die Medikamente beschränkt und beschreibt das Verhältnis zu seiner Ärztin als ein »bißchen unpersönlich«. Er wünscht sich mehr Gespräche mit ihr. Er kritisiert sie, daß er nicht genügend über seine Erkrankung informiert wird. Er wünscht sich deshalb ein Gespräch mit dem Leiter der psychiatrischen Klinik. »Spritze holen ist alles. Bißchen unterhalten und Spritze holen, und da ist gut. Auf Wiedersehen. (...) Große Scheiße.«

---

**Frau I** (009) Hat ein gutes Verhältnis zu ihrer Ärztin. Bei Streß und Überforderung bekommt sie zusätzlich pflanzliche Präparate zur Beruhigung. Sie geht dann zu dem Termin mit ihrer Ärztin, wenn sie Medikamente verschrieben bekommt. Bis jetzt war sie noch nicht bei ihr, wenn sie eine psychische Krise hatte. Sie kritisiert allerdings ihre Ärztin, wenn es um die Behandlung ihres Partners geht, der bei der gleichen Ärztin in Behandlung ist. Ihrer Ansicht habe sie ihm nicht schnell genug ausreichend starke Medikamente gegeben, als er kürzlich psychotisch aus dem Urlaub zurückkam.

---

**Herr S** (012) Ist »eigentlich zufrieden mit dem Verhältnis« zu seinem Arzt. Sein Arzt, der auch die Gesprächsgruppe leitet, wünscht sich von Herrn S., daß er jede Woche in die Gesprächsgruppe kommt statt nur alle vier Wochen.

---

**Herr R** (031) Wechselte seinen Psychiater, da die vorherige Beziehung zu einer Ärztin zu distanziert war. Er fühlte explizit seine Rolle als »kranker Mensch«, der sich »immer schön zu melden« hatte. Die jetzige Beziehung zu seinem Arzt ist flexibler und weniger bürokratisch gestaltet. Er kann bei der Dosierung der Medikamente mitentscheiden und sich bei Problemen jederzeit melden.

---

**Frau A** (032) Bezeichnet die Beziehung mit knappen Worten als gut. Ist der Behandlung gegenüber aber »widerspenstisch« eingestellt, da sie ein Mensch ist, der seine Sachen lieber selber machen will und auch kann. Sie geht zu ihrem Arzt eigentlich nur wegen der Medikamente.

---

**Herr M** (103) Das Verhältnis ist »in Ordnung« und er möchte nicht, daß sich an der Behandlung etwas ändert. Der Arzt ist selbst daran interessiert, daß er nicht wieder in eine Klinik muß. Bei Verschlechterung des Zustandes wird er von ihm krankgeschrieben und bekommt vorübergehend zusätzliche Medikamente, was bisher erfolgreich war.

---

## Komparationstabelle 17

### Kategorie 5: *Materielle Ressourcen* Unterkategorie *Finanzielle Situation*

**Frau P** (010) fühlt sich durch die Rente materiell und existentiell abgesichert. Materielle Sicherheit hat einen großen Einfluß auf ihre psychische Verfassung. Akute Geldsorgen waren oft Anlaß zur Klinikaufnahme. Sie versorgt ihren Lebenspartner mit ihrem Geld mit, da er sein eigenes Geld für Alkohol verbraucht. Sie müssen sich in gewissen Dingen (z.B. Cafe-Besuche) einschränken. Manchmal hilft ihr die Schwester, wenn sie Geldsorgen hat.

»... es ist eine gewisse Sicherheit, wenn man berentet ist...« »Na, wir müssen uns schon ein bißchen einschränken ...«

---

**Frau G** (048) und ihr Mann leben von ihrer Invalidenrente und seinem Gehalt. Sie können alle anstehenden Rechnungen bezahlen und sich Urlaubsreisen leisten. Sie müssen sich nicht sehr einschränken.

---

**Frau C** (030) bekommt seit ihrer Klinikzeit Rente. Um ihre Rente aufzubessern, jobt sie an einigen Tagen in der Woche. Sie darf nur eine bestimmte Summe dazuverdienen. Mit der Rente bekommt sie nur bestimmte Jobs, für andere Tätigkeiten sind ihr die »Türen verschlossen«. Wenn sie sich etwas leisten will (z.B. Waschmaschine), muß sie dafür sparen.

---

**Herr B** (036) lebt von Rente. Er beurteilt die Rente als ausreichend, um seinen Lebensunterhalt zu bestreiten. Er ist froh, daß er mit der Rente eine finanzielle Grundlage hat und nicht mehr arbeiten gehen muß. Andererseits bedeutet für ihn die Tatsache, berentet zu sein, von der Psychiatrie abhängig und nicht mehr frei zu sein. Durch die Krankheit hat er Schwierigkeiten, mit Geld zurecht zu kommen, z.B. macht er manchmal Schulden, die

sich jedoch in Grenzen halten. Um größere Schuldenberge zu vermeiden, läßt er sich sein Geld von der Kellnerin in seiner Kneipe einteilen.

»Also jetzt komme ich überhaupt nicht zurecht. Hab Schulden und so eine Scheiße. Also früher hatte ich überhaupt keine Schulden...«

---

**Frau I** (009) Sie lebt zur Zeit von Arbeitslosengeld. Kommt mit ihrem Geld gut aus, kann sich ein Auto leisten. Sie lebt allerdings sehr sparsam. Für Notsituationen hat sie Geld gespart.

---

**Herr S** (012) Lebt von Erwerbsunfähigkeitsrente. Muß sich in seinem Lebensstandard nicht stark einschränken, kann aber auch »keine großen Sprünge« machen. Da er öfter in die Kneipe geht, ist er am Monatsende knapp mit Geld. Er könnte mit einem Nebenjob DM 500 dazu verdienen, er findet aber nichts Geeignetes bzw. hat keinen Antrieb dazu.

---

**Herr R** (031) Lebt mit seiner Familie von der geringen Rente, Bafög der Partnerin und von Ersparnissen. Sie müssen sich sehr stark einschränken in der Lebensführung. Sie können sich z.B. keine umweltbewußten Nahrungsmittel oder Bücher kaufen. Aber er hat ein eigenes Auto.

---

**Frau A** (032) Sie bezieht ihr monatliches Vollzeitgehalt und schätzt ihre finanzielle Situation als gut ein. Sie muß sich nicht einschränken. Kann sich durch ihr Gehalt einen guten Lebensstandard erhalten, z.B. eine gute Wohnungseinrichtung, Essen, Besuch von kulturellen Veranstaltungen wie Theater oder Oper.

---

**Herr M** (103) Bekommt ein monatliches Gehalt. Durch seine hohen Ausgaben (u.a. Unterhalt für drei Kinder) ist er auf einen Zusatzverdienst durch Nebenjobs angewiesen. Er muß sich insgesamt einschränken, kann sich aber Urlaubsreisen oder Neuanschaffungen für die Wohnung oder ein Auto per Ratenabzahlung leisten.

---

## Komparationstabelle 18

### *Kategorie 5: Materielle Ressourcen* **Unterkategorie *Bedeutung von Geld***

---

**Frau P** (010) Über Geld läuft sehr viel in ihren Beziehungen, z.B. leiht sie sich Geld von ihrer Schwester aus, oder sie möchte das Geld für ihren Lebenspartner verwalten, da er nicht damit umgehen kann, oder sie gab früher ihrer Tochter Zuwendung u.a. in Form von Geld.

Geld hat insgesamt keine zu große Bedeutung im Leben. Man braucht es zum Leben. Früher als Kind und Jugendliche hatte sie auch nicht viel Geld und war trotzdem glücklich. »... nicht so eine große Bedeutung, aber man braucht ja Geld zum Leben...«

---

**Frau G** (048) Sie ist sich mit ihrem Ehemann einig, daß zwar Geld beruhigt, aber nicht eine allzu hohe Bedeutung hat im Leben. »Es beruhigt, würde ich sagen. (...) Aber Geld ist nicht alles...« Die Rente betrachtet Frau K. als späte »Belohnung« für die vielen Jahre ihrer Krankheit, in der sie auf vieles verzichten mußte. Sie bekam erst elf Jahre nach Krankheitsbeginn die Rente.



»... Jetzt werde ich .. für das erstmal belohnt, was ich die ganzen Jahre durchgemacht habe...«

---

**Frau C** (030) Geld hat keine zu hohe Bedeutung für sie. Sie würde sich zwar wünschen, eine einmalige höhere Geldsumme zu haben, um sich ihre Wünsche zu erfüllen. Sie träumt aber nicht davon, reich zu sein. »Also es hat nicht so 'ne Bedeutung, daß ich jetzt träume, unbedingt reich zu sein...« Sie sieht mittlerweile die Rente als »Schadensersatz« für ihre Zeit in der Psychiatrie.

»... die Rente, die ich kriege, seh ich jetzt so ein Stückchen als Schadensersatz dafür...«

---

**Herr B** (036) Geld hat keine große Bedeutung. Größere Bedeutung hat der Mensch und daß ihm soviel geholfen wird. »... für mich hat es keine große Bedeutung. Weil es bloß gedruckt wird ... Der Mensch ist ja entscheidend...«

---

**Frau I** (009) Ihr ist es wichtig, gut zu verdienen, um sich etwas leisten zu können, z.B. einen Urlaub. Aber »Geld ist nicht alles«, wichtiger ist ihr eine Arbeit, die Freude und Spaß macht, statt sich dauernd zu überfordern und dafür mehr Geld zu bekommen. (S5LQ)

---

**Herr S** (012) Geld braucht man für Essen, Trinken, Kleidung. »Aber steht nicht an erster Stelle bei mir.« (S3LQ)

---

**Herr R** (031) Geld spielt nicht die erste Rolle, wichtiger sind ihm Wissen, Bildung, geistige Werte, Bücher, daß z.B seine Partnerin das Abitur macht und sich mit musischen Dingen beschäftigt. Geld haben ist aber auch eine Beruhigung, vor allem hinsichtlich der finanziellen Absicherung des Kindes.

---

**Frau A** (032) Geld ist eine wichtige Grundlage, um ihr Leben nach den eigenen Vorstellungen leben zu können. Ist aber nicht das Wichtigste im Leben, wichtiger sind gute Freundschaftsbeziehungen. »Man braucht beides.« (S6LQ)

---

**Herr M** (103) »Ohne Geld geht es nicht.« Um sich seinen Lebensunterhalt und Freizeitunternehmungen leisten zu können, ist Geld notwendig, »und sonst hat es eigentlich keine weitere Bedeutung«. (S4LQ)

---

## Komparationstabelle 19

### Kategorie 5: *Materielle Ressourcen* Unterkategorie *Bedeutung der Wohnung*

**Frau P** (010) Es gibt Beschwerden von den Nachbarn, weil ihr Partner zu laut ist. Mietvertrag ist gefährdet. Die Wohnung hat feuchte Wände. Trotz dieser Mängel wird die Wohnung als wichtiger Lebensraum erlebt, in der sie den größten Teil des Tages verbringt.

»... die Wohnung hat schon 'ne große Bedeutung, man ist ja den ganzen Tag in der Wohnung, man lebt ja, man hat ja nichts weiter als die Wohnung...«

---

**Frau G** (048) nennt als erstes die Gemütlichkeit der Wohnung. Sie genießt es, Besuch zu bekommen und freut sich immer auf die Wohnung, wenn sie längere Zeit nicht zuhause

war. Ihr ist es wichtig, sich in der Wohnung zurückziehen zu können und sich heimisch zu fühlen.

»... wieder zuhause zu sein in den vier Wänden. Der Hund ist da, der Mann ist da, also die Gemütlichkeit der Wohnung...«

---

**Frau C** (030) ist es sehr wichtig, alleine zu wohnen, ihr eigenes Heim zu haben, in der sie tun und lassen kann, was sie will. Die Wohnung ist ihr zu klein geworden, »weil immer mehr entsteht«, sie musiziert in der Wohnung und wünscht sich mehr Lebensraum. Sie wünscht sich auch ein eigenes Bad und Toilette. Sie hat einen Antrag auf eine größere Wohnung gestellt.

»... Ich kann hier total selbständig leben. Das ist für mich schon eine wichtige Bedeutung (von) so 'ner Wohnung...«

---

**Herr B** (036) Ihm bedeutet seine Wohnung sehr viel, sie ist gemütlich und warm. Er hat sie mit Hilfe seiner Bekannten frisch renovieren lassen. Er bekommt immer wieder nützliche Dinge für die Wohnung geschenkt. Er beklagt jedoch, daß im Haus nichts renoviert wird, und daß er mit einigen Hausbewohnern nicht klar kommt. Diese beschweren sich, weil er zu laute Musik hört.

»... sie ist schön gemütlich, schön warm ... Warme Wohnung, schöner Gang hier...«

---

**Frau I** (009) Die Wohnung hat eine große Bedeutung für sie. Sie kann sich zurückziehen, fühlt sich geborgen. Sie hat ihre Wohnung schön eingerichtet.

»...die muß schön gemütlich sein, die Wohnung... Man verbringt ja eigentlich auch die meiste Zeit in der Wohnung, ne.« (S6LQ)

---

**Herr S** (012) Er freut sich, eine eigene Wohnung zu haben, und ist zufrieden damit. Er lebte früher zehn Jahre lang in einem Arbeiterwohnheim, wo er sich Küche und Bad teilen mußte, z.T. mit fremden Leuten.

»Nja, ich hab hier meine Ruhe oder so.« (S3LQ)

---

**Herr R** (031) Kämpfte bei den Behörden mit Erfolg um eine Sozialwohnung. Es ist wichtig für die Familie, »endlich wieder ordentlich zu wohnen«. Die Wohnung ist hell, praktisch, warm, »viel Grün rundherum«, »für unsere kleine Familie genau das richtige«. (S17LQ)

---

**Frau A** (032) Mag ihre Wohnung, ist sehr zufrieden und bemüht sich, sie weiter zu verschönern. Hat sie bewußt eingerichtet (z.B. Rottöne vermieden, gegen die sie seit der Erkrankung allergisch ist). Sie würde sich sicherer fühlen, wenn im Haus die Haupteingangstür immer verschlossen wäre, »aber so kann immer mal was passieren«. (S7LQ)

---

**Herr M** (103) Durch den Status einer Sozialwohnung leben Menschen im Haus, mit denen er nicht klarkommt. In seiner Wohnung selbst fühlt er sich wohl, er ist zufrieden und hat sie seiner Ansicht nach gut eingerichtet.

»...wenn man die Tür zuschließt und hat seine vier Wände, bin ich eigentlich zufrieden.« (S5LQ)

---

# ANHANG D: GESUNDHEITSRESSOURCEN- INVENTAR

## Gesundheitsressourcen-Inventar (GRI)

Proband: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_weiblich \_\_männlich

Wohnsituation: \_\_ alleine \_\_ mit Familie/Partner \_\_ bei den Eltern \_\_ Institution \_\_ sonstige

Bitte füllen Sie dieses Inventar aus auf der Grundlage Ihrer Kenntnis über den betreffenden Probanden. Konzentrieren Sie sich auf die gegenwärtige Situation (die letzten vier Wochen). Kennzeichnen Sie bei jedem Merkmal den Grad seiner Ausprägung von »nicht vorhanden« bis »stark ausgeprägt« im Sinne seiner Intensität und seiner Häufigkeit bzw. Konstanz. Die Zahl 9 wird gegeben, wenn nicht genügend Information vorhanden ist, um eine Einschätzung geben zu können. Unter Bemerkungen können Stichworte festgehalten werden, die inhaltlich zur Quantifizierung der Merkmale beitragen.

### Beschreibung der verschiedenen Merkmalsausprägungen und der Ankerpunkte:

Wert	Ankerpunkte	Beschreibung
0	Nicht vorhanden	Merkmal ist praktisch nicht vorhanden
1	Gering ausgeprägt	Merkmal ist gering ausgeprägt und tritt selten auf
2	Ziemlich ausgeprägt	Merkmal ist entweder stark vorhanden, tritt aber selten auf, oder ist gering ausgeprägt, tritt aber häufig auf
3	Stark ausgeprägt	Merkmal ist intensiv ausgeprägt und tritt häufig auf
9	Nicht bekannt	Information reicht nicht, um Aussage zu machen

---

Merkmale	Skala	Narrative Statements
----------	-------	----------------------

---

## A. Umgang mit eigener aktueller Krankheit

### 1. Bewußtsein über die Tatsache und Art der eigenen Erkrankung

- |  |           |
|--|-----------|
| a) Ist sich der eigenen Krankheit bewußt                                   | 0 1 2 3 9 |
| b) Akzeptiert die eigene Erkrankung  | 0 1 2 3 9 |
| c) Fühlt sich trotz Erkrankung als funktions tüchtig<br>und/oder belastbar | 0 1 2 3 9 |
| d) Fühlt sich aktuell nicht krank  | 0 1 2 3 9 |

Merkmale	Skala	Narrative Statements
<b>2. Umgang mit der eigenen Krankheit</b>		
a) Ist in der Lage, mit der Krankheit umzugehen	0 1 2 3 9	
b) Achtet auf notwendige Änderung der Dosierung bzw. Art der Medikamente	0 1 2 3 9	
c) Erfahrungsaustausch mit Betroffenen bzw. mit Freunden	0 1 2 3 9	
d) Sucht Arzt/Therapeut bei Krankheitsanzeichen auf	0 1 2 3 9	
<b>3. Umgang mit Stigmatisierung</b>		
a) Verbirgt die Krankheit vor Fremden	0 1 2 3 9	
b) Lehnt allgemeine Diskriminierung psychisch Kranker ab	0 1 2 3 9	
c) Kämpferische Haltung gegen eigene Diskriminierung	0 1 2 3 9	
d) Distanziert sich bewußt vom psychiatrischen Umfeld	0 1 2 3 9	
<b>4. Erlebte positive Veränderung durch die Erkrankung</b>		
a) Gesteigerte Fähigkeit, mit der Krankheit umzugehen aufgrund eines Lernprozesses im Krankheitsverlauf	0 1 2 3 9	
b) Materielle Vorteile durch die Erkrankung (z.B. finanzielle Sicherheit durch Rente)	0 1 2 3 9	
c) Entlastung vom beruflichen Streß	0 1 2 3 9	
d) Erst durch die Krankheit haben sich die echten Freunde herausgestellt	0 1 2 3 9	
<b>B. Steigerung der elementaren Gesundheit</b>		
<b>5. Achtgeben auf den eigenen Körper</b>		
a) Sorgt für Ruhephasen bei Erschöpfung	0 1 2 3 9	
b) Achtet auf sinnvolle Dosierung des Schlafs	0 1 2 3 9	
c) Angemessener Umgang mit körperlichen Symptomen (z.B. Schmerzen, Mißempfindungen)	0 1 2 3 9	
<b>6. Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit</b>		
a) Sorgt für gesunde und ausgewogene Ernährung	0 1 2 3 9	
b) Sorgt für regelmäßige Bewegung (z.B. Spazierengehen, Fitness, Sport)	0 1 2 3 9	
c) Gezielte Anwendung von Entspannungsübungen	0 1 2 3 9	

Merkmale	Skala	Narrative Statements
<b>7. Maßnahmen zur Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens</b>		
a) Strebt nach emotionalem Ausgleich (z.B. Spaziergang in der Natur, um wieder Ruhe zu finden)	0 1 2 3 9	
b) Wiederherstellen des emotionalen Wohlbefindens durch soziale Interaktion mit Menschen oder Tieren	0 1 2 3 9	
c) Fähigkeit, ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln	0 1 2 3 9	
<b>C. Allgemeine Funktionsfähigkeit und Streßbewältigung</b>		
<b>8. Anstrengung, für sich selbst gut zu sorgen</b>		
a) Achtet auf Körperpflege	0 1 2 3 9	
b) Achtet auf saubere Kleidung	0 1 2 3 9	
c) Achtet auf Sauberkeit und Ordnung in der Wohnung	0 1 2 3 9	
<b>9. Fähigkeit, berufliche oder andere regelmäßige Tätigkeiten auszuüben</b>		
a) Fähigkeit, den Haushalt eigenständig zu führen	0 1 2 3 9	
b) Sorgt für geregelten Tagesablauf (feste Termine und Aktivitäten)	0 1 2 3 9	
c) Geht einer regelmäßigen Arbeit nach	0 1 2 3 9	
<b>10. Erfolgreiche Interaktion und Kommunikation mit anderen</b>		
a) Kommuniziert über eigene Bedürfnisse, Wünsche, Sorgen oder Konflikte	0 1 2 3 9	
b) Pflegt aktiv soziale Kontakte	0 1 2 3 9	
c) Kann soziale Konflikte im Kontakt mit anderen lösen	0 1 2 3 9	
<b>11. Erfolgreiche Bewältigung von streßreichen Situationen</b>		
a) Passive Streßbewältigung (z.B. Schlaf, Rückzug, Reduzierung von Kontakten und Aktivitäten, Vermeidung von Streß)	0 1 2 3 9	
b) Aktive Streßbewältigung (z.B. erhöhte Aktivitäten und soziale Kontakte, Aufsuchen des Arztes, Erhöhung der Medikamente)	0 1 2 3 9	
c) Kreative und geistige Kompensation (z.B. künstlerische Betätigung)	0 1 2 3 9	

Merkmale	Skala	Narrative Statements
<b>D. Aktivierung sozialer und materieller Ressourcen</b>		
<b>12. Nutzung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung</b>		
a) Geht regelmäßig zur ambulanten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Behandlung	0 1 2 3 9	
b) Begibt sich in Krisenzeiten selbst in stationäre Behandlung	0 1 2 3 9	
c) Besucht regelmäßig Patientenclubs o.ä.	0 1 2 3 9	
<b>13. Bemühen um unterstützende Arzt-Patient-Beziehung</b>		
a) Hat vertrauensvollen Kontakt zum Arzt/Therapeuten	0 1 2 3 9	
b) Kommuniziert über eigene Lebenssituation, die über die Krankheit hinausgeht	0 1 2 3 9	
c) Entscheidet aktiv bei therapeutischen Maßnahmen mit	0 1 2 3 9	
<b>14. Aktivierung von sozialer Unterstützung in der Gemeinde</b>		
a) Ist festes Mitglied in Vereinen, Clubs o.ä.	0 1 2 3 9	
b) Holt sich Unterstützung in der Gemeinde (z.B. soziale Wohlfahrtseinrichtungen)	0 1 2 3 9	
<b>15. Mobilisierung emotionaler und sozialer Unterstützung durch den Partner</b>		
a) Erlebt Partnerschaft als Schutz vor Alleinesein	0 1 2 3 9	
b) Sucht Unterstützung beim Partner (z.B. Aktivierung, Strukturhilfe, Trost, Verständnis)	0 1 2 3 9	
c) Nimmt selbst eine wichtige Rolle für den Partner ein	0 1 2 3 9	
d) Tauscht Zärtlichkeiten aus bzw. hat eine befriedigende Sexualität	0 1 2 3 9	
<b>16. Mobilisierung emotionaler und sozialer Unterstützung durch die Familie</b>		
a) Erlebt die Familie als Schutz vor Alleinesein	0 1 2 3 9	
b) Sucht Unterstützung bei einzelnen Familienmitgliedern (z.B. praktische Hilfe, Verständnis)	0 1 2 3 9	
c) Nimmt selbst eine wichtige Rolle in der Familie ein	0 1 2 3 9	

Merkmale	Skala	Narrative Statements
<b>17. Mobilisierung sozialer Unterstützung durch Freunde, Kollegen, Nachbarn u.a.</b>		
a) Mobilisiert praktische Unterstützung von Freunden, Kollegen, Nachbarn	0 1 2 3 9	
b) Sucht Halt und Unterstützung bei ihnen	0 1 2 3 9	
c) Nimmt selbst eine unterstützende Haltung bei ihnen ein	0 1 2 3 9	
<b>18. Streben nach angemessener Wohnsituation</b>		
a) Wohnung ist ein Rückzugsort	0 1 2 3 9	
b) Wohnung ist wichtiger Lebensraum (u.U. trotz äußerer Mängel)	0 1 2 3 9	
c) Unternimmt Anstrengung, eine behagliche Wohnatmosphäre zu schaffen	0 1 2 3 9	
<b>19. Bemühen um stabile finanzielle Situation</b>		
a) Weiß sich in finanzieller Not zu helfen (Sozialamt, leiht sich Geld von Freunden oder Verwandten aus)	0 1 2 3 9	
b) Ist bemüht, mit den vorhandenen finanziellen Mitteln auszukommen	0 1 2 3 9	
c) Verbessert finanzielle Situation durch Nebenjob	0 1 2 3 9	
<b>E. Streben nach Selbstverwirklichung und Lebensinn</b>		
<b>20. Fähigkeit zur Entwicklung von und Orientierung an Lebenszielen</b>		
a) Entwickelt eigene Lebensziele (z.B. Familie, Beruf, bestimmte Tätigkeiten)	0 1 2 3 9	
b) Orientiert sich an eigenen Lebenszielen (z.B. setzt Teile davon in reale Praxis um)	0 1 2 3 9	
<b>21. Fähigkeit, Empathie und Solidarität mit den Mitmenschen zu entwickeln</b>		
a) Interesse am Leben und Schicksal anderer Menschen	0 1 2 3 9	
b) Hat Bereitschaft, anderen zu helfen	0 1 2 3 9	
<b>22. Streben, kulturelle und kreative Fähigkeiten und Interessen zu entwickeln</b>		
a) Hat eigene geistige und kulturelle Interessen und setzt sie z.T. in die Tat um	0 1 2 3 9	

Merkmale	Skala Narrative Statements
b) Fühlt sich durch kreativ-künstlerische Tätigkeit innerlich bereichert	0 1 2 3 9
<b>23. Entwicklung von optimistischer</b>	
<b>Lebenseinstellung in Bezug auf sich selbst</b>	
a) Wunsch nach Beibehalten der jetzigen Lebenssituation (keine Verschlechterung)	0 1 2 3 9
b) Hat optimistische Einstellung zu sich selbst	0 1 2 3 9
c) Macht Pläne für die Zukunft	0 1 2 3 9
<b>24. Gefühl, einen Sinn im Leben zu finden</b>	
a) Erlebt Sinnhaftigkeit im eigenen Tun	0 1 2 3 9
b) Entwickelt eigenes Wertsystem	0 1 2 3 9
c) Zwischenmenschliche Beziehungen (Familie, Partner, Freunde etc.) geben Lebenssinn	0 1 2 3 9
d) Höhere ethische Werte sind wichtig (z.B. soziale Gerechtigkeit, Frieden, Menschlichkeit)	0 1 2 3 9
<b>25. Bedürfnis nach Spiritualität und Glauben</b>	
a) Orientierung an ethischen Richtlinien der Religion	0 1 2 3 9
b) Emotionaler Halt durch religiösen Glauben oder Spiritualität	0 1 2 3 9
c) Der eigene Lebensentwurf wird am Glauben ausgerichtet	0 1 2 3 9