

Friederike Schmidt

**Nutzen und Risiken psychoedukativer
Interventionen für die Krankheitsbewältigung
bei schizophrenen Erkrankungen**



Friederike Schmidt

**Nutzen und Risiken psychoedukativer
Interventionen für die Krankheitsbewältigung
bei schizophrenen Erkrankungen**

Eine mehrperspektivische Studie

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie Verlag

DOI: 10.1486/9783884145548

**Friederike Schmidt. Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen
für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen**

Eine mehrperspektivische Studie

Die vorliegende Arbeit wurde im Jahr 2011 vom Fachbereich Erziehungswissenschaft
und Psychologie der Freien Universität Berlin als Dissertationsschrift angenommen.

ISBN 978-3-88414-554-8

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie Verlag GmbH, Bonn 2012

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

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Satz: Psychiatrie Verlag, Bonn

Druck: Schaltungsdienst Lange, Berlin

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Vorwort	9
Danksagung	11
Zusammenfassung	13
1 Einleitung	15
2 Das Krankheitsbild der Schizophrenie	19
2.1 Schizophrene Erkrankungen aus psychiatrischer Sicht	19
2.1.1 Symptomatik	20
2.1.2 Diagnose und Klassifikation	23
2.1.3 Ätiologische Modelle	24
2.2 Die »zweite Krankheit«: Das Stigma der Schizophrenie	26
2.3 Krankheitsbild und Krankheitsbewältigung aus der Sicht der Betroffenen	29
2.3.1 Vorstellungen von Betroffenen über Art und Ursachen der Erkrankung	30
2.3.2 Die subjektive Seite der Krankheitsbewältigung: Der Recovery-Ansatz	32
3 Psychoedukation im Rahmen der Schizophrenie-Behandlung	36
3.1 Zielsetzungen psychoedukativer Interventionen	37
3.2 Psychoedukation in der (teil-)stationären Schizophrenie-Behandlung	41
3.2.1 Bestandteile psychoedukativer Interventionen im stationären Setting	42
3.2.2 Mögliche Kontraindikationen für psychoedukative Interventionen in der Akutphase der Erkrankung	42
3.3 Empirische Evaluation psychoedukativer Interventionen	45
3.3.1 Forschungsstand zur Evaluation informationszentrierter Psychoedukation	46
3.3.2 Evaluation psychoedukativer Interventionen unter Berücksichtigung der subjektiven Sichtweise der Betroffenen	48
3.4 Psychoedukation und Krankheitsverständnis	50
4 Fragestellung	58
Die quantitative Studie	
5 Methode	66
5.1 Durchführung der Untersuchung	66
5.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien	67
5.1.2 Die Intervention	68
5.2 Stichprobenbeschreibung und Drop-Out-Analysen	70
5.3 Erhebungsinstrumente	72

6 Ergebnisse	80
6.1 Veränderungen in Aspekten des Krankheitsverständnisses und des subjektiven Wohlbefindens nach Teilnahme an der Psychoedukation	80
6.1.1 Veränderungen in den Krankheitskonzepten der Patienten	81
6.1.2 Veränderungen bezüglich der Krankheitseinsicht, der Compliance und des Wissens über die Erkrankung	90
6.1.3 Veränderungen in der subjektiven Lebensqualität und dem Selbstwert der Patienten	93
6.2 Bedeutung des Krankheitsverständnisses für das subjektive Wohlbefinden	95
6.2.1 Zum Einfluss des Krankheitsverständnisses auf die Lebensqualität	96
6.2.2 Zum Einfluss des Krankheitsverständnisses auf den Selbstwert	99
6.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	101
Die qualitative Studie	
7 Methode	104
7.1 Reflexion des Vorwissens und eigener Rollen im Forschungsprozess	105
7.2 Datenbasis	107
7.2.1 Zugang zum Feld und Sampling	107
7.2.2 Stichprobe	109
7.3 Datenerhebung	111
7.4 Datenauswertung	113
7.4.1 Erste Auswertungsphase und Zwischenergebnisse	113
7.4.2 Exkurs: Prozesse der biografischen Arbeit und Krankheitsidentitätsarbeit	115
7.4.3 Präzisierung der Fragestellung	119
7.4.4 Anpassung der Auswertungsmethoden und weitere Auswertungsphasen	119
8 Ergebnisse	122
8.1 Biografische Krankheitsverarbeitung und Psychoedukation: ein Rahmenmodell	122
8.2 Herausforderungen und Schwierigkeiten der biografischen Krankheitsverarbeitung und die jeweilige Bedeutung psychoedukativer Interventionen	133
8.2.1 Die Psychoseerfahrungen verarbeiten und mitteilen	134
8.2.2 Die Diagnose der Erkrankung annehmen	147
8.2.3 Die eigene Verantwortung an der Entstehung der Erkrankung klären	149
8.2.4 Die medikamentöse Behandlung akzeptieren	158
8.2.5 Mit der Infragestellung eines »normalen« Lebens umgehen	165
8.2.6 Sich vor Selbst- und Fremdstigmatisierung schützen	174
8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	179

9 Diskussion und Ausblick	186
9.1 Diskussion des methodischen Vorgehens	186
9.2 Integration und Diskussion der Ergebnisse	192
9.3 Implikationen für (teil-)stationäre Behandlungsprogramme	203
9.3.1 Die eigene Rolle reflektieren	203
9.3.2 Prämissen und Zielsetzungen hinterfragen	205
9.3.3 Entwicklungsrichtung individuell definieren	207
9.3.4 Ein positives Selbstkonzept und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stärken	209
9.3.5 Die Krankheitserfahrungen normalisieren	210
9.3.6 Individuelle Strategien der Stigmabewältigung unterstützen	211
9.3.7 Eine hoffnungsvolle Zukunftsperspektive fördern	212
9.3.8 Zu den Rahmenbedingungen	213
9.4 Ausblick	214
Literaturverzeichnis	217
Die Autorin	237

Vorwort

Psychoedukation. Edukation der Seele – wie soll das gehen? Lässt sich die Psyche »erziehen«? Haben wir Profis die inhaltliche und moralische Legitimation, Menschen in seelischer Not zu erziehen? Ich habe schon Zweifel, ob gezielte Erziehung durch eng befristete Programme überhaupt gelingen kann. Entwicklung fördern ja – aber erziehen? Und psychisch erkrankte Menschen – haben die nicht etwas Wichtigeres zu tun, als erzogen zu werden?

Andererseits: Wissen ist Macht. Ist es dann nicht anständig und überfällig, wenn wir Profis unser Wissen über Psychosen, Depressionen usw. (mit)teilen und uns mit diesem Wissen kritischen Fragen stellen? Hier wird es spannend: Gibt es denn einen relevanten Wissensvorsprung, den mitzuteilen sich lohnt? Und hilft Psychoedukation überhaupt, Macht zu teilen, oder wird sie durch die formale Gestaltung eher vergrößert? Machen wir uns mit unserem (bescheidenen) Wissen transparent und angreifbar oder üben wir Macht aus? Stellen wir uns den individuellen Unterschieden und der subjektiven Brechung oder ignorieren wir beides? Nutzen wir unsere Sprachgewalt und unsere Definitionsmacht aus oder suchen wir nach einer gemeinsamen auf Augenhöhe verbindenden Sprache? Bemühen wir uns um Anschlussfähigkeit unserer Worte oder engen wir vorhandene Sprachräume ein?

Beispiel »Krankheitseinsicht«: Wer nimmt Einsicht und in was? Welche Einsicht steckt dahinter, wenn jemand sagen kann »Ich habe 20.0« (Schizophrenie)? Was ist gewonnen, wenn jemand die eigene Erfahrung mit einem Fremdwort benennen kann, dabei aber möglicherweise die Aneignung des Erlebten eher noch erschwert wird? Wie verhindern wir, dass so die Entfremdung und Abspaltung verstärkt wird, die wir gewöhnlich der Erkrankung anlasten?

Beispiel »Compliance«: Von wem wir sie verlangt – immer vom anderen, vom Patienten oder auch von uns, den Therapeuten? Wie wächst Kooperation? Wer bestimmt die Regeln? Wie gewährleisten wir Augenhöhe? Welche Umwege sind wir bereit zu gehen, damit Vertrauen wachsen kann? Und wird durch die unmittelbar und einseitig geforderte Compliance eine ohnehin verletzte Identität gestärkt oder weiter beschädigt?

Aber Psychoedukation lässt sich auch ableiten von »educere« = herausführen. Psychisch Erkrankte herausführen aus Unwissenheit, Isolation, Einsamkeit, (Selbst-)Stigmatisierung, aus dem Dunkel ... Ist das nicht ein schönes Bild und ein lohnendes Ziel? Doch wo ist Dunkelheit und wo Licht? Und helfen wir Iso-

lation und Einsamkeit zu überwinden oder schaffen wir neue Gettos? Nehmen wir Patienten i. W. als unwissende und unterbelichtete Wesen wahr oder sehen und stärken wir ihre Kompetenz?

Wie ist die Studienlage: Psychoedukation kann helfen, Compliance zu entwickeln und Rückfälle zu vermeiden. Doch sie tut das eher, möglicherweise überhaupt erst, wenn sie wiederholt wird. Was ist also entscheidend – die Information oder die Beziehung? Psychoedukation hilft dann besonders, wenn die Angehörigen einbezogen werden, wenn sie sich also Richtung Dialog bewegt. Ich bin überzeugt, dass das auch für Inhalte und formale Gestaltung gilt: Psychoedukation kann vom Dialog/von den Psychoseseminaren viel lernen und hat das z. T. auch schon getan; je mehr sie subjektive Perspektiven einbezieht und je dialogischer sie wird, desto nachhaltiger dürfte sie sein.

Das Buch von Friederike Schmidt »Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen« bewegt sich in genau diesem Spannungsfeld, das ich zugegeben etwas zugespitzt skizziert habe. Und die Autorin kann gerade deshalb etwas Wesentliches beitragen, weil sie ihre Studie als »mehrperspektivisch« angelegt hat: Quantitative und qualitative Methoden werden kombiniert; mit dem Ziel, Repräsentativität und Einzigartigkeit nicht gegeneinander auszuspielen. Psychose-Erfahrene kommen direkt zu Wort. Es ist wohltuend, wenn Studien dieser Art nicht dem einseitigen Diktat der »evidenced based medicine« folgen, wonach die Zufallsverteilung der Stichprobe oberstes Gebot ist und das Design entsprechend jede komplexe Frage so lange reduziert, bis die Antwort vorhersehbar ist. Es ist wohltuend, wenn »experienced based medicine« als gleichwertig betrachtet wird und damit auch die Erfahrungen der Betroffenen.

Wer Forschung so anlegt, könnte es schaffen, auch Psychoedukation dialogisch zu gestalten. Insofern möchte ich das Buch nicht nur Betroffenen und Angehörigen, sondern auch klinischen und wissenschaftlichen Profis empfehlen.

Thomas Bock

Danksagung

Auch wenn das Verfassen einer Dissertation phasenweise ein sehr einsames Geschäft sein kann, wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen ohne das Mitwirken und die Unterstützung vieler hilfreicher Menschen!

An erster Stelle möchte ich allen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern danken, die durch ihre Bereitschaft, so offen über ihre Krankheits- und Behandlungserfahrungen zu berichten, die Grundlage für diese Arbeit gelegt haben.

Frau Prof. Anna Auckenthaler danke ich für die engagierte und verlässliche Betreuung meiner Arbeit sowie für zahlreiche wertvolle Anregungen über den gesamten Forschungsprozess hinweg. Herrn Prof. Michael Dettling danke ich dafür, dass er die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Studien ermöglicht und mich bei deren Durchführung kontinuierlich unterstützt hat sowie für die Zweitbegutachtung der Arbeit. Mein besonderer Dank gilt darüber hinaus Frau Dr. Katrin Körtner, der Initiatorin dieser Studie, die durch ihr umfassendes Engagement bei der Studiendurchführung, durch viele konstruktive Diskussionen und wertvolle Rückmeldungen sowie die gemeinsame Begeisterung für das Forschungsprojekt auf entscheidende Weise zum Gelingen der Arbeit beigetragen hat. Weiterhin möchte ich Johannes Wrege und allen anderen Kolleginnen und Kollegen in der Klinik danken, die an der Studiendurchführung mitgewirkt haben, sowie allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Doktorand(inn)enkolloquiums für zahlreiche anregende Diskussionen und hilfreiche Hinweise bezüglich des qualitativen Forschungsprozesses. Die Realisierung dieser Arbeit wurde ermöglicht durch die finanzielle Unterstützung des Elsa-Neumann-Stipendiums. Frau Petra Heidinger danke ich hier für die individuelle und freundliche Betreuung.

Meiner Familie, meinen Freundinnen und Freunden danke ich für all ihre Geduld, Ermutigung und Unterstützung. Paraskewi Boras danke ich darüber hinaus für ihre unermüdlige Hilfe bei der Transkription der Interviews sowie Bettina Schmidt, Silke Gülker und Sara Zeugmann für wertvolle inhaltliche und methodische Anmerkungen und Rückmeldungen. Für all das und vieles mehr sowie für das intensive Korrekturlesen der Arbeit gilt mein besonderer Dank Elin Bahner-Heyne, Sonja Geiger und Corinna Seither.

Katharina und Jens-Uwe Schmidt möchte ich aus tiefstem Herzen danken, dass sie mich immer ermutigt haben, meinen (Forschungs-)Interessen nachzugehen, und mich bei deren Umsetzung vorbehaltlos unterstützt haben. Nicht zuletzt

danke ich Felix Hoffmann für seinen kontinuierlichen Rückhalt, indem er immer für mich da war, an mich geglaubt und mir auf vielfältige Weise Kraft gegeben hat für die Fertigstellung dieser Arbeit.

Zusammenfassung

Psychoedukative Interventionen gewinnen in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung in der (teil-)stationären Behandlung schizophrener Erkrankungen. Von dem breiten Spektrum psychoedukativer Interventionen werden in diesem Setting jedoch in der Regel nur kurze, informationszentrierte Psychoedukationsprogramme umgesetzt, die auf eine Verbesserung des krankheitsbezogenen Wissens, der Krankheitseinsicht und der Medikamentencompliance abzielen. Anhand der aktuellen Studienlage findet sich allerdings keine eindeutige empirische Evidenz für die Wirksamkeit derartiger psychoedukativer Interventionen, insbesondere wenn diese ausschließlich mit Patienten und nicht unter Einbeziehung der Angehörigen stattfinden, wie es in der Praxis häufig der Fall ist. Es fehlen bislang Untersuchungen zu den potenziellen Risiken der in der Psychoedukation vermittelten Krankheitskonzepte, obwohl sich anhand verschiedener Studien Hinweise darauf ergeben, dass die Zunahme von Krankheitseinsicht und medizinischem Wissen über die Erkrankung mit Suizidalität, depressiven Beschwerden und Selbststigmatisierung einhergehen kann.

In der vorliegenden Arbeit wurde die Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der subjektiven Perspektive der Betroffenen untersucht. Grundlage dafür bildeten zwei empirische Studien. Bei der ersten Studie handelte es sich um eine quantitative prospektive Evaluation eines (teil-)stationären Psychoedukationsprogramms unter natürlichen Bedingungen. Hier zeigte sich, dass sich hinsichtlich des Krankheitskonzeptes der Patienten insbesondere Einstellungen zur Medikation nach der Teilnahme am Psychoedukationsprogramm veränderten (im Sinne einer positiveren Haltung gegenüber der medikamentösen Behandlung). Weiterhin zeigte sich, dass Aspekte des individuellen Krankheitsverständnisses von der Symptomatik unabhängige Prädiktoren für die subjektive Lebensqualität und den Selbstwert darstellten. Allerdings wurden gerade diese Aspekte des Krankheitsverständnisses durch die Teilnahme an der Psychoedukation nicht signifikant verändert. Dagegen stellten das Medikamentenvertrauen und die Krankheitseinsicht der Patienten, bei denen es jeweils zu einer Zunahme während der Teilnahme an der Psychoedukation kam, *negative* Prädiktoren für das subjektive Wohlbefinden der Patienten dar. Insgesamt weisen diese Befunde darauf hin, dass in der Psychoedukation Aspekte des Krankheitsverständnisses fokussiert werden, die einen

negativen Einfluss auf das Selbstkonzept und die subjektive Lebensqualität haben können, während andere für das subjektive Wohlbefinden relevante Aspekte des Krankheitskonzepts vernachlässigt werden.

Den zweiten Teil der Arbeit stellte eine qualitative, an der Grounded Theory Methodologie orientierte Interviewstudie mit Patienten mit schizophrenen Erkrankungen dar. Hier sollte untersucht werden, welche Bedeutung die Betroffenen selbst der Psychoedukation für die Krankheitsbewältigung zusprechen, insbesondere bezüglich des Beitrags, den psychoedukative Interventionen zum Umgang mit den vielfältigen Herausforderungen und Schwierigkeiten der biografischen Krankheitsverarbeitung leisten (können). Als zentrale Schwierigkeit zeigte sich hier der konfliktreiche Versuch der Patienten, die persönlichen Krankheitserfahrungen in ihre Biografie, ihr Selbstbild und ihre Zukunftsperspektive zu integrieren, ohne dass die eigene Identität dabei vollständig infrage gestellt wird und allein durch die Erkrankung definiert wird. Dabei bewegen sich die Patienten in einem Spannungsfeld zwischen totaler Abgrenzung von, und totaler Identifikation mit der Erkrankung. Psychoedukative Interventionen, die vornehmlich auf Krankheitseinsicht, Medikamentencompliance und Rückfallprophylaxe fokussiert sind, bergen die Gefahr, dass sich Patienten stärker zu einem der Extrempole hinbewegen, sich also entweder durch die starke Identifikation mit der Krankheit in eine eher passive Krankenrolle fügen oder sich durch die Abgrenzung von der Krankheit auch den Behandlungsmöglichkeiten entziehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass psychoedukative Interventionen von vielen Patienten als hilfreich erlebt werden, weil sie Informationen über die Erkrankung vermitteln und die Möglichkeit zum Austausch über die Krankheitserfahrungen mit anderen Betroffenen bieten. Darüber hinaus können psychoedukative Interventionen die Akzeptanz der medikamentösen Behandlung fördern, insbesondere indem sie negative Einstellungen gegenüber den Medikamenten abbauen. Je stärker die Interventionen allerdings auf die Förderung der Medikamentencompliance fokussiert sind und zu diesem Zweck die Vermittlung eines biomedizinischen Krankheitskonzepts im Vordergrund steht, desto größer ist die Gefahr, die konfliktreichen Prozesse der biografischen Krankheitsverarbeitung zu erschweren. Insgesamt stellen diese Befunde infrage, inwieweit (kurze, informationszentrierte) psychoedukative Interventionen in ihrer bisherigen Form tatsächlich dazu beitragen, eine für den Patienten sinnvolle Krankheitsbewältigung einschließlich der Annahme weiterer therapeutischer Maßnahmen zu fördern. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse auf besondere Risiken hin, die bei der Gestaltung psychoedukativer Interventionen stärker berücksichtigt werden müssen. Daraus abgeleitete Implikationen für die Neugestaltung psychoedukativer Interventionen werden im abschließenden Teil der Arbeit diskutiert sowie Fragestellungen für anschließende Forschungsarbeiten beschrieben.

1 Einleitung

Unter dem Begriff der Schizophrenie wird eine Gruppe psychischer Störungen zusammengefasst, die durch Veränderungen in zentralen Domänen menschlicher Erlebens- und Verhaltensweisen gekennzeichnet sind. Etwa 1 % der Bevölkerung erkrankt im Laufe des Lebens an einer Schizophrenie, der typische Erkrankungsbeginn liegt in der Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter. Frauen und Männer erkranken gleichhäufig, Letztere im Durchschnitt drei bis vier Jahre früher. Das Mortalitätsrisiko ist bei Menschen mit einer Schizophrenie deutlich erhöht, ihre Lebenserwartung ist aufgrund einer höheren Suizidrate, Unfällen und somatischen Erkrankungen um 15 Jahre geringer als in der Gesamtbevölkerung (GAEBEL & FALKAI 2006). Die Schizophrenie gilt als eine der tiefgreifendsten psychischen Störungen, der darüber hinaus durch hohe direkte und indirekte Kosten eine große gesundheitsökonomische Relevanz zukommt (KONNOPKA et al. 2009; SALIZE 2004). Nicht zuletzt durch das ihnen anhaftende Stigma sind schizophrene Erkrankungen mit komplexen Anforderungen an die Krankheitsbewältigung und Behandlung der Betroffenen verbunden. Nachdem die Therapie schizophrener Erkrankungen lange Zeit vornehmlich auf die medikamentöse Behandlung beschränkt war, besteht inzwischen weitestgehend Übereinstimmung, dass ein multimodaler Therapieansatz, in dem die Medikation um effektive psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen ergänzt wird, unverzichtbar ist (BRENNER 2002; GAEBEL & FALKAI 2006).

In den letzten Jahren wurden verschiedene psychotherapeutische Interventionen für Patienten¹ mit schizophrenen Erkrankungen entwickelt und deren Wirksamkeit belegt (z. B. CHADWICK 2006; LINCOLN 2006; PFAMMATTER et al. 2006). Seit den 1980er-Jahren finden im Rahmen der Schizophreniebehandlung insbesondere psychoedukative Interventionen eine verstärkte Beachtung und sind zunehmend in die Behandlungsleitlinien aufgenommen worden (z. B. ADDINGTON et al. 2005; GAEBEL & FALKAI 2006; PEKKALA & MERINDER 2002). Historisch gesehen müssen psychoedukative Interventionen vor dem Hintergrund einer grundlegenden Wende betrachtet werden, im Zuge derer Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr nur als passives Opfer ihrer Störung

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit darauf verzichtet, immer die männliche und die weibliche Form zu verwenden. Es wird die männliche Form benutzt, damit sind generell Frauen und Männer gemeint.

angesehen wurden, sondern als rational handelnde Wesen, die selbst aktiv auf den Krankheitsverlauf einwirken können (WALTHER 2011). Durch eine umfangreiche Vermittlung von krankheits- und behandlungsbezogenem Wissen sollen dem Recht und Bedürfnis der Betroffenen auf Information nachgekommen werden und damit eine Grundlage für die Übernahme einer aktiven Rolle in der Krankheitsbewältigung und die aktive Mitbestimmung bei der Behandlung gelegt werden. Psychoedukative Interventionen werden daher auch mit Begriffen wie Selbstbestimmung und Empowerment in Verbindung gebracht (BÄUML et al. 2008). Von verschiedener Seite wird allerdings kritisiert, dass psychoedukative Interventionen in der praktischen Umsetzung dem Selbstbestimmungsgedanken häufig nicht gerecht werden, sondern vornehmlich auf die Förderung der Medikamentencompliance ausgerichtet sind (BOCK 2008; KLIMITZ 1997, 2006).

Trotz der theoretisch unumstrittenen Bedeutung eines multimodalen Therapieansatzes erhält in der Praxis nur eine Minderheit der Patienten eine effektive psychologische und psychosoziale Behandlung (BRENNER 2002; PUSCHNER et al. 2006). Einer umfassenden Integration psychotherapeutischer Behandlungsansätze, welche stärker auf das jeweilige Individuum zugeschnitten sind, steht neben Fragen der Realisierbarkeit hinsichtlich Zeit- und Arbeitsaufwand auch ein primär biologisch-medizinisch geprägtes Krankheitsmodell der Schizophrenie entgegen. Auch wenn derzeit generell ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell akzeptiert wird, liegt der Fokus in der derzeit vorherrschenden psychiatrischen Behandlung primär auf den biochemischen Aspekten der Entstehung und Behandlung der Schizophrenie (READ et al. 2004). Dies hat einen starken Einfluss auf die Zielsetzung bei der Behandlung, welche an den objektiven und ökonomischen Kriterien klinischer Stabilität orientiert ist. Insbesondere im stationären Bereich liegt der Fokus nach wie vor auf der medikamentösen Behandlung. Daneben kommen in der Regel nur die ökonomisch günstigen, informationszentrierten psychoedukativen Gruppen zum Einsatz, die auf die Verbesserung des Wissens über die Erkrankung abzielen und als compliance-fördernde Maßnahme eingesetzt werden.

Die subjektive Sichtweise der Patienten wird im Rahmen einer Neuorientierung im Gesundheitswesen hin zu einem patientenorientierten Vorgehen als der zentrale Maßstab für die Gestaltung und Evaluation therapeutischer Maßnahmen betrachtet (PETERMANN 1997). Im Gegensatz dazu geht der Trend zu einem naturwissenschaftlich-biomedizinischen Krankheitsverständnis mit einer Distanzierung von der individuellen und sozialen Wirklichkeit psychischen Krankseins einher (LIEBERMAN 1989; ZAUMSEIL & ANGERMEYER 1997). Für eine am Betroffenen orientierte Behandlung erscheint es daher umso notwendiger, diese biomedizinische Perspektive um die Perspektive der Betroffenen und ihre subjektiven Erfahrungen mit der Erkrankung und ihrer Bewältigung zu erweitern. Auch wenn es erste Ansätze gibt, diese Kriterien bei der Gestaltung psycho-

edukativer Interventionen zu berücksichtigen (z. B. Amering et al. 2002), findet dies noch kaum Umsetzung im stationären Kontext und auch in die Evaluation derartiger Interventionen wurde die subjektive Sichtweise der Patienten bislang kaum systematisch einbezogen.

Eine stärkere Einbeziehung der subjektiven Erfahrungen und Bedürfnisse der Patienten in anderen Bereichen macht allerdings deutlich, dass die (Behandlungs-) Ziele der Betroffenen nicht zwangsläufig mit denen der Behandler übereinstimmen und eine Reduktion der Symptome nicht automatisch mit einer Besserung im psychischen Wohlbefinden der Betroffenen einhergeht (ROSE et al. 2006; SLADE & HAYWARD 2007). Darüber hinaus gibt es Hinweise aus Studien zur Lebensqualität von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, die darauf hinweisen, dass gerade die Aspekte, die als funktional für die Verbesserung der Medikamenten-Compliance angesehen werden, potenziell zu einer negativen Sicht der eigenen Person, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität beitragen (CRUMLISH et al. 2005; KIM et al. 2003; POMPILI et al. 2004; SCHWARTZ & SMITH 2004).

Aus diesem Grund soll in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen werden, welchen Beitrag die kurzen, informationszentrierten psychoedukativen Interventionen, wie sie im stationären Kontext vorherrschen, zur Krankheitsbewältigung der Betroffenen leisten. Zu diesem Zweck wurde zum einen eine prospektive, quantitative Studie durchgeführt, mit der ein psychoedukatives Interventionsprogramm im stationären Kontext unter natürlichen Bedingungen evaluiert wurde. Dabei wurden neben den klassischen Kriterien klinischer Stabilität auch subjektive Aspekte des psychischen Wohlbefindens der Patienten erfasst. Zum anderen wurde eine qualitative Interviewstudie durchgeführt, die den Schwerpunkt dieser Arbeit bildet und eine umfassendere Einbeziehung der Patientensicht in die Evaluation psychoedukativer Interventionen ermöglicht. Bislang liegt der Fokus empirischer und theoretischer Arbeiten zur Psychoedukation auf möglichen Wirkungen – insbesondere der Förderung von Krankheitseinsicht und Compliance mit der medikamentösen Behandlung sowie der Reduktion von Rückfallraten. Auch in der stationären Praxis wird die Teilnahme an derartigen Interventionen häufig basierend auf der Annahme geregelt, dass, auch wenn die Teilnahme an der Intervention möglicherweise nicht bei allen Patienten einen Nutzen hat, so doch zumindest nicht schaden kann. Mit der qualitativen Interviewstudie sollte die Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung aus Sicht der Patienten erfasst und dabei neben deren Nutzen auch die Identifikation potenzieller Risiken möglich werden. Durch die Kombination der beiden Studien sollen ein Beitrag zum Verständnis der Wirkweise psychoedukativer Interventionen geleistet sowie Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung und Verbesserung des (stationären) psychotherapeutischen Behandlungsangebots für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen identifiziert werden.

Im Folgenden wird zunächst der diesbezügliche theoretische Hintergrund und Forschungsstand dargestellt. Im zweiten Kapitel wird das Krankheitsbild der Schizophrenie vorgestellt, wobei der aktuell vorherrschenden psychiatrischen Sichtweise die Vorstellungen der Betroffenen über die Erkrankung gegenübergestellt werden. Anschließend wird auf Zielsetzungen, Bestandteile und empirische Befunde zu psychoedukativen Interventionen im Rahmen der Schizophreniebehandlung eingegangen, mit einem Fokus auf die im stationären Kontext vorherrschenden informationszentrierten Programme (Kapitel 3). Im vierten Kapitel werden die zentralen Aussagen zusammengefasst und daraus Fragestellung und Hypothesen abgeleitet. Im empirischen Teil der Arbeit werden die beiden Studien dargestellt. Aufgrund der zentralen Unterschiede in Forschungslogik und -strategien der beiden Studien, werden diese hier getrennt und nacheinander beschrieben, beginnend mit Methode und Ergebnissen der quantitativen Studie in Kapitel 5 und 6, gefolgt von einer Beschreibung von Forschungsprozess und Ergebnissen der qualitativen Studie in den Kapiteln 7 und 8. Im neunten Kapitel wird zunächst das methodische Vorgehen kritisch reflektiert, bevor die Ergebnisse der beiden Studien integriert und diskutiert werden. Die Arbeit schließt mit sich daraus ergebenden Implikationen für die (stationäre) Behandlungspraxis sowie einem Ausblick auf sich anschließende Forschungsfragen.

2 Das Krankheitsbild der Schizophrenie

Im Folgenden soll zunächst das Krankheitsbild der Schizophrenie aus der aktuell vorherrschenden psychiatrischen Sichtweise vorgestellt werden (2.1). Viele der darin beinhalteten Annahmen werden im wissenschaftlichen Kontext kontrovers diskutiert und es besteht insgesamt eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze, die Krankheit zu konzeptualisieren bzw. zu verstehen (vgl. z.B. HORWITZ 2003; LÜTJEN 2007; READ et al. 2004; SHEAN 2004).

Das psychiatrische Krankheitsmodell der Schizophrenie ist für die vorliegende Arbeit insofern von zentraler Bedeutung als die in der Psychoedukation vermittelten Informationen auf diesem Krankheitsmodell basieren. Der zweite Teil des Kapitels widmet sich dem Stigma der Erkrankung, für das die in der Gesellschaft vorherrschenden (stereotypen) Vorstellungen über Menschen mit schizophrenen Erkrankungen von Bedeutung sind (2.2). Abschließend werden Vorstellungen von Betroffenen über das Krankheitsbild und Aspekte der Krankheitsbewältigung beschrieben (2.3).

2.1 Schizophrene Erkrankungen aus psychiatrischer Sicht

Unter dem Begriff der Schizophrenie wird eine Gruppe psychischer Störungen zusammengefasst, die durch Veränderungen bzw. Störungen des Denkens, der Wahrnehmung, der Motorik, des Affekts und der Ich-Identität gekennzeichnet sind. Die jeweils vorherrschende klinisch-psychopathologische Symptomatik weist eine sehr hohe interindividuelle Variabilität auf. Auch der klinische Verlauf der Erkrankung kann sehr stark variieren, sodass individuelle Prognosen kaum möglich sind (AMERING & SCHMOLKE 2007; MESSER & SCHMAUß, 2009). Das Spektrum reicht von vollständiger Remission nach einer oder mehreren psychotischen Episoden bis hin zu einem chronischen Verlauf mit andauernder Residualsymptomatik. Basierend auf der großen Heterogenität des vorherrschenden psychopathologischen Bilds und des klinischen Verlaufs wird auch von den

schizophrenen Störungen bzw. Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis gesprochen² (vgl. BÄUML 1994).

2.1.1 Symptomatik

Bei den Symptomen der Schizophrenie kann zwischen »Positivsymptomen« und »Negativsymptomen« unterschieden werden. Unter der Positivsymptomatik werden Symptome zusammengefasst, die sich in einer »übermäßigen Produktion von Phänomenen« äußern (DAVISON & NEALE 1998, S. 449). Dazu zählen formale Denkstörungen wie Assoziationslockerungen und Gedankenabbrüche, die sich insbesondere in einer desorganisierten, inkohärenten Sprache zeigen. Inhaltliche Denkstörungen bezeichnen Wahnideen oder Wahneinfälle, wie z. B. Verfolgungswahn, Größenwahn oder Beziehungswahn. Bei den Ich-Störungen werden die eigenen seelischen Vorgänge als von anderen gemacht, gelenkt und kontrolliert wahrgenommen (z. B. Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug). Halluzinationen stellen Wahrnehmungsstörungen dar, die sich grundsätzlich auf alle Sinnesmodalitäten beziehen können, meist allerdings akustischer Qualität sind und sich bei der Schizophrenie typischerweise als dialogisierende und/oder kommentierende Stimmen zeigen. Unter dem Begriff der Negativsymptomatik werden dagegen Symptome zusammengefasst, die durch Verhaltensdefizite bzw. das Fehlen verschiedener Funktionen gekennzeichnet sind. Hierzu zählen beispielsweise Antriebsschwäche, Sprachverarmung (Alogie), Freudlosigkeit (Anhedonie) oder Affektverflachung. Die Unterscheidung von Positiv- und Negativsymptomatik beruhte ursprünglich auf der Annahme, dass auf diese Weise unterschiedliche Subtypen der Schizophrenie unterschieden werden könnten, was sich allerdings nicht bestätigen ließ (OLBRICH et al. 2000). Dennoch ist die Unterteilung in Positiv- und Negativsymptomatik im klinischen Kontext insofern sinnvoll, als nach Abklingen einer akuten psychotischen Phase, welche von Positivsymptomatik geprägt ist, häufig über einen längeren Zeitraum Negativsymptome bestehen bleiben. In der Psychoedukation wird die Unterscheidung zwischen Positiv- und Negativsymptomatik dementsprechend zur Darstellung der in unterschiedlichen Krankheitsphasen typischerweise vorherrschenden Symptome verwendet.

Im Rahmen schizophrener Erkrankungen können daneben weitere Symptome auftreten, etwa Affektstörungen mit inadäquaten, nicht zum Erlebnisinhalt passenden Gefühlsäußerungen (Parathymie) oder Störungen der Psychomotorik. Letztere werden als katatone Symptome bezeichnet und können sich in Form

2 In der vorliegenden Arbeit wird daneben der Begriff der Psychose verwendet, wobei, wenn nicht anders gekennzeichnet, schizophrene und schizoaffektive Psychosen gemeint sind.

von Hyperkinese (z. B. psychomotorische Erregung, Bewegungs- und Sprachstereotypien, Manierismen) oder Hypokinese (z. B. Stupor, Negativismus, Katalapsie) äußern (OLBRICH et al. 2000). Außerdem finden sich bei Patienten mit Schizophrenie häufig Defizite verschiedener kognitiver Bereiche, welche die akuten Krankheitsphasen überdauern und zu deutlichen Einschränkungen der Alltagsbewältigung und allgemeinen Leistungsfähigkeit führen können (HILGER & KASPER 2002; MORITZ et al. 2010; RODER et al. 2008).

Eine besondere Bedeutung kommt darüber hinaus einer fehlenden Krankheitseinsicht zu, die als eins der am häufigsten auftretenden Symptome der akuten Schizophrenie bezeichnet wird sowie als eines der größten Probleme, die einer effektiven Behandlung entgegenstehen (DAVID 2004; OLBRICH et al. 2000; WHITE et al. 2000). Als fehlende Krankheitseinsicht wird bezeichnet, wenn der Patient seine vom Arzt als krankhaft beurteilten Erlebens- und Verhaltensweisen nicht als krankhaft anerkennt (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie [AMDP] 2007). Entsprechend einem weitreichenden Konsens, dass es sich bei Krankheitseinsicht nicht um ein eindimensionales Phänomen handelt, können unterschiedliche Aspekte unterschieden werden. AMADOR et al. (1991) und DAVID (1990) unterscheiden beispielsweise zwischen der Wahrnehmung bzw. dem Bewusstsein für die Symptome und der Attribution dieser Symptome auf die zugrunde liegende Erkrankung.

Krankheitseinsicht bzw. fehlende Krankheitseinsicht ist ein im Rahmen der Schizophrenieforschung und -behandlung viel und kontrovers diskutiertes Konstrukt (AMADOR & DAVID 2004). Es besteht eine Vielzahl von konzeptuellen Vorstellungen und damit einhergehenden ätiologischen Annahmen über Krankheitseinsicht, wobei nach AMADOR und KRONENGOLD (2004) zwei Eckpunkte unterschieden werden können: An dem einen Ende wird fehlende Krankheitseinsicht als Symptom der Erkrankung verstanden, welches Ausdruck bzw. Folge eines neurokognitiven Defizits ist (z. B. AMADOR et al. 1994; RICKELMAN 2004; SARTORY et al. 2001; SHAD et al. 2006). Demgegenüber stehen Ansätze, die fehlende Krankheitseinsicht eher als eine Strategie der Person verstehen, die eine Schutzfunktion hat und dem Selbstwerterhalt dient (z. B. BUSCHMANN-STEINHAGE 1987; LEFERINK 1997; SAYRE 2000). Bäuml (2007, zitiert nach WALTHER 2011, S. 27) unterscheidet vier ätiologische Annahmen über fehlende Krankheitseinsicht bei Schizophrenie, in denen Krankheitseinsicht erklärt wird als

1. Konstituierendes, nicht weiter ableitbares Merkmal der Schizophrenie per se (nosospezifische Erklärung)
2. Folge der schizophrenen Symptomatik (psychopathologische Erklärung)
3. Ausdruck einer spezifischen neurokognitiven Störung mit Blockade der Krankheitseinsicht (neurokognitive Erklärung)
4. Spezifische Form der Krankheitsverarbeitung durch Krankheitsverleugnung mit Selbstschutzfunktion (psychologische Erklärung)

Bäumel selbst fügt diesen Annahmen noch eine Informationsdefizit-Erklärung hinzu, in der fehlende Krankheitseinsicht durch einen Mangel an Aufklärung und Information über die Erkrankung und ihre Behandlung entsteht. Darin sieht er eine zentrale Legitimation bzw. Notwendigkeit für die umfassende Etablierung von Psychoedukation (vgl. Kap. 3).

In der wissenschaftlichen Diskussion werden diese Hypothesen häufig als sich gegenseitig ausschließende Erklärungen für fehlende Krankheitseinsicht behandelt. MARTENS (2009) weist allerdings darauf hin, dass alle diese theoretischen Überlegungen und die darauf aufbauenden empirischen Arbeiten einen Beitrag zum Verständnis fehlender Krankheitseinsicht leisten, allein genommen als Erklärung aber nicht ausreichen können: »The development of general and specific insight like all our social-emotional, cognitive functioning, might be the product of ethnic, religious, intrapsychic, psychosocial, neurobiological and even genetic influences.« (S. 55) Basierend auf einer Übersicht von Studien, die die unterschiedlichen ätiologischen Modelle der Krankheitseinsicht testeten, kommen auch COOKE et al. (2005) zu dem Schluss, dass eine Integration von Modellen, die von einem neuropsychologischen Defizit ausgehen und solchen, die fehlende Krankheitseinsicht eher als eine Bewältigungsstrategie verstehen, den empirischen Befunden am ehesten gerecht werden, diesbezüglich allerdings kaum Modelle bestehen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass unterschiedliche Faktoren bei der Ausbildung von Krankheitseinsicht mitwirken, und dass diese in unterschiedlichen Phasen der Erkrankung von Bedeutung sein können (COOKE et al. 2007; MINTZ et al. 2003; SMITH et al. 2000; SMITH et al. 1998). MCGORRY (1995) unterscheidet dabei zwischen den insbesondere in akuten Phasen vorherrschenden Einflüssen der primären Erkrankung und den damit einhergehenden psychotischen, Stimmungs- und Informationsverarbeitungsstörungen auf der einen und den insbesondere nach Abklingen der akuten Symptomatik im Vordergrund stehenden psychosozialen Einflussfaktoren auf der anderen Seite. Im Hinblick auf Erstere weist LEFERINK (1997) darauf hin, dass es nicht sinnvoll sei, bei akuten wahnhaften Psychosen mangelnde Einsicht als unabhängiges Konstrukt zu betrachten, da eine zumindest teilweise fehlende Krankheitseinsicht zentraler Bestandteil der konzeptuellen Vorstellungen von Psychosen und insbesondere Wahnvorstellungen sei: »In einer Psychose gibt es keine dauernde volle Einsicht. Wo immer diese vorhanden ist, sprechen wir nicht von Psychose.« (Jaspers 1946, zitiert nach LEFERINK 1997, S. 210). Damit schließen sich insbesondere Wahn und die gleichzeitige Einsicht, dass man einen solchen hat, logisch aus (ebd., S. 210). Der Fähigkeit, psychotische Symptome wahrzunehmen und sich davon zu distanzieren sind dann schon von Grund auf (quasi per definitionem) Grenzen gesetzt:

Anders als bei manchen somatischen Krankheiten steht die Person als bewertendes und beurteilendes Subjekt nicht einer abgegrenzten Krankheit, einem begrenzten Phänomen als Objekt gegenüber: Man ist wahnsinnig, wenn man *im* Wahn spricht,

nicht wenn man *über* den Wahn spricht, egal in welcher Sprache man das tut. (...) Der Fähigkeit [Prozesse des Selbst und der Krankheit getrennt zu betrachten] sind Grenzen gesetzt. (BOCK 2005, S. 44)

Dagegen umfassen die psychosozialen Einflussfaktoren, die nach Abklingen der akuten Symptomatik relevant werden, die psychologische Reaktion der Person auf eine Serie von häufig dramatischen und extrem bedrohlichen Ereignissen, den Einfluss stereotyper Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen, potenzielle Selbst-Stigmatisierung und Reaktionen auf Fremdstigmatisierung (MCGORRY 1995, S. 322). MCGORRY (1995) betont dabei, dass fehlende Krankheitseinsicht oder »Verleugnung der Erkrankung« in dieser Phase immer auch eine protektive Funktion habe, die respektiert und bei der Vermittlung von Informationen über die Erkrankung und das medizinische Erklärungsmodell berücksichtigt werden müsse (vgl. Kap. 3.3).

2.1.2 Diagnose und Klassifikation

Die Diagnostik schizophrener Störungen basiert vornehmlich auf den jeweils aktuellen Versionen der beiden international anerkannten Klassifikationssysteme, dem Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-IV (SAAß et al. 2003) und der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (DILLING et al. 2000). In Tabelle 1 (S. 22) sind die diagnostischen Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10 dargestellt. Die Diagnose erfolgt zum einen auf der Basis der Symptomatik, wobei die beiden Klassifikationssysteme diesbezüglich nur geringe Unterschiede aufweisen. Daneben ist die Dauer der bestehenden Symptomatik für die Diagnose relevant, wobei das DSM-IV ein strengeres Zeitkriterium aufstellt (Vorliegen der Störung über mindestens sechs Monate im Gegensatz zu einem Monat im ICD-10). In beiden Diagnosesystemen gibt es kein für die Diagnose der Schizophrenie zwingend erforderliches Symptom. Die Diagnose der Schizophrenie ist damit nicht durch ein zentrales Symptom gekennzeichnet, sondern umfasst ein breites Spektrum unterschiedlicher Störungsbilder basierend auf der individuellen Kombination der unterschiedlichen Symptome bei den einzelnen Patienten (DÖRNER & PLOG 1996).

Basierend auf dem aktuell vorherrschenden psychopathologischen Bild werden in beiden Diagnosesystemen unterschiedliche Subtypen der Schizophrenie unterschieden, zu denen im ICD-10 u. a. die paranoide, hebephrene, katatone oder undifferenzierte Schizophrenie zählen. Zu den Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis gehört neben den Subtypen der Schizophrenie u. a. auch die sogenannte schizoaffective Störung, bei der zusätzlich prominente manische und/oder depressive Symptome auftreten.

Tab. 1: Diagnostische Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10 (F20)

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens eines der unter 1 bis 4 oder sind mindestens zwei der unter 5 bis 8 aufgeführten Symptome. Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden sein.	
1	Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung
2	Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmung
3	Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über die Patienten reden, oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen
4	Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn, wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen
5	Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich während mindestens eines Monats, begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder begleitet von lang anhaltenden überwertigen Ideen
6	Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt
7	Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor
8	»Negative« Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte (es muss sichergestellt sein, dass diese Symptome nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht werden)

2.1.3 Ätiologische Modelle

In der Geschichte der Schizophrenie-Forschung wurde eine Vielzahl unterschiedlicher ätiologischer Modelle diskutiert, die von neurobiologischen oder genetischen Konzepten über psychoanalytische bis zu soziologischen Modellen reichen. Während alle diese Ansätze »mehr oder weniger einen Ausschließlichkeitsanspruch« vertreten (WALTHER 2011, S. 21), setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass keine reduktionistisch-monokausale Erklärungstheorie der Komplexität schizophrener Erkrankungen gerecht werden kann (BOCK 2008; DÖRNER & PLOG 1996; FINZEN 2001; RÖDER et al. 2008; RÖDER et al. 2002). Dementsprechend besteht eine weitgehende Akzeptanz multifaktorieller, biopsychosozialer Erklärungsansätze. Vorherrschend sind dabei insbesondere die *Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodelle*, die aufgrund ihres metatheoretisch integrativen Charakters in der Lage sind, »verschiedenste ätiologische Modelle zu integrieren und Zusammenhänge zwischen methodisch sehr unterschiedlich gewonnen Forschungsergebnissen aufzuzeigen« (BEHRENDT 2001, S. 10).

Die verschiedenen Varianten der Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodelle (z. B. LIBERMAN 1986; NÜECHTERLEIN & DAWSON 1984; NÜECHTERLEIN et al. 1994; ZUBIN & SPRING 1977) stimmen in der zentralen Annahme überein, dass

Entstehung und Verlauf einer schizophrenen Erkrankung auf der komplexen und dynamischen Interaktion verschiedener Faktoren beruhen: der angeborenen oder erworbenen Vulnerabilität einer Person, den relevanten Belastungs- und Stressfaktoren sowie den äußeren und persönlichen Schutzfaktoren, die die Bewältigungsfähigkeit der Person ausmachen. Es wird davon ausgegangen, dass bei der Ausbildung einer vulnerablen Persönlichkeit genetische, biologische, neurophysiologische, psychologische und soziale Faktoren zusammenwirken. So werden beispielsweise eine psychophysiologische Übererregbarkeit, eine reduzierte Informationsverarbeitungskapazität oder eine schizotype Persönlichkeitsstruktur als mögliche Vulnerabilitätsfaktoren diskutiert. Als Belastungsfaktoren gelten neben chronischem Stress (beispielsweise im Zusammenhang mit andauernden emotional belastenden sozialen Konfliktsituationen oder chronischer Überbelastung) und akutem Stress (beispielsweise im Zusammenhang mit einschneidenden Lebensereignissen oder Entwicklungsaufgaben) auch Beeinträchtigungen durch die Erkrankung selbst. Diesen Stressfaktoren werden die protektiven Bewältigungskompetenzen und -ressourcen der Person gegenübergestellt, durch die sie selbst (und andere) auf den Verlauf der Erkrankung einwirken können.

Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodelle beinhalten damit zentrale Implikationen für die Therapie schizophrener Erkrankungen. Zum einen weisen sie zentrale Zielvariablen der Behandlung aus, die Vulnerabilität der Person, die Belastungs- oder Stressfaktoren sowie die personalen und sozialen Schutzfaktoren (vgl. RÖDER et al. 2002). Zum anderen machen sie deutlich, dass für eine effektive Behandlung die Pharmakotherapie um psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen ergänzt werden muss. Die Überlegenheit einer derartigen kombinierten Behandlung gegenüber den jeweiligen Maßnahmen für sich genommen gilt in der Forschung mittlerweile als gesicherter Befund (KLINGBERG 2010, 2011; RÖDER et al. 2002).

Für die Psychoedukation sind Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodelle von zentraler Bedeutung, da sie »zugleich ihre Legitimation und ihr Lerninhalt« sind (WALTHER 2011, S. 25). Mit der expliziten Betonung der möglichen aktiven Einflussnahme durch die Betroffenen trugen die Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodelle auch zu einem Umdenken in der Betrachtung und Behandlung psychisch kranker Menschen bei. Denn die Betroffenen wurden nun nicht mehr länger als vollständig durch ihre Erkrankung determiniert betrachtet, was auch die Grundlage für ihre aktive Einbeziehung in den Therapieprozess bildete. In diesem Zusammenhang erwuchs auch die Notwendigkeit für Psychoedukation, um den Betroffenen – anhand des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodells – Ansatzpunkte für ihre aktive Einflussnahme aufzuzeigen, welche aus klinischer Sicht Möglichkeit und Notwendigkeit zugleich darstellt (ebd., S. 25).

Trotz eines weitgehenden Konsens bezüglich der Angemessenheit eines bio-psycho-sozialen Erklärungsmodells und der allgemeinen Akzeptanz der Vulne-

abilitäts-Stress-Bewältigungsmodelle hat sich in den letzten Jahren verstärkt ein neurobiologisches Modell psychischer Störungen durchgesetzt (CORIN 1997; READ et al. 2004; ZAUMSEIL & ANGERMEYER 1997) – oder wie es der Präsident der American Psychiatric Association (APA) ausdrückte »[...] we must examine the fact that as a profession we have allowed the bio-psycho-social model to become the bio-bio-bio model.« (zitiert in READ et al. 2006, S. 313). Dieses Vorherrschen eines primär biomedizinischen Krankheitsmodells ist potenziell auch für psychoedukative Interventionen von Relevanz. KLIMITZ (2006) analysierte beispielsweise die im Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES, BÄUML et al. 2005) manualisierten Inhalte für die psychoedukative Wissensvermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodells. Er weist darauf hin, dass psychosozialen Faktoren im Gegensatz zu neurobiologischen Aspekten kaum Raum gegeben wird. Dagegen werde ein biologisches Hirnstoffwechselstörungsmodell mit ausführlichen Angaben zu Genen und dopaminerger Funktionsstörung bzw. früher Störung der Hirnentwicklung vermittelt. Er kritisiert, dass die konkreten zu vermittelnden Informationen, die als »wissenschaftlich abgesicherte Quintessenz des derzeitigen Wissens« bezeichnet werden, nicht dem aktuellen ätiologischen Forschungsstand entsprechen, da unzulässige monokausale Erklärungen gegeben werden, und eine einseitige Fokussierung neurobiologischer Prozesse darstellen (KLIMITZ 2006, S. 375).

2.2 Die »zweite Krankheit«: Das Stigma der Schizophrenie

Nach FINZEN (2001) wird das »Leiden unter dem Stigma, unter Vorurteilen, Diffamierung und Schuldzuweisungen« für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen und ihre Angehörigen zur »zweiten Krankheit« (S. 24). Die Schizophrenie wird als die psychische Erkrankung betrachtet, die mit der höchsten Belastung durch Stigmatisierung einhergeht (BENNETT et al. 2008; BOCK & NABER 2003; READ et al. 2006). Das Stigma der Erkrankung hat einen erheblichen Einfluss auf das Selbst- und Identitätsgefühl der Betroffenen, sowohl durch direkte oder antizipierte Stigmatisierungserfahrungen als auch durch die Internalisierung der damit verbundenen Überzeugungen in Form von Selbststigmatisierungsprozessen. Das Stigma der Schizophrenie stellt daher eins der größten Hindernisse für den Gesundungsprozess dar (DAVIDSON 2003; HORVATH 2007).

Stigmatisierung ist ein komplexer Prozess der das Zusammenwirken unterschiedlicher Komponenten auf unterschiedlichen Ebenen umfasst. LINK und PHELAN (2001) bieten folgende Definition an: »Stigma exists when elements of

labeling, stereotyping, separating, status loss, and discrimination co-occur in a power situation that allows these processes to unfold.« (S. 382) Für psychisch Kranke im Allgemeinen und schizophrene Erkrankungen im Besonderen sind vier vorherrschende, zeitlich relativ stabile Komponenten des vorherrschenden Stereotyps identifiziert worden (vgl. AMERING & SCHMOLKE 2007; ANGERMEYER & MATSCHINGER 2005; LINCOLN et al. 2008; READ et al. 2006):

1. dass Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung gefährlich sind,
2. dass sie unvorhersehbar sind und sich nicht an bestehende soziale Normen halten können,
3. dass sie (oder ihre Angehörigen) Schuld an der Erkrankung haben und
4. dass die Erkrankung unheilbar und unbeeinflussbar ist, d. h. einen zwingend chronischen und schlechten Verlauf nehmen wird.

Entsprechend der Definition von LINK und PHELAN (2001) müssen diese Stereotype im Kontext sozialer Prozesse und damit verbundener weiterer Annahmen betrachtet werden. Die mit der Etikettierung (hier »psychisch krank« oder »schizophren«) einhergehende soziale Differenzierung von Gruppen ist immer mit der Akzentuierung von Unterschieden zwischen den Gruppen (Dichotomisierung) und von Ähnlichkeiten innerhalb der Gruppen (Homogenisierung) verbunden (TAJFEL 1982). Die so entstandenen distinkten Kategorien werden dann als etwas natürlich Gegebenes angesehen, d. h. sie werden als in existierenden, meist biologisch bedingten Merkmalen der so klassifizierten Personen begründet angesehen. Etikettierung, Differenzierung und Stereotyp bilden das Rational für Separierung, also dafür, dass bestimmte Gruppen als »vermeintlich ›Richtige‹ oder ›Normale‹ erscheinen (...) und andere als vermeintlich ›Abweichende‹, ›Nicht-Normale‹« (YOUNG 1996, S. 196). Dies bildet wiederum die Grundlage für unterschiedliche Formen der Diskriminierung³ gegenüber den so etikettierten Personen. Stigmatisierung ist dabei immer abhängig von sozialer, ökonomischer und politischer Macht. Stigmatisierungsprozesse sind in die gesellschaftlichen Machtverhältnisse eingebettet und dienen gleichzeitig zu deren Aufrechterhaltung. Für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen sind vielfältige Aspekte sozialer Benachteiligung etwa in den Bereichen Ausbildung, Arbeit, Wohnen oder Einkommen beschrieben worden, die als Folge der komplexen Zusammenhänge unterschiedlicher Diskriminierungsformen angesehen werden können (ANGER-

3 Direkte interpersonelle Diskriminierung macht dabei nur einen Teil der Diskriminierungserfahrungen aus. Es können vielmehr vier Ebenen unterschieden werden, auf denen Diskriminierung stattfindet: die individuelle/persönliche, die interpersonelle/zwischenmenschliche, die strukturelle/institutionelle und die diskursive/ideologische Ebene (SCHMIDT 2009, S. 85). Innerhalb dieser Ebenen kann weiterhin anhand des Grads der Intentionalität oder Bewusstheit und des Ausmaßes der Verinnerlichung spezifischer Machtverhältnisse zwischen direkter und indirekter Diskriminierung unterschieden werden (ebd., S. 86).

MEYER 2004; GONZÁLEZ-TORRES et al. 2007; READ et al. 2006; SEEMAN 2009; THORNICROFT et al. 2007).

Neben den objektiven Diskriminierungen, wie zum Beispiel dem erschwerten Zugang zu Arbeitsstellen oder Wohnräumen, und den damit einhergehenden subjektiven Erfahrungen von Abwertung und Ausgrenzung, geht das Stigma der Erkrankung mit weiteren psychologischen Folgen für die Patienten einher, die mit dem Konstrukt des »internalisierten Stigmas« beschrieben und erfasst werden (RITSHER et al. 2003). Es bezieht sich auf das Wissen bzw. die Vorstellungen des Betroffenen über die in der Gesellschaft vorherrschenden Stereotype und die damit einhergehenden Konsequenzen. LINK und Mitarbeiter (z. B. LINK & PHELAN 1999; LINK, STRUENING, RAHAV, PHELAN & NUTTBROCK 1997) beschreiben dies im Rahmen ihrer modifizierten Labeling-Theorie: Als Mitglied einer Gesellschaft lernen und übernehmen Menschen die vorherrschenden Meinungen, Überzeugungen und Repräsentationen über stigmatisierte Gruppen. Wenn sie sich selbst als psychisch krank bezeichnen oder so von anderen bezeichnet werden, werden sie selbst zu einem Mitglied der stigmatisierten Gruppe. Als Teil der Gesellschaft haben sie die herrschenden Werte und Vorstellungen von »Normalität« internalisiert – und damit auch die vorherrschenden abwertenden Vorstellungen und Bilder über die Gruppe, der sie nun selbst angehören. Im Prozess der Selbststigmatisierung wird die internalisierte negative Bewertung psychisch Kranker nun gegen die eigene Person gerichtet, d. h. aus einer allgemeinen, kulturell geteilten negativen Aussage über Menschen mit psychischen Erkrankungen werden individuelle Aussagen über die eigene Person (aus »Psychisch Kranke haben einen schwachen Charakter aus ihnen kann nichts werden« wird »Ich habe einen schwachen Charakter, aus mir kann nichts werden«, nach KNUF 2005 a, S. 41). Daneben bauen die Personen durch das internalisierte Stigma Erwartungen darüber auf, wie Menschen der stigmatisierten Gruppe in der Gesellschaft behandelt werden. Diese antizipierte Stigmatisierung beinhaltet Erwartungen über die Abwertung und Ausgrenzung durch andere, was wiederum in reduziertem Selbstvertrauen, Unsicherheit und erschwerten sozialen Interaktionen resultiert (LIVINGSTON & BOYD 2010).

Basierend auf diesen Erwartungen entwickeln die Betroffenen Strategien, die als Versuche der Stigmabewältigung interpretiert werden können. So wird beispielsweise fehlende Krankheitseinsicht bzw. die Nicht-Akzeptanz der Etikettierung als »psychisch krank« oder »schizophren« teilweise als Versuch verstanden, sich vor den sozialen und individuell-psychologischen Konsequenzen des Stigmas der Erkrankung zu schützen (s. o.). Als weitere Strategien werden insbesondere die Verheimlichung bzw. das »Management nicht offenbarter diskreditierbarer Informationen über sich selbst« (GOFFMAN 1967, S. 57) – etwa die Einnahme antipsychotischer Medikation – und die Vermeidung von potenziell mit Stigmatisierung und Diskriminierung einhergehenden Situationen

beschrieben (z. B. ERTUGRUL & ULUĞ 2004; KNIGHT et al. 2003; KNUF 2005 a; LINK et al. 1991). Verheimlichung und Vermeidung führen letztlich für die Betroffenen zu weiteren negativen Konsequenzen und produzieren insgesamt »mehr Schaden als Nutzen« (LINK et al. 1991, S. 302): beispielsweise indem Behandlungsangebote (medizinische wie psychosoziale) weniger wahrgenommen oder aufgesucht werden (FUNG & TSANG 2008), indem potenzielle Zugänge zum Arbeitsmarkt aufgrund der erwarteten Diskriminierung von vorneherein ausgeschlossen und nicht mehr aufgesucht werden (ANGERMEYER et al. 2004) oder soziale Situationen allgemein gemieden werden, was bis zur sozialen Isolation führen kann (KNUF 2005 a). Prozesse der Selbststigmatisierung und Versuche der Stigmabewältigung können daher zu einer Verstärkung der Krankheitsfolgen beitragen.

2.3 Krankheitsbild und Krankheitsbewältigung aus der Sicht der Betroffenen

Im Zuge der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung entwickeln Menschen Annahmen über das Wesen, die Ursachen und mögliche Behandlungen ihrer Erkrankung, d. h. sie bauen krankheitsbezogenes Wissen bzw. Vorstellungen auf (FILIPP & AYMANN 1997). Subjektive Krankheitskonzepte, oder subjektive Krankheitstheorien,⁴ umfassen alle Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen eines Menschen hinsichtlich Störungen seines Gesundheitszustandes und sind Ausdruck seines kulturellen Hintergrundes, seiner Weltanschauung, seines Wertsystems, seines Lebensstils und seiner persönlichen Lebenserfahrung (LINDEN et al. 1988, S. 35). Subjektive Krankheitstheorien sind somit komplexe Aggregate krankheitsbezogener Kognitionen, die vor dem Hintergrund des jeweiligen kulturellen Kontexts und der individuellen Erfahrungen subjektiv und sozial konstruiert werden (FLICK 1991, 1997 a, 1997 b; KLAPPHECK 2009, ZAUMSEIL & ANGERMEYER 1997; JODELET 1997). Subjektive Krankheitstheorien werden dabei auch von den professionellen Krankheitstheorien beeinflusst, mit denen der Betroffene im Verlauf seiner Erkrankung konfrontiert wird.

4 In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe (subjektive) Krankheitstheorien und Krankheitskonzepte synonym verwendet.

2.3.1 Vorstellungen von Betroffenen über Art und Ursachen der Erkrankung

Den Vorstellungen der Betroffenen über das eigene Krankheitsbild kommt bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen eine zentrale Bedeutung zu, weil diese häufig erheblich von professionellen Einschätzungen abweichen. Eine mangelnde Symptomwahrnehmung oder die fehlende Verknüpfung wahrgenommener Symptome zu einem Krankheitsbild werden dabei häufig als fehlende Krankheitseinsicht bezeichnet und dabei als Zeichen bzw. Bestandteil der Erkrankung aufgefasst (s. o.). Fehlende Krankheitseinsicht heißt aber nicht umgekehrt, dass die Betroffenen sich grundsätzlich für gesund halten (vgl. WALTHER 2011). Viele Patienten sind sich ihrer Erkrankung oder Probleme durchaus bewusst, haben aber von den professionellen Vorstellungen abweichende Einschätzungen über das Wesen ihrer Erkrankung und ziehen alternative, umgangssprachliche Bezeichnungen vor (GEEKIE 2004). Dies kann als individuelle Strategien der Betroffenen verstanden werden, potenzielle Bedrohungen des eigenen Selbstkonzeptes auszuhandeln oder abzuschwächen (COOKE et al. 2007; ESTROFF et al. 1997; GREENFELD et al. 1989; LALLY 1989; LEFERINK 1997; ROE & KRAVETZ 2003; SAYRE 2000; WILLIAMS 2008).

Im Fokus von Untersuchungen zu subjektiven Krankheitstheorien stehen daneben die Vorstellungen der Patienten über die Ursachen ihrer Erkrankung. Dabei werden die geäußerten ätiologischen Annahmen der Patienten meist verschiedenen (unterschiedlich differenzierten) Kategorien zugewiesen (z. B. ANGERMEYER 1991; ESTROFF et al. 1997; HOLZINGER et al. 2003; HOLZINGER et al. 2001; TOPOR 2001; WEINSTEIN 1972). HOLZINGER et al. (2001, 2003) unterschieden beispielsweise zehn verschiedene Kategorien für die Krankheitserklärungen der von ihnen befragten Betroffenen: psychosoziale Ursachen (Stress, Beziehungsprobleme, Lebensereignisse), Einsamkeit, Selbst-Verschuldung, Ursachen in der Kindheit und im familiären Hintergrund, gesellschaftliche Faktoren, genetische und weitere biologische Ursachen, Persönlichkeitsfaktoren, Drogen und Alkohol sowie magische und spirituelle Einflüsse.

Insgesamt zeigt sich in derartigen Untersuchungen einheitlich eine klare Präferenz der Betroffenen für psychosoziale Erklärungsansätze (ANGERMEYER 1991; ESTROFF et al. 1997; HOLZINGER et al. 2001, 2003; HOLZINGER et al. 2002; READ et al. 2006; STARK & STOLLE 1994; TOPOR 2001). Biologische und insbesondere genetische Erklärungsansätze werden dagegen weitaus weniger und selten ausschließlich (also ohne Ergänzung um andere meist psychosoziale Erklärungen) angegeben. Dies gilt insbesondere für spontan geäußerte Erklärungen im Vergleich zur Auswahl vorgegebener Ursachen (HOLZINGER et al. 2001). Diese klare Präferenz für psychosoziale Erklärungsansätze findet sich auch bei den Angehörigen sowie in der Allgemeinbevölkerung (READ et al. 2006).

Ein weiterer konsistenter Befund dieser Studien ist, dass individuelle Erklärungen für die Erkrankung nicht nur interindividuell, sondern auch intra-individuell variieren. Eine Vielzahl der Patienten gibt unterschiedliche Ursachen für ihre Erkrankung an, die meist unverbunden nebeneinander bestehen und selten – wie es beispielsweise das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell leistet – zu einer einheitlichen Theorie integriert werden (ANGERMEYER 1991; BARHAM & HAYWOOD 1997; ESTROFF et al. 1997; GEEKIE 2004; GREENFELD et al. 1989; HOLZINGER et al. 2001, 2002, 2003; LALLY 1989; LARSEN 2004; STARK & STOLLE 1994; TOPOR 2001). Häufig werden dabei vornehmlich psychosoziale Faktoren kombiniert (ANGERMEYER 1991), und die unterschiedlichen Faktoren können durchaus auch widersprüchlich sein (GREENFELD et al. 1989) – oder wie GEEKIE (2004) es ausdrückt, »participants did not appear troubled by multi-factorial accounts of psychotic experiences, even when these contained apparent contradictions« (S. 154). Basierend auf derartigen Befunden sprechen HOLZINGER et al. (2003) von Mosaiktheorien. Ähnlich wie LEFERINK (1997) kommt LARSEN (2004) zu dem Schluss, dass Patienten nicht ein stabiles Erklärungsmodell haben, sondern ein Repertoire an unterschiedlichen (ideologischen) Erklärungen. Dieses Erklärungssystem sei prozesshaft und variere mit dem jeweiligen Kontext, in dem die Patienten auf unterschiedliche Referenzmodelle oder kulturelle Vorstellungen zurückgreifen. Eine solche aktive Kombination unterschiedlicher Erklärungsansätze bezeichnet er als *Bricolage*⁵:

I suggest that the concept of *bricolage* accurately designates individuals' creative analytic and theory-building work as they attempt to make sense of their experiences with mental illness by including various systems of explanation available in the cultural repertoire. (S. 449)

In dieser Untersuchung von Larsen stellten die Erklärungsansätze, mit denen die Betroffenen in psychiatrischen Institutionen in Kontakt kamen (z.B. durch Psychoedukation), sehr einflussreiche Konzepte dar, deren »ultimative Autorität« von einigen Patienten akzeptiert wurde. Andere Patienten verfuhrten mit diesen »psychiatrischen« Erklärungsansätzen ähnlich wie mit anderen Vorstellungen über die Erkrankung, die sie im Verlauf der Auseinandersetzung mit der Erkrankung in einem andauernden Prozess ablehnten, akzeptierten, anpassten und re-evaluierten.

Wie die individuellen Vorstellungen der Betroffenen über die Ursachen der Erkrankung kann sich auch ihre Sichtweise auf die Bewältigung der Erkran-

5 Bricolage (frz. Bastelei oder Gebastel) bezeichnet beispielsweise die Technik, Gegenstände in einen neuen Kontext zu stellen, der nicht den ursprünglichen Normativen entspricht. Larsen verwendet diesen Begriff in Anlehnung an Levi-Strauss, nach dem Bricolage die nicht vordefinierte Reorganisation von unmittelbar zur Verfügung stehenden Zeichen bzw. Ereignissen zu neuen Strukturen bezeichnet. Im Gegensatz zu anderen Autoren will Larsen den Begriff damit nicht im Sinne einer minderwertigen oder pathologischen Strategie verstanden wissen, sondern explizit als Ausdruck menschlicher Kreativität.

kung von der diesbezüglichen klinisch-medizinischen Sichtweise unterscheiden. Die subjektive(n) Perspektive(n) der Betroffenen liefern dabei Hinweise auf Herausforderungen und Bedürfnisse bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, die für die Gestaltung und Evaluation von Behandlungsprogrammen relevant sind. Sie werden beispielsweise in dem aus der Betroffenenbewegung hervorgegangenen *Recovery*-Ansatz beschrieben, der im Folgenden vorgestellt werden soll.

2.3.2 Die subjektive Seite der Krankheitsbewältigung: Der Recovery-Ansatz

Recovery⁶ beschreibt den »Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führt, dass er auch mit bestehenden psychischen Problemen in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen« (KNUF 2008, S. 8) bzw. »die Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle hin zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben« (AMERING & SCHMOLKE 2007, S. 11). Der Begriff Recovery wird aber auch benutzt, um das Ziel dieses Prozesses zu beschreiben, sowie die Orientierung, die für diesen Prozess notwendig ist. Recovery-Orientierung bedeutet für die Betroffenen eine Art Lebenshaltung, während sie für professionell Tätige Haltungs- und Handlungselemente beschreibt, mit denen sie Betroffene in ihrem Recovery-Prozess begleiten und unterstützen können.

Recovery-Orientierung stellt für die Bewältigung und Behandlung einer schizophrenen Erkrankung in vielerlei Hinsicht ein Gegengewicht zum klassisch psychiatrischen Ansatz dar. Zentral dabei ist die Ausrichtung auf ein sinnerfülltes Leben statt allein auf Symptomreduktion und Rückfallverhinderung. Recovery wird als etwas angesehen, was zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung möglich ist und auch unabhängig von Symptomfreiheit oder erneuten Krisen sein kann. Chronizität einer Störung oder einer Vulnerabilität werden damit nicht per se als Widerspruch zu einem Leben in Gesundheit angesehen (AMERING & SCHMOLKE 2007). Gesundheit ist demzufolge »nicht ein Leben ohne psychische Probleme und Krankheiten, sondern vielmehr, dass Menschen damit möglichst gut umgehen und leben können« (Sesam 2005, zitiert in KNUF 2008, S. 9). Für die Bewältigung bedeutet es neben der Reduktion der mit einer Krankheit einhergehenden Belastungen, auch die Förderung der gesundheitsstärkenden Faktoren (ANTONOVSKY

6 Auch wenn mit Gesundung oder Genesung mögliche Übersetzungen für den englischsprachigen Begriff Recovery bestehen, existiert keine allgemein anerkannte Übersetzung, die dem Recovery-Konzept gerecht werden könnte. Daher wird auch hier der englische Begriff verwendet.

1997). Als einen weiteren wichtigen Unterschied zum medizinischen Modell der Schizophrenie heben ANDRESEN et al. (2003) hervor, dass das Recovery-Modell nicht auf einer bestimmten Theorie über die Ursachen der Erkrankung basiert. Die Frage nach den Ursachen (warum?) tritt hinter Fragen nach dem Sinn der Krankheit (wofür?) oder der Suche nach Ansatzpunkten zu deren Bewältigung zurück (HORVATH 2007). Für eine recoveryorientierte Praxis bedeutet dies auch, dass den Betroffenen keine Erklärungsmodelle für ihre Erkrankung aufgezwungen werden, wenn andere Modelle für die Person möglicherweise hilfreicher sind (SLADE & HAYWARD 2007).

Verschiedene Autoren haben die unterschiedlichen Phasen beschrieben, die im Rahmen eines Recovery-Prozesses durchlaufen werden (z. B. ANDRESEN et al. 2003; KNUF 2008; RALPH et al. 1999; SPANIOL et al. 2002). Allen gemein ist eine Bewegung von einem Zustand der Überwältigung durch die Erkrankung und des Gefangenseins in der Patientenrolle hin zu einem selbstbestimmten, erfüllten Leben. Ausgangspunkt ist eine Phase, die von Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und häufig auch von sozialer Isolation gekennzeichnet ist (KNUF 2008) und in der das Selbstkonzept des Patienten ausschließlich um die Rolle des psychischen Patienten organisiert ist. Die letzte Phase, die auch als Ziel des Prozesses bezeichnet werden kann, ist dagegen von Wohlbefinden und einem positiven Selbstkonzept gekennzeichnet. Emotionale Höhen und Tiefen können akzeptiert werden, ohne sich von drohenden Krisen überwältigt zu fühlen. Die unterschiedlichen Bezeichnungen für diese Phase (»growths« [ANDRESEN et al. 2003], »living beyond disability« [SPANIOL et al. 2002], »living outside mental illness« [DAVIDSON 2003]) machen deutlich, dass es nicht einfach um die Rückkehr zu einem Zustand vor der Erkrankung geht, der ja gerade in die Erkrankung geführt hat (HORVATH 2007). Vielmehr geht es um ein Wachstum und eine Entwicklung, die es ermöglicht, die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen der Erkrankung zu überwinden und dabei möglicherweise auch einen positiven Einfluss der Krankheitserfahrungen für diesen persönlichen Entwicklungsprozess wahrzunehmen (AMERING 2008; ANDRESEN et al. 2003). Entscheidend für diese Entwicklung scheinen bestimmte Wendepunkte zu sein, in denen die Abwärtsspirale unterbrochen wird und der »Weg nach oben« beginnt (TOPOR 2001). Nach TOPOR (2001) müssen derartige Wendepunkte keine dramatischen Ereignisse sein, sie können zwar durch veränderte äußere Bedingungen hervorgerufen werden, entscheidend ist aber vielmehr, dass es zu einer Veränderung darin kommt, wie die Person sich selbst in Bezug zu ihrem Leben, ihren Symptomen und ihrem Zustand wahrnimmt (S. 189). Ein solches abruptes oder allmählich entstehendes »Erwachen« geht häufig mit der Erkenntnis einher, dass Veränderung möglich ist und man selbst dabei eine aktive Rolle spielen kann.

Gesundungsprozesse sind komplex und individuell, sie verlaufen selten (nur) geradlinig und kein Gesundungsprozess gleicht einem andern. Trotzdem können

einige allgemeine Komponenten, Aufgaben oder Teilprozesse des Recovery-Prozesses unterschieden werden, die als bedeutsam für einen erfolgreichen Verlauf angesehen werden (vgl. z. B. ANDRESEN et al. 2003; DAVIDSON 2003; SPANIOL et al. 2002; TOPOR 2001). Im Folgenden werden einige dieser Komponenten beschrieben, wobei die jeweilige Art, Bedeutung oder Umsetzung im individuellen Prozess sehr unterschiedlich sein kann

Hoffnung finden. Hoffnung wird gewissermaßen als der Motor des Recovery-Prozesses angesehen. Für Menschen, die an einer schizophrenen Erkrankung leiden, ist die Hoffnung, dass Veränderung und Verbesserung möglich sind, von besonderer Bedeutung, da der Krankheit bis heute das »Stigma der Unbeeinflussbarkeit und der Unheilbarkeit« anhaftet (AMERING & SCHMOLKE 2007, S. 12). Betroffene weisen immer wieder darauf hin, wie sehr pessimistische Prognosen und die Vorstellung der »vita minima« hinderlich für die Gesundung sein können (z. B. BOCK 2008; KNUF 2008). Im Gegensatz zu einer sonst häufig bestehenden Zurückhaltung davor, »falsche Hoffnungen zu wecken« und damit das Risiko einzugehen, dass die Schwere der Erkrankung unterschätzt wird, will der Recovery-Ansatz gerade Hoffnung wecken, die als eine zentrale Voraussetzung für Gesundung angesehen wird (AMERING et al. 2008).

Die Krankheit akzeptieren. Eine Akzeptanz der Krankheit wird oft als erster Schritt auf dem Gesundungsweg angesehen. Die Erkrankung anzunehmen heißt dabei nicht, ein bestimmtes Erklärungsmodell oder die »Identität des psychisch Kranken« anzunehmen (DAVIDSON 2003). Nach KNUF (2004) bedeutet die Erkrankung anzunehmen vielmehr, »sich nicht als Person dafür zu verurteilen, dass man diese Erkrankung hat« (S. 4). Sich selbst für eine Erkrankung zu verurteilen, führe dagegen häufig in eins von zwei Reaktionsmustern: Selbststigmatisierung oder die Verleugnung, krank zu sein.

Kontrolle erlangen. Das Eintreten einer schweren Erkrankung geht häufig mit Gefühlen von Kontrollverlust und Hilflosigkeit einher. Ein Gefühl von Kontrolle zurückzugewinnen, stellt daher einen entscheidenden Aspekt des Gesundungsprozesses dar. Eine aktive Rolle in der Krankheitsbewältigung einzunehmen, beispielsweise durch Fertigkeiten im Symptommanagement oder die selbstbestimmte Inanspruchnahme von Hilfsangeboten kann dazu beitragen, die Kontrolle über das eigene Leben zurückzugewinnen (DAVIDSON 2003; SPANIOL et al. 2003).

Identität redefinieren. Das Eintreten einer schweren Erkrankung erfordert auch eine Neudefinition der eigenen Identität in Anbetracht der Erkrankung (BARKER et al. 2001; SELLS et al. 2004; SHEAN 2009). Fremd- und Selbststigmatisierungsprozesse können den Prozess, sich aus der ausschließlichen Rolle des psychisch kranken Patienten zu lösen und die Krankheit als (nur) einen Teil des Selbst anzuerkennen, zusätzlich erschweren (ANDRESEN et al. 2003; DAVIDSON 2003). Entwicklungen im Recovery-Prozess hängen daher eng zusammen mit Veränderungen in der Selbstwahrnehmung, insbesondere

bezüglich der Verbindung der eigenen Person zur Erkrankung oder deren Symptomen (s. o., TOPOR 2001).

Sinn finden. Durch das Eintreten einer schweren Erkrankung können bestehende Vorstellungen über den (individuellen) Sinn des Lebens infrage gestellt werden und es entsteht die Herausforderung, Sinn im bzw. gerade *trotz* des Leidens zu finden (vgl. KLAPPHECK 2009, S. 31). Die Suche nach Sinn kann sich zum einen auf die Frage nach der Ursache einer Erkrankung (Kausalität, warum?) und zum anderen auf die eher »vorwärts gerichtete, prognostische« Frage nach ihrem Zweck (Finalität, wozu?) beziehen (FILIPP & AYMANN 1997). Die Nebeneinanderstellung von Kausalität (sense/meaning-making) und Finalität (benefit-finding) verdeutlicht, dass »Sinn meist erst im größeren Zusammenhang der dynamischen Vernetzung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, von Ursache und Wirkung, Ausgangspunkt und Zielen erkannt wird« (KLAPPHECK 2009, S. 28). Sinn(findung) ist damit ein zutiefst subjektives Geschehen und muss von jeder Person individuell in den spezifischen Rahmen- und Lebensbedingungen konstruiert werden.

Stigmatisierung überwinden. Andauernde Stigmatisierung und Diskriminierung werden als Hauptprobleme bzw. Widerstände auf dem Weg »vom Patienten zum Bürger« angesehen (AMERING & SCHMOLKE 2007). Stigmatisierung und Selbst-Stigmatisierung halten meist auch nach Abklingen der akuten Symptomatik an (LINK et al. 1997) – ein Phänomen, das JENKINS und CARPENTER-SONG (2009) als »paradox of stigma despite recovery« bezeichnen (S. 552). Recovery setzt dementsprechend auch eine Form der individuellen Stigmabewältigung voraus.

3 Psychoedukation im Rahmen der Schizophrenie-Behandlung

In der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen spielen psychoedukative Interventionsprogramme eine zunehmend große Rolle und haben sich in der ambulanten wie stationären Therapie etabliert (SIBITZ et al. 2006). Psychoedukation wurde in verschiedene *Best Practice Guidelines* und Behandlungsempfehlungen für schizophrene Erkrankungen aufgenommen (s. o.). In den Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (GAEBEL & FALKAI 2006) werden beispielsweise unter dem Punkt Psychoedukation folgende Empfehlungen zu *Good Clinical Practice* gegeben:

Jeder Betroffene mit einer schizophrenen Erkrankung hat ein Recht darauf, Informationen zu seiner Erkrankung und den verschiedenen Behandlungsalternativen vermittelt zu bekommen. Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage kooperativer klinischer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens. (S. 112)

Psychoedukative Interventionen in Gruppen stellen eine gleichzeitig patientenorientierte und ökonomische Möglichkeit der Informationsvermittlung dar. (S. 113)

Dementsprechend ist vielfach betont worden, dass Psychoedukation in die Routineversorgung schizophrener Erkrankungen integriert und damit jedem Patienten zu teil werden sollte (BÄUML et al. 2006; Sibitz et al. 2007a, 2007b).

Bei psychoedukativen Interventionen handelt es sich allerdings nicht um ein einheitliches Vorgehen (HORNUNG et al. 1996). Psychoedukation stellt vielmehr einen Oberbegriff für eine Vielzahl unterschiedlicher Programme und Interventionen dar, die zum Teil erhebliche Unterschiede hinsichtlich Zielen, Inhalten, Vermittlungsweise, Kontext und organisatorischem Rahmen aufweisen.⁷ Die

7 Der Begriff der Psychoedukation wurde im Rahmen der Schizophrenie-Behandlung erstmalig im Zusammenhang mit psychoedukativer Familienarbeit verwendet (ANDERSON et al. 1980; zitiert in BÄUML & PITZSCHL-WALZ 2003c; HORNUNG 1999). Psychoedukative Elemente bilden dabei einen Teil der umfassenden familientherapeutischen Arbeit, die auf die Veränderung dysfunktionaler familiärer Kommunikationsmuster abzielt. Davon abgegrenzt werden können psychoedukative Interventionen, die aufeinander abgestimmte, aber in der praktischen Durchführung mehr oder weniger voneinander unabhängige Programme für Patienten und Angehörige beinhalten, und in denen Informationen über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten im Vordergrund

Arbeitsgruppe Psychoedukation (AG PE) versuchte, den Begriff der Psychoedukation einzugrenzen und trotz der Unterschiedlichkeit der Konzepte die Gemeinsamkeiten bzw. den »psychoedukativen Bodensatz in Form des kleinsten gemeinsamen Nenners« zu erarbeiten (BÄUML 2003, S. XI):

Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. (AG PE 2003, S.3)

3.1 Zielsetzungen psychoedukativer Interventionen

Übergeordnete Ziele psychoedukativer Interventionen sind die Aufklärung der Betroffenen (und Angehörigen) über die Erkrankung und die gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten sowie die Vermittlung von Strategien im Umgang mit der Erkrankung (KILIAN et al. 2001; RABOVSKY & STOBBE 2006). Trotz aller Unterschiede zwischen den Interventionen besteht dabei die gemeinsame Annahme, dass durch Psychoedukation kognitive Prozesse des Lernens und Verstehens angeregt werden, die »zu einer Veränderung der Wahrnehmung und Interpretation von Eindrücken, wie z. B. Krankheitssymptomen oder Medikamentennebenwirkungen, führen und ein verändertes Reaktionsverhalten, z. B. bessere Compliance, hervorrufen« (KILIAN et al. 2001, S. 169). Daneben wird eine Vielzahl hochgesteckter Ziele beschrieben und weitreichende Annahmen über die Wirkweise psychoedukativer Interventionen in der Behandlung schizophrener Erkrankungen postuliert (vgl. z. B. BÄUML et al. 2005; BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2003 a; BEHRENDT 2001; CAPLETON 2001; DUMAN et al. 2010; MÜLLER 1999; WIENBERG 1997). Zusammengefasst können folgende Ziele unterschieden werden, welche im Anschluss genauer erläutert werden:

1. Informationsvermittlung und Aufklärung über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten
2. Förderung von Krankheitseinsicht und Entwicklung eines funktionalen Krankheitskonzepts

stehen (KLIMITZ 1997). Da der Fokus hier auf letzteren, in der stationären Behandlungspraxis im Vordergrund stehenden, psychoedukativen Ansätzen liegt, sind mit dem Begriff Psychoedukation in dieser Arbeit die familientherapeutischen psychoedukativen Ansätze explizit nicht gemeint.

3. Vermittlung von Strategien und Fertigkeiten im Umgang mit der Erkrankung
4. Verbesserung der Compliance mit der medikamentösen Behandlung
5. Verbesserung der Behandlungseffizienz
6. Reduktion der Behandlungskosten
7. Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens
8. Emotionale Entlastung

Die *Aufklärung der Patienten* über die Erkrankung und aktuelle Behandlungsmöglichkeiten stellt zunächst ein eigenständiges Ziel für sich dar. Aus ethischen und juristischen Gründen wird die Information des Patienten als eine Bedingung betrachtet, die jeglicher medizinischen Behandlungsmaßnahme notwendigerweise vorausgehen sollte. Nichtinformation verletzt das Recht des Patienten auf Aufklärung und kann als unterlassene Hilfeleistung betrachtet werden (PEKKALA & MERINDER 2002). Ein Ziel der Psychoedukation ist es demnach, dem Recht und Bedürfnis der Patienten auf Informationen nachzukommen (KISSLING et al. 2003; SIBITZ et al. 2007b), was in der psychiatrischen Praxis häufig nicht hinreichend umgesetzt wird, sodass sich viele Patienten nach wie vor nicht ausreichend über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert fühlen (KILIAN et al. 2001). Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass sich die Vermittlung von krankheits-, behandlungs- und bewältigungsbezogenem Wissen in vielerlei Hinsicht positiv auf den weiteren Behandlungs- und Krankheitsverlauf auswirkt. Dem Patient sollen auf diese Weise Fragen zu seinem eigenen (Krankheits-) Zustand beantwortet werden, und gleichzeitig die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen in einen subjektiv nachvollziehbaren Zusammenhang gestellt werden (WIEDEMANN et al. 2003).

Voraussetzung dafür ist die Übernahme der vermittelten Informationen und Erklärungsansätze in das individuelle Krankheitsverständnis. Denn nur so lange der Patient die vermittelten Informationen auf sich selbst bezieht, wird er auch die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen als individuell relevant erachten. Ein zentrales Ziel psychoedukativer Interventionen ist daher die *Förderung der Krankheitseinsicht* der Patienten sowie die *Vermittlung eines funktionalen Krankheitskonzepts* (AG PE 2003; BÄUML et al. 2006; BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005; CAPLETON 2001; CUNNINGHAM et al. 2001; HOFER et al. 2001; MÜLLER 1999; RABOVSKY & STOPPE 2006). Als funktional werden dementsprechend Krankheitskonzepte bezeichnet, die die individuelle Akzeptanz der vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen oder Bewältigungsstrategien fördern und damit der Realisierung eines Behandlungsziels dienen (WIEDEMANN et al. 2003). Grundlage des im Rahmen psychoedukativer Interventionen vermittelten Krankheitsmodells stellt das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell dar (vgl. Kap. 2.1). Aufgrund der zentralen Bedeutung des Krankheitsverständnisses für Gestaltung und Wirkweise psychoedukativer Interventionen wird darauf in Kapitel 3.4 noch genauer eingegangen.

Mit der *Vermittlung von Strategien und Fertigkeiten zum Umgang mit der Erkrankung* sollen die Patienten lernen, dass und wie sie aktiv auf den Krankheitsverlauf einwirken und damit selbst zur Krankheitsbewältigung beitragen können. Auf diese Weise soll der informierte, selbstverantwortliche Umgang mit der Erkrankung gefördert werden (AG PE 2003; BÄUML et al. 2006; BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005). Das allgemeine Ziel einer Verbesserung des Krankheitsverhaltens bezieht sich etwa auf die Schärfung der Wahrnehmung von Frühwarnzeichen, die Verbesserung von Strategien zur Bewältigung drohender psychotischer Krisen, den Umgang mit Residualsymptomen sowie generell auf die Verbesserung von Fähigkeiten hinsichtlich Belastungsregulation, Stress- und Krisenmanagement (ANDRES et al. 2000; BEHRENDT 2001; DUMAN et al. 2010; HORNING et al. 1996; KIESERG & HORNING 1996; SCHAUB 2003).

Die *Förderung der Behandlungs-Compliance* stellt ein zentrales Ziel psychoedukativer Interventionen dar (z. B. BÄUML et al. 1997, 2005; MÜLLER 1999; RUMMEL-KLUGE et al. 2006; SMITH & BIRCHWOOD 1992). Auch wenn dabei teilweise psychosoziale Behandlungsmaßnahmen eingeschlossen werden, bezieht sich dies vornehmlich auf die medikamentöse Behandlung. Es wird davon ausgegangen, dass bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen 50 % der Wiederaufnahmerate innerhalb des ersten Jahres auf fehlende Compliance mit der antipsychotischen Behandlung zurückgeführt werden können (PITSCHL-WALZ et al. 2006; RUMMEL-KLUGE et al. 2006). Aus diesem Grund wird eine Verbesserung der langfristigen Behandlungsbereitschaft aufseiten der Patienten als eine Möglichkeit betrachtet, eine größtmögliche Wirksamkeit der Psychopharmaka in der Akutbehandlung sowie in der Rezidivprophylaxe sicherzustellen (FENTON et al. 1997; PERKINS 2002). Durch Informationen über Art, Ursachen und Verlauf der Erkrankung sowie zu Wirkungen und Nebenwirkungen verschiedener Medikamente sollen krankheits- und medikationsbezogene Einstellungen verändert, Ängste vor medikamentösen Behandlungsoptionen reduziert und das Verständnis für die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung gefördert werden (ASCHER-SVANUM 1989; CUNNINGHAM et al. 2001; HORNING et al. 1993; HORNING et al. 1998). Während einige Autoren darauf hinweisen, dass es explizit darum gehe, die Kooperations- und Mitbestimmungsfähigkeit der Patienten bei der Medikamentenbehandlung und damit einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Medikation zu fördern (HORNING 2003; WIENBERG 1997), fokussieren andere den Aspekt der Compliance im Sinne einer Akzeptanz der verordneten Medikation. Für BÄUML und PITSCHEL-WALZ (2005) stellt die Compliance-Förderung einen notwendigen Bestandteil bzw. die Voraussetzung für die Stärkung des Selbsthilfepotenzials der Betroffenen, denn »erst durch Medikation [können] die Selbstbewältigungskräfte der Menschen richtig zum Tragen kommen« (S. 81).

Ein zentraler Kritikpunkt an psychoedukativen Behandlungsprogrammen bezieht sich allerdings darauf, dass diese in der praktischen Umsetzung weniger an

der Förderung der Entscheidungsfähigkeit und damit der Eigenverantwortlichkeit und Autonomie der Patienten orientiert seien. Psychoedukation sei in der Praxis vornehmlich auf die Verbesserung der Medikamenten-Compliance ausgerichtet und ziele allein darauf ab, den Patienten über richtiges oder »effizientes Verhalten« zu belehren (KLIMITZ 2006, S. 376). Der Fokus auf Medikamente und Compliance im Zusammenhang mit der Vermittlung eines defizitorientierten, neurobiologischen Krankheitsmodells führe letztendlich nicht zur Stärkung der Autonomie und Selbstbewältigungskräfte der Patienten. Insbesondere bei reiner Wissensvermittlung bestehe die Gefahr, dass der Betroffene nicht als Subjekt seiner Behandlung ernst genommen, sondern ihm eine isolierte und fremdbestimmte Behandlung verkauft werde (KIESERG & HORNING 1996), die teilweise sogar die Möglichkeiten zur Selbstbefähigung eher behindere und eine Festigung traditioneller Arzt-Patient-Interaktion fördere (KNUF 2005 b). KLIMITZ (1997) kritisiert weiterhin, dass mithilfe der vermittelten Informationen »mächtige Ideen über die Diagnose und Prognose Schizophrenie« vermittelt werden, die die Realität einer unabwendbaren und chronischen Krankheit schaffen (S. 113). Im Dienste der Medikamentencompliance sollen die Patienten die psychiatrische Einschätzung ihres Zustandes übernehmen und »lernen und akzeptieren, dass sie krank und vulnerabel« sind, »denn nur wer sich krank fühlt, nimmt Medikamente« (EHL et al. 1999, S. 310), während die Bedeutung dessen für die Betroffenen kaum berücksichtigt werde (vgl. Kap. 3.4).

Durch die Förderung des selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung allgemein und die Medikamenten-Compliance im Besonderen soll die kurz- und langfristige *Behandlungseffizienz* verbessert werden. Dies beinhaltet zum einen eine Reduktion der Symptomatik, insbesondere aber eine effizientere Rückfallprophylaxe (KIESERG & HORNING 1996). Eine Erhöhung der Behandlungseffizienz führt neben positiven Konsequenzen für den Betroffenen auch zu einer Reduktion der *Behandlungskosten* (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005). Anhand einer Modell-Kalkulation argumentieren RUMMEL-KLUGE et al. (2006), dass durch eine umfangreichere Implementierung der Psychoedukation (sodass 60 % anstatt der aktuell geschätzten 20 % der Patienten Psychoedukation erhalten), eine Einsparung von insgesamt über 600 000 Krankenhaustagen und damit von über 150 Millionen Euro direkter Kosten möglich wäre.

Es wird davon ausgegangen, dass durch die Verbesserung der Behandlungseffizienz auch eine generelle *Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens*, insbesondere der subjektiven Lebensqualität der Patienten erreicht werden kann (BÄUML et al. 1997). Die Förderung von Autonomie und Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Erkrankung führe weiterhin zu Veränderungen des Selbstkonzepts der Patienten (WIENBERG 1997). Es wird angenommen, dass die Förderung des Selbsthilfe-Potenzials der Patienten mit einer Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartungen und des Selbstvertrauens der Patienten einhergehe (AG PE

2003; BÄUML & PITSCHL-WALZ 2003 b). Während in einigen Programmen die Zielsetzungen einer Verbesserung des Selbstkonzeptes (McCAY & BEANLANDS 2006) oder der Lebensqualität der Patienten (AMERING et al. 2002) einen Fokus bei der Gestaltung der Programme darstellen, wird häufig davon ausgegangen, dass dies auch durch die klassischen informationszentrierten Psychoedukationsprogramme erreicht werden kann.

Die *emotionale Entlastung* der Betroffenen wird als ein weiteres wichtiges Ziel der Psychoedukation betrachtet (AG PE 2003; BÄUML et al. 2005; KISSLING et al. 2003; RABOVSKY & STOPPE 2006). Dies bezieht sich auf eine »Hilfestellung bei der seelischen Verarbeitung der Erkrankung« (AG PE 2003, S. 6), die Reduktion von Angst und Unsicherheit bezüglich der Krankheit (WIENBERG 1997) und die Förderung positiver Emotionen (BÄUML et al. 2006). Der Austausch mit den anderen Betroffenen soll dazu beitragen, die Einmaligkeit des eigenen Schicksals zu relativieren und wieder Mut und Hoffnung zu schöpfen (WALTHER 2011). Darüber hinaus sollen die inhaltlichen Aussagen des Vulnerabilitätskonzeptes helfen, eigene Schuld- und Versagensvorwürfe zu verringern (AG PE 2003; BÄUML et al. 2005; vgl. Kap. 3.4).

3.2 Psychoedukation in der (teil-)stationären Schizophrenie-Behandlung

Viele psychoedukative Interventionen wurden vornehmlich für einen ambulanten Behandlungsrahmen konzipiert (SCHÖNELL 2003) und sind auch in diesem Kontext evaluiert worden (s. u.). Für eine Durchführung ambulanter psychoedukativer Gruppenangebote spricht, dass Schwierigkeiten mit der Medikation sowie familiäre, soziale, berufliche oder andere Probleme erst dort offensichtlich werden, und gleichzeitig der Transfer der in der Gruppe erarbeiteten Inhalte und Fertigkeiten durch die stärkere Alltagsnähe leichter möglich ist (LINCOLN et al. 2007). Darüber hinaus präferieren WIENBERG und SIBUM (2003) ein ambulantes Setting, weil Patienten in der Phase der stationären Behandlung möglicherweise noch nicht hinreichend stabilisiert sind, um optimal profitieren zu können. Andere Autoren sprechen sich dagegen für eine umfassende Implementierung psychoedukativer Interventionen im stationären Therapieprogramm aus (RUMMEL-KLUGE et al. 2007). Die schnelle Entwicklung von Hintergrundwissen über die Erkrankung und verfügbare Behandlungsmöglichkeiten ist für BÄUML et al. (2006) die notwendige Voraussetzung dafür, dass die Patienten befähigt werden, so optimal wie möglich gegen die Erkrankung anzugehen. Im Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (BÄUML et al. 2005) wird Psychoedukation dementsprechend

als die »phasenspezifische Psychotherapie der Wahl« für akut und postakut erkrankte schizophrene Patienten charakterisiert (S. 8). Psychoedukation stellt für die Autoren damit aber keine Konkurrenz zu anderen Therapieverfahren dar, sondern wird eher als psychotherapeutisches Pflichtprogramm betrachtet, das als Vorläufer und Katalysator für darauf aufbauende psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen fungiert.

In der Behandlungspraxis ist davon auszugehen, dass psychoedukative Interventionen vornehmlich im stationären oder teilstationären Setting durchgeführt werden (KILIAN et al. 2001). Die ökonomischen, strukturierten und meist sehr detailliert manualisierten Programme lassen sich gut in den klinischen Alltag integrieren. In der ambulanten Praxis ist die Organisation einer derartigen Gruppe dagegen deutlich aufwendiger, während gleichzeitig die Finanzierung oder Abrechnungsmöglichkeit nicht ausreichend reguliert ist (AG PE 2003; KILIAN et al. 2001).

Während der (teil-)stationären Behandlung stellen psychoedukative Interventionen zunehmend einen integralen Bestandteil des Therapieprogramms dar. RUMMEL-KLUGE et al. (2006) führten eine umfangreiche Befragung zur Implementierung psychoedukativer Interventionen in Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz durch. Diese ergab, dass im Jahr 2003 86 % aller befragten Kliniken (88 % in Deutschland) Psychoedukation durchgeführt hatten, 84 % davon für Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. Aufgrund der zunehmenden »Beliebtheit« des Konzepts und dessen umfangreicher Propagierung und Förderung durch Pharmafirmen (RUMMEL-KLUGE et al. 2007) ist davon auszugehen, dass diese Tendenz eher steigend ist und psychoedukative Interventionen sich im stationären und teilstationären Kontext umfassend etablieren (KLIMITZ 2006; SIBITZ et al. 2006, 2007 a).

3.2.1 Bestandteile psychoeduktiver Interventionen im stationären Setting

Es wurde schon beschrieben, dass psychoedukative Interventionen sehr große Unterschiede in der Gestaltung und Komplexität aufweisen können, beispielsweise hinsichtlich des Ausmaßes, in dem kognitive und behaviorale verhaltenstherapeutische Methoden integriert werden. Nach einer Durchsicht speziell für den stationären Kontext entwickelter Psychoedukationsprogramme kommt SCHÖNELL (2003) zu dem Schluss, dass diese überwiegend informationszentriert sind, während für den ambulanten Bereich entwickelte Programme mehr bewältigungsorientierte Interventionen beinhalten. Laut KLIMITZ (2006) dominieren in der stationären Regelfversorgung kurze Interventionsprogramme mit einem Schwerpunkt auf der Verbesserung der Compliance. Dies entspricht der Argu-

mentation von BÄUML und Mitarbeitern (2005, 2006), nach deren Ansicht eine Integration zu vieler unterschiedlicher Elemente, wie Kommunikationstraining, Problemlösestrategien etc., für viele Patienten in der akuten oder postakuten Phase eine Überforderung bzw. Überanstrengung darstellt. Aus diesem Grund sollten ihrer Meinung nach psychoedukative Sitzungen in dieser Phase auf die Vermittlung wichtiger Basisinformationen über die Erkrankung und Behandlungsmaßnahmen beschränkt bleiben, welche dann die Voraussetzung für eine erfolgreiche weitere Behandlung sind.⁸

In ihrer Studie zur Implementierung psychoedukativer Interventionen erfragten RUMMEL-KLUGE et al. (2006) auch Aspekte der konkreten Umsetzung der psychoedukativen Interventionen in den jeweiligen Kliniken. Der Großteil der Kliniken führte F2-diagnose-spezifische Gruppen (ca. 75 %) durch, wobei die Teilnahme meist auf die Zeit des Klinikaufenthalts beschränkt blieb (65 %), in 31 % aber auch nach der Entlassung fortgesetzt werden konnte. 28 % der Kliniken gaben an, zusätzliche Einzelsitzungen für Patienten anzubieten, etwa für Ersterkrankte, Patienten, die nicht »gruppeneeignet« waren oder falls gerade keine Psychoedukationsgruppe durchgeführt wurde. Weiterhin zeigte sich, dass zwei Drittel der Institutionen Psychoedukation allein für die Patienten anboten und nur ein Drittel zusätzlich auch die Angehörigen einbezog. Dies entspricht anderen Untersuchungen, die zeigten, dass die Einbeziehung der Angehörigen trotz deutlicher Hinweise auf dessen Bedeutung für die Wirksamkeit der Interventionen in der Praxis meist die Ausnahme bleibt (LINCOLN et al. 2007). Darüber hinaus erhoben RUMMEL-KLUGE et al. (2006), welche Themen jeweils in den Sitzungen behandelt wurden. Von mehr als 90 % der Behandelnden wurde angegeben, dass sie Frühwarnzeichen (97 %), Pharmakotherapie, das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell, Krisenpläne (jeweils 93 %) und Rückfallverhütung (92 %) in der Gruppe thematisierten. 80 % gaben an, Coping-Strategien zu berücksichtigen, welche allerdings nicht weiter konkretisiert wurden.

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf den in der stationären Praxis vorherrschenden informationszentrierten Programmen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der zentrale Bestandteil dieser Interventionen die Vermittlung von Informationen bzw. Wissen über die Erkrankung ist, wobei medizinische Theorien und Befunde im Mittelpunkt stehen. Der Fokus liegt dabei zum einen auf der Vermittlung von Wissen über ätiologische Theorien zu Entstehung und Auslösung der Erkrankung, die im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-

8 Dies entspricht insofern der vorherrschenden Praxis, als dass Psychoedukation vornehmlich im stationären Kontext angeboten wird und dort häufig auch einziges psychotherapeutisches Behandlungsangebot bleibt (vgl. oben). Im Hinblick auf die Weiterbehandlung scheint das von den Autoren beschriebene »Idealmodell« insofern fraglich, da nach wie vor von Defiziten in der Behandlungskontinuität im Hinblick auf die poststationäre psychosoziale Weiterbehandlung berichtet wird (KLIMITZ 2006).

modells aufbereitet werden. Zum anderen werden Informationen über die medikamentöse Behandlung (Rational und Nutzen, Neuroleptika, Nebenwirkungen) präsentiert. Ergänzt werden diese Informationen unterschiedlich detailliert und umfangreich um Informationen über Diagnose, Symptomatik, Verlauf und Prognose der Erkrankung, sowie weitere therapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Daneben werden Informationen über Strategien im Umgang mit der Erkrankung und der Bewältigung von Krisen vermittelt. Dabei stehen neben dem Medikamentenverhalten, das rechtzeitige Erkennen und Reagieren auf Frühwarnzeichen psychotischer Krisen sowie die Erarbeitung eines Krisenplans im Vordergrund. Im Folgenden sind mit den Begriffen Psychoedukation oder psychoedukative Interventionen diese informationszentrierten Gruppenprogramme gemeint, sofern es nicht anders gekennzeichnet ist.

3.2.2 Mögliche Kontraindikationen für psychoedukative Interventionen in der Akutphase der Erkrankung

Ähnlich wie für die Durchführung psychoedukativer Interventionen im ambulanten Bereich werden auch für die psychoedukative Behandlung akuter oder postakuter Patienten im stationären Kontext wenige Kontraindikationen formuliert (AG PE 2003; SCHÖNELL 2003; BÄUML et al. 2006). BÄUML et al. (2006) nennen beispielsweise massive formale Denkstörungen, manisch-gehobene Stimmung, imperative Stimmen und akute Suizidalität. Mangelnde Sprachkenntnisse oder kognitive Leistungseinbußen sollten laut AG PE (2003) nur dann eine Kontraindikation darstellen, »wenn befürchtet werden muss, dass die Teilnahme zu problematischen Missverständnissen oder Insuffizienzerleben führen könnte« (S. 5). Es wird allerdings nicht genauer spezifiziert, welcher Art Missverständnisse oder Insuffizienzerleben sein könnten.

Insgesamt werden Kontraindikationen vornehmlich im Hinblick auf die emotionale Belastung der Person und ihre »Gruppenfähigkeit« diskutiert. Auf das Risiko einer besonderen emotionalen Belastung wird auch in den Richtlinien der DGPPN (GAEBEL & FALKAI 2006) hingewiesen:

Bei der Vermittlung von Informationen über schizophrene Psychosen sollte berücksichtigt werden, dass Betroffene als Folge des Wissens um den Krankheitsverlauf eine erhöhte Suizidalität aufweisen können. Deswegen sollte auf eine begleitende depressive Verstimmung geachtet werden. (S. 207)

Auch wenn in diesem Zusammenhang bestimmte Patientengruppen wie z. B. Ersterkrankte als besonders gefährdet angesehen werden, werden diesbezüglich keine Kontraindikationen formuliert, sondern lediglich Hinweise gegeben, wie Psychoedukation dementsprechend modifiziert werden könne. SCHÖNELL (2003)

weist beispielsweise darauf hin, dass Patienten im Zusammenhang mit akuten Krankheitssymptomen existenzielle Entfremdungsgefühle und einen Verlust der Kontrolle über Denk- und Wahrnehmungsprozesse erleben. Dies und die potenziell durch die stationäre Aufnahme oder etwaige Zwangsmaßnahmen erlebte Fortsetzung der Fremdbestimmung können unmittelbare Traumata darstellen. Neben Vorurteilen gegenüber der Psychiatrie, nicht vorhandenen oder idiosynkratischen Krankheitskonzepten und Abwehrprozessen gegenüber der Krankheit sieht er darin die Begründung für Misstrauen bis hin zu offener Abwehr gegenüber der Behandlung. Auf diese Faktoren müsse bei der Psychoedukation in der Akutphase Rücksicht genommen werden (ebd.). MCGORRY (1995) und BÄUML et al. (2006) raten darüber hinaus, dass aufgrund des Risikos einer besonderen emotionalen Belastung durch die Diagnosestellung bei Ersterkrankten die Aufklärung über die Diagnose und die Entwicklung eines Krankheitskonzeptes dem Einzelsetting vorbehalten bleiben sollte.

Im Hinblick auf die »Gruppenfähigkeit« der Teilnehmer werden anstelle von Kontraindikationen eher Voraussetzungen für die Gruppenteilnahme diskutiert. Diese beziehen sich insbesondere auf die Ausprägung der Symptomatik (SCHÖNELL 2003). Als Grundvoraussetzung wird gesehen, dass die Teilnehmer in der Lage sein sollten, über die Dauer der Sitzung an dieser teilzunehmen und sich auf die Gruppeninhalte zu konzentrieren. Insgesamt wird empfohlen, Kontraindikationen so restriktiv wie möglich zu stellen und damit so vielen Patienten wie möglich eine Teilnahme an einer psychoedukativen Gruppe zu ermöglichen bzw. sie dafür zu motivieren. Die AG PE (2003) weist explizit darauf hin, dass mangelnde Krankheitseinsicht, produktiv-psychotische Symptome und Residual- oder Minussymptomatik keine Kontraindikationen für die Gruppenteilnahme darstellen. In der Praxis wird dies häufig so umgesetzt, dass alle Patienten, die einigermaßen »gruppenfähig« sind, zur Teilnahme an der Psychoedukation motiviert werden. Inwieweit dabei möglichen Risiken oder Belastungen etwa durch Einzelgespräche vorgebeugt wird, hängt wohl stark von dem häufig sehr begrenzten psychotherapeutischen Behandlungs- und Zeitbudget ab. Auszugehen ist insofern eher von einer Zuweisung zu psychoedukativen Gruppen im Sinne einer »schaden kann's ja nicht«-Praxis.

3.3 Empirische Evaluation psychoedukativer Interventionen

Eine Aussage bezüglich der Wirkung und der speziellen Wirkmechanismen psychoedukativer Interventionen basierend auf den empirischen Ergebnissen erfordert eine differenzierte Betrachtung der untersuchten Interventionen und deren Implemen-

tierung. Bislang gibt es weder einen Konsens bezüglich der Verwendung des Begriffes Psychoedukation, noch einheitliche Richtlinien hinsichtlich deren Gestaltung (KILIAN et al. 2001). Als Evaluation von Psychoedukation ausgewiesene Studien beziehen sich dementsprechend auf ein sehr breites Spektrum unterschiedlicher Behandlungsprogramme von kurzen, rein informationszentrierten Interventionen bis hin zu komplexen Therapieprogrammen, die neben Psychoedukation weitere Komponenten beinhalten. Auch die spezielle Zielsetzung (z. B. compliance- vs. wissens- vs. bewältigungsorientiert), das Setting (z. B. stationär vs. ambulant; Einzel- vs. Gruppensitzungen) und die Teilnehmer (z. B. nur Patienten, Patienten und Familie/Angehörige, nur Angehörige) variieren erheblich.

3.3.1 Forschungsstand zur Evaluation informationszentrierter Psychoedukation

Während für spezielle komplexere Interventionsprogramme, wie die psychoedukative Familienbetreuung oder kognitive Verhaltenstherapie, die jeweils auch psychoedukative Elemente beinhalten, die Wirksamkeit als gut belegt gilt (BRENNER & PFAMMATTER 2000; PFAMMATTER et al. 2006; WIEDEMANN 2003), ist die Beurteilung der Effektivität der rein psychoedukativen Bestandteile bzw. vornehmlich informationszentrierter Psychoedukation bislang schwierig (AG PE 2003; KILIAN et al. 2001; LINCOLN et al. 2007). Trotz der starken Tendenz, psychoedukative Interventionen vornehmlich im stationären Kontext anzubieten, wurden in der überwiegenden Mehrzahl der Studien bislang nur ambulante Programme evaluiert (LINCOLN et al. 2007; SCHÖNELL 2003).

LINCOLN et al. (2007), MERINDER (2000) und PEKKALA und MERINDER (2002) führten jeweils Meta-Analysen durch, um den Forschungsstand zur Wirksamkeit vorwiegend oder ausschließlich psychoedukativer Interventionen zu bestimmen. In ihren Berichten weisen sie darauf hin, dass zum einen trotz einer Vielzahl durchgeführter Studien nur wenige bestimmten methodischen Ansprüchen an Evaluationsstudien genügen. Zum anderen sind von der Vielzahl angenommener Wirkweisen und Zielvariablen bislang nur wenige tatsächlich und ausreichend untersucht worden. Am häufigsten und fast ausschließlich wurden objektive Kriterien klinischer Stabilität wie Symptomatik, Rückfall- und Rehospitalisierungsraten sowie Wissen und Compliance als Zielvariablen erfasst (AG PE 2003; MERINDER 2000; LINCOLN et al. 2007; PEKKALA & MERINDER 2002).

LINCOLN et al. (2007) schlossen in ihre Metaanalyse nur randomisierte, kontrollierte Studien ein, die sich auf psychoedukationszentrierte Interventionen bezogen, d. h. Interventionen, in denen didaktische Inhalte mindestens 50 % der Sitzungen einnehmen. Um eine Aussage bezüglich von Psychoedukation aus-

schließlich für Patienten zu ermöglichen, wurden Interventionen mit und ohne Einbeziehung der Angehörigen unterschieden. Allein im Hinblick auf das Wissen fanden sie einen signifikanten, allerdings geringen Effekt unabhängig von der Einbeziehung der Angehörigen. Für die Rückfall- bzw. Rehospitalisierungsraten fanden sie geringe Effektstärken, die nach einem Jahr nicht mehr signifikant waren, und allein auf Interventionen mit Angehörigen-Einbeziehung attribuiert werden konnten. Für die weiteren Zielvariablen (Compliance, Symptomatik, soziales Funktionsniveau) fanden sie keine bis geringe und durchgehend nicht signifikante Effektstärken. Sie fassen ihre Ergebnisse dahingehend zusammen, dass reine Psychoedukation ausschließlich für Patienten basierend auf der bisherigen Datenbasis als ineffektiv angesehen werden muss.

Diese Ergebnisse stimmen weitestgehend mit den Befunden von MERINDER (2000) und PEKKALA und MERINDER (2002) sowie anders ausgerichteten Übersichtsarbeiten überein. Ein positiver Effekt psychoedukativer Interventionen im Sinne einer *Reduktion der Rückfallrate* wurde insbesondere dann berichtet, wenn auch die Angehörigen in die Behandlung einbezogen wurden (z. B. PEKKALA & MERINDER 2002; RABOVSKY & STOPPE 2006; WIEDEMANN 2003). Eine Erhöhung der *Medikamentencompliance* konnte nur für die Interventionen nachgewiesen werden, die direkt darauf ausgerichtet waren bzw. explizit um behaviorale oder motivationale Elemente erweitert waren (MERINDER 2000; PUSCHNER et al. 2005; RABOVSKY & STOPPE 2006; ZYGMUNT et al. 2002). Ein Zuwachs an krankheitsbezogenem *Wissen* durch psychoedukative Interventionen kann als gut belegt angesehen werden (MERINDER 2000; MUESER et al. 2002; PUSCHNER et al. 2005), allerdings ist fraglich, wie weit dieser auch mit zunehmendem Abstand zur Therapie noch zu beobachten ist (MERINDER et al. 1999). Für weitere Zielvariablen psychoedukativer Interventionen liegen bislang nicht ausreichend Ergebnisse vor, um eine allgemeine Aussage treffen zu können (MERINDER 2000; PEKKALA & MERINDER 2002).

Trotz der zentralen Bedeutung der subjektiven Perspektive der Betroffenen für die Evaluation von Behandlungsmaßnahmen, wurden insbesondere subjektive Variablen im Rahmen der Evaluation psychoedukativer Interventionen bislang wenig systematisch berücksichtigt. Im Folgenden sollen diesbezügliche Befunde einzelner Studien referiert werden, auch wenn diese sich teilweise auf Interventionen beziehen, die über die im stationären Kontext vorherrschende informationszentrierte Psychoedukation hinausgehen.

3.3.2 Evaluation psychoedukativer Interventionen unter Berücksichtigung der subjektiven Sichtweise der Betroffenen

ATKINSON et al. (1996) berichten beispielsweise von einem signifikant höheren Anstieg der *Lebensqualität* bei Patienten, die an edukativen Sitzungen teilgenommen hatten, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Zur Erfassung der Lebensqualität verwendeten sie die *Heinrichs-Carpenter-Quality-of-Life-Scale*, die zur Erhebung des Defizit-Syndroms bei schizophrenen Patienten konzipiert wurde und eine auf einem Interview beruhende Fremdeinschätzung der Symptomatik und des Funktionsniveaus beinhaltet. Eine derartige Erhebung kann allerdings nur bedingt Aufschluss über die subjektive Lebensqualität geben, die nicht notwendigerweise mit dem Vorhandensein potenziell die Lebensqualität reduzierender Belastungen noch mit einer Fremdbeurteilung der Lebensqualität übereinstimmt (HEINZE et al. 1997; MULDOON et al. 1998; REMINGTON et al. 2010). AMERING et al. (2002) konzipierten ein Psychoedukationsprogramm, welches explizit auf die Erhöhung der Lebensqualität ausgerichtet ist und zu gleichen Anteilen klassisch-psychoedukative und lebensqualitätsorientierte Elemente enthält. In der Evaluation dieses Programms verwendeten sie den *Quality of Life Index*, der zehn Dimensionen der subjektiven Lebensqualität, wie z. B. für sich selbst zu sorgen oder zwischenmenschliches Funktionieren, erfasst. Nach Teilnahme an dem Programm fanden sie einen signifikanten Anstieg der Lebensqualität bei Patienten.

KILIAN et al. (2001) führten zur Evaluation eines ambulanten Psychoedukationsprogramms qualitative Interviews durch, die sie inhaltsanalytisch auswerten. Sie kommen zu dem Schluss, dass nur ein Drittel der befragten Patienten die Wirkung der Intervention im Sinne der für psychoedukative Interventionen postulierten Veränderungen wahrnimmt. Die Patienten beurteilten das Programm (dennoch) sehr positiv, insbesondere die Vermittlung von Krankheitswissen und die Möglichkeit zu einem Austausch mit anderen Betroffenen. Bezüglich des vermittelten Krankheitswissens fanden es die Patienten wichtig, grundlegende Informationen über die Erkrankung zu erhalten, gingen dabei aber kaum auf konkrete Aspekte ein. Hinsichtlich der positiven Beurteilung des Austausches mit anderen Betroffenen unterscheiden die Autoren vier unterschiedliche Motive: den Wunsch nach sozialen Kontakten, das Interesse daran, wie andere mit der Erkrankung umgehen, einen positiven Vergleich der eigenen Situation durch das Erleben, dass es anderen möglicherweise schlechter geht, und die Vergewisserung der eigenen Normalität. In Letzterem sehen die Autoren eine über die Regulierung des subjektiven Wohlbefindens hinausgehende Bedeutung des Erfahrungsaustausches. Durch den Vergleich mit anderen könnten Extremerfahrungen als normale Merkmale einer Erkrankung gedeutet werden, die prinzipiell jeden Menschen

befallen könnte. Die Entwicklung einer derartigen »Normalität eigener Art« oder »Normalität im Sinne der Krankheit« stelle eine Möglichkeit dar, mit der identitätsbedrohenden Wirkung der mit der Erkrankung einhergehenden Erfahrungen umzugehen. Das psychoedukative Gruppensetting stelle einen geeigneten Rahmen für die Entwicklung dieser Normalität und die Herstellung der dabei notwendigen intersubjektiven Bestätigung dar. Zusammenfassend beurteilen die Autoren die Psychoedukation als geeignet, die Patienten bei der Krankheitsverarbeitung zu unterstützen und damit einen eigenständigen Beitrag zur Erhöhung der Lebensqualität zu leisten.

In einigen Studien wurde die *Zufriedenheit* der Patienten mit der Behandlung mittels Fragebögen erfasst. BÄUML et al. (1997) berichteten, dass 93 % der Patienten, die an ihrem Psychosen-Informationen-Projekt teilgenommen hatten, dies als »hilfreich/sehr hilfreich« einschätzten und 91 % der Patienten sich danach zum Thema Psychose »gut/sehr gut« informiert fühlten. MERINDER et al. (1999) erfragten die generelle Behandlungszufriedenheit der Patienten hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte. Nach Teilnahme an einer kurzen edukativen Intervention für Patienten und Angehörige war bei den Patienten nur eine signifikant höhere Zufriedenheit im Bezug auf die Einbeziehung der Angehörigen festzustellen, während die Angehörigen auch zufriedener hinsichtlich des Informationsgrades waren. HORNING et al. (1993, 1996, 1998) erfragten speziell die Zufriedenheit der Patienten mit den verfügbaren Informationen über die Medikamente. Patienten, die an der psychoedukativen Intervention teilgenommen hatten, waren danach zwar zufriedener bezüglich der Informationen, unterschieden sich darin aber nicht signifikant von der Kontrollgruppe, die an einer unspezifischen Freizeitgruppe teilgenommen hatte. WIENBERG (1997) führte im Rahmen der Evaluation des von ihm entwickelten PEGASUS-Programms⁹ eine umfangreiche Nutzer- und Anwenderbefragung mithilfe von weitgehend standardisierten Fragebögen durch. Die Patienten beurteilten einen Großteil der behandelten Themen als wichtig, zeigten sich aber im Vergleich zu den Behandlern deutlich skeptischer bezüglich der Frage, ob die vermittelten Informationen angemessen verstanden und verarbeitet werden konnten. Im Hinblick auf die erwünschten Wirkungen beurteilten die Patienten das Programm am besten dafür geeignet, Kompetenz und Mitverantwortung bezüglich der Pharmakotherapie zu fördern (worauf das PEGASUS-Programm explizit ausgerichtet ist). Am wenigsten geeignet schätzten sie es bezüglich der Zielsetzung ein, ein positives Selbstbild bei den Patienten zu fördern. Als mögliche *unerwünschte Nebenwirkungen* wurden den Befragten vier Kriterien vorgelegt. Patienten und Therapeuten schätzten die höchste Wahrscheinlichkeit für eine »Überschätzung der eigenen Fähigkeit im Umgang mit der

9 PEGASUS steht für »Psychoedukative Gruppenarbeit bei schizophrenen und schizoaffektiven Störungen«.

Erkrankung« ein, gefolgt von einer »Verstärkung einer ablehnenden Haltung gegenüber Neuroleptika«. Die Gefahren einer »Überforderung durch zu schwer verständliche« oder »zu viel Information« wurden deutlich geringer eingeschätzt. Problematisch an diesem Vorgehen ist allerdings, dass nur vorher bestehende Annahmen über mögliche unerwünschte Wirkungen abgefragt werden, während darüber hinausgehende Aspekte nicht erfasst werden können.

Auch SIBITZ et al. (2007 a) bezogen die subjektive Einschätzung der Patienten mit ein, um erwünschte und unerwünschte Wirkungen ihres lebensqualitätsorientierten Psychoedukationsprogramms zu untersuchen. Zu diesem Zweck führten sie neben Befragungen Fokusgruppen mit einem Teil der Teilnehmer durch. Auf diese Weise können auch Aspekte erfasst werden, über die es nicht schon vorab bestehende Annahmen gibt. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (83,5 %) schätzte das Programm als sehr hilfreich ein. Als besonders hilfreich und ursächlich für positive Veränderungen im Umgang mit der Erkrankung wurde insbesondere die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung und lebensqualitätsbezogene Themen bewertet sowie der Erfahrungsaustausch mit anderen Teilnehmern. Als unerwünschte Wirkungen wurden beispielsweise eine durch die Konfrontation mit krankheitsbezogenen Themen getriggerte Intrusion negativer Erinnerungen oder eine Überforderung durch zu viel Information in zu kurzer Zeit genannt. Darüber hinaus wurde bezüglich der behandelten Themen der Fokus auf Medikamente und ein biologisches Krankheitsmodell kritisiert, was zu Abwehrreaktionen und Nachlassen der Konzentration geführt habe. Eine derartige Einschätzung durch die Patienten ist insbesondere auffallend, weil dieses Programm explizit darauf ausgerichtet war, den Fokus im Vergleich zu klassischen psychoedukativen Programmen in Richtung Lebensqualität und positive psychologische Aspekte zu verschieben (s. o., AMERING et al. 2002).

3.4 Psychoedukation und Krankheitsverständnis

Das Krankheitsverständnis der Patienten hat für psychoedukative Interventionen eine zentrale Bedeutung. Durch die Vermittlung von krankheits- und behandlungsbezogenem Wissen soll die Krankheitseinsicht der Patienten gefördert und ein funktionales Krankheitskonzept vermittelt werden (s. o.). Dies beruht auf der Annahme, dass sich Veränderungen im Krankheitsverständnis positiv auf die Krankheitsbewältigung bzw. den Krankheitsverlauf auswirken. Die Krankheitseinsicht der Patienten und eine weitestgehende Deckung ihrer subjektiven Krankheitstheorie mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell stellen eine

Voraussetzung für die idealerweise angenommene Wirkweise psychoedukativer Interventionen dar (WALTHER 2011, S. 25). Ziel psychoedukativer Interventionen ist es dementsprechend, dass das vermittelte professionelle Krankheitskonzept in das individuelle Krankheitsverständnis übernommen wird.

Es bestehen unterschiedliche Vorstellungen darüber, inwieweit Krankheitskonzepte und Krankheitseinsicht als von einander unabhängige Konstrukte verstanden werden müssen, die eng mit den unterschiedlichen ätiologischen Vorstellungen über fehlende Krankheitseinsicht zusammenhängen (vgl. z. B. LINDEN & GODEMAN 2007; LINDEN & SEIDEL 1998). In ihrer theoretischen Konzeption und methodischen Operationalisierung ist Krankheitseinsicht allerdings grundsätzlich sowohl mit Krankheitskonzepten als auch mit der Medikamenten-Compliance konfundiert (HOFER et al. 2001; MCCABE et al. 2000) und beinhaltet dabei eine potenziell problematische Bewertung der subjektiven Krankheitskonzepte der Patienten im Sinne einer Übereinstimmung mit dem medizinischen Krankheitsmodell (FRESE 2004; RUSCH & CORRIGAN 2002; SASS 2007; WHITE et al. 2000; WILLIAMS 2008). Dabei wird kritisiert, dass das professionelle Krankheitsmodell als »objektives« Wissen behandelt werde, welches subjektiven Krankheitskonzepten grundsätzlich überlegen sei (READ et al. 2006; WHITE et al. 2000). Die fehlende Akzeptanz dieses Wissens durch den Patienten werde dann als Problem in seiner Person lokalisiert und als Symptom der Erkrankung bewertet.

Das subjektive Krankheitsverständnis¹⁰ beinhaltet allerdings im Gegensatz zu wissenschaftlichen und professionellen Konzepten eine aus der persönlichen Betroffenheit resultierende emotionale Komponente und erfüllt unterschiedliche Funktionen im Rahmen der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung. FLICK (1991, S. 15) nennt für subjektive Theorien generell folgende Funktionen:

- Sie dienen der Situationsdefinition, ermöglichen eine rasche Lagekodierung und vermitteln Orientierungsgewissheit.
- Sie ermöglichen eine nachträgliche Erklärung eingetretener Ereignisse (möglicherweise mit Rechtfertigungscharakter).
- Sie ermöglichen die Vorhersage zukünftiger Ereignisse, erleichtern die Entwicklung von Handlungsempfehlungen und haben eine handlungssteuernde bzw. -leitende Funktion.
- Sie dienen der Stabilisierung und Optimierung des Selbstwertes.

10 In der vorliegenden Arbeit wird daher vornehmlich der Begriff des Krankheitsverständnisses verwendet. Dieser schließt alle subjektiven Annahmen der Betroffenen über ihre Erkrankung ein, auch solche die in anderen Konzeptionen möglicherweise als (fehlende) Krankheitseinsicht und damit als von subjektiven Krankheitskonzepten konzeptuell/ätiologisch abzugrenzen betrachtet werden. Der Begriff der Krankheitseinsicht wird verwendet, wenn auf theoretische Konzepte oder empirische Befunde Bezug genommen wird, die sich explizit auf Krankheitseinsicht im Sinne einer Übereinstimmung mit dem medizinischen Krankheitsmodell entsprechend seiner gängigen Operationalisierung beziehen (AMADOR & KRONENGOLD 2004).

Darüber hinaus wird für subjektive Krankheitstheorien insbesondere deren Funktion im Hinblick auf die Bewältigung von Emotionen, die durch die Krankheit hervorgerufen werden, hervorgehoben (FLICK 1991, S. 17). Sie dienen beispielsweise dazu, »das durch die Diagnose einer schweren Krankheit erschütterte Vertrauen in eine geordnete, verstehbare und vorhersehbare Welt wiederzugewinnen« (FILIP & AYMANS 1997, S. 4). Subjektive Krankheitstheorien können damit erklärende, rechtfertigende, selbstwertstabilisierende und handlungsleitende Funktionen erfüllen. Sie sind selbst Ausdruck der individuellen Form der Krankheitsbewältigung und geben gleichzeitig vor, welche Bewältigungsstrategien genutzt werden (AMERING & SCHMOLKE 2007, S. 37). Linden (1985) weist darauf hin,

dass Krankheitskonzepte von Arzt und Patient nicht deckungsgleich sein können. Alleine schon die Unterschiede in der Perspektive, die sich daraus ergeben, dass Arzt und Patient in unterschiedlichem Maße durch die Erkrankung persönlich betroffen sind, führen zu einer unterschiedlichen Wertung von Krankheitszeichen und damit unterschiedlichen Krankheitskonzepten. (zitiert nach HOFER et al. 2001, S. 291)

Derartige Überlegungen werfen die Frage auf, inwieweit subjektive Krankheitstheorien generell – und durch kurze informationszentrierte Interventionen im Besonderen – in Richtung auf eine weitestgehende Übereinstimmung mit dem professionellen Krankheitskonzept veränderbar sind. Daneben stellt sich die Frage, welche Auswirkung eine derartige Veränderung auf die Krankheitsbewältigung der Patienten hat (d. h. inwieweit sie erstrebenswert ist). Da diese Fragen in der Evaluation psychoedukativer Interventionen bislang wenig untersucht wurden, sind hier zusätzlich Ergebnisse von Studien relevant, die sich – unabhängig von Psychoedukation – mit Zusammenhängen zwischen dem subjektiven Krankheitsverständnis der Patienten und Merkmalen der Krankheitsbewältigung und des Krankheitsverlaufs beschäftigen.

Krankheitsverständnis und Compliance

Subjektiven Krankheitstheorien wird eine zentrale Bedeutung für die Compliance mit der Behandlung zugesprochen (KOMMER 2005; LINDEN et al. 1988; PRINZ-KALTENBORN 2003). Patienten mit einem generell eher biologischen Krankheitsverständnis weisen ein größeres Vertrauen in die medikamentöse Behandlung auf, glauben aber auch, dass sie wenig subjektive Einflussmöglichkeiten auf den Krankheitsverlauf haben und verhalten sich eher passiv, während Patienten mit einem psychosozialen Krankheitsverständnis den Medikamenten gegenüber eher skeptisch eingestellt sind, daneben aber mehr Eigeninitiative aufweisen und mehr Informationen über die Krankheit wünschen (WALTHER 2011, S. 33).

Aufgrund der großen Bedeutung, die der Medikamentencompliance für Krankheits- und Behandlungsverlauf zugesprochen wird (LEUCHT & HERES 2006), gilt

den medikationsbezogenen Einstellungen der Betroffenen ein besonderes Interesse. So wird etwa zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen vornehmlich die von LINDEN und Mitarbeitern (1988) entwickelte Krankheits-Konzept-Skala eingesetzt. Diese erfasst neben »negativen Motivationen« (Ablehnung der Medikamente, Angst vor Nebenwirkungen etc.) insbesondere positive Motivationen für die (medikamentöse) Behandlungsbereitschaft (z. B. Arzt- oder Medikamentenvertrauen), und ist dementsprechend stark auf die medikamentöse Behandlung bzw. medikationsbezogene Einstellungen fokussiert. In empirischen Untersuchungen wiesen die Skalen Arzt- und Medikamentenvertrauen einen positiven Zusammenhang mit der Compliance auf (KOMMER 2005; LINDEN et al. 1988; PRINZ-KALTENBORN 2003), während sich bei den Skalen eigene Krankheitsschuld und Negativerwartungen bezüglich der Medikamente ein negativer Zusammenhang mit der Compliance zeigte (LINDEN et al. 1988; PRINZ-KALTENBORN 2003).

Im Rahmen der Evaluation psychoedukativer Interventionen wurden die Krankheitskonzepte der Patienten bislang nicht systematisch erfasst. Studien, die die Krankheitskonzepte erfassten, konzentrierten sich dabei meist auch auf die mit der Krankheits-Konzept-Skala erfassten medikationsbezogenen Einstellungen. HORNING und Mitarbeiter (1993, 1998) und SIBITZ und Mitarbeiter (2006, 2007b) berichten beispielsweise über eine Veränderung medikationsbezogener Einstellungen nach der Teilnahme an einer Psychoedukation im Sinne einer Zunahme des Medikamentenvertrauens und einer Reduktion der Angst vor Nebenwirkungen bzw. allgemeiner Negativerwartungen im Hinblick auf die medikamentöse Behandlung. Die Autoren sehen darin jeweils einen möglichen positiven Einfluss der Behandlung für die Medikamentencompliance. In der Untersuchung von SIBITZ et al. (2006, 2007b) wurde die Compliance selbst allerdings nicht erfasst. HORNING et al. (1993, 1998) konnten trotz der Veränderung der medikationsbezogenen Einstellungen keinen Effekt der Intervention im Sinne einer im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöhten Medikamentencompliance feststellen.

Krankheitsverständnis und -bewältigung: Integration und Isolation

MCGLASHAN (1987; MCGLASHAN et al. 1975) beschäftigt sich mit der Bedeutung des Krankheitsverständnisses für die Krankheitsbewältigung. Er untersuchte unterschiedliche Bewältigungsformen (recovery styles) von Patienten mit Psychoseerfahrungen und beschrieb typische Einstellungs- und Verhaltensweisen für zwei Pole eines Kontinuums, zwischen denen sich der Umgang mit der Erkrankung abspielt. Für die Unterscheidung der beiden Pole oder Typen spielt die Auseinandersetzung mit der individuellen Bedeutung der Psychose und deren Einbettung in die individuellen Lebenserfahrungen eine zentrale Rolle. Integration oder *integrative recovery* zeichnet sich durch Explorations- und

Reflexionsbereitschaft bezüglich der Krankheitserfahrungen und deren persönlicher Bedeutung aus. »Integrierende Patienten« sind sich demnach der Kontinuität ihrer Erfahrungen und Persönlichkeit über den Verlauf der Erkrankung bewusst, sie sehen in der Psychoseerfahrung sowohl positive als auch negative Aspekte, insbesondere aber eine Quelle persönlicher Informationen, die sie zu ergründen suchen. Als *sealing over* (dt. Versiegelung, Einkapselung, Isolation) wird dagegen die Tendenz bezeichnet, die psychotische Erfahrung von der Person und ihren sonstigen Erfahrungen zu isolieren und einzukapseln. Die Psychose wird dabei eher als eine abgrenzbare und ausschließlich negativ besetzte, meist in einem biologischen Defekt begründete Erfahrung angesehen, die von außen kommt und den Patienten heimsucht. Eine weitere Auseinandersetzung mit der Erfahrung wird abgelehnt und – ebenso wie die Psychose allgemein – als sinn- und bedeutungslos betrachtet.

Der Bewältigungsstil der Patienten (und dessen Bewertung) ist nach MCGLASHAN und Mitarbeitern (1975) auch vom Krankheitsverständnis des Behandlers abhängig. So wiesen sie darauf hin, dass auch Psychiater anhand ihrer Behandlungspraxis und dem dieser zugrunde liegenden Krankheitsverständnis analog einem der beiden Stile zugeordnet werden könnten und unterschiedliche therapeutische Interventionen dementsprechend eher einen der beiden Bewältigungsstile fördern würden. Ein medizinisches Krankheitsverständnis in Verbindung mit einer Fokussierung der medikamentösen Behandlung zur schnellen Verbesserung der Symptomatik wird dabei eher mit einem »versiegelnden« Bewältigungsstil in Verbindung gebracht (MCGLASHAN et al. 1975; vgl. auch LEFERINK 1997, S. 211).

Wie oben beschrieben, wird von einigen Autoren der Fokus vieler psychoedukativer Interventionen auf ein biogenetisches Krankheitskonzept und die Förderung der Medikamentencompliance kritisiert. Diese Kritik bezieht sich u. a. darauf, dass den Patienten ein weitestgehend passives Krankheitsmodell vermittelt werde, durch das die Patienten in einer Abhängigkeit von den Behandlern bleiben und als »bloße Träger einer Krankheit« betrachtet werden (Schmolke 2001, zitiert nach KLIMITZ 2006, S. 375). BOCK (2005) kritisiert darüber hinaus, dass sowohl in einem biologischen als auch einem multifaktoriellen Krankheitsmodell grundsätzlich vernachlässigt wird, dass Psychosen auch funktionelle Komponenten und eine individuelle Bedeutung für die Betroffenen haben können.

Krankheitsverständnis und (Selbst-)Stigmatisierung

Auch die Krankheitseinsicht der Patienten wurde bislang nicht systematisch in der Evaluation psychoedukativer Interventionen erfasst (vgl. oben PEKKALA & MERINDER 2002). In einer randomisierten, kontrollierten Studie zur Evaluation eines kurzen psychoedukativen Interventionsprogramms fanden CUNNINGHAM und Mitarbeiter (2001) beispielsweise eine Zunahme an Krankheitseinsicht

und eine Verbesserung behandlungsbezogener Einstellungen. Eine Zunahme an Krankheitseinsicht ging aber gleichzeitig mit einer Zunahme suizidaler Gedanken einher. Dies korrespondiert mit Befunden aus Studien, die (unabhängig von Psychoedukation) der Frage nach Zusammenhängen von Krankheitseinsicht mit anderen Aspekten des Krankheitsverlaufs und der Krankheitsbewältigung nachgingen. Relativ einheitlich wird dabei folgendes Befundmuster berichtet: Auf der einen Seite besteht ein enger positiver Zusammenhang zwischen hoher Krankheitseinsicht und positiven Einstellungen gegenüber den Medikamenten sowie besserer Medikamenten-Compliance, was wiederum mit positiven Auswirkungen auf die Symptomatik und Rückfallrate in Verbindung gebracht wird (FREUDENREICH et al. 2004; LINCOLN et al. 2007; MCEVOY 2004; MUTSATSA et al. 2003; POMPILI et al. 2004; RUSCH & CORRIGAN 2002; SCHWARTZ 1998). Auf der anderen Seite stehen dagegen Befunde, die einen Zusammenhang von höherer Krankheitseinsicht mit negativen Faktoren des psychischen Wohlbefindens aufweisen, beispielsweise einer schlechteren subjektiven Lebensqualität (KAROW et al. 2008; HASSON-OHAYON et al. 2006), einem negativen Selbstkonzept oder Selbstwert (COOKE, PETERS, GREENWOOD et al., 2007; COOKE, PETERS, FANNON et al., 2007; BUSCHMANN-STEINHAGE 1987), erhöhter Zentralität der Krankenrolle innerhalb des Selbstkonzepts (WILLIAMS & COLLINS 2002) sowie erhöhter Depressivität, Angst, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität (COOKE et al. 2007; CRUMLISH et al. 2005; KIM et al. 2003; POMPILI et al. 2004; SCHWARTZ & SMITH 2004; LINCOLN et al. 2007). Diese Befunde weisen darauf hin, dass eine höhere Krankheitseinsicht zwar funktional für die Verbesserung der Medikamenten-Compliance und damit für Symptomreduktion und Rezidivprophylaxe sein kann, aber auch zu einer negativen Sicht der eigenen Person, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität beitragen kann. SCHWARTZ und SMITH (2004) erklären den negativen Einfluss zunehmender Krankheitseinsicht über eine »Demoralisierungstheorie«: ein erhöhtes Bewusstsein für die eigene Erkrankung und die damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen führen demnach zu Demoralisierung und Angst hinsichtlich des zukünftigen Lebens, und damit zu Hoffnungslosigkeit und Depression. Dabei spielen die mit dem Etikett »psychisch krank« einhergehenden Prozesse der Selbst-Stigmatisierung eine entscheidende Rolle (vgl. Kap. 2.2; MCCAY & SEEMAN 1998).

Durch diese Befunde wird Krankheitseinsicht als generell positives Outcome-Kriterium infrage gestellt. Vielmehr gilt es zu prüfen, inwieweit eine Zunahme an Krankheitseinsicht automatisch mit negativen Konsequenzen für das Selbstkonzept der Person und ihr psychisches Wohlbefinden allgemein verbunden ist (WILLIAMS 2008). Studien, die sich mit dieser Frage beschäftigten, weisen darauf hin, dass zunehmende Krankheitseinsicht nicht notwendigerweise auch zu einer negativen Sicht der eigenen Person führen muss, sondern dies über verschiedene andere Aspekte wie z. B. das Ausmaß des internalisierten Stigmas

moderiert wird (LYSAKER et al. 2007; STARING et al. 2009; WILLIAMS 2008). Eine Möglichkeit, die negativen Konsequenzen zunehmender Krankheitseinsicht durch das internalisierte Stigma abzupuffern, könnte es demnach darstellen, auf dieses direkt einzuwirken, beispielweise durch Aufklärung über die mit dem Stigma verbundenen »falschen Vorstellungen« über Menschen mit schizophrenen Erkrankungen. Entsprechend dem in vielen Anti-Stigmatisierungs-Kampagnen vorherrschenden »*mental illness is an illness like any other*«-Ansatz¹¹ wird beispielsweise die Vermittlung eines biomedizinischen Krankheitskonzepts als Möglichkeit betrachtet, (Fremd-)Stigmatisierungstendenzen in der Gesellschaft entgegenzuwirken. Dieser Ansatz beruht auf der Annahme, dass der Vergleich mit anderen (körperlichen) Erkrankungen dadurch entstigmatisierend wirke, dass die Attribution auf Faktoren außerhalb der Kontrolle der Person zu weniger Schuldzuweisungen und einer insgesamt weniger negativen Betrachtung der Person führen (ANGERMEYER & MATSCHINGER 2005; LINCOLN et al. 2008; READ et al. 2006). Analog dazu wird im Hinblick auf die Betroffenen selbst angenommen, dass die Vermittlung eines modernen Krankheitsverständnisses (Analogie mit [körperlichen] Erkrankungen, Betonung biologischer Ursachen) eine Möglichkeit darstellt, die negativen Auswirkungen des Stigmas der Erkrankung (in Form von Selbststigmatisierung) zu reduzieren. In einer Studie von MECHANIC et al. (1994) konnte beispielweise gezeigt werden, dass eine Attribution der eigenen Erkrankung auf biologische, physische und medizinische Aspekte statt auf eine psychische Erkrankung (*mental illness*) mit höherer Lebensqualität einherging.

HOFER et al. (2001) führten eine qualitative Analyse der Krankheitskonzepte von Patienten vor und nach der Teilnahme an einem Psychoedukationsprogramm durch. Ziel war es zu prüfen, welchen Einfluss die Vermittlung eines psychiatrischen Krankheitskonzeptes auf die subjektiven Prozesse der Krankheitsverarbeitung der Patienten hat. Dabei untersuchten sie konkret Veränderungen bezüglich der Bezeichnung der Erkrankung, der Beschreibung der Symptome, der Vorstellungen über Krankheitsursachen und der Einstellungen zu Medikamenten. Hinsichtlich der Bezeichnung und der Symptombeschreibungen übernahmen nur wenige Patienten die psychiatrischen Begriffe, vor und nach der Teilnahme an der Psychoedukation war eine deutliche Präferenz für umgangssprachliche Bezeichnungen festzustellen. Auch im Hinblick auf die ätiologischen Vorstellungen blieb die klare Präferenz für ein psychosoziales Erklärungsmodell bestehen, nur selten wurde die Vorstellung einer biologisch-konstituierten Verletzlichkeit übernommen. Allgemein wurden eher Faktoren

11 Bei diesem Ansatz soll die Analogie psychischer Krankheiten mit körperlichen Krankheiten verdeutlicht werden (»Psychische Krankheiten sind Krankheiten wie jede andere auch«; vgl. READ et al. 2006).

präferiert, die beeinflussbar sind und der eigenen Kontrolle unterliegen. Medikamente wurden auch nach der Gruppenteilnahme von nur ca. der Hälfte der Patienten als hilfreich eingeschätzt. Insgesamt kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die Krankheitskonzepte zumindest in dem kurzen Beobachtungszeitraum von zehn Wochen schwer veränderbar sind. Sie erklären diesen Befund mit der individuellen Bedeutung der Krankheitskonzepte für die Krankheitsverarbeitung beispielsweise als Schutz vor Stigmatisierung oder zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Basierend auf ihren Ergebnissen stellen sie grundsätzlich infrage, ob es im Sinne der Krankheitsbewältigung ausreicht, das Krankheitskonzept der Psychiatrie zu übernehmen.

4 Fragestellung

Übergeordnetes Ziel dieser Arbeit ist es, zum Verständnis der Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen beizutragen. Psychoedukative Interventionen werden zunehmend in die stationäre (Standard-)Behandlung integriert und bleiben dabei häufig einziges psychotherapeutisches Angebot für die Betroffenen. Neben praktischen Überlegungen und Fragen der Realisierbarkeit hinsichtlich des Zeit- und Arbeitsaufwands umfassenderer psychotherapeutischer Interventionen ist dies auch dem Vorherrschen eines primär bio-medizinisch geprägten Krankheitsmodells der Schizophrenie geschuldet. In der (stationären und teilstationären) Behandlung liegt der Fokus daher häufig auf der medikamentösen Therapie. Ergänzt wird diese um die ökonomisch günstigen psychoedukativen Gruppentherapien, die auf eine Verbesserung des Wissens über die Erkrankung und der Medikamentencompliance abzielen. Von dem breiten Spektrum psychoedukativer Interventionen kommen dabei vornehmlich kurze, informationszentrierte psychoedukative Gruppenprogramme zum Einsatz, die sich primär an die Patienten richten ohne Einbeziehung der Angehörigen (vgl. Kap. 3.2). Diese Form der Psychoedukation wird in der stationären Behandlung als Methode der Wahl angesehen und als Voraussetzung und Vorbereitung für eine umfangreichere (ambulante) Nachbehandlung betrachtet, welche in der Praxis allerdings häufig nicht ausreichend realisiert wird.

Im Zusammenhang mit psychoedukativen Interventionen wird eine Vielzahl von Zielvariablen diskutiert und ein breites Wirkungsspektrum postuliert, auch für die vornehmlich informationszentrierten Interventionen, wie sie im stationären Setting zum Einsatz kommen. Trotz der zunehmenden Bedeutung und Umsetzung psychoedukativer Interventionen sind insbesondere die im stationären Kontext vorherrschenden informationszentrierten Gruppenprogramme bislang nicht systematisch evaluiert worden und den ehrgeizigen Zielsetzungen steht hier eine eher dürftige empirische Evidenz gegenüber. In bestehenden Studien wurden neben dem Wissen und der Compliance der Patienten dabei vornehmlich die objektiven Kriterien klinischer Stabilität erhoben. Subjektive Aspekte des psychischen Wohlbefindens der Patienten wurden dagegen kaum erfasst.

Zentrales Ziel psychoedukativer Interventionen ist die Vermittlung von krankheits- und behandlungsbezogenem Wissen. Patienten haben ein Recht auf und ein Bedürfnis nach Informationen über ihre Erkrankung und die Behandlung, die

ihnen zuteil wird. Ein Zuwachs an krankheitsbezogenem Wissen nach Teilnahme an einer Psychoedukation konnte für die im stationären Kontext vorherrschenden Interventionen nachgewiesen werden. Weniger eindeutig sind bislang Befunde dazu, wie sich die Psychoedukation bzw. der Zuwachs an krankheitsbezogenem Wissen auf weitere Aspekte des Krankheitsverlaufs, der Krankheitsbewältigung und des psychischen Wohlbefindens der Patienten auswirkt (vgl. Kap. 3.3). So konnte eine Verbesserung der Compliance mit der medikamentösen Behandlung nur für die Interventionen nachgewiesen werden, die zusätzlich behaviorale und motivationale Strategien umfassten. Eine Reduktion der Rückfallrate, die aus der Verbesserung des Wissens und der Compliance resultieren soll, konnte nur für die Interventionen nachgewiesen werden, in denen auch die Angehörigen einbezogen wurden.

Für Aspekte des psychischen Wohlbefindens wie die subjektive Lebensqualität oder das Selbstwertgefühl der Patienten liegen insgesamt wenige Befunde vor. Es wird angenommen, dass Verbesserungen des Krankheitsverlaufs auch mit einer positiveren Bewertung der eigenen Lebensqualität einhergehen. Auch dem Zuwachs an Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung wird ein positiver Einfluss auf das Selbstwertgefühl und die subjektive Lebensqualität der Patienten zugesprochen. Diese Annahmen sind bislang empirisch allerdings nicht ausreichend überprüft bzw. bestätigt worden. In einer der wenigen Studien, in denen die subjektive Perspektive der Betroffenen einbezogen wurde (KILIAN et al. 2001), zeigte sich der Austausch in der Gruppe für die Teilnehmer als besonders bedeutsam. Dies wird als ein von Aspekten des Krankheitsverlaufs unabhängiger, positiver Einfluss von Psychoedukation auf die subjektive Lebensqualität interpretiert. Demgegenüber stehen Ergebnisse aus anderen Bereichen, die eine notwendigerweise positive Auswirkung psychoedukativer Interventionen auf die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl der Betroffenen infrage stellen.

Dabei kommt dem Krankheitsverständnis der Betroffenen eine zentrale Bedeutung zu. So wird etwa eine Verbesserung der Krankheitseinsicht als zentrale Voraussetzung für die Übernahme einer aktiven Rolle in der Krankheitsbewältigung und die Compliance mit der medikamentösen Behandlung angesehen. Eine zunehmende Krankheitseinsicht geht allerdings potenziell mit einer negativen Sicht der eigenen Person, zunehmender Fokussierung der Krankenrolle und Hoffnungslosigkeit einher. Diese Befunde werden im Zusammenhang mit dem internalisierten Stigma durch die Diagnose Schizophrenie interpretiert, welches zu Selbstabwertung, Schuldgefühlen, Scham und verstärktem Rückzug bis hin zu sozialer Isolation führen kann (vgl. Kap. 2.2 und 3.4). Obwohl in den Richtlinien zur Psychoedukation auf derartige mögliche unerwünschte Wirkungen hingewiesen wird, wird in der stationären Praxis die Teilnahme an den Sitzungen häufig basierend auf der Annahme geregelt, dass, auch wenn die Teilnahme an der

Intervention möglicherweise nicht bei allen Patienten einen Nutzen hat, so doch zumindest nicht schaden kann. Darüber hinaus sind diese Risiken weder in der Gestaltung noch in der Evaluation psychoedukativer Interventionen systematisch berücksichtigt worden. Etwa, inwieweit derartige negative Konsequenzen eine notwendige, unausweichliche Folge zunehmender Krankheitseinsicht sind, und ob dies durch andere Faktoren abgepuffert werden kann.

Neben der Förderung der Krankheitseinsicht soll den Patienten in der Psychoedukation mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell ein Krankheitskonzept vermittelt werden, anhand dessen Möglichkeiten aufgezeigt werden können, eine aktive Rolle in der Krankheitsbewältigung einzunehmen. Als bio-psycho-soziales Modell werden sowohl biologische und psychosoziale Erklärungsmuster für die Erkrankung integriert als auch vielfältige Bewältigungsstrategien aufgezeigt. Die Betonung der biologischen oder genetischen Ursachen der Erkrankung vermittelt dabei ein Rational für die medikamentöse Behandlung, und wird gleichzeitig als eine Möglichkeit zur Entstigmatisierung der Erkrankung angesehen. Auf der anderen Seite wird die Betonung biochemischer oder genetischer Ursachen dahingehend kritisiert, ein fatalistisches Krankheitsbild zu entwerfen und damit einhergehend ein eher passives Krankheitsverhalten zu fördern. Diese unterschiedlichen Annahmen sind bislang im Rahmen der Evaluation psychoedukativer Interventionen nicht geprüft worden. Insbesondere wurde bislang nicht ausreichend untersucht, inwieweit eine Modifizierung in Richtung auf ein für die Medikamenten-Compliance als funktional betrachtetes Krankheitsverständnis auch als funktional für weitere Aspekte der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung angesehen werden kann. Dabei erscheint es notwendig, die subjektive Perspektive der Betroffenen stärker in die Evaluation einzubeziehen.

In der vorliegenden Arbeit sollen psychoedukative Interventionen unter besonderer Berücksichtigung der Sichtweise der Betroffenen untersucht werden. Übergeordnete Fragestellung ist die subjektive Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die individuelle Krankheitsbewältigung. Dabei soll insbesondere der Einfluss des vermittelten Krankheitskonzeptes auf die Krankheitsverarbeitung und -bewältigung untersucht werden. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden zwei empirische Studien umgesetzt. Zum einen wurde eine prospektive, quasi-experimentelle Studie zur Evaluation eines psychoedukativen Interventionsprogramms im stationären und teilstationären Setting durchgeführt (Studie 1). Den Schwerpunkt dieser Arbeit bildet eine qualitative Interviewstudie zur Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung aus der Perspektive der Betroffenen (Studie 2). Die konkreten Fragestellungen werden im Folgenden getrennt für diese beiden empirischen Teilstudien spezifiziert.

Studie 1: Quantitative Evaluation eines psychoedukativen Interventionsprogramms unter Berücksichtigung von Aspekten des Krankheitsverständnisses und des subjektiven Wohlbefindens der Betroffenen

In der ersten Phase des Forschungsprojektes wurde ein für das stationäre Setting angelegtes, bestehendes psychoedukatives Gruppenprogramm basierend auf bisherigen Studienergebnissen und eigenen klinischen Erfahrungen modifiziert. Dieses Programm wurde im Rahmen einer umfangreichen, quantitativen Studie evaluiert. Für die vorliegende Arbeit soll dabei insbesondere untersucht werden, wie sich 1) das Krankheitsverständnis und 2) das subjektive Wohlbefinden der Patienten durch die Psychoedukation verändern und 3) welche Bedeutung das Krankheitsverständnis der Patienten für ihr subjektives Wohlbefinden hat. Diese drei Forschungsfragen werden im Folgenden im Detail beschrieben.

Forschungsfrage 1: Zeigen sich Veränderungen im Krankheitsverständnis der Patienten nach Teilnahme an dem Psychoedukationsprogramm?

Es soll untersucht werden, ob und in welcher Weise sich die Krankheitskonzepte der Patienten im Verlauf der Behandlung verändern. Ein zentrales Ziel psychoedukativer Interventionen ist die Förderung der Medikamentencompliance. Dementsprechend wurden in bisherigen Untersuchungen vornehmlich medikationsbezogene Einstellungen untersucht, wobei teilweise Veränderungen in Richtung auf compliance-förderlichere Einstellungen gegenüber den Medikamenten nachgewiesen werden konnten (vgl. Kap. 3.4). Dementsprechend wird angenommen, dass bei den Patienten nach der Teilnahme an der Psychoedukation eine höhere Ausprägung positiver Einstellungen gegenüber der Behandlung und ein geringeres Ausmaß negativer bzw. für die Behandlung dysfunktionaler Einstellungen zu beobachten ist.

Das in der Psychoedukation vermittelte Krankheitskonzept setzt im Vergleich zu den häufig bei den Betroffenen vorherrschenden psychosozialen Erklärungsansätzen den Fokus auf biologische Erklärungsansätze. Es wird daher angenommen, dass das Ausmaß, in dem körperliche Faktoren als ursächlich für die Erkrankung angenommen werden, zunimmt und dass dies mit einer Reduktion der Zuweisung eigener Schuld an der Erkrankung einhergeht (vgl. Kap. 3.4). Weiterhin wird angenommen, dass es nach der Teilnahme an der Psychoedukation zu einer Zunahme der Krankheitseinsicht der Patienten kommt.

H1.1 Nach Teilnahme an der Psychoedukation zeigt sich eine Zunahme Compliance-förderlicher Einstellungen, d. h. ein größeres Medikamenten- und Arztvertrauen.

H1.2 Nach Teilnahme an der Psychoedukation zeigt sich eine Abnahme negativer Einstellungen gegenüber den Medikamenten, d. h. weniger negative

Erwartungen und dysfunktionale (idiosynkratische, vgl. LINDEN et al. 1988) Einstellungen.

H1.3 Nach Teilnahme an der Psychoedukation zeigt sich eine Reduktion der Zuschreibung eigener Schuld an der Entstehung der Erkrankung.

H1.4 Nach Teilnahme an der Psychoedukation zeigt sich eine Zunahme in der Tendenz, die eigenen Beschwerden auf körperliche Faktoren zu attribuieren.

H1.5 Nach Teilnahme an der Psychoedukation zeigt sich eine Zunahme an Krankheitseinsicht.

Weiterhin soll explorativ untersucht werden, ob sich nach der Psychoedukation insgesamt Veränderungen in den von den Patienten vorgenommenen Ursachenzuschreibungen zeigen. Schließlich soll überprüft werden, inwieweit es nach Teilnahme an der Psychoedukation zu Veränderungen in weiteren krankheitsbezogenen kognitiven und behavioralen Merkmalen kommt. Dabei sollen die Compliance mit der medikamentösen Behandlung und das Wissen über die Erkrankung untersucht werden. Es wird angenommen, dass es zu einer Zunahme der Medikamenten-Compliance und des krankheitsbezogenen Wissens kommt.

H1.6 Nach Teilnahme an der Psychoedukation zeigt sich eine Zunahme der Compliance mit der medikamentösen Behandlung.

H1.7 Nach Teilnahme an der Psychoedukation zeigt sich ein Zuwachs an krankheitsbezogenem Wissen.

Forschungsfrage 2: Zeigen sich nach Teilnahme an der Psychoedukation Veränderungen in Aspekten des subjektiven Wohlbefindens der Patienten?

Das subjektive Wohlbefinden der Patienten wurde bislang wenig in Evaluationsstudien zur Psychoedukation erfasst. Bezüglich des subjektiven Wohlbefindens sollen in dieser Arbeit zwei Aspekte adressiert werden, die subjektive Lebensqualität und der Selbstwert der Patienten. Bei der Entwicklung des im Rahmen dieser Studie eingesetzten Psychoedukationsprogramms wurden explizit Befunde zur Lebensqualität und zum Selbstkonzept der Patienten einbezogen und beispielsweise ressourcenaktivierende Elemente berücksichtigt (vgl. Kap. 5.1). Es wird daher angenommen, dass sich bei den Patienten nach Teilnahme an dem Psychoedukationsprogramm ein Zuwachs an subjektiver Lebensqualität und eine Zunahme in der Selbstwertschätzung zeigen.

H2.1 Nach Teilnahme an der Psychoedukation zeigt sich eine Zunahme in der subjektiven Lebensqualität der Patienten.

H2.2 Nach Teilnahme an der Psychoedukation zeigt sich eine Zunahme in der Selbstwertschätzung der Patienten.

Forschungsfrage 3: Hat das Krankheitsverständnis der Patienten einen Einfluss auf Aspekte des subjektiven Wohlbefindens?

Neben der Frage nach Veränderungen im Krankheitsverständnis der Patienten nach Teilnahme an der Psychoedukation stellt sich die Frage nach dem Einfluss (potenzieller Veränderungen) des Krankheitsverständnisses auf das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen. Psychoedukative Interventionen zielen auf eine Veränderung der Krankheitskonzepte und der Krankheitseinsicht ab, um den Symptomverlauf und den Umgang mit der Erkrankung zu verbessern. Bislang ist aber nicht hinreichend untersucht worden, welchen Einfluss derartige Veränderungen auf das psychische Wohlbefinden haben. Insgesamt lag der Fokus dabei bislang vornehmlich auf medikationsbezogenen Einstellungen und der Krankheitseinsicht. Darüber hinaus erscheint es insgesamt notwendig, Merkmale der Krankheitskonzepte der Patienten zu identifizieren, die für ihr subjektives Wohlbefinden von Bedeutung sind und dementsprechend bei der Vermittlung von Krankheitskonzepten im Rahmen der Psychoedukation Berücksichtigung finden sollten. Daher soll untersucht werden, welche Rolle verschiedene Krankheitskonzepte für die subjektive Lebensqualität der Patienten spielen. Darüber hinaus soll geprüft werden, ob die Krankheitskonzepte der Patienten einen Einfluss auf ihre eigene Selbstwertschätzung haben. Es wird davon ausgegangen, dass die subjektiven Krankheitskonzepte einen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität und die Selbstwertschätzung haben.

H3 Subjektive Krankheitskonzepte haben einen von anderen Merkmalen unabhängigen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen, d. h. sie leisten einen inkrementellen Beitrag zur Varianzaufklärung der subjektiven Lebensqualität und der Selbstwertschätzung der Patienten.

Studie 2: Qualitative Interviewstudie zur Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung aus der Perspektive der Betroffenen

Die Gestaltung, und damit auch die Evaluation psychoedukativer Interventionen im stationären Behandlungskonzept sind stark durch das in diesem Kontext vorherrschende neurobiologische Modell psychischer Störungen geprägt. Eine derartige Konzeption von psychischer Krankheit tendiert dazu, die persönlichen Erfahrungen der Betroffenen mit der Krankheit und deren Einbettung und Bezug zur individuellen Lebensgeschichte zu vernachlässigen. In ähnlicher Weise sind daraus abgeleitete Strategien häufig auf die Veränderung objektiver Zielkriterien, wie die Symptomreduktion, fokussiert, und laufen damit Gefahr, den Betroffenen wenig Raum zu geben für die Auseinandersetzung mit ihren Krankheitserfahrungen und den daraus resultierenden Fragen der (Neu-)Ge-

staltung ihres Lebens. Es erscheint daher notwendig, die individuellen Erfahrungen und Bedürfnisse der Patienten im Rahmen der Krankheitsbewältigung in die Gestaltung und Evaluation psychotherapeutischer Behandlungsangebote stärker einzubeziehen.

Im Rahmen dieser Untersuchung soll daher zum einen versucht werden, die Erfahrungen, Schwierigkeiten und Bedürfnisse der Patienten im Rahmen der Krankheitsbewältigung besser zu verstehen, sowie die sich daraus ergebenden Erwartungen an die Behandlung. Auf dieser Grundlage soll die Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung der Patienten genauer untersucht werden. Daraus ergibt sich die Frage, welche Bedeutung die psychiatrisch definierten Ziele (wie z. B. die Symptomreduktion und Rückfallprophylaxe) und die daraus abgeleiteten Strategien (wie z. B. die Förderung von Krankheitsinsicht und Medikamentencompliance) für die Betroffenen haben. Sind die aus diesen Zielsetzungen abgeleiteten Strategien auch in dem Sinne zielführend, dass sie die Betroffenen bei der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung und den damit einhergehenden Erfahrungen unterstützen?

Durch die Einbeziehung der subjektiven Perspektive der Betroffenen soll insbesondere die Bedeutung des in der Psychoedukation vermittelten Krankheitskonzeptes für die Krankheitsbewältigung genauer untersucht werden. Das individuelle Krankheitsverständnis der Betroffenen weist häufig deutliche Unterschiede zum professionellen Krankheitskonzept auf (vgl. Kap. 2 und 3.4). Empirische Untersuchungen weisen gleichzeitig auf die Bedeutung des individuellen Krankheitsverständnisses der Betroffenen für den Prozess der Krankheitsbewältigung, nicht nur bezüglich eines funktionalen Verhaltens im Sinne der medizinischen Genesung, sondern auch für die Auseinandersetzung mit den sozialen und biografischen Konsequenzen der Erkrankung. Daraus ergibt sich die Frage, inwieweit ein im Rahmen der Medikamentencompliance und Rückfallprophylaxe als funktional angesehenes Krankheitsverständnis auch für weitere Aspekte der Krankheitsbewältigung funktional ist. Zusammenfassend ergeben sich daraus folgende weitere Forschungsfragen:

Von welchen Herausforderungen, Schwierigkeiten und Bedürfnissen berichten die Patienten im Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung und welche Erwartungen ergeben sich daraus für die (psychoedukative) Behandlung?

Wie beurteilen die Betroffenen den Beitrag der Psychoedukation zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung, d. h.

- inwieweit geben die in der Psychoedukation vermittelten Informationen Antworten auf die Fragestellungen, die für die Betroffenen bei der Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit und den damit einhergehenden Erfahrungen relevant sind?
- welche Bedeutung sprechen die Betroffenen selbst dem vermittelten Krankheitskonzept für die Auseinandersetzung mit und Verarbeitung der Erkrankung zu?

Die quantitative Studie

5 Methode

Den ersten empirischen Teil der vorliegenden Arbeit bildet eine prospektive, quasi-experimentelle Studie unter natürlichen Bedingungen zur Evaluation eines psychoedukativen Interventionsprogramms im (teil-)stationären Setting.

5.1 Durchführung der Untersuchung

Die Studie wurde im Zeitraum von Oktober 2006 bis Juni 2009 im Schizophrenie-Modul der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin (Leitung Prof. Dr. M. Dettling) durchgeführt. Vor Beginn der Studie wurde die Genehmigung der zuständigen Ethikkommission eingeholt. Die insgesamt 62 Studien-Patienten nahmen in der Regel für die Dauer ihres Klinikaufenthalts an dem offenen, 14 Module umfassenden Gruppen-Psychoedukationsprogramm (vgl. 5.1.2) in der Klinik teil. Alle Patienten wurden zu drei Messzeitpunkten mit einem aus Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren bestehenden Fragebogenkatalog (vgl. 5.3) untersucht. Der Ablauf der Studie ist in Abbildung 1 im Überblick dargestellt.

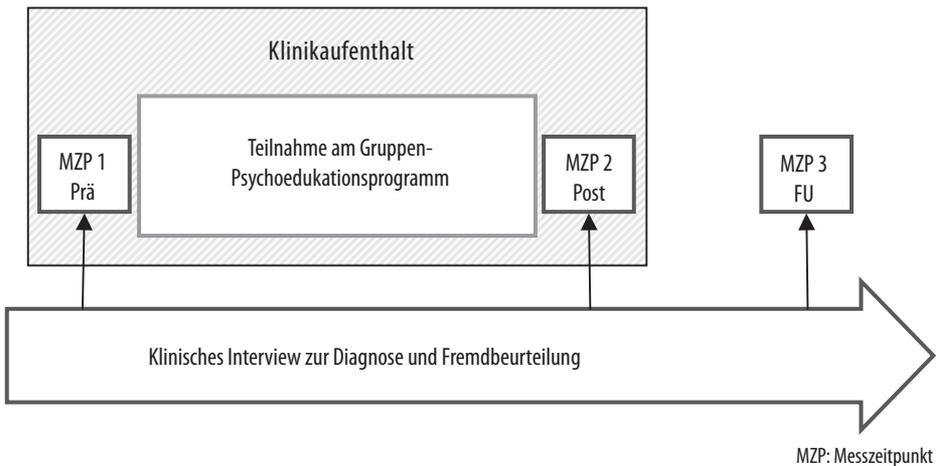


Abb. 1: Ablauf der quantitativen Evaluationsstudie im Überblick

Der erste Messzeitpunkt (Prä) erfolgte unmittelbar nach schriftlicher Einwilligung zur Studienteilnahme und vor der Teilnahme am Psychoedukationsprogramm. Der zweite Messzeitpunkt (Post) erfolgte bei allen Patienten unmittelbar nach Abschluss der Gruppenteilnahme, welcher sich für die meisten Patienten durch die bevorstehende Entlassung aus der Klinik bzw. Tagesklinik ergab (meist während der letzten zwei Wochen vor Entlassung). In einigen Fällen wurde in Absprache mit den Patienten eine fortgesetzte ambulante Teilnahme an der Gruppe nach der Klinikentlassung ($n = 4$) oder bei längeren Klinikaufenthalten eine Beendigung der Gruppenteilnahme deutlich vor der Entlassung aus der Klinik ($n = 3$) vereinbart. Die untersuchten Patienten nahmen im Durchschnitt über einen Zeitraum von 80.4 Tagen ($SD = 39.77$) an der Gruppe und dabei an 20.26 Sitzungen teil ($SD = 10.68$). Ungefähr fünf Monate nach dem zweiten Messzeitpunkt wurden die Patienten telefonisch kontaktiert und ein Termin für den dritten Messzeitpunkt (Follow-Up, FU) vereinbart. Dieser Nachuntersuchungstermin fand ebenfalls in der Klinik und im Mittel 162.28 Tage ($SD = 52.47$) nach dem Post-Termin statt.

5.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankung (ICD-10, F20 oder F25¹²), die im Untersuchungszeitraum (von Oktober 2006 bis Januar 2009) auf die offene Akutstation oder in die sozialpsychiatrische Tagesklinik des Schizophrenie-Moduls der Klinik aufgenommen wurden. Die Patienten wurden über die Möglichkeit einer Studienteilnahme und die damit einhergehenden Untersuchungen mündlich und schriftlich aufgeklärt und um schriftliche Einwilligung zur Teilnahme gebeten. Sie wurden weiterhin darüber informiert, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig und die Teilnahme an dem Gruppenpsychoedukationsprogramm unabhängig von der Einwilligung zur Studienteilnahme war. Neben der entsprechenden Diagnose und dem schriftlichen Einverständnis zur Teilnahme wurden hinreichende Deutschkenntnisse und ausreichende kognitive Fähigkeiten ($IQ > 80$) als Einschlusskriterien festgelegt. Ausschlusskriterien waren eine hirnorganische Erkrankung, mangelnde Gruppenfähigkeit, akute Suizidalität oder eine Unterbringung nach PsychKG oder BGB.

12 Entsprechend der vorherrschenden Ausrichtung diagnosespezifischer psychoedukativer Interventionen auf diese Patientengruppen ist auch das verwendete Psychoedukationsprogramm für Patienten mit Erkrankungen aus diesen Diagnosegruppen konzipiert.

5.1.2 Die Intervention

Basierend auf bisherigen Studienergebnissen und eigenen klinischen Erfahrungen wurde ein für das stationäre Setting angelegtes, schon bestehendes psychoedukatives Gruppenprogramm modifiziert. Grundlage bildete das von KISSLING et al. (2003) entwickelte informationszentrierte Alliance-Psychoedukations-Programm. Integriert wurden psychotherapeutische Elemente mit einem Fokus auf Ressourcenaktivierung und Bewältigungsstrategien. Der positive Einfluss von aktiven Bewältigungsstrategien auf den Zusammenhang von Belastungen und Lebensqualität bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen ist vielfach bestätigt worden (CARON et al. 2005; HASSON-OYAHON et al. 2006; RITSNER et al. 2003, 2006). Insbesondere Methoden der Ressourcenaktivierung und die Berücksichtigung gesundheitserhaltender Faktoren haben dabei einen positiv Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden (SCHMOLKE 2003; SIBITZ et al. 2006). Weiterhin wurden unter Berücksichtigung der Empfehlungen von GUYER (2002) sowie SCHWARTZ und SMITH (2004) Hoffnungslosigkeit, Demoralisierung und Suizidalität sowie Befürchtungen im Zusammenhang mit erwarteter und erlebter Stigmatisierung direkt thematisiert und auch hier nach Möglichkeiten der aktiven Bewältigung gesucht. Insgesamt sollten mit dem modifizierten Psychoedukationsprogramm folgende Aspekte gewährleistet werden (vgl. auch KÖRTNER & SCHMIDT 2008):

- Identifizierung persönlicher Ressourcen und gesundheitserhaltender Faktoren
- Berücksichtigung aktueller Belastungen und Entwicklung konkreter Strategien zum Umgang mit diesen Belastungen
- Thematisierung potenziell belastender krankheitsspezifischer Erfahrungen wie Suizidalität und Stigmatisierung sowie Entwicklung möglicher Bewältigungsstrategien

Um dem zeitlichen Rahmen, der während der stationären Behandlung zur Verfügung steht, gerecht zu werden, wurden einige der im Alliance-Programm vorgesehenen Module gekürzt oder in eine übergreifende »offene Sitzung« integriert, in der der Schwerpunkt von den jeweiligen Gruppenmitgliedern selbst gewählt werden konnte. Eine Übersicht über die 14 resultierenden Module findet sich in Tabelle 2.¹³

¹³ Im Rahmen derselben Datenerhebung wurde weiterhin der Einfluss zusätzlicher kurzer Einzelsitzungen zur individuellen Aufbereitung und Konsolidierung der behandelten Themen geprüft. Für die hier untersuchte Fragestellung ist diese Unterscheidung nicht relevant, sodass beide Gruppen (mit und ohne zusätzliche Einzelsitzungen) gemeinsam betrachtet werden. Dies scheint auch dadurch gerechtfertigt, dass die beiden Gruppen in keinem der untersuchten Merkmale signifikante Unterschiede aufwiesen.

Tab. 2: Die Module des Psychoedukationsprogramms

Gruppenmodule		Inhalte
1	Symptome 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sammlung von Symptomen anhand von Patientenkommentaren • Klärung/Information zu psychiatrischen Fachbegriffen • Krankheitsverlauf
2	Symptome 2 u. Verlauf	
3	Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell 1	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung der unterschiedlichen Bedingungen im Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell und der Ansatzpunkte für unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen • Verdeutlichung am Schiffsmodell (nach Bäuml) • Dopamin-Hypothese/Transmittermodell
4	Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell 2	
5	Medikamente 1	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamentöse Behandlung als Teil des übergeordneten Behandlungsansatzes • Akut- und Rückfallschutzbehandlung • Information zu Medikamentenklassen • Gewünschte und unerwünschte Wirkungen der Medikamente; Befürchtungen bezüglich der Behandlung • Maßnahmen gegen unerwünschte Wirkungen
6	Medikamente 2	
7	Frühwarnzeichen	<ul style="list-style-type: none"> • Sammlung individueller Frühwarnzeichen • Strategien beim Auftreten von Frühwarnzeichen • Bedeutung und Funktion des Krisenplans • Erarbeitung eines individuellen Krisenplans
8	Krisenplan	
9	Umgang mit Drogen	<ul style="list-style-type: none"> • Sammlung der positiven/negativen, kurz-/langfristigen Folgen von Alkohol- und Drogenkonsum • Information zu riskanten Interaktionen zwischen Drogen und Medikamenten; mögliche Auswirkungen auf Krankheitsverlauf
10	Suizidalität	<ul style="list-style-type: none"> • Thematisierung suizidaler Krisen (mögliche Auslöser/Umwände; Gedanken, Gefühle) • Protektive Strategien und Bewältigungsmöglichkeiten bei akuten Krisen (Informationen zu Hilffsystemen im Notfall)
11	Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Fokussierung auf individuelle Ressourcen und protektive Faktoren • Strategien zur Verankerung von angenehmen Aktivitäten, Genuss- und Entspannungsmöglichkeiten im Alltag
12	Bewältigungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit aktuellen Belastungen • Rückgriff auf Ressourcen (anhand von Beispielen)
13	Vorurteile	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit häufigen Vorurteilen über Menschen mit psychischen/schizophrenen Erkrankungen • Umgang mit Diskriminierungserfahrungen
14	Offene Stunde	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Auswahl eines Themas (z. B. Angehörige, Sexualität) • Klärung offener Fragen oder weiteren Gesprächsbedarfs

5.2 Stichprobenbeschreibung und Drop-Out-Analysen

Insgesamt wurden 80 Patienten in die Studie eingeschlossen. Von diesen schieden 18 Patienten vorzeitig (vor dem zweiten Messzeitpunkt) aus der Studie aus (Drop-Out Rate 23 %), da sie ihre Einwilligung zur Studienteilnahme zurückzogen, frühzeitig und/oder gegen ärztlichen Rat aus der Klinik entlassen wurden oder kurzfristig in eine andere Klinik/Stadt verlegt wurden. Von den verbleibenden 62 Patienten liegen für 52 Patienten Daten zu allen drei Messzeitpunkten vor, zehn Patienten konnten nicht für eine Follow-Up-Untersuchung gewonnen werden. Ursachen hierfür waren beispielsweise, dass die Patienten nach der Klinikentlassung in eine andere Stadt zurückgekehrt oder verzogen waren, dass sie trotz wiederholter Versuche telefonisch nicht erreicht werden konnten oder sich nicht zu einem erneuten Untersuchungstermin bereit erklärten (s. Tab. 3).

Tab. 3: Stichprobengrößen zu allen drei Messzeitpunkten (MZP)

MZP	N	Prozent
Prä	80	100
Post	62	77,5
FU	52	65

Die Patienten, für die mindestens für die ersten beiden Messzeitpunkte Daten vorliegen ($N_{\text{gesamt}} = 62$), waren im Mittel 37,34 Jahre alt ($SD = 12,07$). Der Anteil männlicher Patienten war mit 58 % etwas höher als der der weiblichen Patienten. Der Großteil der Patienten (65 %) war zu Beginn der Untersuchung ohne feste Partnerschaft, weitere 16 % waren geschieden und jeweils 10 % in fester Beziehung oder verheiratet. 37 Patienten lebten vor Klinikeintritt allein in eigener Wohnung, zwölf mit ihrem Partner und/oder eigenen Kindern zusammen, weitere acht mit ihren Eltern oder anderen Angehörigen und drei Patienten lebten im betreuten Wohnen. Die Mehrzahl der Patienten (56 %) gab einen Haupt- oder Realschulabschluss, 40 % das (Fach-)Abitur und zwei Patienten gaben keinen Schulabschluss an. 47 % der Patienten wies eine abgeschlossene Ausbildung und 11 % ein abgeschlossenes Studium auf, während sich 8 % der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung in Ausbildung oder Studium befanden und 34 % keine weitere Ausbildung angaben. 15 Patienten waren vor Eintritt ins Krankenhaus auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt, davon zwei Drittel in Teilzeit; weitere sieben waren in einer beschützenden Einrichtung, im Zuverdienst oder einer Reha-Maßnahme beschäftigt, und 19 Patienten waren arbeitsuchend. 29 % der Patienten hatten einen Migrationshintergrund.

Nach der ICD-10 Klassifikation wurde bei 79 % der Patienten eine Schizophrenie (F20, überwiegend vom paranoiden Typus [F20.0; 68 %]) und bei 21 % eine schizoaffektive Erkrankung (F25) diagnostiziert. Zusätzlich wurden insgesamt 24 Nebendiagnosen aus dem Gebiet der psychischen Störungen vergeben, davon die Mehrzahl ($n = 19$) aus dem Bereich der Suchterkrankungen, insbesondere im Zusammenhang mit Cannabis ($n = 10$) und Alkohol ($n = 6$). Bei drei Patienten wurde zusätzlich eine Zwangsstörung diagnostiziert. Ein Viertel der Patienten war innerhalb der letzten drei Jahre vor Studienbeginn zum ersten Mal erkrankt, 50 % innerhalb der letzten acht Jahre, 75 % innerhalb der letzten 15 Jahre und bei den verbleibenden 25 % lag die Ersterkrankung mehr als 25 Jahre zurück. Die Erkrankungsdauer der Patienten reichte von drei Monaten bis zu 34 Jahren und betrug im Mittel 10.27 Jahre ($SD = 9.83$). Für knapp 18 % der Patienten war der aktuelle Klinikaufenthalt der erste Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, 42 % waren vorher ein- bis dreimal, 31 % vier- bis zehnmal und 10 % mehr als zehnmal in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden. Im Mittel waren die Patienten vor dem aktuellen Klinikaufenthalt 4.15-mal in einer psychiatrischen Klinik ($SD = 5.3$). Die Mehrzahl der Patienten (61 %) gab an, dabei schon einmal an einer psychoedukativen Gruppe teilgenommen zu haben.

Drop-Out Analysen

Um zu prüfen, ob sich die Patienten, die frühzeitig aus der Studie ausgeschieden waren, von denen unterschieden, die bis zum Abschluss der Studie teilgenommen hatten, wurden Vergleiche zwischen den Patientengruppen in Bezug auf soziodemografische Merkmale sowie Aspekte des Krankheitsverlaufs und der Symptomatik zu Beginn der Untersuchung angestellt.¹⁴ Die Gruppen unterschieden sich jeweils nicht im Hinblick auf soziodemografische Merkmale und Aspekte des Krankheitsverlaufs. Es ergaben sich allerdings in beiden Gruppenvergleichen signifikante Unterschiede hinsichtlich der Vorerfahrung mit Psychoedukation: in der Drop-Out-Gruppe gaben signifikant mehr Patienten an, noch nicht an einer psychoedukativen Gruppe teilgenommen zu haben, als in der Gesamtgruppe ($\chi^2_{(1)} = 5.47$, $p = .02$). Auch die Patienten, die nach dem zweiten Messzeitpunkt ausschieden, gaben signifikant seltener Vorerfahrung mit Psychoedukation an, als ihre Vergleichsgruppe ($\chi^2_{(1)} = 4.92$, $p = .03$). Mit Blick auf die erfasste Symptomatik zu Beginn der Untersuchung unterschieden sich diese Gruppen ($N_{\text{prä-post}}$

¹⁴ Es wurden zum einen die Patienten, die nach dem ersten Messzeitpunkt aus der Studie ausgeschieden waren ($N_{\text{drop-out}} = 18$), mit denen verglichen, für die Daten zu den ersten beiden Messzeitpunkten vorlagen ($N_{\text{gesamt}} = 62$). Des Weiteren wurden die Patienten, die nach dem zweiten Messzeitpunkt ausschieden ($N_{\text{prä-post}} = 10$), mit denen verglichen, die zu allen drei Messzeitpunkten untersucht wurden ($N_{\text{prä-fu}} = 52$).

vs. $N_{\text{prä-fu}}$) nicht signifikant voneinander. Allerdings wies die Drop-Out-Gruppe ($N_{\text{drop-out}}$) signifikant geringere Werte bezüglich der Depressivität¹⁵ zu Beginn der Untersuchung auf als die Gesamtgruppe ($t_{(52.05)} = -3.08, p = .003$).

5.3 Erhebungsinstrumente

Zu allen drei Messzeitpunkten wurde ein Fragebogenkatalog bestehend aus Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt. Fremdbeurteilungsverfahren wurden jeweils basierend auf einem klinischen Interview vom behandelnden Psychiater oder Studienpsychiater/-psychologe durchgeführt. Beim Ausfüllen der Selbstbeurteilungs-Fragebögen stand den Patienten eine Person des therapeutischen bzw. Studienpersonals für Fragen oder zur Hilfestellung zur Verfügung. Im Folgenden werden die Instrumente vorgestellt, die zur Erhebung der für diese Arbeit relevanten Variablen eingesetzt wurden. Eine Übersicht über diese Variablen und die jeweils eingesetzten Erhebungsinstrumente findet sich in Tabelle 4.

Tab. 4: Übersicht über die eingesetzten Erhebungsinstrumente

	Variable	Messinstrumente
Krankheitskonzepte	Medikationsbezogene Einstellungen	• Krankheitskonzept-Skala KKS
	Ursachenattributionen für die Erkrankung	• Krankheitskonzept-Skala KK S • Patiententheoriefragebogen PATEF
Krankheitseinsicht ^a		• Schedule for Assessing the Components of Insight SAI
Compliance ^a		• Rating nach Kemp RnK
Wissen		• Wissensfragebogen zur Psychoedukation WFB
Selbstwert		• Multidimensionale Selbstwertskala MSWS
Subjektive Lebensqualität		• Lancashire Quality of Life Profile LQoLP
Symptomatik ^a		• Positive and Negative Symptom Scale PANSS • Calgary Depression Scale for Schizophrenia CDSS • Clinical Global Impression Scale CGI • Global Assessment of Functioning Scale GAF

^aFremdbeurteilungsverfahren

15 Gemessen mit der Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), s. u.

Krankheitskonzepte

Zur Erfassung der Krankheitskonzepte der Patienten wurden die Krankheitskonzeptskala von LINDEN et al. (1988) und der Patiententheoriefragebogen PATEF von ZENZ et al. (1996) verwendet. Die beiden Fragebögen und ihre Skalen werden im Folgenden beschrieben.

Die *Krankheitskonzeptskala (KK-Skala, KKS)* ist ein standardisiertes Instrument zur Messung der subjektiven Krankheitskonzepte von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen. LINDEN et al. (1988) entwickelten die KKS, um neben »negativen Motivationen« (wie Ablehnung der Medikamente oder Angst vor Nebenwirkungen) auch positive Motivationen für die (medikamentöse) Behandlungsbereitschaft erfassen zu können (vgl. Kap. 3.4). Die Skala beinhaltet 29 Items, die vom Patienten auf einer fünfstufigen Skala von 0 »stimme gar nicht zu« bis 4 »stimme voll zu« beantwortet werden. Anhand der Items werden die folgenden sieben Dimensionen von Krankheitskonzepten abgebildet:

- *Medikamentenvertrauen*: positive Erwartungen an die medikamentöse Behandlung
- *Arztvertrauen*: externale, vor allem positive Attribution auf den Arzt
- *Negativerwartungen*: Antizipation negativer Folgen der (medikamentösen) Behandlung
- *Idiosynkratische Annahmen*: vorgefasste Meinungen über die medikamentöse Behandlung, deren Konsequenzen im medizinischen Sinne »eher dysfunktional« sind
- *Schuld*: internale Attribution mit Fokus auf schuldhafte Eigenverantwortlichkeit bezüglich des bisherigen Gesundheitsverhaltens
- *Zufallskontrolle*: externale Attribution im Sinne einer Grundüberzeugung, dass Gesundheit Glückssache ist
- *Anfälligkeit*: Ausmaß der persönlichen Bedrohtheit durch die Erkrankung auf dem Hintergrund persönlicher Vorerfahrung

Nach LINDEN et al. (1988) entsprechen die psychometrischen Eigenschaften der Skala zufriedenstellenden bis guten Vergleichswerten (Interne Konsistenzen .59 bis .88, Retest-Reliabilitäten .73 bis .86, Split-Half-Reliabilitäten .52 bis .86), womit die Skala unter formalen testtheoretischen Kriterien als hinreichend abgesichert angesehen werden könne.

Neben der auf medikationsbezogene Einstellungen fokussierten KKS wurde der *Patiententheoriefragebogen (PATEF)* von ZENZ et al. (1996) eingesetzt. Der Fragebogen beinhaltet 46 Items, mit denen Patienten mögliche Krankheit verursachende Umstände vorgegeben werden. Die Patienten beurteilen anhand einer fünfstufigen Skala von 0 »sicher nicht« bis 4 »ganz sicher«, ob ihre aktuellen Beschwerden durch den jeweiligen Umstand mitverursacht sein können. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Patient einen multifaktoriellen Erklä-

rungsansatz verfolgt, d. h. hinsichtlich seiner Beschwerden mehrere Umstände für ursächlich halten kann. Die einzelnen Items werden – entsprechend dem »Cartesianischen Weltbild der Medizin« (ebd., S. 8) – fünf globalen Konzepten bzw. Skalen zugeordnet:

- *Psychosozial außen* (PSA): Beschwerden werden als durch äußere psychosoziale Belastungen verursacht angesehen (z. B. in der Familie, am Arbeitsplatz), die der Patient glaubt, nur schwer beeinflussen zu können
- *Psychosozial innen* (PSI): Beschwerden werden in der eigenen Unfähigkeit, mit seinem Leben umzugehen (innere Unzufriedenheit, niedriges Selbstbewusstsein etc.), begründet gesehen
- *Gesundheitsverhalten* (GESV): Beschwerden werden auf den eigenen Lebensstil im Sinne eines ungünstigen Gesundheitsverhaltens attribuiert, für den sich der Patient selbst verantwortlich sieht
- *Naturalistisch außen* (NTA): Beschwerden werden in schädlichen Umweltfaktoren (z. B. Klimawandel, Krankheitserreger) verursacht angesehen, die für den Patienten unbeeinflussbare Bedingungen darstellen
- *Naturalistisch innen* (NTI): Der Körper wird als ursprüngliche Ursache der Beschwerden betrachtet, was mit einer passiven Einstellung gegenüber der Erkrankung und einer starken Tendenz, sich auf die medikamentöse Behandlung zu verlassen, verbunden ist

Von den Autoren werden zahlreiche Studien zur Reliabilität (Interne Konsistenzen .72 bis .93, Retest-Reliabilitäten .70 bis .79) und Validität berichtet, deren Ergebnisse durchgehend als zufriedenstellend bis gut bewertet werden können (ebd.). Auch wenn der Fragebogen grundsätzlich für Patienten entwickelt wurde, die aufgrund einer Beeinträchtigung ihres physischen oder psychischen Wohlbefindens ihren Arzt aufsuchen, ist er vornehmlich für Patienten mit somatischen oder psychosomatischen Beschwerden konzipiert und wurde auch an einer derartigen Eichstichprobe validiert. Aus diesem Grund wurde zunächst überprüft, ob die Faktorenstruktur auch für die Stichprobe von Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Erkrankungen als gültig und aussagekräftig betrachtet werden kann. Da dies nicht der Fall war, wurden basierend auf explorativen Faktorenanalysen und Analysen der Itemkennwerte fünf modifizierte Skalen gebildet. Die Ergebnisse dieser Analysen, sowie die fünf modifizierten Skalen werden in Kapitel 6.1 dargestellt.

Krankheitseinsicht

Die Krankheitseinsicht der Patienten wurde mit der *Scale for Assessing the Components of Insight (SAI)* von DAVID (1990) erhoben. Mit der SAI wird die Krankheitseinsicht der Patienten basierend auf den Komponenten Wahrneh-

mung und Akzeptanz einer psychischen Erkrankung, Umbenennung anormaler psychischer Erfahrungen als pathologisch und Compliance mit der Behandlung erfasst. Die Skala beinhaltet insgesamt zwölf Items, wobei die ersten neun (1–9) sich auf die ersten beiden Komponenten beziehen und zu einem ersten Summenwert zusammengefasst werden. Drei weitere Items (A–C) beziehen sich auf die Compliance mit der Behandlung, von denen die ersten beiden zusammen mit dem ersten Summenwert zu einem Gesamtwert verrechnet werden. Dieser Gesamtwert stellt allerdings eine Konfundierung der Krankheitseinsicht mit der Compliance dar, die sowohl auf inhaltlich-konzeptueller Ebene kritisiert wird (vgl. Kap. 3.4) als auch empirisch nicht bestätigt werden konnte (McCABE et al. 2000). Für die vorliegende Arbeit werden Krankheitseinsicht und Compliance daher getrennt betrachtet, wobei für die Krankheitseinsicht der Summenwert aus den ersten beiden Komponenten verwendet wird. Reliabilitätsanalysen für diesen Summenwert ergaben für alle Messzeitpunkte extrem schlechte interne Konsistenzen (Cronbach's α Range: .01 bis .12), die auf das Item 9 (*Wie fühlen Sie sich/was denken Sie, wenn andere Ihnen nicht glauben [wenn Sie über ... wahnhaftige Überzeugungen oder Halluzinationen sprechen]?*) zurückgeführt werden konnten. Der Ausschluss dieses Items führte zu einer deutlichen Verbesserung der Reliabilität (Cronbach's α Range: .78 bis .88). Der hier berichtete Gesamtwert des SAI bezieht sich demnach auf die ersten beiden Komponenten ohne Item 9 (Wahrnehmung und Akzeptanz einer psychischen Erkrankung und Umbenennung anormaler psychischer Erfahrungen als pathologisch) bzw. die ersten acht Items der Skala.

Compliance

Die Compliance mit der medikamentösen Behandlung wird das Rating nach Kemp RnK (KEMP et al. 1996) eingesetzt, welches Item C der SAI entspricht. Die Compliance der Patienten wird dabei vom Behandler anhand einer siebenstufigen Skala beurteilt (1 »vollständige Ablehnung«, 2 »teilweise Ablehnung«, 3 »widerwillige Akzeptanz«, 4 »zeitweise Akzeptanz«, 5 »passive Akzeptanz«, 6 »hinreichende Mitarbeit«, 7 »aktive Mitarbeit«).

Wissen über die Erkrankung

Das Wissen über die Erkrankung wurde mit einer leicht modifizierten Version des von Pitschel-Walz und Mitarbeitern entwickelten *Wissensfragebogens WFB* erhoben (PITSCHEL-WALZ 1997; BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2003 a). Der WFB enthält 21 Fragen, zu denen jeweils zwischen vier und acht Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden, von denen auch mehrere richtig sein können. (Beispiel: »*Welche der folgenden Symptome sind für die Akutphase einer schi-*

zophrenen Psychose charakteristisch?» A. Schwierigkeiten im Denken, Fühlen und Verhalten. B. Höhenfurcht. C. Wahnvorstellungen und Fehlannahmen. D. Ohnmachtsanfälle. E. Halluzinationen [wie z. B. Stimmen hören]). Als Kennwert wird in der vorliegenden Arbeit die Summe der richtig angekreuzten Items, korrigiert um die Anzahl falsch angekreuzter Items, berichtet, um einen möglichen Einfluss des Ankreuzverhaltens zu kontrollieren. Insgesamt können dabei 70 Punkte erzielt werden.

Subjektive Lebensqualität

Zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität der Patienten wurde die vollständige deutsche Version des *Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP)* eingesetzt (KILIAN et al. 2001¹⁶). Mit diesem Instrument werden in Bezug auf neun Lebensbereiche sowohl die objektiven Lebensbedingungen als auch deren subjektive Bewertung erfragt. Diese Bereiche sind (in Klammern jeweils die Anzahl der Items, die die subjektive Bewertung erfassen):

- *Arbeit/Ausbildung* (3)
- *Freizeitgestaltung* (7)
- *Religion* (2)
- *Finanzen* (4)
- *Wohnung* (7)
- *Sicherheit und Recht* (4)
- *Familie* (5)
- *Freunde und Bekannte/soziale Beziehungen* (5)
- *Gesundheit* (4)

Die subjektive Bewertung wird jeweils auf einer siebenstufigen Skala von 1 »völlig unzufrieden« bis 7 »völlig zufrieden« eingeschätzt. Zusätzlich stehen jeweils die Antwortkategorien »weiß nicht« oder »nicht zutreffend« zur Verfügung.¹⁷ Für jede Skala wird der Mittelwert gebildet; der Gesamtwert für die subjektive Lebensqualität ergibt sich wiederum aus dem arithmetischen Mittel dieser Skalen-Mittelwerte.

¹⁶ Das LQoLP-EU wurde von OLIVER (1996) als britische Adaptation des in den USA entwickelten Quality of Life Interview vorgelegt (nach GAITE et al. 2000; KILIAN et al. 2001). Pribe entwickelte 1995 mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil eine erste, allerdings gekürzte deutsche Version. Im Rahmen einer Versorgungsstudie im europäischen Vergleich wurde in Kooperation mit dem EPSILON-Projekt auch die vollständige Version ins Deutsche übertragen (KILIAN et al. 2001), die in dieser Studie verwendet wurde.

¹⁷ Deshalb stehen für einige Items nicht für alle Versuchspersonen Werte zur Verfügung. Wurde für mehr als zwei Drittel der Items einer Skala eine der zwei Restkategorien gewählt, wurde diese nicht in die Analyse eingeschlossen. Ebenso wurde für Patienten, bei denen mehr als zwei Skalen nicht berechenbar waren, kein Gesamtwert gebildet.

Das LQoLP enthält darüber hinaus die Selbstwert-Skala von ROSENBERG (1965), die Affekt-Balance-Skala von BRADBURN (1969) sowie drei einzelne Items zur Erfassung der globalen Lebenszufriedenheit (nach GAITE et al. 2000). Für die vorliegende Arbeit wurden nur die Werte zur subjektiven Lebenszufriedenheit, die sich aus den neun Lebensbereichen ergeben, verwendet. Reliabilität und Validität des LQoLP sind in zahlreichen, auch internationalen Vergleichsstudien belegt worden (GAITE et al. 2000, 2002; KILIAN et al. 2001; MEIJER et al. 2002). Im Vergleich mit anderen Messinstrumenten zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wird das LQoLP als besonders gut geeignet für die Evaluation von Behandlungsprogrammen bewertet (HEWITT 2007; MEIJER et al. 2002).

Selbstwert

Um der Kritik an einer eindimensionalen, globalen Erfassung des Selbstwertes Rechnung zu tragen (BARROWCLOUGH et al. 2006), wurde in dieser Studie zur Erfassung des Selbstwertes die *Multidimensionale Selbstwert-Skala (MSWS)* von SCHÜTZ und SELLIN (2006) eingesetzt, die eine deutschsprachige Adaptation der *Multidimensional Self-Concept Scale* darstellt. Der Selbstwert – bzw. die Selbstwertschätzung – bezeichnet nach den Autoren dabei »den evaluativen Aspekt selbstbezogener Einstellungen« bezüglich ihrer »Fähigkeiten, ihrer Bedeutsamkeit, ihrer Erfolge, ihres allgemeinen Wertes oder ihrer allgemeinen Würde« (ebd., S. 9). Die MSWS besteht aus 32 Items, die sechs Subskalen zugeordnet werden:

- *Emotionale Selbstwertschätzung (ESWS)*
- *Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt (SWKO)*
- *Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik (SWKR)*
- *Leistungsbezogene Selbstwertschätzung (LSWS)*
- *Selbstwertschätzung Physische Attraktivität (SWPA)*
- *Selbstwertschätzung Sportlichkeit (SWPO)*

Ein Teil der Items wird per Intensitätsformat beantwortet (z. B. *Zweifeln Sie an sich selbst?*), der andere Teil per Häufigkeitsformat (z. B. *Wie häufig sind Sie mit sich zufrieden?*). Für beide Antwortformate steht jeweils eine siebenstufige Antwortskala von 1 »gar nicht« bzw. »nie« bis 7 »sehr« bzw. »immer« zur Verfügung. Aus den sechs Subskalen lassen sich zum einen die beiden übergeordneten Skalen *Allgemeine Selbstwertschätzung (ASW, Skala 1–4)* und *Körperbezogene Selbstwertschätzung (KSW, Skala 5 und 6)*, und zum anderen der *Gesamtselbstwert (GSW)* durch Addition der Skalensummen bilden. Im Rahmen der Entwicklung des Instruments wurden umfangreiche Studien zur Reliabilität (Interne Konsistenzen .80 bis .93, Retest-Reliabilitäten .43 bis .81) und Validität durchgeführt. Dabei erwies sich die MSWS als geeignet, um Veränderungen der

Selbstwertschätzung im Therapieverlauf bei Patienten mit psychischen Störungen abzubilden (ebd., S. 67).

Symptomatik, Schweregrad der Erkrankung und allgemeines Funktionsniveau

Zu allen drei Messzeitpunkten wurden die klinische Symptomatik, der Schweregrad der Erkrankung und das Funktionsniveau der Patienten erfasst. Diese stellen für die vorliegende Arbeit keine abhängigen Variablen im engeren Sinne dar, sondern wurden als Kontrollvariablen eingesetzt. Die zur Erhebung eingesetzten Verfahren sollen daher kurz beschrieben werden: Die psychopathologische Symptomatik wurde mit der *Positiv- und Negativ-Syndrom Skala PANSS* erfasst, die auf einem strukturierten klinischen Interview basiert (KAY et al. 1987, 1992). 30 Symptome werden jeweils anhand einer siebenstufigen Skala von 1 »fehlt/nicht vorhanden« bis 7 »extrem« bewertet, die drei Skalen zugeordnet sind:

- *Positiv-Skala* (sieben Symptome: Wahnideen, Formale Denkstörungen, Halluzinationen, Erregung, Größenideen, Misstrauen/Verfolgungsideen, Feindseligkeit)
- *Negativ-Skala* (sieben Symptome: Affektverflachung, Emotionaler Rückzug, Mangelnder affektiver Rapport, Soziale Passivität/Apathie, Schwierigkeiten beim abstrakten Denken, Mangel an Spontanität/Flüssigkeit der Sprache, Stereotype Gedanken)
- *Skala der Allgemeinpsychopathologie* (16 Symptome: Sorge um die Gesundheit, Angst, Schuldgefühle, Anspannung, Manierismen, Depression, Motorische Verlangsamung, Unkooperatives Verhalten, Ungewöhnliche Denkinhalte, Desorientiertheit, Mangelnde Aufmerksamkeit, Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht, Willensschwäche, Mangelnde Impulskontrolle, Selbstbezogenheit, Aktives soziales Vermeidungsverhalten)

Sowohl für die englische als auch für die deutsche Version wurden Reliabilität und Validität der Skalen durch Studien belegt (KAY et al. 1987; MÜLLER et al. 2007). Da das PANSS in der Klinik standardgemäß eingesetzt wird und regelmäßige Trainings für dessen Einsatz durchgeführt werden, kann die für eine reliable Erfassung notwendige Erfahrung als gewährleistet angenommen werden (vgl. MÜLLER et al. 2007).

Die *Calgary Depressions-Skala für schizophrene Patienten CDSS* (ADDINGTON et al. 1990) wurde zusätzlich eingesetzt, um das Ausmaß an Depressivität unabhängig von der weiteren Symptomatik zu erfassen. Die aus Items der Present State Examination und der Hamilton-Depressionsskala entwickelte CDSS beinhaltet neun Items (z. B. Hoffnungslosigkeit, Selbstabwertung), die basierend auf einem klinischen Interview jeweils auf einer vierstufigen Skala von 0 »fehlend« bis 3

»schwer« eingeschätzt werden. Die Autoren konnten die Reliabilität und Validität der Skala in zahlreichen Studien belegen (Addington et al. 1992, 1993, 1994).

Zusätzlich wurden die *Clinical Global Impression Scale CGI* (Guy 1976) und die *Global Assessment of Functioning Scale GAF* (Achse V des DSM-IV) eingesetzt. Mit der CGI wird anhand einer siebenstufigen Skala von 1 »gar nicht krank« bis 7 »extrem krank« der Schweregrad der Erkrankung eingeschätzt. Die GAF beurteilt das allgemeine Funktionsniveau des Patienten zwischen 1 und 100, wobei in 10er-Schritten Label vergeben werden (von 1–10 »Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit« bis 91–100 »Optimale Funktion in allen Bereichen«).

6 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich in drei Teile: Zunächst werden die Ergebnisse bezüglich der Veränderungen im Krankheitsverständnis und subjektiven Wohlbefindens der Patienten nach Teilnahme an der Psychoedukation vorgestellt (6.1). Anschließend werden die Ergebnisse zur Bedeutung des Krankheitsverständnisses für das subjektive Wohlbefinden beschrieben (6.2), bevor die Ergebnisse abschließend noch einmal zusammengefasst werden (6.3).

6.1 Veränderungen in Aspekten des Krankheitsverständnisses und des subjektiven Wohlbefindens nach Teilnahme an der Psychoedukation

Die ersten beiden hier untersuchten Forschungsfragen beziehen sich auf Veränderungen in den Krankheitskonzepten, der Krankheitseinsicht und Aspekten des subjektiven Wohlbefindens der Patienten nach Teilnahme an der psychoedukativen Gruppenintervention. Die Überprüfung der Hypothesen zur Veränderung erfolgte anhand von Varianzanalysen für Messwiederholungsdesigns (ANOVA). Für die (Sub-)Skalen der jeweiligen Fragebögen wurden jeweils multivariate Varianzanalysen berechnet, um den Zusammenhängen zwischen den abhängigen Variablen Rechnung zu tragen.

Zuvor wurde überprüft, ob es soziodemografische oder krankheitsanamnestische Merkmale der Patienten gibt, die als mögliche Kontrollvariablen Berücksichtigung finden sollten. Zu diesen zählten die Variablen Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Schulabschluss und beruflicher Status sowie Diagnose, Erkrankungsdauer und Vorerfahrung mit Psychoedukation. Die Überprüfung erfolgte mittels multivariater Varianzanalysen. In den Fällen, in denen die multivariaten Tests zur Prüfung des Einflusses der Kontrollvariablen signifikante Ergebnisse ergeben hatten, wurden diese zusätzlich als Faktoren in die Analyse eingeschlossen.

Die Voraussetzung der Sphärizität wurde jeweils mit dem Test nach Mauchly überprüft. Bei Hinweisen auf eine signifikante Verletzung der Sphärizitätsannah-

me wurden die Freiheitsgrade mit den Greenhouse-Geisser-Schätzungen für Sphärizität korrigiert. Bei Hinweisen auf Verletzung der Normalverteilungsannahme (geprüft mit Kolmogorov-Smirnov-Test) wurden non-parametrische Verfahren eingesetzt. Zur genauen Hypothesenprüfung wurden bei signifikanten Effekten post-hoc-Vergleiche durchgeführt. Für die konkreten Hypothesen wurden geplante Kontraste für Wiederholungsmessungen (MZP Prä vs. Post, Post vs. FU) berechnet. Einzelvergleiche bei nicht in den Hypothesen formulierten Effekten wurden mithilfe von A-posteriori-Testverfahren mit Bonferroni-Korrektur abgesichert. Als Stichprobe wurden alle die Patienten eingeschlossen, für die zu allen Messzeitpunkten Daten vorliegen und die an mindestens zehn der 14 Sitzungen teilgenommen hatten ($N = 45$).¹⁸ Im Folgenden werden die Ergebnisse getrennt für die einzelnen untersuchten Variablen und die eingesetzten Erhebungsinstrumente berichtet.

6.1.1 Veränderungen in den Krankheitskonzepten der Patienten

Ergebnisse für die Krankheitskonzeptskala (KKS)

Für die Skalen der Krankheitskonzeptskala KKS ergaben die multivariaten Tests einen Hinweis auf signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Daher wurde das Geschlecht in der Auswertung als Gruppenfaktor mit einbezogen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die sieben Skalen der KKS sind in Tabelle 5 für jeden Messzeitpunkt für die Gesamtgruppe sowie getrennt für Männer und Frauen angegeben.

Zur Prüfung der Veränderungshypothesen wurden multivariate 2×3 -faktorielle Varianzanalysen mit einem within-subjects-Faktor (Messzeitpunkt [MZP], Prä vs. Post vs. FU) und einem between-subjects-Faktor (Geschlecht, männlich vs. weiblich) durchgeführt. Die multivariaten Tests wiesen einen signifikanten Haupteffekt für den Messzeitpunkt ($F_{(14, 26)} = 2.1$, $p = .049$, part. $\eta^2 = .53$) und das Geschlecht ($F_{(7, 33)} = 4.18$, $p = .002$, part. $\eta^2 = .47$) sowie einen signifikanten Interaktionseffekt Messzeitpunkt \times Geschlecht ($F_{(14, 26)} = 2.2$, $p = .04$, part. $\eta^2 = .54$) aus. Die genauere Ausdifferenzierung dieses Effekts wird im Folgenden für die einzelnen Skalen getrennt wiedergegeben.

Für die Skala *Medikamentenvertrauen* ergibt sich ausschließlich ein signifikanter Haupteffekt für den Messzeitpunkt ($F_{(2, 78)} = 6.87$, $p = .002$, part. $\eta^2 = .15$).

¹⁸ Da Analysen, in denen die Anzahl der Sitzungen, an denen die Patienten teilgenommen hatten, als Dosisvariable mit in die Analyse eingeschlossen wurde, keinen signifikanten Einfluss aufzeigten, wurde diese für weitere Analysen nicht mit aufgenommen.

Tab. 5: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen der KKS zu allen drei Messzeitpunkten getrennt für Männer und Frauen

	Geschlecht	N	Prä		Post		FU	
			M	SD	M	SD	M	SD
Medikamentenvertrauen	weiblich	18	14.56	3.50	16.67	2.83	17.22	3.37
	männlich	23	15.35	3.63	16.39	2.92	15.74	3.37
	Gesamt	41	15.00	3.55	16.51	2.85	16.39	3.41
Arztvertrauen	weiblich	18	12.00	2.43	13.00	1.97	13.25	2.60
	männlich	23	11.83	2.57	11.43	2.17	11.74	2.63
	Gesamt	41	11.90	2.48	12.12	2.20	12.40	2.70
Negativerwartung	weiblich	18	5.50	4.27	4.56	3.52	2.89	2.32
	männlich	23	6.96	4.08	6.87	4.64	5.83	3.73
	Gesamt	41	6.32	4.18	5.85	4.30	4.54	3.48
Schuld	weiblich	18	3.39	2.23	3.67	3.11	3.50	3.33
	männlich	23	5.13	2.22	3.96	2.33	3.96	2.18
	Gesamt	41	4.37	2.36	3.83	2.66	3.76	2.72
Idiosynkratische Annahmen	weiblich	18	5.17	2.43	4.78	3.06	2.94	2.26
	männlich	23	6.61	2.41	4.65	2.87	5.57	2.97
	Gesamt	41	5.98	2.49	4.71	2.92	4.41	2.96
Zufallskontrolle	weiblich	18	9.50	3.57	9.61	4.10	9.61	4.33
	männlich	23	7.22	3.63	6.17	3.82	6.83	2.52
	Gesamt	41	8.22	3.74	7.68	4.26	8.05	3.66
Anfälligkeit	weiblich	18	7.33	2.45	7.33	2.61	7.28	3.04
	männlich	23	7.30	2.34	6.43	2.23	6.52	1.97
	Gesamt	41	7.32	2.36	6.83	2.42	6.85	2.50

KKS: Krankheitskonzeptskala

Das Medikamentenvertrauen nimmt von Prä nach Post signifikant zu (geplante Kontraste: $F_{(1,39)} = 13.76$, $p = .001$, part. $\eta^2 = .26$), aber verändert sich zwischen Post und FU nicht signifikant ($p = .92$). Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ist das Medikamentenvertrauen weiterhin signifikant höher als vor Teilnahme an der Psychoedukation ($p = .031$, s. Abb. 2).

Für die Skala *Arztvertrauen* ergeben sich keine signifikanten Effekte (MZP: $F_{(2,78)} = 1.35$, $p = .26$; Geschlecht: $F_{(1,39)} = 0.14$, $p = .71$; MZP x Geschlecht: $F_{(2,78)} = 2.49$, $p = .09$). Bei den Patienten, die an der Psychoedukation teilgenommen haben, verändert sich das Arztvertrauen nicht signifikant.

Hypothese 1.1, dass es zu einer Zunahme des Medikamenten- und des Arztvertrauens kommen würde, kann damit nur in Bezug auf das Medikamentenvertrauen als bestätigt angesehen werden. Bei den Patienten, die an dem Psychoedukationsprogramm teilgenommen haben, zeigt sich zwar eine deutliche Zunahme an Medikamentenvertrauen, die auch bei der Nachuntersuchung noch anhält, das Arztvertrauen verändert sich aber nicht.

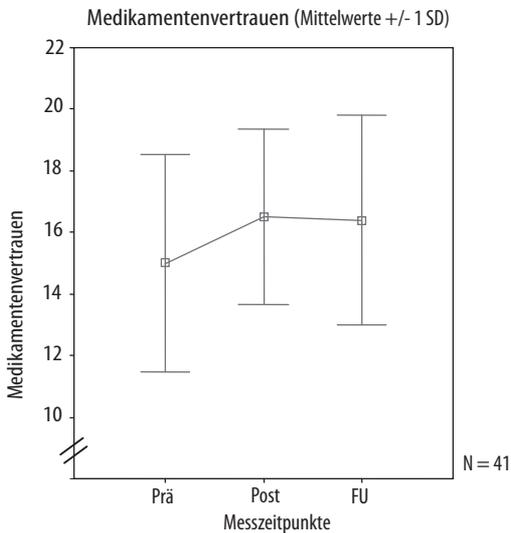


Abb. 2: Medikamentenvertrauen (gemessen mit der Krankheitskonzeptskala auf einer Skala von 0–20) zu allen drei Messzeitpunkten

Für die Skala *Negativerwartung* ergeben sich signifikante Haupteffekte für den Messzeitpunkt ($F_{(2, 78)} = 6.04, p = .004, \text{part. } \eta^2 = .13$) und für das Geschlecht ($F_{(1, 39)} = 4.64, p = .037, \text{part. } \eta^2 = .11$). Die Negativerwartung nimmt insgesamt signifikant ab, und ist bei den männlichen Patienten signifikant höher ausgeprägt als bei den weiblichen Patienten. Geplante Kontraste zeigen, dass sich die Abnahme zwischen den Messzeitpunkten Post und FU ergibt ($F_{(1, 39)} = 7.36, p = .01, \text{part. } \eta^2 = .16$), während sich diese zu MZP Prä und Post nicht signifikant unterscheidet ($F_{(1, 39)} = 0.9, p = .35$). Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (FU) ist die Negativerwartung signifikant geringer ausgeprägt als zu Beginn der Untersuchung ($p = .013, \text{s. Abb. 3}$).

Für die Skala *Idiosynkratische Annahmen* zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für den Messzeitpunkt ($F_{(2, 78)} = 9.42, p < .001, \text{part. } \eta^2 = .19$) sowie eine signifikante Wechselwirkung zwischen Messzeitpunkt und Geschlecht ($F_{(2, 78)} = 6.3, p = .003, \text{part. } \eta^2 = .14$). Idiosynkratische Annahmen nahmen zwischen Prä und Post signifikant ab (geplante Kontraste, $F_{(1, 39)} = 8.17, p = .007, \text{part. } \eta^2 = .17$), veränderten sich aber insgesamt nicht signifikant zwischen Post und FU ($F_{(1, 39)} = 1.83, p = .19$), allerdings signifikant unterschiedlich bei Männern und Frauen ($F_{(1, 39)} = 16.29, p < .001, \text{part. } \eta^2 = .3$). Während idiosynkratische Annahmen bei den weiblichen Patienten zwischen den Messzeitpunkten Post und FU weiter zurückgingen, zeigte sich bei den Männern nach einer Abnahme zwischen Prä und Post ein Wiederanstieg idiosynkratischer Annahmen. Insgesamt sind die idiosynkratischen Annahmen zum Zeitpunkt FU signifikant geringer ausgeprägt als zum Zeitpunkt Prä ($p = .001, \text{s. Abb. 4}$).

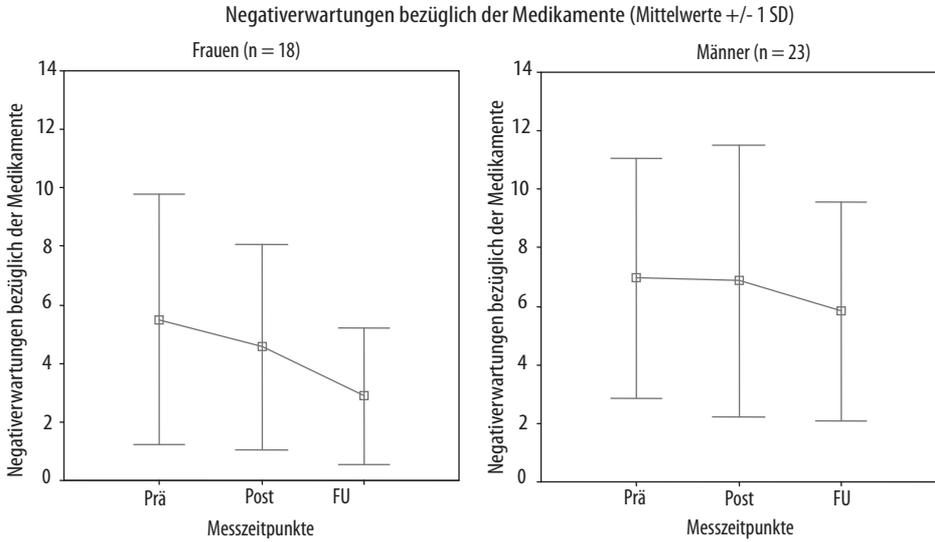


Abb. 3: Negativerwartungen bezüglich der Medikamente (gemessen mit der Krankheitskonzeptskala auf einer Skala von 0 – 20) zu allen drei Messzeitpunkten getrennt für Frauen und Männer

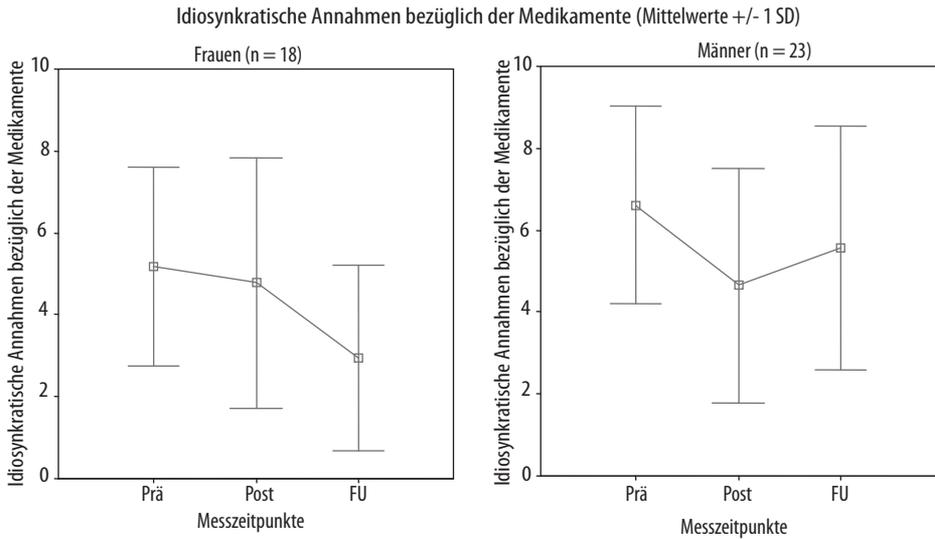


Abb. 4: Idiosynkratische Annahmen bezüglich der Medikamente (gemessen mit der Krankheitskonzeptskala auf einer Skala von 0 – 16) zu allen drei Messzeitpunkten getrennt für Frauen und Männer

Hypothese 1.2, dass es zu einer Abnahme negativer Einstellungen gegenüber den Medikamenten kommen würde, kann damit als bestätigt angesehen werden. Sowohl die Negativerwartung als auch die idiosynkratischen Annahmen bezüglich der Medikamente nehmen nach Teilnahme an dem Psychoedukationsprogramm ab. Allerdings tritt dieser Effekt bei der Negativerwartung erst (zeitverzögert) nach Abschluss der Behandlung auf.

Für die Skala *Schuld* ergeben sich keine signifikanten Effekte (MZP: $F_{(2, 78)} = 1.11$, $p = .33$; Geschlecht: $F_{(1, 39)} = 1.51$, $p = .23$; MZP x Geschlecht: $F_{(2, 78)} = 2.15$, $p = .12$). Bei den Patienten, die an der Psychoedukation teilgenommen haben, verändern sich Annahmen bezüglich der eigenen Schuld an der Krankheitsentstehung nicht. *Hypothese 1.3*, dass es zu einer Reduktion der Zuschreibung eigener Schuld an der Erkrankung kommen würde, muss damit zurückgewiesen werden.

In den beiden weiteren Skalen der KKS, für die keine konkreten Hypothesen formuliert worden waren, zeigen sich keine Veränderungen über die Zeit. Für die Skala *Zufallskontrolle* ergibt sich nur ein signifikanter Haupteffekt für das Geschlecht ($F_{(1, 39)} = 9.62$, $p = .004$, $\text{part. } \eta^2 = .2$), weibliche Patienten weisen zu allen Messzeitpunkten höhere Ausprägungen auf dieser Skala auf als männliche Patienten. Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen über die Messzeitpunkte ($F_{(2, 78)} = 0.31$, $p = .74$) und keine Wechselwirkung MZP x Geschlecht ($F_{(2, 90)} = 0.45$, $p = .64$). Für die Skala *Anfälligkeit* ergeben sich keine signifikanten Effekte, die selbst eingeschätzte Krankheitsanfälligkeit ist im Mittel über alle Messzeitpunkte gleich hoch ausgeprägt (Haupteffekt MZP $F_{(2, 78)} = 0.84$, $p = .43$; Geschlecht, $F_{(1, 45)} = 0.8$, $p = .38$; MZP x Geschlecht, $F_{(2, 78)} = 0.75$, $p = .47$).

Ergebnisse zum Patiententheoriefragebogen (PATEF)

Exkurs: Überprüfung der Faktorstruktur des PATEF bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen

Die Auswertung der einzelnen PATEF-Skalen ergab Hinweise darauf, dass eine Vielzahl der Items bei den hier untersuchten Patienten wenig inhaltliche Relevanz besaß. Die in diesen Items angebotenen Erklärungen wurden von der Mehrheit der Patienten nicht als mögliche Erklärung für ihre Erkrankung in Erwägung gezogen. Dies kann der Tatsache geschuldet sein, dass der PATEF vornehmlich für Patienten mit somatischen oder psychosomatischen Beschwerden, wie sie in Allgemeinarztpraxen vorherrschen, konzipiert wurde. Daher sollte geprüft werden, inwieweit die Faktorstruktur des PATEF auch für Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Erkrankungen als valide angenommen werden kann (vgl. Kap. 5.3). Da dies nicht der Fall war, wurden mithilfe von exploratorischen

Faktorenanalysen und basierend auf statistischen Kennwerten Items eliminiert und eine modifizierte Faktorenlösung gebildet.¹⁹ Die endgültige 5-Faktorenlösung sowie die internen Konsistenzen der Skalen für alle drei Messzeitpunkte sind in Tabelle 6 abgebildet.

Tab. 6: Itemzuweisungen und interne Konsistenzen für die modifizierten PATEF-Skalen

Item-Nr. ^a	Item-Wortlaut: Könnten Ihre jetzigen Beschwerden dadurch mitverursacht werden, dass	Interne Konsistenz ^b		
		Prä	Post	FU
9 PSI	<i>Sie sich häufig Selbstvorwürfe machen?</i>	.89	.88	.9
20 PSI	<i>Sie häufig in niedergeschlagene Stimmung geraten?</i>			
14 PSI	<i>Sie Ängste haben, die Sie in manchen Fällen nicht überwinden können?</i>			
27 PSI	<i>Sie Gefühle von Minderwertigkeit haben?</i>			
10 PSI	<i>Sie mit Ihren Problemen nicht fertig werden?</i>			
15 PSI	<i>Sie unangenehme Dinge nicht verarbeiten können?</i>			
5 GESV	<i>Sie in letzter Zeit zu oft den Schlaf vernachlässigt haben?</i>	.81	.71	.82
1 GESV	<i>Sie sich zu wenig Ruhe gönnen?</i>			
17 GESV	<i>Sie Krankheitszeichen nicht wahrhaben wollen?</i>			
34 GESV	<i>Sie Ihre Freizeit zu wenig zur Erholung nützen?</i>			
23 GESV	<i>Sie sich in die allgemeine Hetze des heutigen Lebens einlassen?</i>			

¹⁹ Exploratorische Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalysen mit obliquen Rotationsverfahren, Promax), bei denen fünf Faktoren vorgegeben wurden, ergaben Faktorenlösungen, die weder mit der ursprünglichen Lösung noch für alle drei Messzeitpunkte identisch waren. Analysen, bei denen keine Struktur vorgegeben wurde, ergaben jeweils zehn oder mehr Faktoren mit Eigenwerten größer eins. Basierend auf Kriterien der Einfachstruktur und der Interpretierbarkeit konnte nicht eindeutig eine Faktorstruktur bestimmt werden, die für alle drei Messzeitpunkte angemessen gewesen wäre. Aus diesem Grund wurden für die folgenden Analysen, die Werte der drei Messzeitpunkte in einem gemeinsamen Datensatz zusammengefasst (N=168). Auf diese Weise sollte geprüft werden, ob ein Faktorenmodell identifiziert werden konnte, welches für alle drei Messzeitpunkte angemessen war. Auch wenn damit ein abhängiger Datensatz vorlag, wurde dieses Verfahren gewählt, da ein gemeinsames Faktorenmodell die Voraussetzung für die Prüfung der Veränderungshypothesen darstellte. Anhand des zusammengefassten Datensatzes wurden erneut explorative Hauptkomponentenanalysen mit Promax-Rotation berechnet. Basierend auf statistischen Kennwerten (Iteminterkorrelationen, Anti-Image-Werte, Kommunalitäten, Einfachstruktur) und inhaltlichen Erwägungen bezüglich der Interpretierbarkeit wurden schrittweise Items eliminiert und die Faktorstrukturen jeweils getrennt für die drei Messzeitpunkte überprüft.

Item-Nr. ^a	Item-Wortlaut: Könnten Ihre jetzigen Beschwerden dadurch mitverursacht werden, dass	Interne Konsistenz ^b		
		Prä	Post	FU
39 GESV	<i>Sie wenig Lust haben, sich körperlich zu betätigen?</i>	.72	.85	.75
16 GESV	<i>Sie sich aus Bequemlichkeit zu sehr gehen ließen oder lassen?</i>			
19 GESV	<i>Sie zu wenig an die frische Luft gehen?</i>			
45 GESV	<i>Sie eine ungesunde Lebensweise haben (Essen/Rauchen/Trinken)?</i>			
41 PSA	<i>Ihr Alltag zu eintönig ist?</i>			
21 PSI	<i>Sie unangenehme Dinge häufig auf die lange Bank schieben oder geschoben haben?</i>			
7 NTI	<i>Sie andauernd ohne ersichtlichen Grund erschöpft sind?</i>	.65	.74	.82
8 NTI	<i>Sie einen schwachen Kreislauf haben?</i>			
24 NTI	<i>bei Ihnen eine gesundheitliche Anfälligkeit vererbt ist?</i>			
42 NTI	<i>Sie eine angeborene Neigung haben, bei seelischer Aufregung mit körperlichen Beschwerden zu reagieren?</i>			
13 NTI	<i>Sie zu schlecht schlafen?</i>			
44 NTI	<i>die Krankheit schon lange in Ihnen versteckt war und jetzt zum Ausbruch kommt?</i>			
2 PSA	<i>Ihre Mitmenschen Sie nicht verstehen oder nicht ernst nehmen?</i>	.55	.66	.69
18 PSA	<i>Ihnen Personen, die Ihnen nahestehen, Sorgen machen?</i>			
22 PSA	<i>Personen, die Ihnen viel bedeuten, Sie enttäuscht haben?</i>			
30 PSA	<i>Kollegen, Nachbarn oder Vorgesetzte Sie oft in Auseinandersetzungen verwickeln?</i>			
36 PSA	<i>die Anforderungen im Beruf oder Haushalt zu hoch sind?</i>			

PATEF: Patiententheorienfragebogen; ^a angegeben sind jeweils die Item-Nummern und ursprünglichen Skalenzugehörigkeiten, dabei PSI: Psychosozial Innen, GESV: Gesundheitsverhalten, NTI: Naturalistisch Innen, PSA: Psychosozial Außen; ^b Cronbach's α

Bezeichnungen für die einzelnen Faktoren wurden basierend auf inhaltlichen Überlegungen zu den Itemzusammensetzungen gewählt. Diese sind im Folgenden dargestellt:

- Faktor 1: enthält Items, die eine negative Selbsteinschätzung bezüglich der eigenen psychischen Stabilität/Resilienz bzw. »Krisenfestigkeit« beinhalten. Die Beschwerden werden demnach auf eine *geringe psychische Stabilität/Krisenfestigkeit* attribuiert (GPS).
- Faktor 2: enthält Items, die einen Lebensstil beschreiben, der eine mangelnde Selbstfürsorge/Achtsamkeit bzw. eine Missachtung der eigenen Grenzen beinhaltet. Die Beschwerden werden demnach auf einen Lebensstil attribuiert,

bei dem die eigenen Grenzen missachtet werden (*Lebensstil: Missachtung eigener Grenzen*, LMG).

- Faktor 3: enthält ebenfalls Items, die sich auf den eigenen Lebensstil beziehen. Diese beschreiben aber eher ein »Sich-nicht-Aufraffen« oder »Sich-Gehen-Lassen«. Die Beschwerden werden demnach auf einen passiv-antriebslosen Lebensstil attribuiert (*Lebensstil: passiv-antriebslos*, LPA).
- Faktor 4: enthält Items, die sich auf körperliche Bedingungen beziehen, ohne dabei einen Bezug zu psychischen Merkmalen herzustellen bzw. dieser wird explizit ausgeschlossen. Die Beschwerden werden demnach auf die körperliche Konstitution losgelöst von psychosozialen Bedingungen attribuiert (*körperliche Konstitution*, KöK).
- Faktor 5: enthält Items, die Belastungen beschreiben, die sich aus problematischem Interaktionsverhalten des sozialen Umfeldes ergeben. Implizit beinhalten diese Items eine geringe Selbstwirksamkeit bezogen darauf, soziale Beziehungen gestalten zu können. Die Beschwerden werden demnach external auf zwischenmenschliche Schwierigkeiten attribuiert, die explizit im Verhalten des sozialen Umfeldes begründet gesehen werden (*external: zwischenmenschliche Schwierigkeiten*, EZS).²⁰

Veränderungen in den modifizierten Unterskalen des PATEF

Für die neu gebildeten Skalen des Patiententheoriefragebogens (PATEF_{modifiziert}) ergaben die multivariaten Tests für die Kontrollvariablen einen Hinweis auf einen signifikanten Einfluss der Diagnose (F20 vs. F25). Daher wurde die Diagnose in der Auswertung als Gruppenfaktor mit einbezogen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die fünf Skalen des PATEF_{modifiziert} sind in Tabelle 7 für jeden Messzeitpunkt für die Gesamtgruppe sowie getrennt für die beiden Diagnosegruppen angegeben.

Zur Prüfung der Veränderungshypothesen wurden multivariate 2x3-faktorielle Varianzanalysen mit einem within-subjects-Faktor (Messzeitpunkt [MZP]), Prä vs. Post vs. FU) und einem between-subjects-Faktor (Diagnose, F20 vs. F25) durchgeführt. Der Haupteffekt für den Messzeitpunkt und der Interaktionseffekt sind nicht signifikant (MZP: $F_{(10, 27)} = 1.43$, $p = .22$; MZP x Diagnose: $F_{(10, 27)} = 0.71$, $p = .71$). Es zeigt sich aber ein signifikanter Haupteffekt für die Diagnose ($F_{(5, 32)} = 5.98$, $p = .001$, part. $\eta^2 = .48$). Genauere Analysen zeigen, dass sich der Haupteffekt für die Diagnose auf die Skalen GPS ($F_{(1, 36)} = 12.81$, $p = .001$,

²⁰ Die Skalen GPS, KöK und EZS stimmen zwar weitestgehend mit den Beschreibungen der ursprünglichen Skalen PSI, NTI und PSA überein (vgl. Kap. 5.3). Um zu verdeutlichen, dass es sich um modifizierte bzw. reduzierte Skalen handelt, und die durch die Items jeweils fokussierten Aspekte hervorzuheben, werden im Folgenden für alle fünf Skalen die neuen Bezeichnungen verwendet.

Tab. 7: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen des PATEF_{modifiziert} zu allen drei Messzeitpunkten getrennt für die beiden Diagnosegruppen F20 und F25

PATEF _{modifiziert} Attribution auf ...	Diagnose		Prä		Post		FU	
	F20 vs. F25	N	M	SD	M	SD	M	SD
Geringe psychische Stabilität (GPS)	F20	31	12.39	6.04	10.00	4.43	9.00	5.30
	F25	7	16.71	3.55	16.00	4.36	15.71	2.75
	Gesamt	38	13.18	5.88	11.11	4.96	10.24	5.56
Lebensstil: Missachtung eigener Grenzen (LMG)	F20	31	9.06	5.05	7.26	3.97	6.58	4.70
	F25	7	10.43	3.95	10.29	3.25	10.86	4.60
	Gesamt	38	9.32	4.84	7.82	3.99	7.37	4.92
Lebensstil: passiv-antriebslos (LPA)	F20	31	8.74	3.86	6.97	4.34	6.77	4.09
	F25	7	13.71	2.36	13.29	2.56	10.71	4.99
	Gesamt	38	9.66	4.10	8.13	4.74	7.50	4.47
Körperliche Konstitution (KöK)	F20	31	8.45	4.50	7.32	3.88	7.29	5.03
	F25	7	11.57	3.10	12.00	4.32	11.86	2.48
	Gesamt	38	9.03	4.41	8.18	4.32	8.13	4.97
External: zwischen-menschliche Schwierigkeiten (EZS)	F20	31	7.45	3.17	7.16	3.03	5.61	3.35
	F25	7	11.14	2.41	12.43	3.05	9.86	1.35
	Gesamt	38	8.13	3.35	8.13	3.64	6.39	3.49

PATEF: Patiententheorienfragebogen

part. $\eta^2 = .26$), LPA ($F_{(1,36)} = 18.56$, $p < .001$, part. $\eta^2 = .34$), KöK ($F_{(1,36)} = 8.61$, $p = .006$, part. $\eta^2 = .19$) und EZS ($F_{(1,36)} = 22.3$, $p < .001$, part. $\eta^2 = .38$) bezieht. Patienten mit der Diagnose einer schizoaffektiven Erkrankung (F25) weisen in diesen Skalen (unabhängig vom Messzeitpunkt) höhere Ausprägungen auf als Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen Erkrankung (F20).

Aufgrund der möglichen Verzerrungen der Analyse durch die ungleiche Stichprobengröße für die beiden Diagnosegruppen bei kleinem N für die Gruppe F25, wurden zusätzlich eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung ohne den Gruppenfaktor ($F_{(10,28)} = 2$, $p = .072$) sowie allein für die Gruppe der Patienten mit einer Diagnose F20 durchgeführt. Auch hier zeigte sich kein signifikanter Effekt für den MZP ($F_{(10,21)} = 1.61$, $p = .17$).

Bei den Patienten, die an dem Psychoedukationsprogramm teilgenommen haben, zeigt sich demnach im Mittel jeweils keine Veränderung bezüglich der Tendenz, die eigenen Beschwerden auf eine geringe psychische Stabilität/Krisenfestigkeit, einen die eigenen Grenzen missachtenden oder passiv-antriebslosen Lebensstil, ihre körperliche Konstitution oder external auf zwischenmenschliche Beziehungen zu attribuieren. *Hypothese 1.4.*, dass es nach Teilnahme an der Psychoedukation zu einer Zunahme in der Tendenz kommen würde, die eigenen Beschwerden auf körperliche Faktoren zu attribuieren, muss damit zurückgewiesen werden. Daneben bekräftigen die ausbleibenden Veränderungen in den

Skalen GPS, LMG und LPA die Zurückweisung der *Hypothese 1.3*. Die Skalen erfassen eine Attribution der eigenen Beschwerden auf den eigenen Lebensstil bzw. eine geringe psychische Stabilität und beinhalten demnach potenziell eigene Schuldzuschreibungen an der Krankheitsentstehung. Wie in der Skala *Schuld* des KKS zeigt sich auch hier keine Abnahme.

6.1.2 Veränderungen bezüglich der Krankheitseinsicht, der Compliance und des Wissens über die Erkrankung

Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Krankheitseinsicht, die Medikamentencompliance und das Wissen der Patienten sind getrennt für die drei Messzeitpunkte in Tabelle 8 angegeben.

Tab. 8: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Krankheitseinsicht, die Compliance und das Wissen über die Erkrankung zu allen drei Messzeitpunkten

	N	Prä		Post		FU	
		M	SD	M	SD	M	SD
Krankheitseinsicht (SAI)	42	14.76	5.11	16.45	4.14	17.15	3.23
Compliance (RnK)	41	5.68	1.11	6.39	0.92	6.07	1.08
Wissen über die Erkrankung (WFB)	41	50.51	11.74	58.29	10.84	57.63	12.73

SAI: Scale for Assessing the Components of Insight; RnK: Rating nach Kemp; WFB: Wissensfragebogen

Für die Krankheitseinsicht und die Compliance ergaben die multivariaten Tests keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Kontrollvariablen. Zur Prüfung der Veränderungshypothesen wurden hier jeweils univariate Varianzanalysen für Messwiederholungsdesigns mit einem within-subjects-Faktor (Messzeitpunkt [MZP], Prä vs. Post vs. FU) durchgeführt. Aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsannahme wurde Friedman's ANOVA als non-parametrisches Verfahren eingesetzt. Bei signifikanten Effekten wurden Wilcoxon Tests zum Vergleich der einzelnen Messzeitpunkte verwendet. Die im Folgenden angegebenen p-Werte sind an den Bonferroni-korrigierten α -Werten orientiert.

Die *Krankheitseinsicht* der Patienten gemessen mit dem SAI nahm über die Messzeitpunkte insgesamt signifikant zu ($\chi^2_{(2)} = 10.19$, $p = .006$). Die Krankheitseinsicht ist zu den Messzeitpunkten Post und FU jeweils signifikant höher ausgeprägt als zu Beginn der Untersuchung (Prä-Post: $T = 190$, $p_{\text{einseitig}} < .05$, $r = -.3$; Prä-FU: $T = 149$, $p_{\text{einseitig}} < .05$, $r = -.33$). Zwischen den Messzeitpunkten Post und FU verändert sich die Krankheitseinsicht nicht signifikant ($p = .06$).

Hypothese 1.5., dass es zu einer Zunahme der Krankheitseinsicht kommen würde, kann damit als bestätigt angenommen werden. Bei den Patienten, die an dem Psychoedukationsprogramm teilgenommen haben, zeigt sich ein signifikanter Anstieg der Krankheitseinsicht, der auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (FU) noch besteht (s. Abb. 5).

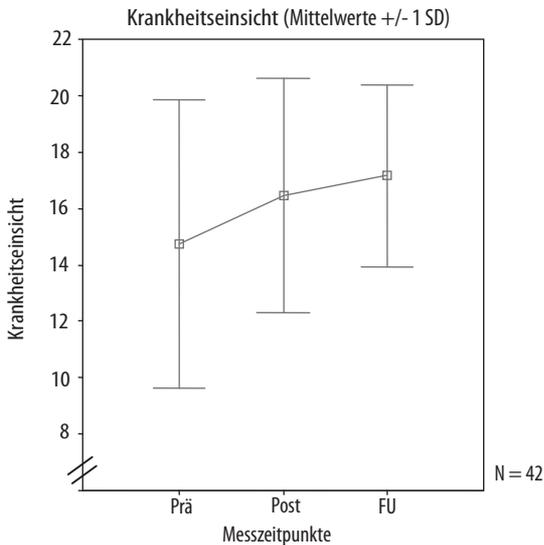


Abb. 5: Krankheitseinsicht (gemessen mit der Scale for Assessing the Components of Insight SAI auf einer Skala von 0–20) zu allen drei Messzeitpunkten

Auch für die *Compliance* der Patienten gemessen mit dem Rating nach Kemp ergibt sich ein signifikanter Anstieg über die Messzeitpunkte ($\chi^2_{(2)} = 16.59$, $p < .001$). Die Compliance nimmt zwischen den Messzeitpunkten Prä und Post signifikant zu ($T = 33.5$, $p_{\text{einseitig}} < .05$, $r = -.51$) und ist auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (FU) noch signifikant höher ausgeprägt als zu Beginn der Untersuchung (Prä-FU: $T = 71$, $p_{\text{einseitig}} < .05$, $r = -.37$).²¹ *Hypothese 1.6.*, dass es zu einem Anstieg der Medikamentencompliance kommen würde, kann damit als bestätigt angesehen werden. Bei den Patienten, die an dem Psychoedukationsprogramm teilgenommen haben, ist die Compliance unmittelbar nach Abschluss der Intervention und ca. sechs Monate später signifikant höher als zu Beginn der Untersuchung (s. Abb. 6).

Für das *Wissen über die Erkrankung* zeigte sich ein bedeutsamer Einfluss der Vorerfahrung mit Psychoedukation. Daher wurde eine univariate Varianzanalyse für Messwiederholungsdesigns mit einem within-subjects-Faktor (Messzeitpunkt

²¹ Die Abnahme zwischen den MZP Post und FU wird nach Bonferoni-Korrektur nicht signifikant ($T = 36$, $p > .0167$, $r = -.31$).

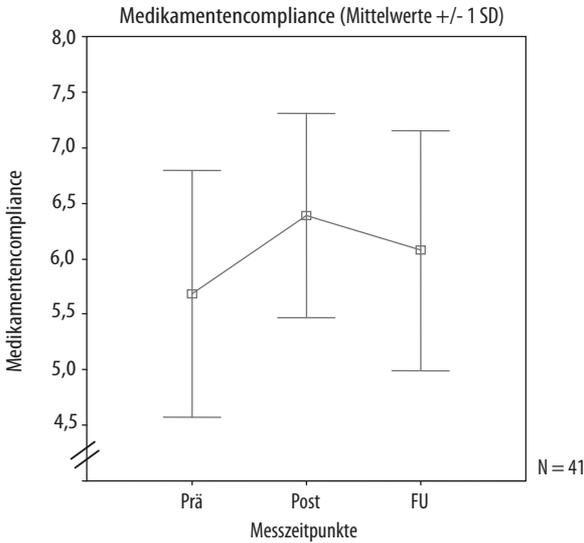


Abb. 6: Medikamentencompliance (gemessen mit dem Rating nach Kemp auf einer Skala von 1 – 7) zu allen drei Messzeitpunkten

(MZP), Prä vs. Post vs. FU) und einem between-subjects-Faktor (Vorerfahrung Psychoedukation, Ja vs. Nein) durchgeführt. Diese ergab einen signifikanten Haupteffekt für den Messzeitpunkt ($F_{(2, 78)} = 21.78, p < .001, \text{part. } \eta^2 = .36$) und einen signifikanten Interaktionseffekt MZP x Vorerfahrung ($F_{(2, 78)} = 3.6, p = .032, \text{part. } \eta^2 = .09$). Bei den Patienten, die an dem Psychoedukationsprogramm teilgenommen hatten, nahm das Wissen über die Krankheit zwischen den Messzeitpunkten Prä und Post signifikant zu (geplante Kontraste, $F_{(1, 39)} = 40.17, p < .001, \text{part. } \eta^2 = .51$) und veränderte sich bis zur Nachuntersuchung (FU) nicht mehr signifikant ($p = .95$). Das Wissen der Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ist weiterhin signifikant höher als zu Beginn der Untersuchung ($p < .001$). Der Interaktionseffekt ist auf einen größeren Wissenszuwachs bei der Gruppe ohne Vorerfahrung zurückzuführen. Während die Gruppe ohne Vorerfahrung zum MZP Prä signifikant weniger Wissen über die Erkrankung aufweist ($p = .01$), zeigen sich nach Teilnahme an der Psychoedukation keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Patienten mit und ohne Vorerfahrung. *Hypothese 1.7.*, dass es zu einem Wissenszuwachs kommen würde, kann damit als bestätigt angesehen werden. Das Wissen der Patienten nimmt nach Teilnahme an dem Psychoedukationsprogramm deutlich zu, dieser Wissenszuwachs ist auch ca. ein halbes Jahr nach Abschluss der Intervention noch feststellbar (s. Abb. 7).

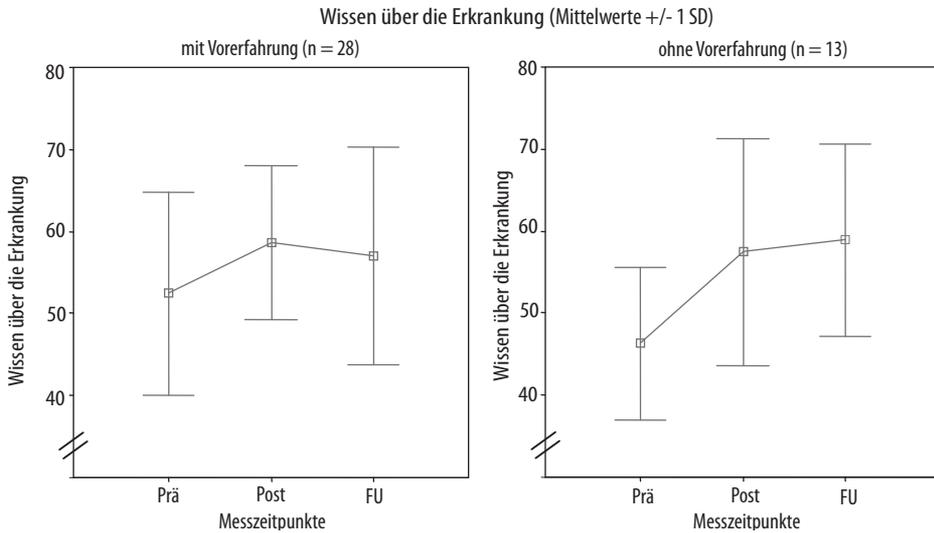


Abb. 7: Wissen über die Erkrankung (gemessen mit dem Wissensfragebogen WFB auf einer Skala von 0–70) zu allen drei Messzeitpunkten getrennt für Patienten mit und ohne Vorerfahrung mit Psychoedukation

6.1.3 Veränderungen in der subjektiven Lebensqualität und dem Selbstwert der Patienten

Auch für die subjektive Lebensqualität und den Selbstwert der Patienten ergaben die multivariaten Tests keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Kontrollvariablen. Zur Prüfung der Veränderungshypothesen bezüglich der Gesamtwerte wurden jeweils univariate Varianzanalysen für Messwiederholungsdesigns (ANOVA) mit einem within-subjects-Faktor (Messzeitpunkt [MZP], Prä vs. Post vs. FU) durchgeführt. Zusätzlich wurden jeweils multivariate Varianzanalysen für Messwiederholungsdesigns für die Unterskalen der beiden Fragebögen berechnet. Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die subjektive Lebensqualität und den Selbstwert der Patienten sind getrennt für die drei Messzeitpunkte in Tabelle 9 wiedergegeben.

Tab. 9: Mittelwerte und Standardabweichungen für die subjektive Lebensqualität und den Selbstwert zu allen drei Messzeitpunkten

	N	Prä		Post		FU	
		M	SD	M	SD	M	SD
Lebensqualität (LQoLP)	41	4.60	0.93	4.88	0.75	5.10	0.91
Selbstwert (MSWS)	41	131.17	36.67	135.59	31.52	142.17	31.72

LQoLP: Lancashire Quality of Life Profile, MSWS: Multidimensionale Selbstwert-Skala

Die *subjektive Lebensqualität* der Patienten gemessen mit dem LQoLP nahm über die drei Messzeitpunkte signifikant zu ($F_{(1,36, 54,31)}=10.83$, $p = .001$, part. $\eta^2 = .21$, korrigiert nach Greenhouse-Geisser, $\epsilon = .68$). Geplante Kontraste zeigen, dass die subjektive Lebensqualität sowohl zwischen Prä und Post ($F_{(1, 40)} = 5.75$, $p = .021$, part. $\eta^2 = .13$) als auch zwischen Post und FU ($F_{(1, 40)} = 12.57$, $p = .001$, part. $\eta^2 = .24$) signifikant ansteigt, wobei der Effekt zwischen den Messzeitpunkten Post und FU deutlich höher ausgeprägt ist. Multivariate Tests über alle Unterskalen des LQoLP ergaben keinen signifikanten Effekt für den Messzeitpunkt ($F_{(18, 7)} = 0.63$, $p = .8$). *Hypothese 2.1.*, dass es zu einer Zunahme der subjektiven Lebensqualität kommen würde, kann als bestätigt angesehen werden. Die subjektive Lebensqualität der Patienten, die an dem Psychoedukationsprogramm teilnahmen, ist unmittelbar nach Abschluss der Intervention signifikant höher ausgeprägt als bei Studieneintritt und nimmt bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nochmal deutlicher zu (s. Abb. 8).

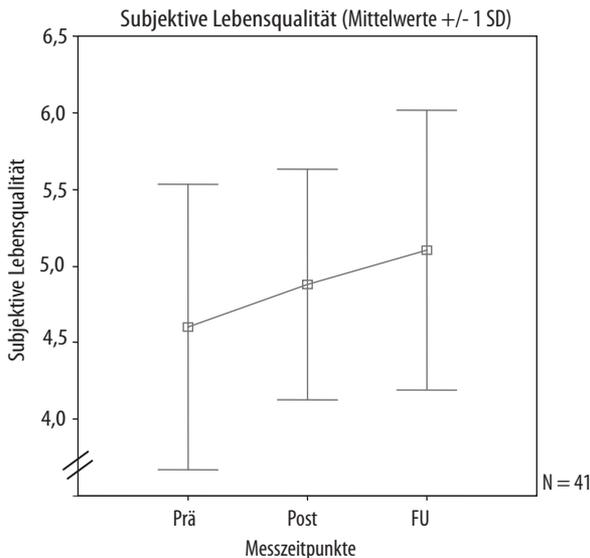


Abb. 8: Subjektive Lebensqualität (gemessen mit dem Lancashire Quality of Life Profile LQoLP auf einer Skala von 1–7) zu allen drei Messzeitpunkten

Auch der *Selbstwert* der Patienten gemessen mit dem MSWS nahm über die drei Messzeitpunkte signifikant zu ($F_{(1,6, 63,99)} = 3.44$, $p = .048$, korrigiert nach Greenhouse-Geisser, $\epsilon = .8$). Allerdings ist dieser Effekt gering (part. $\eta^2 = .08$) und ergibt sich über die gesamte Zeitspanne der Untersuchung (Prä-FU: $p = .028$). Zwischen den Messzeitpunkten Prä und Post ($F_{(1, 40)} = 1.76$, $p = .19$) sowie Post und FU ($F_{(1, 40)} = 2.68$, $p = .11$) zeigt sich kein signifikanter Effekt. Auch hier ergaben multivariate Tests über alle Unterskalen des MSWS keinen signifikanten Effekt für den Messzeitpunkt ($F_{(12, 29)} = 0.72$, $p = .72$). *Hypothese 2.2.*, dass es

zu einem Anstieg der Selbstwertschätzung der Patienten kommen würde, kann nur teilweise angenommen werden. Der Selbstwert der Patienten, die an dem Psychoedukationsprogramm teilgenommen haben, ist unmittelbar nach Abschluss der Intervention nicht höher ausgeprägt als bei Studieneintritt. Ein halbes Jahr nach Abschluss der Intervention zeigt sich allerdings eine geringe Zunahme im Selbstwert im Vergleich zum Beginn der Untersuchung (s. Abb. 9).

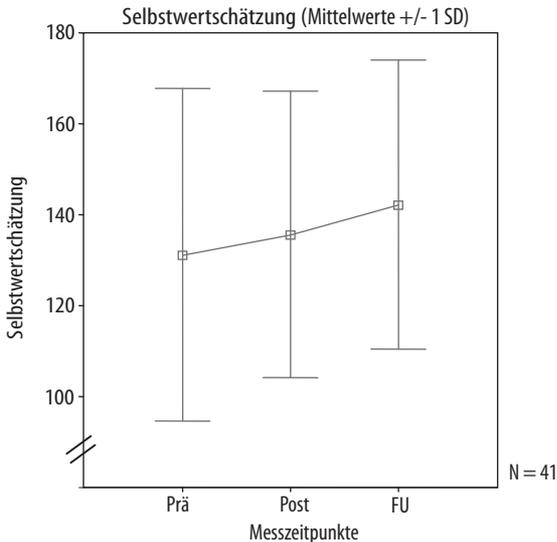


Abb. 9: Selbstwertschätzung (gemessen mit der Multidimensionalen Selbstwertskala MSWS auf einer Skala von 32 – 224) zu allen drei Messzeitpunkten

6.2 Bedeutung des Krankheitsverständnisses für das subjektive Wohlbefinden

Als zweite übergeordnete Fragestellung sollte untersucht werden, ob das Krankheitsverständnis der Patienten einen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden hat. Zur Prüfung dieser Fragestellung wurden multiple Regressionsanalysen mit schrittweiser Variablenaufnahme (rückwärts) berechnet.²² Konkret ging es

²² Die Voraussetzungen wurden jeweils anhand der folgenden Maße getestet, um die Angemessenheit des Modells und die Generalisierbarkeit zu überprüfen (vgl. FIELD 2005): Linearität (visuelle Residuenanalyse, Graph ZRESID vs ZPRED), Unabhängigkeit der Fehler (Durbin-Watson-Statistik $1 < x < 3$), Normalverteilung der Residuen (visuelle Residuenanalyse: Histogramme, P-P plots), Multikollinearität (Konditionsindex < 30 , VIV- und Toleranz Statistiken). Zusätzlich wurde eine Überprüfung auf multivariate Ausreißerwerte vorgenommen (Cook's Distanzen, zentrierte

dabei um die Frage, ob Aspekte des Krankheitskonzepts einen Beitrag zur Varianzaufklärung der subjektiven Lebensqualität und des Selbstwerts der Patienten leisten. In einem ersten Schritt wurden jeweils Regressionsanalysen berechnet, in denen die Skalen der beiden Fragebögen zu den Krankheitskonzepten der Patienten (KKS, PATEF_{modifiziert}) als Prädiktoren eingegeben wurden. Dabei wurden auch die Skalen einbezogen, in denen sich keine Veränderungen nach Teilnahme an der Psychoedukation ergeben hatten, um Aspekte des Krankheitskonzeptes identifizieren zu können, die für das subjektive Wohlbefinden der Patienten von Bedeutung sind und bei der Vermittlung von Krankheitskonzepten im Rahmen der Psychoedukation Berücksichtigung finden sollten. In einem nächsten Schritt wurde der relative Einfluss der identifizierten Aspekte des Krankheitsverständnisses geprüft, wenn auch die Symptomatik, die Krankheitseinsicht, das Wissen über die Erkrankung und die Compliance der Patienten in die Analyse einbezogen wurden. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Analysen jeweils getrennt für die subjektive Lebensqualität und den Selbstwert der Patienten berichtet. Alle Berechnungen beziehen sich auf den zweiten Messzeitpunkt (Post), unmittelbar nach Abschluss der Intervention ($N_{\text{gesamt}} = 62$).

6.2.1 Zum Einfluss des Krankheitsverständnisses auf die Lebensqualität

Zur Prüfung des Einflusses der unterschiedlichen Aspekte des Krankheitsverständnisses der Patienten auf ihre subjektive Lebensqualität wurden im ersten Analyseschritt jeweils die Skalen der Krankheitskonzeptskala (KKS) und des modifizierten Patiententheoriefragebogens (PATEF_{modifiziert}) als Prädiktoren eingegeben. Die Ergebnisse der signifikanten Modelle sind in Tabelle 10 angegeben.

Tab. 10: Multiple Regressionen für die subjektive Lebensqualität zum zweiten Messzeitpunkt (Post) mit den Krankheitskonzepten als Prädiktoren

KKS-Skalen	B	SE B	β
Konstante	3.97	0.46	
Arztvertrauen	0.10	0.04	.35**
Zufallskontrolle	-0.06	0.02	-.29*
$R^2 = .18, F_{(2,54)} = 5.73^{**}$			

Hebelwerte, standardisierte DFBETAs). Basierend auf diesen Analysen wurden für das endgültige Modell bezüglich der Lebensqualität drei Fälle nicht in die Berechnung eingeschlossen.

PATEF _{modifiziert} -Skalen	B	SE B	β
Konstante	5.44	0.24	
EZS	-0.09	0.03	-.38**
$R^2 = .14, F_{(1,55)} = 9.21^{**}$			

KKS: Krankheitskonzeptskala; PATEF: Patiententheoriefragebogen; EZS: External: zwischenmenschliche Schwierigkeiten; Methode: schrittweise, rückwärts; * $p < .05$, ** $p < .01$

Wurden die KKS-Skalen als Prädiktoren eingegeben, ergab sich ein signifikantes Modell ($R^2 = .18, F_{(2, 54)} = 5.73, p = .006$), in dem die Skalen *Arztvertrauen* ($\beta = .35, p = .007$) und *Zufallskontrolle* ($\beta = -.29, p = .023$) signifikante Prädiktoren darstellten. Die Gewichte für die Skala *Zufallskontrolle* sind negativ, eine höhere Ausprägung auf dieser Skala ging also mit einer geringeren subjektiven Lebensqualität einher, während ein größeres Arztvertrauen mit einer höheren subjektiven Lebensqualität verbunden war. Auch für die modifizierten PATEF-Skalen ergab sich ein signifikantes Modell ($R^2 = .14, F_{(1, 55)} = 9.21, p = .004$). Hier stellte allein die Skala *Externale Attribution auf zwischenmenschliche Schwierigkeiten* (EZS) einen signifikanten Prädiktor dar ($\beta = -.38, p = .004$). Auch hier weisen die negativen Gewichte auf einen umgekehrten Zusammenhang hin, eine höhere externe Attribution der eigenen Beschwerden auf zwischenmenschliche Schwierigkeiten ging mit einer geringeren Einschätzung der eigenen Lebensqualität einher.

Um zu prüfen, welchen relativen Einfluss diese Variablen auf die Lebensqualität der Patienten haben, wurden sie in einem nächsten Schritt gemeinsam mit weiteren Variablen als Prädiktoren eingegeben. Dabei wurden die folgenden Variablen einbezogen: Krankheitseinsicht (SAI), Compliance (RnK), Wissen über die Erkrankung (WFB) und Selbstwert (MSWS) sowie die Symptomatik (PANSS und CDSS), Schweregrad der Erkrankung (CGI) und Funktionsniveau (GAF). Auch hier ergab sich ein signifikantes Modell ($R^2 = .46, F_{(5, 44)} = 7.35, p < .001$), für das die Regressionskoeffizienten der aufgenommenen Variablen in Tabelle 11 dargestellt sind.

Auch wenn weitere Prädiktoren mit in die Analyse eingegeben wurden, wurden die Krankheitskonzeptskalen *Arztvertrauen*, *Zufallskontrolle* und *Externale Attribution: zwischenmenschliche Schwierigkeiten* in das Modell aufgenommen. *Arztvertrauen* ($\beta = .35, p = .004$) und *Zufallskontrolle* ($\beta = -.29, p = .035$) stellten weiterhin signifikante Prädiktoren für die Lebensqualität dar, das Gewicht für die Skala EZS wurde knapp nicht signifikant ($p = .054$). Daneben waren die Krankheitseinsicht der Patienten ($\beta = -.3, p = .02$) und die Positivskala des PANSS ($\beta = -.27, p = .04$) signifikante Prädiktoren. Auch für diese beiden Prädiktoren sind die Gewichte negativ, eine höhere Krankheitseinsicht sowie eine stärkere Ausprägung der Positiv-Symptomatik gingen mit einer geringeren subjektiven Lebensqualität einher.

Tab. 11: Multiple Regression für die subjektive Lebensqualität zum zweiten Messzeitpunkt (Post) mit weiteren Prädiktoren

	B	SE B	β
(Konstante)	5.83	0.64	
Arztvertrauen	0.10	0.03	.35**
Zufallskontrolle	-0.05	0.02	-.27*
EZS	-0.06	0.03	-.25
Krankheitseinsicht	-0.05	0.02	-.3*
Positiv-Symptomatik	-0.06	0.03	-.27*
$R^2 = .46, F_{(5, 44)} = 7.35^{**}$			

EZS: External: zwischenmenschliche Schwierigkeit; Methode: schrittweise, rückwärts; * $p < .05$, ** $p < .01$

In einem letzten Schritt wurde eine hierarchische multiple Regressionsanalyse durchgeführt, um das Ausmaß an inkrementeller Varianz zu identifizieren, welches durch Aspekte des Krankheitsverständnisses über den Einfluss der Symptomatik hinaus an der subjektiven Lebensqualität der Patienten erklärt wird. Dabei wurde im ersten Block die Positivsymptomatik eingegeben. Eine Hinzunahme der Krankheitskonzepte und der Krankheitseinsicht der Patienten im zweiten Block führte zu einer signifikanten und substanziellen Erhöhung der erklärten Varianz ($\Delta R^2 = .35, F_{(4, 45)} = 7.19, p < .001$).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das Arztvertrauen einen positiven Zusammenhang mit der subjektiven Lebensqualität aufweist, während eine hohe Ausprägung auf der Skala *Zufallskontrolle* mit einer niedrigeren subjektiven Lebensqualität einhergeht. Beide Skalen leisten einen von der Symptomatik unabhängigen Beitrag zur Vorhersage der Lebensqualität. Auch die Skala EZS weist einen negativen Zusammenhang mit der subjektiven Lebensqualität auf, dieser relativiert sich aber, wenn die Krankheitseinsicht sowie die Ausprägung der Positiv-Symptomatik in die Analyse eingeschlossen werden. Auch eine höhere Ausprägung der Krankheitseinsicht und der Positiv-Symptomatik sind jeweils mit einer niedrigeren subjektiven Lebensqualität verbunden. Die beschriebenen Aspekte des Krankheitsverständnisses stellen dabei einen signifikanten Prädiktor für die subjektive Lebensqualität unabhängig vom Ausmaß der Symptomatik dar. Der Selbstwert der Patienten stellte darüber hinaus keinen signifikanten Prädiktor dar.

6.2.2 Zum Einfluss des Krankheitsverständnisses auf den Selbstwert

Auch zur Prüfung des Einflusses der unterschiedlichen Aspekte des Krankheitsverständnisses der Patienten auf ihren Selbstwert wurden im ersten Analyseschritt jeweils die Skalen der Krankheitskonzeptskala (KKS) und des modifizierten Patiententheoriefragebogens (PATEF_{modifiziert}) als Prädiktoren eingegeben. Die Ergebnisse der signifikanten Modelle sind in Tabelle 12 angegeben.

Tab. 12: Multiple Regressionen für den Selbstwert zum zweiten Messzeitpunkt (Post) mit den Krankheitskonzepten als Prädiktoren

KKS-Skalen	B	SE B	β
Konstante	150.07	19.19	
Medikamentenvertrauen	-4.58	1.60	-.50**
Arztvertrauen	5.12	1.92	.46*
$R^2 = .14, F(2, 56) = 4.56^*$			
PATEF _{modifiziert} -Skalen	B	SE B	β
Konstante	160.02	8.81	
GPS	-3.90	0.72	-.65**
LMG	2.51	1.01	.30*
$R^2 = .35, F(2, 55) = 14.78^{**}$			

KKS: Krankheitskonzeptskala; PATEF: Patiententheoriefragebogen; GPS: Geringe psychische Stabilität, LMG: Lebensstil: Missachtung eigener Grenzen; Methode: schrittweise, rückwärts; * $p < .05$, ** $p < .01$

Für die Skalen der Krankheitskonzeptskala ergab sich ein signifikantes Modell ($R^2 = .14, F_{(2, 56)} = 4.56, p = .015$). Hier stellten die Skalen *Arztvertrauen* ($\beta = .46, p = .01$) und *Medikamentenvertrauen* ($\beta = -.5, p = .006$) signifikante Prädiktoren dar. Auch mit dem Selbstwert weist das *Arztvertrauen* einen positiven Zusammenhang auf, ein höheres *Arztvertrauen* ging mit einem höheren Selbstwert einher. Das *Medikamentenvertrauen* weist demgegenüber einen negativen Zusammenhang mit dem Selbstwert auf, höhere Werte auf dieser Skala waren mit einem niedrigeren Selbstwert verbunden. Das signifikante Modell für die modifizierten PATEF-Skalen ($R^2 = .35, F_{(2, 55)} = 14.78, p < .001$) weist die Skalen *Geringe psychische Stabilität/Krisenfestigkeit* ($\beta = -.65, p < .001$) und *Lebensstil: Missachtung eigener Grenzen* ($\beta = .3, p = .016$) als signifikante Prädiktoren aus. Im Vergleich zu den anderen Modellen, in denen allein die Krankheitskonzepte als Prädiktoren für die Kriterien Selbstwert und subjektive Lebensqualität einbezogen wurden, erklären diese beiden Skalen mit 35 % einen deutlich höheren Anteil der Varianz des Kriteriums. Dabei zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und der Skala GPS: Je stärker Patienten ihre Beschwer-

den auf eine geringe psychische Stabilität/Krisenfestigkeit attribuierten, desto geringer war ihr Selbstwert ausgeprägt. Umgekehrt ging eine stärkere Tendenz, die Beschwerden auf den eigenen Lebensstil im Sinne einer Missachtung eigener Grenzen zu attribuieren, mit einem höheren Selbstwert einher.

Auch für den Selbstwert sollte der relative Einfluss der Krankheitskonzepte überprüft werden, indem weitere Variablen in die Regression aufgenommen wurden. Es wurden erneut die folgenden Variablen einbezogen: Krankheits-einsicht (SAI), Compliance (RnK), Wissen über die Erkrankung (WFB) und subjektive Lebensqualität (LQoLP) sowie die Symptomatik (PANSS und CDSS), Schweregrad der Erkrankung (CGI) und Funktionsniveau (GAF). In das Modell ($R^2 = .56$, $F_{(5, 49)} = 12.52$, $p < .001$) wurden fünf Prädiktoren aufgenommen (s. Tab. 13), der Anteil erklärter Varianz am Selbstwert durch diese Prädiktoren beträgt 56 %.

Tab. 13: Multiple Regressionen für den Selbstwert zum zweiten Messzeitpunkt (Post) mit weiteren Prädiktoren

	B	SE B	β
(Konstante)	158.51	16.19	
Medikamentenvertrauen	-3.57	1.30	-.39**
Arztvertrauen	4.56	1.49	.41**
GPS	-2.99	0.72	-.50**
LMG	2.92	0.95	.33**
Depressivität	-2.69	0.86	-.34**
$R^2 = .56$, $F_{(5, 49)} = 12.52^{**}$			

GPS: Geringe psychische Stabilität, LMG: Lebensstil: Missachtung eigener Grenzen; Methode: schrittweise, rückwärts; ** $p < .01$

Dabei erwiesen sich auch in diesem Fall alle vier Aspekte des Krankheitskonzeptes als signifikante Prädiktoren, wobei die Skalen *Arztvertrauen* ($\beta = .41$, $p = .004$) und *Lebensstil: Missachtung eigener Grenzen* ($\beta = .33$, $p = .003$) einen positiven und die Skalen *Medikamentenvertrauen* ($\beta = -.39$, $p = .008$) und *Geringe psychische Stabilität/Krisenfestigkeit* ($\beta = -.5$, $p < .001$) einen negativen Zusammenhang mit dem Selbstwert aufwiesen. Darüber hinaus stellte allein die Depressivität (gemessen mit dem CDSS) einen signifikanten Prädiktor für den Selbstwert der Patienten dar ($\beta = -.34$, $p = .003$), auch hier zeigt sich ein negativer Zusammenhang.

Im letzten Schritt wurden wiederum hierarchische multiple Regressionsanalysen durchgeführt, um das Ausmaß an inkrementeller Varianzaufklärung am Selbstwert durch die Krankheitskonzepte zu identifizieren. Auch hier ergab die Hinzunahme der Krankheitskonzepte der Patienten eine signifikante und substantielle Erhöhung der erklärten Varianz ($\Delta R^2 = .32$, $F_{(4, 51)} = 8.37$, $p < .001$).

Es lässt sich festhalten, dass Aspekte des Krankheitskonzeptes auch für den Selbstwert bedeutsame Prädiktoren darstellen unabhängig vom Ausmaß der Symptomatik. Ein höheres Arztvertrauen und eine stärkere Attribution der eigenen Beschwerden auf einen die eigenen Grenzen missachtenden Lebensstil gehen dabei mit einem höheren Selbstwert einher. Umgekehrt sind ein geringeres Vertrauen in die Medikamente und eine schwächere Tendenz, die eigenen Beschwerden auf eine geringe psychische Stabilität zu attribuieren, mit einem höheren Selbstwert verbunden. Von der Symptomatik der Patienten leistet insbesondere die Depressivität einen bedeutsamen Beitrag zur Vorhersage des Selbstwerts der Patienten, wobei, wie zu erwarten, eine stärkere Depressivität mit einem geringeren Selbstwert einhergeht.

6.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der vorliegenden Untersuchung sollte zum einen der Frage nachgegangen werden, ob sich bei Patienten, die an einem psychoedukativen Gruppenprogramm teilgenommen haben, Veränderungen im Krankheitsverständnis zeigen (Forschungsfrage 1). Wie erwartet (Hypothesen 1.1 und 1.2) ergaben die Ergebnisse signifikante Veränderungen in den medikationsbezogenen Einstellungen der Patienten. Bei Patienten, die an dem Psychoedukationsprogramm teilgenommen hatten, zeigten sich eine deutliche Zunahme des Medikamentenvertrauens (H1.1) und eine Abnahme sowohl der Negativerwartung als auch der idiosynkratischen Annahmen bezüglich der Medikamente (H1.2). Wider Erwarten veränderte sich das Arztvertrauen der Patienten allerdings nicht (H1.1). Darüber hinaus sollte untersucht werden, ob sich bei den Patienten Veränderungen bezüglich der Attribution ihrer Erkrankung ergeben, d. h. in welchen Bedingungen oder Merkmalen sie ihre Erkrankung begründet sehen. Entgegen der Annahme (H1.3) zeigte sich keine Reduktion der Zuschreibung eigener Schuld an der Entstehung der Erkrankung. Insgesamt zeigten sich keine Veränderungen in den Ursachenzuschreibungen der Patienten weder bezüglich der Annahme, dass Gesundheit Glückssache sei, noch in der Tendenz, ihre Beschwerden auf eine geringe psychische Stabilität/Krisenfestigkeit, einen die eigenen Grenzen missachtenden oder passiv-antriebslosen Lebensstil, ihre körperliche Konstitution oder external auf zwischenmenschliche Beziehungen zu attribuieren. Damit konnte auch die Annahme, dass sich nach der Psychoedukation eine verstärkte Zuschreibung der eigenen Beschwerden auf die körperliche Konstitution zeigt (H1.4), nicht bestätigt werden. Dagegen zeigte sich wie erwartet eine Zunahme der Krankheitseinsicht nach Teilnahme an der Psychoedukation (H1.5). Auch in den weiteren untersuchten krankheitsbezogenen kognitiven und behavioralen Variablen zeigten sich

deutliche Veränderungen nach Teilnahme an der Psychoedukation. Entsprechend den Hypothesen 1.6 und 1.7 nahmen die fremdeingeschätzte Compliance und das Wissen über die Erkrankung signifikant zu. Diese Effekte waren jeweils auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch nachweisbar.

Bezüglich der untersuchten Aspekte des subjektiven Wohlbefindens der Patienten waren die Befunde dagegen weniger deutlich ausgeprägt (Forschungsfrage 2). Zwar war, wie erwartet, die subjektive Lebensqualität der Patienten unmittelbar nach der Teilnahme an der Psychoedukation höher ausgeprägt als zu Beginn der Untersuchung (H2.1), dieser Effekt war allerdings gering. Zu einem deutlich stärkeren Anstieg der subjektiven Lebensqualität kam es dagegen zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt. Bezüglich der Selbstwertschätzung der Patienten zeigte sich ebenfalls nur ein sehr geringer Zuwachs zwischen dem ersten und dritten Messzeitpunkt. Unmittelbar nach der Teilnahme an der Psychoedukation zeigten sich keine Veränderungen in der Selbstwertschätzung der Patienten im Vergleich zu vor der Untersuchung (H2.2).

Zum anderen sollte untersucht werden, ob (und wenn ja, welche) Aspekte des Krankheitsverständnisses einen substanziellen Beitrag zur Vorhersage der subjektiven Lebensqualität und der Selbstwertschätzung leisten (Forschungsfrage 3). Sowohl für die subjektive Lebensqualität als auch für die Selbstwertschätzung stellten Aspekte des Krankheitsverständnisses bedeutsame Prädiktoren unabhängig vom Ausmaß der Symptomatik dar (vgl. Hypothese 3). Bezüglich der subjektiven Lebensqualität stellt das Arztvertrauen einen positiven Prädiktor dar, während eine höhere Annahme von Zufallskontrolle und eine höhere Krankheitseinsicht mit einer niedrigeren subjektiven Lebensqualität einhergehen. Ein höheres Arztvertrauen geht auch mit einer höheren Selbstwertschätzung einher, ebenso wie eine stärkere Tendenz, die eigenen Beschwerden auf einen die eigenen Grenzen missachtenden Lebensstil zu attribuieren. Dagegen stellen das Medikamentenvertrauen und die Attribution der eigenen Beschwerden auf eine geringe psychische Stabilität/Krisenfestigkeit negative Prädiktoren für die Selbstwertschätzung dar.

Die qualitative Studie

7 Methode

Die zweite Studie sollte eine stärkere Einbeziehung der Perspektive der Betroffenen bezüglich der Frage ermöglichen, welche Bedeutung psychoedukativen Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen zukommt. Es wurde daher ein Vorgehen gewählt, welches sich an der Grounded Theory Methodologie (MEY & MRUCK 2007 b; STRAUSS & CORBIN 1996) orientierte. Dieser Ansatz ermöglicht es auf besondere Weise, Erfahrungswelten aus der Sicht der handelnden Menschen zu erfassen und dabei »für das Neue im Untersuchten, das Unbekannte im scheinbar Bekannten offen« zu sein (FLICK et al. 2005, S. 17). Gerade diese Offenheit für Erfahrungswelten, ihre innere Verfasstheit und Konstruktionsprinzipien stellt den Ausgangspunkt für eine gegenstands begründete Theoriebildung dar (ebd.). Ein weiteres zentrales Merkmal der Grounded Theory Methodologie ist es, dass Forschung als ein iterativer Prozess verstanden wird, in dem Datenerhebung, Datenauswertung und Theoriebildung keine voneinander getrennten, sequenziellen Arbeitsphasen darstellen, sondern »in einem ständigen Wechsel zwischen Handeln (Datenerhebung) und Reflexion (Datenanalyse via Kodierprozeduren und Theoriebildung)« erfolgen (MEY & MRUCK 2007 a, S. 13). Dabei wird nicht nur die Auswahl der weiteren zu erhebenden Daten und der relevanten Analyseeinheiten durch den bisherigen Auswertungsprozess gesteuert, sondern auch die Forschungsfrage fortlaufend präzisiert. In diesem Prozess kommt der Selbstreflexion der Forschenden bezüglich ihres subjektiven Einflusses auf Forschungsentscheidungen und Interpretationen eine besondere Bedeutung zu (MUCKEL 1996). Denn »Forschende [strukturieren] in Interaktion mit denen, über die sie forschen, diesen Prozess – mit ihren (berufs-)biografischen Besonderheiten, mit dem, was disziplinär, (sub-)kulturell, zeitgeschichtlich verfügbar ist« (MRUCK & BREUER 2003, S. 1). Durch einen bewussten, reflektierten Umgang mit der Subjektivität der Forschenden kann diese konstruktiv und kreativ zum Erwerb neuen Wissens genutzt werden, während deren Dokumentation gleichzeitig die Nachvollziehbarkeit für andere ermöglicht (MRUCK & BREUER 2003; MUCKEL 1996; STEINKE 2005 a).

Die folgende Dokumentation des Forschungsprozesses beginnt dementsprechend mit einer Reflexion des Vorwissens und der unterschiedlichen Rollen der Forscherin (7.1). Danach wird die Datenbasis vorgestellt (7.2), wobei das Vorgehen beim Sampling und die resultierende Stichprobe beschrieben werden. Anschließend werden die verwendeten Methoden der Datenerhebung (7.3) dar-

gestellt. Der Prozess der Datenauswertung wird in Kapitel 7.4 beschrieben. Dabei wird das für die weitere Auswertung relevante Konzept der biografischen Krankheitsverarbeitung aus den Ergebnissen der ersten Auswertungsphase hergeleitet, und in einem Exkurs dessen Bezug zu bestehenden theoretischen Konzepten dargestellt. Abschließend werden die sich daraus ergebende Präzisierung der Fragestellung und die Anpassung der Auswertungsmethoden sowie die weiteren Auswertungsschritte beschrieben.

7.1 Reflexion des Vorwissens und eigener Rollen im Forschungsprozess

Mein theoretisches Vorwissen über den Forschungsgegenstand zu Beginn der Untersuchung entspricht im Wesentlichen den in den ersten beiden Kapiteln dieser Arbeit dargelegten theoretischen Positionen und empirischen Befunden zu Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Vor Beginn der Datenerhebung hatte ich mein »Vorwissen« schriftlich festgehalten, um es im Prozess der Auswertung immer wieder als Abgleich bzw. Kontrolle dafür zu nutzen, ob ich in den Daten nicht nur »eine Bestätigung meiner Hypothesen« suche (STEINKE 2005 a, S. 325). Meine eigenen Positionen und Überzeugungen über den Forschungsgegenstand haben sich im Prozess der Forschung verändert. Neben einer Fokussierung auf den Einfluss der Psychoedukation auf die biografische Krankheitsverarbeitung der Patienten (vgl. Kap. 7.4), wurde auch meine Haltung gegenüber psychoedukativen Interventionen allmählich kritischer. Die im Folgenden beschriebenen Methoden zum Umgang mit Subjektivität dienten über den gesamten Forschungsprozess auch dazu, den Einfluss dieser sich im Prozess der Auswertung verändernden Annahmen immer wieder zu reflektieren und anderen Positionen im Sinne der *Dezentrierung*²³ gegenüberzustellen.

Über den gesamten Forschungsprozess habe ich neben Memos zu aus den Daten generierten Annahmen und Hypothesen (vgl. CHARMAZ 2006; STRAUSS & CORBIN 1996) kontinuierlich Subjektivitäts-Memos verfasst, die sich explizit mit dem Einfluss meiner Rolle und meiner Positionen auf den Forschungsprozess befassten. Diese dienten neben der forschungsbezogenen Selbstreflexion auch als Ausgangspunkt für Fragen und Diskussionen in den unterschiedlichen von mir

23 MUCKEL (1996) bezeichnet als Dezentrierungstechniken alle Prozeduren, »die dazu beitragen oder führen können, eine bestimmte subjektive Auffassung *als Perspektive* wahrzunehmen, sie mit anderen Sehweisen ins Verhältnis zu setzen, zu relativieren – und so aus der Differenzinformation *Erkenntnistiefe* zu gewinnen« (S. 73).

besuchten Forschungsgruppen: In regelmäßigen Treffen mit einer ärztlichen Kollegin aus meinem Forschungsprojekt diskutierten wir meine Forschungsentscheidungen und (Zwischen-)Ergebnisse der Auswertung. Unsere unterschiedlichen beruflichen Hintergründe (Psychiaterin – Psychologin) erwiesen sich dabei als sehr produktiv. Divergierende Standpunkte ermöglichten es, meine eigenen Lesarten und Interpretationen in der Auseinandersetzung mit alternativen Lesarten und Gegenpositionen zu hinterfragen. Das Doktoranden-Kolloquium an der FU Berlin bot daneben die Möglichkeit, derartige Fragen über den gesamten Verlauf meiner Arbeit mit anderen qualitativ forschenden PsychologInnen, die nicht an der gleichen Untersuchung arbeiteten und damit meinem Untersuchungsgegenstand eher fern waren (»peer-debriefing«, STEINKE 2005 a, S. 326), zu diskutieren und meine Interpretation der Daten auf intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu prüfen. Entsprechend der jeweiligen Phase meiner Untersuchung nutzte ich diesen Raum für generelle Fragen zum Vorgehen oder zur Auswertung kleiner Interviewsegmente. Während der Datenauswertung fanden darüber hinaus regelmäßige Treffen mit einer anderen Doktorandin statt, die speziell der Arbeit am Material diente (Kodierung, Kategorienbildung). Insgesamt erwiesen sich diese Forschungsgruppen gerade durch ihre sehr unterschiedlichen Zusammensetzungen bezüglich spezieller Kompetenzen und Perspektiven als sehr hilfreich für den Forschungsprozess.

Eine zentrale Frage stellte für mich über den gesamten Forschungsprozess der Einfluss meiner Doppelrolle als Forscherin und Therapeutin dar. Zum einen erfolgte parallel meine Ausbildung zur Psychotherapeutin und zum anderen war ich auch therapeutisch in der Klinik tätig, in der die Untersuchung durchgeführt wurde. Beispielsweise hatte meine »psychotherapeutische Gesprächsführung« teilweise Einfluss auf mein Interviewverhalten, was möglicherweise auch Erwartungen bei den Interviewten weckte, die ich letztendlich nicht erfüllen konnte. Auch während der Auswertung merkte ich immer wieder, wie stark meine Interpretationen durch meine »psychotherapeutische Brille« beeinflusst waren. Durch die kontinuierliche Reflexion dieser Doppelrolle (insbesondere in den Forschungsgruppen) war es möglich, sie konstruktiv für den Forschungsprozess zu nutzen. So wurden beispielsweise problematische Situationen identifizierbar, die Veränderungen des Vorgehens notwendig machten (s. u.). Während der Auswertung trug die therapeutische Perspektive auf die Daten in Ergänzung zu anderen Perspektiven und »Brillen« zur Multiperspektivität und Befruchtung des Auswertungsprozesses bei. Dabei konnte ich auch die im Rahmen der Therapieausbildung realisierte Gruppen-/Einzelselbsterfahrung nutzen, um die Themen, Inhalte und Konflikte zu identifizieren, für die ich aufgrund meines biografischen Hintergrundes entweder besonders sensibel bin oder wo ich über »blinde Flecken« verfüge. Andersherum führte der Forschungsprozess auch zu einer Auseinandersetzung mit meinem therapeutischen Handeln und einer Re-

flexion meines therapeutischen Selbstverständnisses. Dies habe ich teilweise als erschütternd, meist aber (oder gerade deswegen auch) als befruchtend erlebt.

7.2 Datenbasis

7.2.1 Zugang zum Feld und Sampling

In der Untersuchung sollten Patienten mit Psychoseerfahrung über ihre Einschätzung psychoedukativer Interventionen befragt werden. Die Patienten wurden über die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin rekrutiert. In den Probeinterviews hatte sich gezeigt, wie stark sich die Konfundierung meiner unterschiedlichen Rollen als Psychologin/Therapeutin und Forscherin bei Patienten, die mich aus dem Klinikalltag kannten, auf die Interviews auswirkte. Aus diesem Grund wurden nur Patienten in die Untersuchung einbezogen, die mich nicht bereits in meiner Rolle als Therapeutin kannten. Dabei erwies es sich als sinnvoll, dass der erste Kontakt jeweils über die behandelnden Ärzte hergestellt wurde, die damit gewissermaßen als *gatekeeper* (MERKENS 2005, S. 288) fungierten: Die sich im Prozess der Forschung ergebenden Auswahlkriterien besprach ich zwar jeweils mit den Ärzten, die letztendliche Auswahl trafen allerdings die Ärzte.

Die Kriterien zur Auswahl der Untersuchungsteilnehmer wurden nicht komplett vor Beginn der Erhebung festgelegt, sondern im Verlauf des Forschungsprozesses konkretisiert bzw. erweitert. Dies entspricht dem Prinzip der Zirkularität von Datenerhebung und Datenauswertung in der Grounded Theory Methodologie (KLEINING 2003; STRAUSS & CORBIN 1996; TRUSCHKAT et al., 2005), nach dem im Rahmen einer sukzessiven Strategie und in Abstimmung mit dem Theoriebildungsprozess die Auswahl weiterer Untersuchungsteilnehmer getroffen wird (BREUER 1996, S. 94). Dabei wird nicht eine statistische Repräsentativität der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit, sondern eher eine inhaltliche Repräsentativität des untersuchten Gegenstands angestrebt (MERKENS 2005, S. 291). Dementsprechend wurden die Auswahlkriterien zu Beginn der Untersuchung relativ offen gehalten: Es wurden Patienten mit Psychoseerfahrung (bzw. der Diagnose einer schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankung nach ICD-10) angesprochen, die Vorerfahrung mit Psychoedukation hatten. Schon in den Probeinterviews hatte sich gezeigt, dass die meisten Patienten über relativ viel Vorerfahrung mit Psychoedukation verfügten und das in der quantitativen Studie evaluierte (leicht modifizierte) Psychoedukationsprogramm (vgl. Kap. 5.1) als nicht bedeutend anders einschätzten. Da dies auch der Fragestellung bezüglich psychoedukativer Interventionsprogramme allgemein entsprach, wurde die Pa-

tientenauswahl daher schon von vornherein nicht auf Patienten beschränkt, die (vollständig) an dem konkreten Psychoedukationsprogramm der quantitativen Studie teilgenommen hatten. Insgesamt sollte versucht werden, eine möglichst hohe Variabilität in Bezug auf mögliche soziodemografische oder krankheitsanamnestische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Erkrankungsdauer und Bildungsstand zu erreichen, um potenziellen Verzerrungen vorzubeugen.

Während der Datenauswertung zeigte sich, dass das psychiatrische Krankheitskonzept in den Erzählungen der Patienten eine sehr hohe Dominanz aufwies und keine klare Abgrenzung zwischen dem in der Psychoedukation und dem in der psychiatrischen Behandlung allgemein vermittelten Krankheitskonzept vorgenommen werden konnte. Aus diesem Grund wurde für die zweite Erhebungsphase beschlossen, auch Patienten einzuschließen, die noch nicht an einer Psychoedukation teilgenommen hatten. Insbesondere sollten erstens Patienten angesprochen werden, die aufgrund einer sehr kurzen Erkrankungsdauer wenig Erfahrung mit der psychiatrischen Behandlung allgemein hatten. Zweitens sollten, dies kontrastierend, Patienten eingeschlossen werden, die schon über längere Zeit erkrankt und in psychiatrischer Behandlung waren, aber noch nicht an Psychoedukation teilgenommen hatten. Die Gewinnung von Interviewpartnern, die dem ersten Kriterium entsprachen, erwies sich als schwierig und konnte nicht umfassend realisiert werden. Über die Institutsambulanz der Klinik konnten aber Patienten rekrutiert werden, für die das zweite Kriterium zutrifft.

Die Hinzunahme dieser Fälle erwies sich als hilfreich dabei, Differenzierungen zwischen der *Art* der Vermittlung des Krankheitskonzepts in der Psychoedukation und in der psychiatrischen Behandlung allgemein vorzunehmen. Gleichzeitig bestätigte sie aber auch, dass eine klare diesbezügliche Abgrenzung insbesondere im Hinblick auf den *Inhalt*, also das vermittelte Krankheitskonzept, schwierig ist, da die Patienten auch außerhalb der Psychoedukation Informationen über ihre Erkrankung und deren Behandlung bekommen, wenn auch oft weniger explizit. Aus diesem Grund beziehen sich Aussagen über das psychoedukativ vermittelte Krankheitskonzept meist auch auf das in der Behandlung allgemein vermittelte Krankheitskonzept. In der Darstellung der Ergebnisse wird aufgrund der besseren Lesbarkeit trotzdem vom psychoedukativ vermittelten Krankheitskonzept gesprochen. Es wird jeweils explizit vermerkt, wenn es dabei klar erkennbare Unterschiede gab. Mit Blick auf die *Art* der Vermittlung ist es eher möglich, für die Psychoedukation spezifische Ergebnisse zu formulieren.

Auch wenn das Sampling entsprechend einer Fallkontrastierung im Verlauf der Untersuchung entwickelt wurde (BREUER 1996; KLEINING 2003), konnte es nicht konsequent im Sinne des *theoretischen Samplings*²⁴ (CHARMAZ 2006;

24 »Theoretisches Sampling meint den auf die Generierung von Theorie zielenden Prozess der Datenerhebung, währenddessen der Forscher seine Daten parallel erhebt, kodiert und analysiert

GLASER 2007; STRAUSS & CORBIN 1996) umgesetzt werden. Die Rekrutierung der Patienten war darüber hinaus stark von der Verfügbarkeit der Patienten und forschungspragmatischen Gegebenheiten geleitet und die Auswahl wurde letztendlich von den behandelnden Ärzten vorgenommen.

7.2.2 Stichprobe

Als Datenbasis standen letztendlich Interviews mit zehn Patienten, jeweils fünf Frauen bzw. Männern zur Verfügung. Die interviewten Patienten waren zwischen 29 und 52 Jahre alt und zwischen einem halben Jahr und 30 Jahren erkrankt. Bei neun Patienten war eine paranoide Schizophrenie und bei einer Patientin eine schizoaffektive Störung diagnostiziert worden. Zum Zeitpunkt des Interviews waren drei der Patienten in stationärer, vier in tagesklinischer und drei in ambulanter Behandlung. Alle Patienten hatten eine antipsychotische medikamentöse Behandlung. Eine Übersicht über soziodemografische und krankheitsanamnestische Daten für die zehn interviewten Patienten mit den für den Text geänderten Namen findet sich in Tabelle 14.

Der Großteil der Patienten gab an, teilweise schon mehrfach an Psychoedukation teilgenommen zu haben. In Wissenschaft und Praxis werden sehr unterschiedliche Dinge unter dem Begriff Psychoedukation verstanden und ein breites Spektrum an Behandlungsansätzen als Psychoedukation bezeichnet (vgl. Kap. 3). Daraus ergab sich die Frage, was die Patienten selbst unter dem Begriff Psychoedukation verstehen und in Bezug auf ihre eigenen Erfahrungen, an was für Interventionen sie teilgenommen hatten, die möglicherweise unter dem Begriff der Psychoedukation liefen. In der Auswertung der Interviews zeigte sich diesbezüglich, dass

- alle Patienten, die in den letzten Jahren stationär behandelt wurden, an psychoedukativen Interventionen teilgenommen hatten;
- alle Patienten, die an psychoedukativen Interventionen teilgenommen hatten, dies im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung getan hatten;
- die Patienten, die Erfahrungen mit Psychoedukation hatten, diese relativ ähnlich in ihrem allgemeinen Fokus, der Art der Vermittlung und den inhaltlichen Schwerpunkten beschrieben.

sowie darüber entscheidet, welche Daten als nächste erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind. Dieser Prozess der Datenerhebung wird durch die im Entstehen begriffene – materiale oder formale – Theorie kontrolliert.« (Glaser & Strauss 1998, zitiert nach TRUSCHKAT et al. 2005, Abs. 1).

Als inhaltliche Themen wurden (ausschließlich) genannt: Symptombezeichnungen und Diagnose; Ursachenmodelle (Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell, Stoffwechselstörung im Gehirn, Genetik); Medikamente (Wirkung, Nebenwirkungen, Wirkmechanismen) sowie Rückfallschutz (Frühwarnzeichen erkennen, sich schonen/Stress vermeiden, Krisenplan). Dies entspricht insgesamt den Beobachtungen, dass Psychoedukation vornehmlich im stationären oder teilstationären Setting durchgeführt wird, dass es in diesem Setting zunehmend in die Standardbehandlung integriert wird und dass dabei informationszentrierte Interventionen mit einem Fokus auf die medikamentöse Behandlung und den Rückfallschutz vorherrschen (vgl. Kap. 3).

Tab. 14: Soziodemografische und krankheitsanamnestische Daten der Teilnehmer

Name ^a	Alter ^b	Schulabschluss	Berufliche Tätigkeit	Diagnose	Erkrankungsdauer (Jahre) ^b	Anzahl Klinikaufenthalte ^b	Vorerfahrung PE	Art der Behandlung
Herr Graf	35	Abitur	arbeitslos	F20.0	14	6	Ja	TK
Frau Toma	43	Kein Abschluss	Minijob	F20.0	4	4	Ja	TK
Frau Rieck	42	Mittlere Reife	ABM-Stelle	F25.2	2	2	Ja	S
Frau Speer	41	Abitur	arbeitslos	F20.0	18	7	Ja	TK
Frau Uhl	29	Abitur	Minijob	F20.0	0,5	0	Ja	S
Frau Gabler	43	Mittlere Reife	Teilzeit freier Arbeitsmarkt	F20.0	11	3	Ja	TK
Herr Röhr	52	Abitur	arbeitslos	F20.0	29	ca. 5	Nein	A
Herr Haag	30	Abitur	Studium	F20.0	0,5	0	Ja	S
Herr Böhm	50	Abitur	EU-Rente	F20.0	30	ca. 10	Nein	A
Herr Bahr	41	Mittlere Reife	arbeitslos	F20.0	16	3	Nein	A

^a anonymisiert; ^b zum Zeitpunkt des Interviews; PE: Psychoedukation; TK: Tagesklinik, S: Stationäre Behandlung, A: Ambulante Behandlung über die psychiatrische Institutsambulanz

7.3 Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurden Problemzentrierte Interviews (PZI; WITZEL 1982, 2000) durchgeführt. Ziel des PZI ist es, »im Zentrum einer Forschungsfrage stehende Tatbestände und deren subjektive Verarbeitung zu erfassen« (MEY 1999, S. 142). Durch die Kombination von erzählungs- und verständnisgenerierenden Kommunikationsstrategien ermöglicht das PZI zum einen, dass die Befragten ihre eigene Perspektive oder Problemsicht in Form von längeren Erzählsequenzen »auch gegen die Forscherinterpretation oder in den Fragen implizit enthaltenen Unterstellungen zur Geltung bringen können« (WITZEL 1982, S. 69). Zum anderen können die Interviewenden ihr »unvermeidbares und damit offen zu legendes Vorwissen« als heuristisch-analytischen Rahmen im Sinne von sensibilisierenden Konzepten (*sensitizing concepts*) für Frageideen nutzen, die im Prozess der Analyse fortentwickelt und am Datenmaterial erhärtet werden (WITZEL 2000, Abs. 3). Dabei wird im PZI auch konzeptuell berücksichtigt, dass

Forschung in einer sozialen Situation stattfindet, die Forschende *und* Beforschte entlang der in ihrer Biographie erworbenen je eigenen Schamgrenzen, der (antizipierten) eigenen und der vollzogenen Fremdwahrnehmung, der angestrebten Selbstdarstellung und in Vollzug ihrer jeweiligen Interessen gestalten, indem sie reden und schweigen, [zum Reden oder Schweigen bringen], beobachten und beobachtet werden (MRUCK & MEY 1996, S. 16; Hervorhebungen und Ergänzungen MEY 1999).

Insgesamt ermöglichte das PZI eine für die Untersuchung geeignete Kombination aus offener Gesprächsführung zur Generierung von Erzählsequenzen und strukturierenden Elementen, die eine Zentrierung entsprechend der Fragestellung erlauben.

Orientiert an dem Konzept des PZI wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der anhand von Probeinterviews getestet und modifiziert wurde und als »Hintergrundfolie« (WITZEL 2000, Abs. 9) für die Gespräche mit den Patienten diente. Er wurde so angelegt, dass das Gespräch mit einem narrativen Teil begann und in einen problemzentrierten Teil mündete. Die erzählungsgenerierende Einstiegsfrage wurde bewusst offen formuliert, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, das Gespräch allgemein zu eröffnen, »ohne dass man das Augenmerk bereits auf einen bestimmten Aspekt der Problemstellung beschränkt hat« (MEY 1999, S. 143). Auf diese Weise sollte eine Vorstellung darüber möglich werden, wie die Patienten selbst von sich und ihrem Leben berichten, und welchen Stellenwert sie dabei der Erkrankung einräumen, d. h. ob und wie sie selbst über ihre Erkrankung sprechen. Der Anstoß einer relativ offenen ersten Erzählsequenz gelang bei den Patienten in unterschiedlichem Ausmaß. Neben persönlichkeits- oder krankheitsbedingten Faktoren waren hier sicherlich auch Merkmale der Interviewsituation (s. u.) relevant, wenn

dem Erzählanstoß nicht die erwünschte offene Erzählung folgte. Bei einigen Patienten wurden dementsprechend schon relativ früh detail- bzw. verständnisgenerierende Fragen eingesetzt. Verständnisgenerierende Nachfragen bezogen sich insgesamt auf folgende Themenbereiche:

1. zur Person: Lebensziele/-Entwürfe, Ressourcen, Selbstkonzept, Selbstwertgefühl
2. zur Erkrankung: Krankheitskonzept, Krankheitserfahrungen (Herausforderungen, Schwierigkeiten, Auswirkungen)
3. zu Bedürfnissen während Krankheitsphasen: hilfreiche Faktoren, Wünsche, Ziele, Erwartungen während »Krisen« (Behandlung, Bewältigung)
4. zu Behandlungserfahrungen: Beurteilung allgemein, Anregungen/Verbesserungen
5. zu Erfahrungen speziell mit Psychoedukation: Beurteilung, Anregungen/Verbesserungen

Die sprachlichen Formulierungen sind im Leitfaden bewusst offen gehalten, um sich im Interview auf die von den Patienten selbst verwendeten Begrifflichkeiten für ihre Krankheit(-serfahrungen) einstellen zu können.

Die Interviews wurden im Zeitraum von Mai 2008 bis März 2009 in der Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin durchgeführt. Dieses Setting wurde gewählt, da zu Beginn der Untersuchung davon ausgegangen wurde, dass alle Patienten zum Zeitpunkt des Gesprächs in stationärer oder tagesklinischer Behandlung sein würden. Es erwies sich allerdings insofern problematisch, dass ich von den Interviewteilnehmern meist sehr eindeutig als Mitglied des Behandlungsteams wahrgenommen wurde, was sich auf die Beziehung im Gespräch (doppelte Asymmetrie) und damit auch das Gesprächsverhalten auswirkte. Dieser Problematik wurde von meiner Seite durch eine ausführliche Aufklärung über die Untersuchung (Anonymität) und der Betonung, dass es keine Verbindungen bzw. Auswirkungen auf die Behandlung haben werde, sowie einer Anpassung des Gesprächsstils, zu begegnen versucht. Trotzdem fanden sich in den Interviews Hinweise auf Antwortverhalten im Sinne der »sozialen Erwünschtheit«. Diese wurden während der Auswertung zunächst zusätzlich codiert, reflektiert und in der Interpretation berücksichtigt. Dieses Vorgehen ermöglichte es zum einen Grenzen der Interpretierbarkeit aufzuzeigen, trug auf der anderen Seite aber auch zum Verständnis bei: dadurch, dass mich die Studienteilnehmer als Teil des Behandlungsteams wahrnehmen, entstanden für sie besondere (antizipierte) Erwartungen an ihre Selbst- und Krankheitsdarstellungen (z. B. sich als compliant darzustellen), die wiederum mit anderen Identitätsansprüchen konkurrierten bzw. konfligierten (s. u.).

Vor dem Interview wurden den Patienten eine ausführliche Teilnehmerinformation sowie eine Einwilligungserklärung mit Datenschutzerklärung vorgelegt.

Die Gespräche dauerten zwischen einer knappen halben und eineinhalb Stunden. Sie wurden mit elektronischen Tonträgern aufgezeichnet und anschließend vollständig transkribiert. Unmittelbar nach Abschluss des Gesprächs wurden Postskripte mit Anmerkungen zu situativen und non-verbalen Aspekten, thematischen Auffälligkeiten oder Interpretationsideen verfasst (vgl. WITZEL 2000).

7.4 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte orientiert an den für die Grounded Theory Methodologie beschriebenen Auswertungsmethoden (CHARMAZ 2006; MUCKEL 2007; STRAUSS & CORBIN 1996). Für die Phase des offenen Kodierens wurde das Computerprogramm ATLAS.ti eingesetzt, welches für die Auswertung qualitativer Daten entwickelt wurde. Aufgrund von Inflexibilitäten des Programms wurde in den weiteren Phasen allerdings zunehmend auf Tabellen und Grafiken zur Dimensionalisierung von Kategorien und zur Veranschaulichung von Beziehungen zwischen den Kategorien zurückgegriffen. Mit fortschreitender Verdichtung der gefundenen Kategorien und Konzepte zu einer Theorie wurde das Computerprogramm dementsprechend vornehmlich für die fortlaufende Überprüfung am Text verwendet, da es ein schnelles Wiederauffinden von Textstellen ermöglicht. Im Folgenden wird der Prozess der Auswertung im Detail beschrieben.

7.4.1 Erste Auswertungsphase und Zwischenergebnisse

In der ersten Auswertungsphase wurde ein »vorläufiges« zentrales Phänomen herausgearbeitet, welches als *Aushandlung des Verhältnisses von Selbst und Erkrankung* bezeichnet wurde und zu einer Spezifizierung der Forschungsfragen sowie einer Anpassung der Auswertungsmethoden führte. Dies soll im Folgenden anhand von Teilergebnissen, die unterschiedliche Auswertungsschritte kennzeichnen, erläutert werden:

- In ihren Krankheitsdarstellungen griffen die Patienten auf verschiedene Konzeptionen der Erkrankung zurück. Dabei bestehen unterschiedliche, teilweise widersprüchliche Erklärungen oder Vorstellungen über die Erkrankung in den Krankheitsdarstellungen der Patienten in einem mehr oder weniger unverbundenen Nebeneinander. Dieser Befund ergab sich aus dem anfänglichen Versuch, aus den Erzählungen der Patienten ihr jeweiliges Krankheitsverständnis zu extrahieren.

- Die Krankheitsdarstellungen der Patienten sind dadurch in unterschiedlichem Ausmaß durch Inkonsistenz gekennzeichnet, die sich insbesondere in Brüchen, Widersprüchen oder Lücken in ihren Schilderungen zeigt. Diese weisen wiederum auf besondere Herausforderungen bzw. Schwierigkeiten der Krankheitsdarstellungen hin.
- Auch in den Selbstdarstellungen der Patienten zeigen sich Hinweise auf besondere Herausforderungen und Schwierigkeiten. Selbst- und Krankheitsdarstellungen hängen dabei eng miteinander zusammen. So sind beispielsweise unterschiedliche Konzepte der Erkrankung mit unterschiedlichen Konsequenzen für das eigene Selbstbild und die erlebte Wahrnehmung durch andere verbunden. Dabei können unterschiedliche »Identitätsansprüche« mit verschiedenen, teilweise widersprüchlichen Anforderungen an das Krankheitsverständnis verbunden sein. Umgekehrt können bestimmte Krankheitskonzepte in Bezug auf einen Aspekt des Selbstkonzepts »gewünscht« sein, während sie hinsichtlich eines anderen Aspekts mit »unerwünschten« Konsequenzen verbunden sind.
- Eine Ebene, auf der sich die Herausforderungen und Schwierigkeiten in besonderer Weise verdichten, ist die Art, wie Krankheit und Selbst in Beziehung zueinander gesetzt werden. Verschiedene Krankheitsdarstellungen stellen spezifische Strategien dar, *das Verhältnis von Selbst und Erkrankung auszuhandeln*. Unterschiedliche Positionierungen erfüllen dabei jeweils unterschiedliche Funktionen und sind mit unterschiedlichen Konsequenzen für das Selbstkonzept sowie die Selbstdarstellung der Person verbunden.

Der Fokus in der Analyse verschob sich also zunächst von den konkreten Krankheitskonzepten der Patienten zu deren Funktion in der Aushandlung unterschiedlicher, teilweise widersprüchlicher Anforderungen in der Krankheitsverarbeitung in Bezug auf ihre Selbstdarstellung und ihr Selbstkonzept. Für die weitere Auswertung waren dementsprechend insbesondere die Prozesse und Aspekte der Krankheitsbewältigung von Bedeutung, die sich auf die Auseinandersetzung mit den biografischen und sozialen Konsequenzen der Erkrankung für das eigene Selbstkonzept beziehen. Dieser Prozess wird hier als *biografische Krankheitsverarbeitung* bezeichnet. Der Begriff stützt sich auf die Konzepte der *biografischen Arbeit* von CORBIN und STRAUSS (2004) sowie der *Krankheits-Identitätsarbeit* von ESTROFF und Mitarbeitern (1997). Diese sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden, bevor eine daraus abgeleitete Definition gegeben wird.

7.4.2 Exkurs: Prozesse der biografischen Arbeit und Krankheitsidentitätsarbeit

Biografische Arbeit in der Krankheitsbewältigung

Basierend auf einer umfangreichen Forschungsarbeit entwickelten CORBIN und STRAUSS (2004) eine gegenstandsbezogene Theorie zu Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit, in der sie Verläufe chronischen Krankseins und die damit einhergehenden Herausforderungen und permanenten Anpassungsprozesse beschreiben. Das Eintreten einer schweren (chronischen) Erkrankung kann bisherige Lebensentwürfe der Betroffenen auf unterschiedlichen Ebenen infrage stellen oder sogar ganz zerstören. Das, was die Person in der Vergangenheit war und in der Zukunft zu sein hoffte, steht in einer Diskrepanz zu der Person, wie sie in der Gegenwart ist (ebd., S. 66). Die Krankheit muss in den Kontext der Biografie gestellt bzw. »zu einem Teil des gegenwärtigen Lebens« gemacht und es müssen »neue Selbstkonzeptionen im Lichte der Krankheit« entworfen werden (ebd., S. 26). Diesen Teil der Bewältigungsarbeit, bezeichnen Corbin und Strauss als *biografische Arbeit*. Sie beinhaltet vier gleichzeitig ablaufende und sich wechselseitig beeinflussende biografische Prozesse: kontextualisieren, bewältigen, Identität wiederherstellen und Biografie neu entwerfen (s. Tab. 15). Diese Prozesse sind für »die Definition und Erhaltung der Identität notwendig« (ebd., S. 26) und dienen dazu, »das Leben wieder zu einem Ganzen zusammensetzen« (ebd., S. 87).

Tab. 15: Prozesse der biografischen Arbeit nach CORBIN und STRAUSS (2004)

<i>Kontextualisierung</i>	Bezeichnet den Prozess, in dem die Krankheit in die Biografie integriert wird. Dies beinhaltet eine Auseinandersetzung mit der Frage, welche Aspekte des Selbst vorübergehend oder für immer verloren sind, welche Aspekte geblieben sind und helfen können, biografische Kontinuität zu gewährleisten. Voraussetzung dafür ist ein gewisses Maß an Akzeptanz der Krankheit und der damit einhergehenden Einschränkungen. Das individuelle Ausmaß der Kontextualisierung kann im Prozess der Krankheitsbewältigung stark variieren.
<i>Bewältigung</i>	Bezeichnet den Prozess, in dem allmählich Verständnis und Akzeptanz für die unwiderrufliche Qualität der Krankheit und die damit verbundenen Einschränkungen und biografischen Konsequenzen entsteht. Bewältigung erfordert dabei zu akzeptieren, dass bestimmte Aspekte des Selbst oder der Aktivität verloren oder nicht mehr möglich sind, sowie diese Aspekte loszulassen und sich von der Vergangenheit hin zur Zukunft zu orientieren.
<i>Wiederherstellung der Identität</i>	Bezeichnet den Prozess der Auseinandersetzung mit dem durch die Krankheit ausgelösten Identitätsbruch, zu dem es häufig in Verbindung mit der Diagnosestellung kommt. Auch wenn das Ausmaß der »Erschütterung der eigenen Identität« variiert, geht häufig das Gefühl von Ganzheit verloren. Dieses wiederzugewinnen ist ein zentrales Ziel des Prozesses der Wiederherstellung der Identität.
<i>Neuentwurf der eigenen Biografie</i>	Bezeichnet den Prozess, in dem ein biografischer Plan entwickelt wird, der der zukünftigen Biografie eine Richtung gibt. Corbin und Strauss beschreiben zwei Voraussetzungen dafür, dass so ein Plan überhaupt entstehen kann. Die erste Voraussetzung ist das Kristallisieren, d. h. die Wahrnehmung und Realisierung dessen, was jetzt oder in Zukunft nicht mehr möglich ist, um dann die Biografie im Lichte dieser Einschränkungen neu entwerfen zu können. Die zweite Voraussetzung ist, dass der Betroffene ein gewisses Maß an Kontrolle über die Verlaufskurve seiner Krankheit bekommt.

Corbin und Strauss weiten den Blick für die biografischen Konsequenzen einer chronischen Erkrankung für den Betroffenen. Sie verdeutlichen, dass Krankheitsbewältigung insbesondere bedeutet, mit dem durch die Erkrankung ausgelösten Bruch der biografischen Kontinuität und des darin begründeten Selbstbildes umzugehen.

Krankheitsidentitätsarbeit und Krankheitsidentitätsrede

Auch ESTROFF (1987) und ESTROFF und Mitarbeiter (1997) untersuchten die subjektiven Erfahrungen und Umgangsweisen von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Anders als Corbin und Strauss konzentrierten sie sich dabei auf schwere *psychische* Erkrankungen, die »vielleicht mehr noch als jedes andere anhaltende Leiden (...) die Identität und das Selbst als den primären Ort und das Opfer der Störung« betreffen (ESTROFF et al. 1997, S. 112). Fokus ihrer Untersuchung waren die Wechselbeziehungen zwischen Darstellungen und Erklärungen der Krankheit sowie Darstellungen und Erklärungen des Selbst. Dabei zeigte sich, wie eng Person und Krankheit sowie deren jeweilige Darstellung miteinander verbunden sind: »von psychischer Krankheit zu berichten, [heißt] unausweichlich auch, sich selbst darzustellen« (ebd., S. 105). Zur genaueren Analyse der Wechselbeziehungen führten sie die Konzepte der Krankheits-Identitätsarbeit (*illness-identity work*) und der Krankheits-Identitätsrede (*illness-identity talk*) ein. *Krankheits-Identitätsarbeit* bezieht sich auf die Prozesse biografischer und autobiografischer Revision, die durch chronische Krankheiten ausgelöst werden, und bringt »die Worte, Ideen, Bilder, Handlungen und Gefühle hervor, mit denen Personen in schwierigen gesundheitlichen Situationen ihr Leben wieder zusammenfügen und es weiterführen« (ebd., S. 111). Als einen Teil der Krankheits-Identitätsarbeit bezeichnen sie die *Krankheits-Identitätsrede*, welche die durch Nachfrage hervorgerufenen Krankheitsdarstellungen und Diskurse der Selbstetikettierung umfasst. In ihrer Arbeit identifizierten sie zwei Haupttypen des Sprechens über Selbst und Krankheit: normalisierende Rede und Aussagen über die Krankheits-Identität. Normalisierende Rede dient vornehmlich dazu, die Zuschreibung der Krankheit anzuzweifeln oder den Zustand als gewöhnlich bzw. nicht pathologisch einzuordnen. Aussagen über die Krankheits-Identität umfassen alle Selbstdarstellungen, in denen es um die Krankheit geht und beinhalten dabei mehr oder weniger explizite Aussagen darüber, wie die Person das Problem bzw. die Erkrankung im Verhältnis zum Selbst verortet. Die Krankheitsidentitätsarbeit stellt einen Prozess dar, der zum Teil über die Krankheits-Identitätsrede vermittelt wird. Für die Untersuchung des Krankheitsverständnisses der Patienten rückt dies den Fokus auf die Funktionen bzw. Konsequenzen der Krankheitsdarstellungen für die Krankheits-Identitätsarbeit.

Überlegungen zum Identitätsbegriff

CORBIN und STRAUSS (2004) und ESTROFF (1987, 1997) betonen die Zusammenhänge zwischen Krankheitsverläufen/-bewältigung und Identität bzw. Identitätsarbeit. Der Identitätsbegriff stellt allerdings trotz – bzw. gerade aufgrund – seines inflationären Gebrauchs kein einheitliches Konstrukt dar (KEUPP et al. 2008).²⁵ Daher soll an dieser Stelle auf die für die vorliegende Arbeit relevanten Konzeptionen von Identität eingegangen werden.

CORBIN und STRAUSS legen ihrer Arbeit einen biografischen Identitätsbegriff zugrunde: Selbstkonzeptionen, d. h. »die Sichtweisen, die man von sich in Bezug auf die Gesamtheit seiner Identität hat« (ebd., S. 72), sind auf komplizierte Weise mit der biografischen Zeit verknüpft. Denn »Erfahrungen in der Vergangenheit beeinflussen die Interpretation davon, wer man in der Gegenwart ist, während die Vergangenheit und eine sich entfaltende Gegenwart zusammen die Basis dafür bilden, wer man in der Zukunft sein wird.« (ebd., S. 70) Identität ist damit kein Zustand, sondern ein selbstreflexiver Prozess, in dem die Person aus der aktuellen Situation heraus versucht, vergangene Handlungen zu interpretieren und darauf aufbauend Anschlusshandlungen oder Zukunftsentwürfe zu finden – also eine biografische Kontinuität herzustellen. Biografische Kontinuität schließt Infragestellungen, Widersprüchlichkeiten oder Brüche aber nicht grundsätzlich aus, erfordert aber deren Integration und gegebenenfalls Legitimation (Nassehi & Weber 1990, zitiert nach BOCK 2005). Die von CORBIN und STRAUSS (2004) beschriebenen Prozesse der biografischen Arbeit dienen dazu, diese Kontinuität herzustellen und damit den durch die Erkrankung drohenden Bruch zu bewältigen.

Ähnlich wie in dem Konzept der Krankheits-Identitätsarbeit (ESTROFF 1989, 1997) soll für die vorliegende Arbeit ein Identitätsverständnis herangezogen werden, das sowohl biografische als auch soziale Aspekte berücksichtigt – die letztendlich aber nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können: »Identität entsteht in der besonderen Art und Weise, wie sich Personen aktiv gestaltend auf ihren Kontext beziehen und ebenso wie sie von ihm geformt werden.« (Zaumseil 1995, zitiert nach BOCK 2005, S. 62). Für die Identität bzw. Identitätsarbeit sind dabei die Identitäts- und Sinnstiftungsangebote des jeweiligen kulturellen und sozialen Kontexts von Bedeutung (Zaumseil 1997). In spätmodernen Gesellschaften wird von einer Pluralisierung der zur Verfügung stehenden Identitätsangebote ausgegangen, d. h. es besteht eine Vielzahl unterschiedlicher Lebensformen oder Lebensentwürfe, Wertorientierungen oder Über-

²⁵ Vielmehr wirft das Konstrukt der Identität vielfältige komplexe Fragestellungen auf, die in unterschiedlichen Disziplinen wie Soziologie, Philosophie, Psychologie, aber auch anderen Geisteswissenschaften aus unterschiedlichen Perspektiven kontrovers diskutiert werden, und es besteht eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und Konzeptionen von Identität (vgl. z. B. ERIKSON 1966; GOFFMAN 1967; KEUPP et al. 2008; KRAPPMANN 1982; MEAD 1968).

zeugungssysteme nebeneinander (ROESLER 2001). Als ein wichtiger Bestandteil der Identitätsarbeit gilt daher die Integration, Verknüpfung bzw. das Management unterschiedlicher Selbstkonzeptionen, sozialer Rollen oder Teilidentitäten (KEUPP et al. 2008; KRAUS 2000, 2003). Dies spielt für die Betrachtung der Krankheits-Identitätsarbeit von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen eine zentrale Rolle. Nach ESTROFF (1989) ist die zunehmende Rollenbeschränkung auf die Krankenrolle ein zentraler Faktor für Chronifizierung. LALLY (1989) bezeichnet den Prozess der zunehmenden Beschränkung auf die Identität des schizophrenen Patienten als (*identity*) *engulfment* (dt. Identitätsverschlingung oder -überflutung). Umgekehrt beschreibt Recovery den Prozess der Integration der Krankheit in ein Selbstkonzept, welches nicht auf die Patientenrolle beschränkt bleibt (vgl. Kap. 2.3). Krankheits-Identitätsarbeit beinhaltet neben der Integration der Erkrankung also auch die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines komplexen Selbstbildes, welches neben der Rolle oder Identität als Patient auch andere Rollen oder Teilidentitäten beinhaltet.

Ausgehend von den Ergebnissen der ersten Auswertungsphase und basierend auf den Konzepten der biografischen Arbeit von Corbin und Strauss und der Krankheits-Identitätsarbeit von Estroff wurde die biografische Krankheitsverarbeitung der Patienten als Fokus für die weitere Auswertung festgelegt. *Biografische Krankheitsverarbeitung* bezeichnet dabei die andauernden (rückwärts- und zukunftsgerichteten) Prozesse der (auto)-biografischen Revision, die beim Eintreten einer schweren Erkrankung einsetzen und die sich auf die Integration der Erkrankung in die eigene Biografie, die Neudefinition der eigenen Identität und die Neuentwicklung einer Zukunftsperspektive in Anbetracht der Erkrankung beziehen. Entsprechend dem zugrunde gelegten Identitätsverständnis wird auch die biografische Krankheitsverarbeitung als biografisch-sozialer Prozess angesehen²⁶ (vgl. BOCK 2005). Dementsprechend wird davon ausgegangen, dass die jeweils aktuellen Selbst- und Krankheitsdarstellungen einen mehr oder weniger umfangreichen, situations- und kontextabhängigen Ausschnitt der biografischen Krankheitsverarbeitung vermitteln.

26 Der Begriff der biografischen Krankheitsverarbeitung wird hier dem Begriff der Krankheits-Identitätsarbeit trotz seiner konzeptuellen Nähe vorgezogen, da letzterer durch die oben beschriebene fehlende Klarheit des Identitätsbegriffs schwierig erscheint. Während Identität entsprechend dem hier zugrunde gelegten Identitätsverständnis als etwas verstanden wird, das in einem kontinuierlichen, nie abgeschlossenen Prozess individuell und sozial konstruiert wird, impliziert der Identitätsbegriff beispielsweise nach wie vor auch Vorstellungen von einem statischen, essenziellistischen Identitätskern (KEUPP et al. 2008; KRAUS 2003).

7.4.3 Präzisierung der Fragestellung

Die sich aus dem hier skizzierten Prozess der Datenauswertung ergebende Fokussierung auf die biografische Krankheitsverarbeitung der Patienten ermöglichte auch eine Präzisierung der Fragestellung. Wie beschrieben wurden bestimmte Merkmale der Selbst- und Krankheitsdarstellungen der Patienten zum einen als Hinweise auf Herausforderungen und Schwierigkeiten der biografischen Krankheitsverarbeitung verstanden, zum anderen aber auch als (teilweise sehr kreative) Versuche, diesen zu begegnen. Für die übergeordnete Fragestellung schien es dementsprechend weniger relevant, wie die Patienten ihre Krankheit darstellen, sondern vielmehr, welche Hinweise sich daraus auf solche Herausforderungen oder Schwierigkeiten der biografischen Krankheitsverarbeitung ergeben. Der Fokus verschob sich damit auf die Bedingungen, die das Nebeneinander unterschiedlicher Positionierungen notwendig machen. Mit Bedingungen sind hier insbesondere die für Menschen mit Psychoseerfahrungen zur Verfügung stehenden kulturellen Sinnstiftungs- oder Identitätsangebote gemeint. In diesem Zusammenhang können auch die psychoedukativ vermittelten Krankheitskonzepte und die darin enthaltenen Erklärungsangebote als derartige Identitätsangebote verstanden werden, über die ihre Relevanz für die biografische Krankheitsverarbeitung analysierbar wird. Basierend auf diesen Überlegungen wurde die Fragestellung für die weitere Auswertung präzisiert:

- Welche Herausforderungen und Schwierigkeiten zeigen sich in der biografischen Krankheitsverarbeitung der Patienten und welche Bedeutung hat das individuelle Krankheitsverständnis für den Umgang mit diesen Herausforderungen?
- Welche Bedeutung haben das psychoedukativ vermittelte Krankheitskonzept und die darin enthaltenen Erklärungs- und Identitätsangebote für die biografische Krankheitsverarbeitung der Patienten?

7.4.4 Anpassung der Auswertungsmethoden und weitere Auswertungsphasen

Ausgehend von der so präzisierten Fragestellung wurden erneut detaillierte Fallanalysen der Interviews durchgeführt. Ziel dabei war es, Fallbeschreibungen zu erstellen, in denen die subjektive Sinneinheit des Falls berücksichtigt werden konnte (vgl. MARKARD 2000). Diese Analysen orientierten sich methodisch an dem Ansatz der Rekonstruktion einer narrativ konstruierten Identität (LUCIUS-HOENE 2000; LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004 a, 2004 b). LUCIUS-HOENE (2000) entwickelte diesen Ansatz speziell, um das subjektive Erleben einer schwe-

ren Erkrankung und die zu ihrer Bewältigung geleistete Identitätsarbeit aus den Krankheitserzählungen der Betroffenen (*illness narratives*) rekonstruieren zu können. Narrative Identität wird dabei als interaktiv und lebensgeschichtlich situierendes und motiviertes kommunikatives Produkt verstanden, welches im Interview konstituiert und empirisch zugänglich wird (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN, 2004 b, S. 11). Dementsprechend wird autobiografisches Erzählen als ein Sinnstiftungsprozess verstanden, in dem sich die autobiografische *Darstellung* und die interaktive *Herstellung* von Identität verbinden (ebd., S. 10). In der Analyse des Erzählten geht es weniger um Fragen der Validität und Authentizität des Erzählten, sondern vielmehr um die Funktion der biografischen Selbstdarstellung für die aktuelle Identitätsherstellung, den Selbstwerterhalt und die Bewältigung des Erlebten.²⁷

In der Analyse werden dabei im Wechsel miteinander verschiedene Schritte durchlaufen, anhand derer das Vorgehen bei der Analyse der Interviews im Folgenden kurz beschrieben werden soll.²⁸ Die erste *grobstrukturelle Analyse* diente jeweils der Segmentierung des gesamten Interviews anhand von strukturellen Merkmalen (z. B. thematische Wechsel, Wechsel im zeitlichen Auflösungsgrad oder der Textsorte). Auf diese Weise konnten unterschiedliche Erzähllinien oder Segmente identifiziert und in ihrer Bedeutung für die Gesamtstruktur betrachtet werden. Darauf aufbauend wurden relevante Ausschnitte oder Teilerzählungen für die *Feinanalysen* ausgewählt. Dabei wurden zunächst Gliederungen der Binnenstruktur des ausgewählten Textausschnitts erstellt. Anschließend wurde in einem strikt-sequenziellen Wort-für-Wort Vorgehen der Text mithilfe der von LUCIUS-HOENE und DEPPERMAN (2004 b) beschriebenen Heuristiken analysiert, wobei es jeweils um die übergeordnete Frage ging, wie in dem jeweiligen Ausschnitt narrative Identität hergestellt wird. Gleichzeitig wurden fortlaufend Überlegungen bezüglich Bezügen zur Gesamtstruktur oder anderen Textpassagen in Form von Memos notiert. Anschließend wurden die Ergebnisse jeweils nach relevanten Problembereichen bezüglich der übergeordneten Fragestellung geordnet. Im letzten Schritt wurden die Ergebnisse sequenzübergreifend zusammengefasst, eine Auswahl der relevanten Bereiche getroffen und die *Fallstruktur* erarbeitet, anhand derer eine ausführliche Falldarstellung für das jeweilige Interview geschrieben wurde.

Die auf diese Weise herausgearbeiteten fallspezifischen Ergebnisse bezüglich der Herausforderungen in der biografischen Krankheitsverarbeitung und der

27 Für eine umfassende Darstellung der Theorie der narrativen Identität und deren Bezug zu identitätstheoretischen Positionen siehe ROESLER 2001.

28 Für die ausführlichen Fallanalysen wurden die sechs Interviews ausgewählt, bei denen längere narrative Passagen im Gespräch möglich waren und damit die Grundlage für die Anwendung des Verfahrens gegeben war vgl. Kap. 7.3.

Bedeutung psychoedukativ vermittelter Informationen wurden in einem weiteren Auswertungsschritt in die bisherigen Ergebnisse integriert bzw. die bisherigen Ergebnisse auf diese Weise konkretisiert. Eine derartige Integration detaillierter (narrativer) Fallanalysen im Sinne der Grounded Theory Methodologie wurde von verschiedenen Autoren empfohlen (BÖHM 2005; LUCIUS-HOENE & DEPERMANN 2004 b). Die Integration und Konkretisierung der Ergebnisse bezog sich dabei jeweils auf zwei Ebenen. Die erste Ebene stellt ein Rahmenmodell für die Analyse und Darstellung der Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die biografische Krankheitsverarbeitung dar. Eine Konkretisierung der Ergebnisse bezog sich auf dieser Ebene auf eine Überprüfung und Spezifizierung der im Laufe der Auswertung entwickelten Annahmen über die Bedeutung des Krankheitsverständnisses für die biografische Krankheitsverarbeitung (s. o.) sowie die Art, wie psychoedukative Interventionen über die Vermittlung bestimmter Erklärungsangebote die biografische Krankheitsverarbeitung beeinflussen. Die zweite Ebene stellt die konkreten Herausforderungen und Schwierigkeiten der biografischen Krankheitsverarbeitung sowie den jeweiligen diesbezügliche Beitrag psychoedukativer Interventionen dar.

8 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die biografische Krankheitsverarbeitung von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen vorgestellt. Dabei wird zunächst das während der Auswertung entwickelte Rahmenmodell dargestellt (8.1), welches zur Einordnung der weiteren Ergebnisse dienen soll. Anschließend werden konkrete Herausforderungen und Schwierigkeiten der Krankheitsverarbeitung beschrieben, wobei jeweils auf die Bedeutung eingegangen wird, die psychoedukativen Interventionen für den Umgang mit diesen zukommt (8.2). Das Kapitel schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse (8.3).

8.1 Biografische Krankheitsverarbeitung und Psychoedukation: ein Rahmenmodell

Im Folgenden wird das Rahmenmodell für die Analyse der Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung beschrieben. Dabei werden für die Darstellung zunächst künstlich zwei Teilaspekte unterschieden – die Bedeutung des Krankheitsverständnisses für den Prozess der biografischen Krankheitsverarbeitung und der Beitrag psychoedukativer Interventionen für diesen Prozess – die anschließend integriert werden.

Zur Bedeutung des Krankheitsverständnisses für die biografische Krankheitsverarbeitung

Die Auseinandersetzung mit der Krankheit und die Verarbeitung der Krankheitserfahrungen betrifft unmittelbar Fragen der eigenen Identität, der Selbst- und Fremdwahrnehmung der Person. Mit dem Eintreten der Erkrankung setzen Prozesse der »biografischen und autobiografischen Revision« (ESTROFF 1997, S. 111) ein, die sich auf Fragen der Integration der Krankheit in die eigene Biografie, der Wiederherstellung der eigenen Identität und der Neuentwicklung einer Zukunfts-

perspektive beziehen. Diese Prozesse werden hier als *biografische Krankheitsverarbeitung* bezeichnet (vgl. Kap. 7.4). Sie haben eine zentrale Bedeutung für das Selbstbild der Patienten und stehen in enger wechselseitiger Beziehung mit den Versuchen, die die Person selbst (oder andere) zur Bewältigung der Krankheit unternehmen. In der Auswertung der Fallanalysen wurden Herausforderungen und Schwierigkeiten in der biografischen Krankheitsverarbeitung der Patienten identifiziert und dann über alle Patienten zusammengefasst. Dabei ergaben sich die folgenden Herausforderungen und Schwierigkeiten:

1. Die Psychoerfahrungen verarbeiten und mitteilen
2. Die Diagnose der Erkrankung annehmen
3. Die eigene Verantwortung an der Entstehung der Erkrankung klären
4. Die medikamentöse Behandlung akzeptieren
5. Mit der Infragestellung eines »normalen« Lebens umgehen
6. Sich vor Selbst- und Fremdstigmatisierung schützen

Ein zentrales Merkmal dieser Herausforderungen ist, dass sie in sich oder untereinander mit widersprüchlichen Anforderungen an die Person und ihren Umgang mit der Krankheit verbunden sind. Die einzelnen Herausforderungen und Schwierigkeiten werden unter 8.2 genauer beschrieben.

Mit Blick auf das Krankheitsverständnis zeigte sich auch in den Erzählungen der hier interviewten Patienten, dass viele unterschiedliche Konzeptionen der Erkrankung nebeneinander bestehen und das Krankheitsverständnis der Patienten somit weniger ein einheitliches Krankheitskonzept im Sinne einer ausgearbeiteten Theorie darstellt, als vielmehr ein flexibles Erklärungssystem (vgl. Kap. 2.3 und 7.4). Die unterschiedlichen Konzeptionen der Erkrankung werden dabei meistens nicht zu einer einheitlichen Theorie integriert, sondern können teilweise auch Widersprüche, Inkonsistenzen oder Lücken aufweisen. Die unterschiedlichen Annahmen erfüllen (situativ/kontextabhängig) verschiedene Funktionen innerhalb der biografischen Krankheitsverarbeitung der Patienten. Auch und gerade das Nebeneinander der Konzeptionen kann dabei eine Funktion für die biografische Krankheitsverarbeitung haben, indem auf diese Weise teilweise widersprüchlichen Aspekten der Krankheitserfahrungen und Anforderungen in deren Verarbeitung Rechnung getragen wird.

Eine zentrale Bedeutung kommt dabei der Frage zu, wie die Erkrankung im Verhältnis zur Person verortet wird. In den Erzählungen der Patienten wird das Verhältnis von Selbst und Erkrankung durch die unterschiedlichen Annahmen und Konzeptionen der Erkrankung auf unterschiedlichen Dimensionen ausgehandelt bzw. austariert. Als Erstes betrifft es Fragen der Lokalisierung, also wo die Erkrankung bzw. das Problem lokalisiert werden und welche Substanz als davon betroffen angesehen wird. Dies kann außerhalb oder innerhalb der Person sein. Eine externale Lokalisierung kann beispielsweise in äußeren Mächten (spirituell,

Zufall/Schicksal, etc.), anderen Personen oder äußeren Rahmenbedingungen vorgenommen werden. Internal können eher körperlich-somatische Prozesse, emotionale oder kognitive Prozesse, Persönlichkeitseigenschaften und individuelle Erlebens- und Verhaltensmuster als von der Erkrankung betroffene »Substanz« angesehen werden. Eine weitere Dimension beinhaltet, wie weit Erkrankung und Person als distinkte, voneinander unabhängige Entitäten angesehen werden (Distinktheit). Diese Dimension hängt zwar eng mit der Lokalisierung zusammen, ist aber nicht mit ihr gleichzusetzen. So kann beispielsweise auch eine innerhalb der Person lokalisierte Erkrankung mehr oder weniger stark als distinkte Entität betrachtet werden, die eine »Eigenmacht« hat. Eng damit zusammenhängend ist damit auch die (teilweise darüber ausgehandelte) Frage nach der Kontrolle bzw. Handlungsmacht – d. h. inwieweit die Erkrankung Kontrolle über die Person hat bzw. die Person auch Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung erlebt. Schließlich wird das Verhältnis von Person und Erkrankung darüber bestimmt, wie viel Bedeutung der Erkrankung für das Leben bzw. die Definition der Person beigemessen wird. Dies rangiert zwischen den Extremen, dass der Erkrankung keinerlei Bedeutung für das Leben bzw. die Person beigemessen wird auf der einen, und dass der Erkrankung eine so große Bedeutung beigemessen wird, dass die Person im Grunde gänzlich von der Erkrankung bestimmt oder definiert wird auf der anderen Seite.

Dem Krankheitsverständnis kommt damit eine zentrale Bedeutung für die biografische Krankheitsverarbeitung zu, weil durch die unterschiedlichen Konzeptionen und Erklärungen widersprüchlichen Anforderungen der Krankheitsverarbeitung Rechnung getragen und das Verhältnis von Person und Erkrankung ausgehandelt wird (vgl. Abb. 10).



Abb. 10: Biografische Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverständnis

Der Beitrag der Psychoedukation zur biografischen Krankheitsverarbeitung

Die Entwicklung des individuellen Krankheitsverständnisses kann, wie die biografische Krankheitsverarbeitung auch – und in enger Wechselwirkung mit dieser, als ein andauernder Prozess verstanden werden. Das individuelle Erklärungssystem kann in diesem Prozess ausgeweitet oder beschränkt werden bzw. unterschiedliche Schwerpunktsetzungen beinhalten. Die Entwicklung des Krankheitsverständnisses wird dabei von vielen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, von denen psychoedukative Interventionen (nur) einen darstellen. Welchen Einfluss psychoedukative Interventionen auf das Krankheitsverständnis haben, hängt dabei auch von anderen Faktoren ab, bzw. wird von diesen moderiert (vgl. Abb. 11). Diese Zusammenhänge sollen im Folgenden genauer erläutert werden, wobei zunächst auf diese weiteren Einflussfaktoren eingegangen wird.

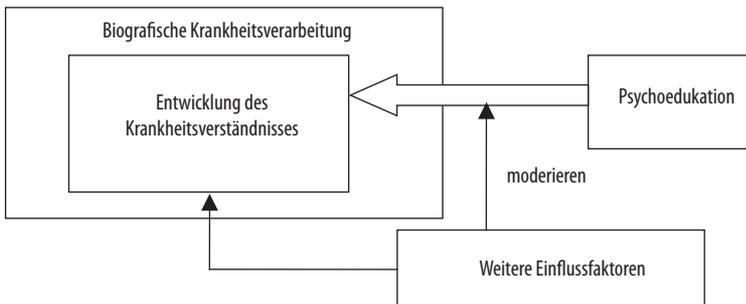


Abb. 11: Einflussfaktoren auf die biografische Krankheitsverarbeitung

Viele Patienten beschreiben, dass schon mit den beginnenden Veränderungen einer ersten Psychose (bzw. deren Wahrnehmung durch sie selbst oder andere) ein Prozess einsetzt, in dem sie versuchen, diese Veränderungen zu verstehen und zu erklären. Sie entwickeln dabei Annahmen über die Krankheit, deren Entstehung und Bedeutung für ihr weiteres Leben (auch wenn sie [noch] nicht notwendigerweise als Erkrankung wahrgenommen oder benannt wird). Veränderungen im Krankheitsverlauf, insbesondere Verschlechterungen des eigenen Zustands können zu einer Infragestellung bestehender Annahmen und der darin beinhalteten Positionierung zur Erkrankung führen und Neupositionierungen notwendig machen.

Neben der Auseinandersetzung mit den eigenen Krankheitserfahrungen und dem individuellen Krankheitsverlauf wird die Entwicklung des Krankheitsverständnisses durch weitere Erfahrungen beeinflusst, die die Patienten in Zusammenhang mit der Erkrankung machen. Sie kommen beispielsweise mit unterschiedlichen Konzeptionen und Vorstellungen über die Erkrankung in Kontakt

und erhalten Hinweise auf Bewältigungsstrategien oder Bewertungen bestimmter Bewältigungsstrategien. Dies können Vorstellungen über die Erkrankung im familiären oder weiteren sozialen Umfeld sowie in den Medien oder in professionellen Zusammenhängen angebotene Erklärungs- oder Bewältigungsmöglichkeiten sein. Derartige Vorstellungen können explizit vermittelt werden oder eher indirekt über das Verhalten gegenüber dem Patienten zum Ausdruck kommen. Insbesondere Erfahrungen von Ausgrenzung, Diskriminierung oder Entmündigung transportieren für die Patienten indirekt, aber nicht weniger einflussreich, bestimmte Vorstellungen über ihre Erkrankung oder sie selbst als Person mit dieser Erkrankung. Die Patienten müssen diese Erfahrungen verarbeiten, sie setzen sich mit den Erfahrungen und den darin vermittelten Vorstellungen auseinander, und können sich mehr oder weniger bewusst von diesen abgrenzen oder sie in ihr eigenes Verständnis von sich und der Erkrankung übernehmen.

Psychoedukative Interventionen stellen damit (nur) einen von vielen Einflussfaktoren auf die Entwicklung des individuellen Krankheitsverständnisses der Patienten dar. In unterschiedlichem Ausmaß finden sich bei allen Patienten Hinweise auf individuelle Vorstellungen über ihre Erkrankung, die sie unabhängig von oder vor ihrem ersten Kontakt mit einem psychiatrischen Krankheitskonzept entwickelt haben, und die darüber hinausgehen oder diesen widersprechen können. Welche Bedeutung das in der Psychoedukation vermittelte Krankheitskonzept für das individuelle Krankheitsverständnis der Patienten und damit für ihre biografische Krankheitsverarbeitung hat, wird dabei von anderen Faktoren moderiert. Als zentral erwies sich hier in erster Linie die Art und Weise, wie die Patienten selbst mit diesem Krankheitskonzept umgehen. Der individuelle Umgang der Patienten bewegt sich dabei auf einem Kontinuum zwischen Abgrenzung (Infragestellung, Negation) von den vermittelten Krankheitskonzepten auf der einen Seite und deren Übernahme auf der anderen Seite (vgl. Abb. 12).

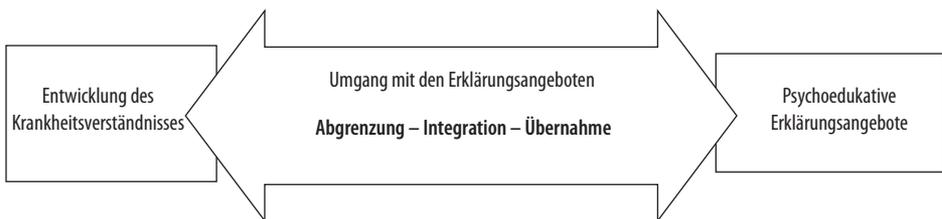


Abb. 12: Umgang mit den psychoedukativen Erklärungsangeboten

Eine Abgrenzung von den psychoedukativen Sinnangeboten kann beispielsweise dem Schutz bzw. der Aufrechterhaltung der individuellen Vorstellungen über die Erkrankung dienen. Eine Übernahme der psychoedukativen Sinnangebote kann dagegen zu einer Relativierung oder Infragestellung alternativer individueller

Vorstellungen führen. Dabei handelt es sich nicht um eindeutige, statische Strategien, sondern die Patienten können bestimmte Sinnangebote in einem bestimmten Kontext eher übernehmen und in einem anderen Kontext eher infrage stellen. Unterschiedliche Strategien der Abgrenzung oder Übernahme können sich dabei auch speziell auf einzelne Aspekte der in der Psychoedukation vermittelten Sinnangebote beziehen. Dabei können Tendenzen zur Abgrenzung oder Übernahme stärker vorherrschen, sodass einige Patienten eher an den Enden des Kontinuums eingeordnet werden können.

Bei Frau Speer steht beispielsweise die *Abgrenzung* von den psychoedukativen oder psychiatrischen Sinnangeboten im Vordergrund. Wiederholt betont sie explizit, dass sie die in der Psychoedukation abgefragten Symptome nicht kennt und diese auf sie nicht zutreffen. In ihren Selbst- und Krankheitsdarstellungen vermeidet sie weitestgehend klinische oder krankheitsassoziiierende Formulierungen und verwendet dagegen eher alltagssprachliche Beschreibungen, um von ihren (psychischen) Problemen zu erzählen. Ihre Klinikaufenthalte begründet sie mit ihren Lebens- und Entwicklungsbedingungen und den daraus resultierenden Konflikten.

Also schon vor Weihnachten bin ich hier eingeliefert worden, kurz vor Weihnachten. (I: *Und was war da der Anlass, also warum sind Sie da in die Klinik gekommen?*). Also was immer sich durch mein ganzes Leben so zieht, ist immer so ne gewisse Ratlosigkeit. Also die Schulzeit war ziemlich klar, da hat man nen festen Tagesablauf und ne Struktur und nen Kern im Tag und danach war es eben sehr schwierig für mich Fuß zu fassen oder Halt zu finden. (Frau Speer, Z28–34).²⁹

In einem anderen Kontext nimmt sie eine Art Umbewertung der Klinik vor und betont, dass die Klinik für sie »mehr Luxus und Hotel als alles andere« ist, und wo im Gegensatz zu ihrem familiären Kontext endlich »Normalität« möglich ist. Den anderen Patienten, die unter »Kreislaufproblemen und Müdigkeit« leiden, geht es viel schlechter als ihr (was ihr »schuldhaft bewusst« wird). Sie selbst hat dagegen nur das Problem, »was sie mit ihrer Freizeit machen soll« – weil sie eigentlich wieder »raus in die Arbeitswelt« möchte.

Ein wichtiges Ziel der Darstellung von Frau Speer und den darin beinhalteten Strategien von Abgrenzung, Negation, Aussparung und Umbewertung scheint der Schutz ihrer eigenen Identität vor einer Definition und Kategorisierung durch die (Diagnose der) Erkrankung. Den klinischen und insbesondere psychoedukativen Fokus auf Krankheitszeichen und Krankheit allgemein empfindet sie als entmutigend und nicht motivierend. Für sie bedeutet dieses Vorgehen nicht, sich »der Angst zu stellen und diese zu überwinden«, sondern kommt einem »Aufgeben

²⁹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurden in den Zitaten jeweils Füllwörter und Wortwiederholungen weggelassen, ebenso wie Textpassagen, die für das Verständnis der zentralen Aussagen weniger relevant sind. Längere Auslassungen von mehreren Sätzen sind mit (...) gekennzeichnet. Die Angaben in Klammern verweisen jeweils auf die genaue Zeilenposition im Transkript.

vor den Schwierigkeiten« gleich. In ihren individuellen Selbst- und Krankheitsdarstellungen wird deutlich, dass die Akzeptanz der klinischen Diagnose für sie eine Besiegelung ihres sowieso bestehenden Gefühls, der Versager der Familie zu sein, bedeuten würde, und damit auch, den Traum oder die Hoffnung, doch noch eine Arbeit und Perspektive zu finden, gänzlich aufzugeben. Die Abgrenzung von den klinischen Sinnangeboten, insbesondere der Diagnose der Erkrankung, hat für sie eine hoffnungserhaltende Funktion.

Frau Gabler dagegen empfindet das psychoedukativ vermittelte Krankheitskonzept hilfreich und *übernimmt* es in ihr individuelles Krankheitsverständnis. In der Psychoedukation hat sie gelernt, »dass es ne Stoffwechselstörung im Kopf ist«. Dieser Erklärungsansatz ist für sie zum einen hilfreich, weil die biomedizinische Erklärung für sie eine mögliche Beeinflussung und Kontrollierbarkeit des durch die Psychose ausgelösten Zustands beinhaltet. Die Psychose wird durch diese Erklärung für sie zu einer mit hohem Blutdruck vergleichbaren Erkrankung, gegen die man was machen kann und muss: »Tabletten nehmen und aufpassen«. Insbesondere die Medikamente stellen für sie eine Möglichkeit dar, den beängstigenden Zustand der akuten Psychose zu beenden: »und deswegen wollt ich schnell, dass das auch wieder aufhört und deswegen wollt ich auch schnell [das Medikament] haben«.

Der ihr vermittelte Erklärungsansatz der Stoffwechselstörung hat zum anderen eine weitere entlastende Funktion, indem er für sie das Verständnis für und die Annehmbarkeit ihrer Erkrankung erhöht. Insbesondere ihren ersten Klinikaufenthalt beschreibt sie als »furchtbar, ganz entsetzlich«, weil die Tatsache, dass sie eine psychische Erkrankung hat, in einer »Nervenklinik war und dann auch gleich auf ner geschlossenen Station« für sie mit extremer Scham verbunden ist. Diese ist darin begründet, dass sie sich Schuldvorwürfe macht und denkt, die Erkrankung habe etwas »mit Schwäche zu tun«. Diese Scham wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass sie den Umgang damit in der Klinik als »nebulös« empfindet, weil ihr keiner etwas erklärt und man ihr sogar rät, »bloß« niemandem von ihrer Erkrankung zu erzählen. Schuld und Schwäche scheinen dabei für sie damit zusammenzuhängen, dass sie ihren Zustand – trotz wiederholter Versuche, sich zusammenzureißen und über ihre Grenzen zu gehen – nicht selbst unter Kontrolle kriegt. Die Stoffwechselstörung macht diesen Zustand für sie analog zu einer somatischen Erkrankung wie Bluthochdruck zu etwas, was sie nicht selbst verschuldet hat und selbst auch nicht so einfach unter Kontrolle kriegen kann. Die Übernahme dieser Krankheitskonzeption stellt dabei für sie eine Relativierung alternativer Annahmen dar, die sich auf die Bedeutung ihrer innerpsychischen Bedingungen für die Entstehung ihrer Probleme bezieht. Mit diesen Fragen setzt sie sich auch im Interview weiterhin auseinander, kann sie aber für sich selbst nicht klären. Das Krankheitskonzept und insbesondere das Erklärungsangebot der Stoffwechselstörung haben für sie eine entlastende Wir-

kung, weil sie eine Distanz zu diesen Fragen herstellen und sie sich damit nicht mehr auseinandersetzen muss – haben aber gleichzeitig auch eine Auswirkung auf ihre Selbstwahrnehmung (s. u.).

Individuelle und psychoedukativ vermittelte Annahmen können auch unverbunden nebeneinander bestehen, was von den Patienten selbst unterschiedlich stark als konflikthaft erlebt werden kann. Während für Frau Gabler die biomedizinische Krankheitserklärung eine Relativierung alternativer Erklärungsansätze bedeutet, versuchen andere Patienten, individuelle und psychoedukative Sinnangebote miteinander zu verbinden und somit die psychoedukativen Sinnangebote in ihr eigenes Krankheitsverständnis und mit ihren individuellen Vorstellungen von der Erkrankung zu integrieren. Eine derartige *Integration* von individuellen und psychoedukativen Sinnangeboten beinhaltet also neben Strategien der Übernahme oder Abgrenzung von bestimmten Aspekten auch Strategien der aktiven Verbindung und Zusammenführung (potenziell unterschiedlicher) Vorstellungen.

Frau Toma beschreibt ihre erste Psychose als »die schwierigste«, weil sie nicht verstanden hat, was mit ihr passiert. Durch die Informationen der Psychoedukationen hat sie »viele Sachen verstanden« und gelernt, dass »man nicht alleine ist«. Ihr individuelles Krankheitsverständnis weist deutliche Bezüge zum Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell auf: durch die Ansammlung von Belastungen und hohen Anforderungen, die sie zusammenfasst als »durch den Stress wahrscheinlich«, kommt ihre »erste Psychose in Gange«. Ihre sehr komplexe Krankheitstheorie beinhaltet daneben aber auch Elemente, in denen sie sich von bestimmten Aspekten abgrenzt, die in den psychoedukativen Erklärungsangeboten impliziert sein könnten, bzw. die sie für ihr individuelles Verständnis modifiziert. Während sie die Erklärung der »neurologischen« Zusammenhänge, wie sie es nennt, potenziell auch als entstigmatisierend wahrnimmt, stellt sie die Annahme einer *Störung* im Gehirn explizit infrage. Für Frau Toma ist die Psychose ein funktionaler Schutzmechanismus des Gehirns: in extremen Situationen kann das Gehirn in »einen anderen Modus« bzw. auf »Autopilot« umschalten, »um den Menschen zu schützen«. Die veränderten Erlebens- und Verhaltensweisen während der Psychose sind für sie Teile eines zwar anderen, aber im menschlichen System durchaus vorgesehenen und funktionalen Modus zum Selbstschutz. Es handelt sich dabei nicht um eine Störung im Gehirn, sondern um eine andere Funktionsweise: »es ist nicht, dass das Gehirn nicht funktioniert, das Gehirn funktioniert immer. Aber wie..., die Art und Weise, wie funktioniert, ändert sich«. Neben der Vorstellung einer Störung im Gehirn ist auch eine *rein* »neurologische« Erklärung für Frau Toma nicht mit ihren Erfahrungen vereinbar:

Das Gehirn alleine, kann nicht sein, weil es muss mit dem Gefühl zusammen ... hängen. Das kann nicht nur das ..., das können nur die Neurone nicht. Das kann ich mir nicht vorstellen. Es ist einen Kombination von zwei Sachen, von das, was

man hier fühlt [zeigt auf das Herz], und von das, was hier passiert [zeigt auf den Kopf]. (Frau Toma, Z627–636)

Der Schutzmechanismus ist für sie eine Kombinationsleistung von Gehirn und Gefühl: Die Seele, die normalerweise im Brust- oder Bauchbereich lokalisiert wird, steigt während der Psychose in den Kopf hoch, wo sie gemeinsam mit dem Gehirn für eine funktionale »Autoüberforderung« sorgt. Zusätzlich betont sie nochmal explizit, dass es sich dabei nicht um einen biologischen, sondern einen seelischen Vorgang handelt. Eine rein »neurologische« Erklärung kann für sie nicht ausreichen und ist mit ihren individuellen Erfahrungen nicht vereinbar.

Ein weiterer Aspekt des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodells, der für Frau Toma nicht mit ihren Erfahrungen und ihrem darin begründeten Selbstbild vereinbar ist, ist die Vorstellung einer erhöhten Sensibilität oder reduzierten Belastbarkeit. In ihrem Bericht über ihr Leben stellt sie sich als starke und belastbare Frau dar, die viel hat aushalten müssen. Ihre Psychosen oder »Zusammenbrüche« sind für sie nicht Folge einer individuell erhöhten Sensibilität, sondern müssen auf das Ausmaß der äußeren Belastungen attribuiert werden. Diese Anforderungen und Belastungen, die sie wiederholt dramatisierend beschreibt, überschreiten für sie eine *generelle* Grenze, wie viel ein Mensch vertragen kann:

Aber auf emotionaler Ebene haben sie mich fertig gemacht, so viele Sachen, so viele Trennungen, so viel Verluste, ... so viele Sachen. Wie viel kann ein Mensch vertragen? Ich weiß es nicht. Wissen Sie es? (Frau Toma, Z1150–1152)

Diese in ihrem Lebensbericht implizit zum Ausdruck kommende Abgrenzung von der Vorstellung einer (genetisch bedingten) erhöhten Sensibilität betont sie an verschiedenen Stellen explizit:

Sie [Ärztin in der Psychoedukation] hat uns erklärt, dass gibt's Menschen, die haben die größere Sensibilität, dann die kleinere und dann, wie viele Pakete man tragen kann, das kennen Sie bestimmt alles, ne? (*I: Ja.*) So, und so weiter und so fort, ne? Und dann gibt's Leute, die erben, die bekommen das durch Erbe, ne? Andere durch das Leben. Also, ich glaube, ich habe das wirklich überzogen, also ich, ich... mein ganzes Leben es war Überforderung. Ich musste immer funktionieren, ... funktionieren, funktionieren, funktionieren. (Frau Toma, Z883–895)

Auf diese Weise grenzt sie sich von einer Konzeption der Erkrankung als einer in ihrer Person angelegten Disposition erhöhter Sensibilität ab, die Erkrankung ist (bei ihr) nicht Zeichen oder Folge einer mangelnden Belastbarkeit sondern (generell) überfordernder, von außen an sie herangetragenem Belastungen und Anforderungen bzw. ihres eigenen Umgangs damit. Ihre Krankheitstheorie stellt damit eine in ihren biografischen und Krankheitserfahrungen begründete individuelle Adaptation der für sie passenden Elemente des psychiatrischen Erklärungsangebots dar sowie eine Modifizierung oder Infragestellung der nicht passenden.

Psychoedukative Interventionen oder Sinnangebote haben demnach keinen direkten, bei allen Patienten »gleichen« Einfluss auf ihr Krankheitsverständnis,

sondern dies ist in entscheidender Weise davon abhängig, wie die Patienten selbst diese Sinnangebote wahrnehmen, bewerten und dementsprechend damit umgehen. Da der Umgang der Patienten mit den in der Psychoedukation vermittelten Erklärungsangeboten eine zentrale Bedeutung für deren Einfluss auf die Krankheitsbewältigung hat, soll im Folgenden kurz auf einige Faktoren eingegangen werden, die den *Umgang* mit den vermittelten Sinnangeboten beeinflussen, bevor im Anschluss auf den Beitrag der Psychoedukation zum Umgang mit Herausforderungen und Schwierigkeiten der Krankheitsbewältigung (8.2) eingegangen wird.

Einflussfaktoren auf den Umgang mit den psychoedukativen Erklärungsangeboten

In den kurzen Fallbeschreibungen der Patienten wird schon deutlich, dass der Umgang mit dem psychoedukativ vermittelten Krankheitskonzept von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst bzw. moderiert wird (s. Abb. 13).

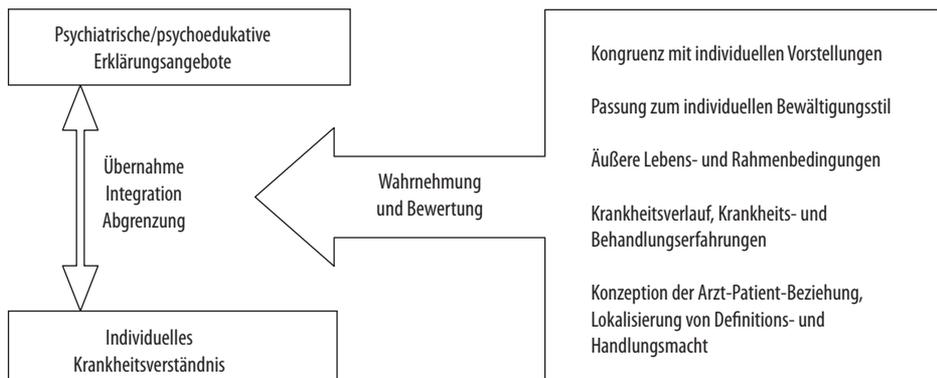


Abb. 13: Einflussfaktoren auf den Umgang der Patienten mit den psychoedukativ vermittelten Erklärungsangeboten

Zunächst spielt dabei deren Wahrnehmung und Bewertung eine Rolle, also ob die Patienten diese eher als entlastend und hilfreich oder als bedrohlich oder nicht mit den eigenen Erfahrungen vereinbar wahrnehmen. Wie die Patienten sie bewerten hängt zum einen davon ab, ob und welche Vorstellungen die Patienten selbst von ihrer Erkrankung entwickelt haben, und ob diese Vorstellungen eher miteinander vereinbar und kongruent sind, oder ob die Patienten diese als widersprüchlich wahrnehmen (Kongruenz mit individuellen Vorstellungen). Daneben kann die (antizipierte) Bedeutung oder Funktion für die eigene biografische Krankheitsverarbeitung von Bedeutung sein, beispielsweise die entstigmatisierende Wirkung

einer biomedizinischen Erklärung (vgl. Frau Toma) oder die damit verbundene Überzeugung, »dass man was dagegen machen kann« (vgl. Frau Gabler). In diesem Zusammenhang spielt insbesondere die Passung zum individuellen Bewältigungsstil eine Rolle. So kann beispielsweise ein verdrängend-distanzierender Bewältigungsstil im Zusammenhang mit als überfordernd und unlösbar erscheinenden Lebensthemen begünstigen, dass eine somatische Erklärung und Behandlung als entlastend und hilfreich erlebt werden (vgl. Frau Gabler).

Auch die äußeren Lebens- und Rahmenbedingungen der Patienten können diese in ihrer Haltung und ihrem Umgang mit den psychoedukativen Sinnangeboten beeinflussen, insbesondere die diesbezüglichen Einstellungen im familiären, beruflichen oder weiteren sozialen Umfeld. Bei Frau Speer trägt das Vorherrschen stigmatisierender Vorstellungen über die Psychiatrie und psychisch kranke Menschen in ihrem familiären Umfeld dazu bei, dass sie die Diagnose der Erkrankung als extrem bedrohlich erlebt, was ihre diesbezügliche Abgrenzungstendenz verstärkt.

Schließlich wird der Umgang der Patienten mit diesen Krankheitskonzepten dadurch beeinflusst, ob und wie stark sie eine »ultimative Autorität«³⁰ der professionellen Krankheitskonzepte gegenüber ihren individuellen Krankheitskonzepten erleben und akzeptieren. Während die Wahrnehmung und Bewertung der vermittelten Krankheitskonzepte insbesondere im Hinblick auf deren antizipierte Bedeutung für die individuelle Krankheitsbewältigung dazu führen kann, dass die Patienten diese infrage stellen, kritisieren oder sich in ihren eigenen Krankheitsdarstellungen davon abgrenzen, kann eine Anerkennung der Autorität der professionellen Krankheitskonzepte dazu führen, dass diese übernommen werden, auch wenn sie im Hinblick auf die individuelle Krankheitsidentitätsarbeit als schwierig erlebt werden.

Für Frau Uhl sind die Ärzte beispielsweise die Experten, deren Definitionsmacht sie nicht infrage stellt. In der Psychoedukation wird *Wissen* vermittelt und der Patient so zum »Experten für sein eigenes Problem gemacht«. Dementsprechend ist es für sie die Aufgabe der Patienten, dies »einzusehen, für sich anzunehmen und danach zu gehen«. Für sie sind insbesondere die Diagnose »schizophren« und die Annahme einer genetischen Ursache für die Erkrankung schwierig. In ihren Selbst- und Krankheitsdarstellungen versucht sie zwar, die »Härte dieser Worte« aufzuweichen, stellt deren Richtigkeit oder Angemessenheit aber nicht infrage. In ähnlicher Weise versucht sie auch die Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme anzunehmen – die in ihren Augen auch eine Bedingung dafür darstellt, in der Klinik bleiben und weitere Hilfsangebote in Anspruch nehmen zu dürfen. Frau Toma dagegen stellt die Definitions- und Handlungsmacht der Ärzte explizit infrage und weist auf die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit,

30 Vgl. LARSEN (2004).

in der die individuellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen des Patienten einbezogen werden. In ihrer Darstellung ist es nicht der (hilflose) Patient, der auf die Hilfe des Arztes angewiesen ist, sondern der Arzt ist auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen, ohne die er nicht handeln kann. Dementsprechend nimmt sie auch im Interview selbstbewusst die Rolle der Expertin für ihr Leben und ihre Erkrankung ein.

Der Einfluss psychoedukativer Interventionen bzw. der dort vermittelten Erklärungsangebote auf das Krankheitsverständnis der Patienten ist somit abhängig von der Art und Weise, wie die Patienten selbst mit diesen Erklärungsangeboten umgehen, was wiederum durch verschiedene weitere Faktoren beeinflusst wird. Dies ist in Abbildung 14 in das vollständige Modell integriert, welches den Rahmen für die im Folgenden beschriebenen Befunde zu den konkreten Herausforderungen und Schwierigkeiten der biografischen Krankheitsverarbeitung und der jeweiligen Bedeutung psychoedukativer Interventionen bildet.

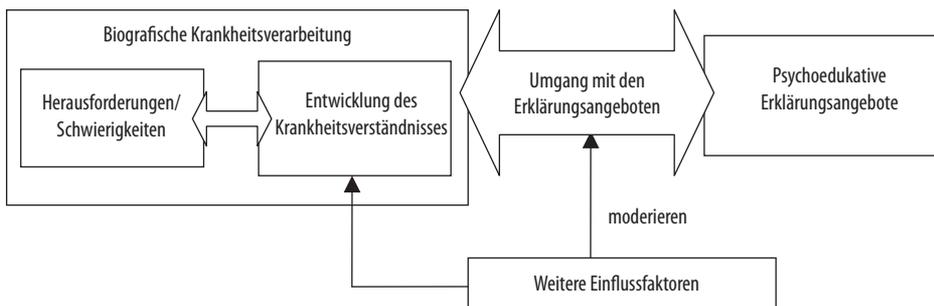


Abb. 14: Vollständiges Rahmenmodell zur Bedeutung psychoedukativer Interventionen für die biografische Krankheitsverarbeitung

8.2 Herausforderungen und Schwierigkeiten der biografischen Krankheitsverarbeitung und die jeweilige Bedeutung psychoedukativer Interventionen

Im Folgenden werden nun die oben schon einmal aufgeführten Herausforderungen und Schwierigkeiten der biografischen Krankheitsverarbeitung im Detail beschrieben. Im Anschluss daran wird jeweils auf die Bedeutung psychoedukativer Interventionen für den Umgang damit eingegangen.

8.2.1 Die Psychoseerfahrungen verarbeiten und mitteilen

Ich war nur Kopf und ..., ich kann das nicht begreifen oder nicht erklären, ich glaube, gibt keine Wörter dafür, also es ist... man gerät ... ja, aus dem Gleichgewicht. (Frau Toma, Z802–804)

Zwischen Unverständlichkeit und Vertrautheit

Viele Interviewteilnehmer beschreiben ihre akuten Krankheitsphasen auf der einen Seite als einen extremen Ausnahmezustand, der insbesondere am Anfang mit einer starken Erschütterung des eigenen Selbstbildes, Verunsicherung und Verständnislosigkeit über die Vorgänge einhergeht. Dieser Ausnahmezustand ist gekennzeichnet von Veränderungen der eigenen Erlebens- und Verhaltensweisen, die als fremd und unverständlich erlebt werden können. In der Zuspitzung der Psychose beschreiben viele Teilnehmer eine Fokussierung auf diese veränderten Wahrnehmungen und Gedanken und das damit einhergehende emotionale Erleben, welches häufig von Angst und Hilflosigkeit geprägt ist:

Man erlebt etwas so stark emotional, wie... Aber was schlimm ist, diese Angst. Angst, Angst, Angst, Angst. (Frau Toma, Z542–547)

Das eigene Erleben und Handeln wird immer stärker von den veränderten Wahrnehmungen und Erfahrungen determiniert beschrieben, sodass es zu einem (erlebten) Verlust der Kontrolle und Selbstverständlichkeit der eigenen Erlebens- und Verhaltensweisen kommen kann:

Als meine Psychose begonnen hat, ... da hab ich das Gefühl gehabt, dass in mir was zerbricht, nen Damm bricht oder so. (...) Ich kann nicht mehr spontan reagieren, ich zweifle an allem und alles fällt mir schwer, nichts ist selbstverständlich. (Herr Röhr, Z706–733)

Es ... gerät alles dur..., alles durcheinander, alles außer Kontrolle. (...) Man versteht gar nicht mehr die Welt, weil man weiß..., man verliert die Realität. (Frau Toma, Z691, 1086)

Wie hier Frau Toma beschreiben auch andere Patienten, dass dabei teilweise noch ein Bewusstsein für diese Veränderungen bestehen bleiben kann.

Zu dem Zeitpunkt war mir das ja nicht bewusst, ich wusst' ja nicht, was mit mir war. Ich wusste nur, dass mit mir irgendwas nicht stimmt. So viel wusst' ich. (Frau Gabler, Z631–633)

Ja, ich wusste, irgendwie stimmte irgendwas nicht, aber ich konnte mir nicht selber helfen. Ich hatte keine Ahnung, warum ich alles durcheinandergebracht habe. (Frau Rieck, Z371–372)

Der Verlust der Kontrolle der Selbstverständlichkeit eigener Erfahrungen geht

häufig mit einem Verlust der Verständlichkeit des eigenen Erlebens und Verhaltens durch andere einher oder kann gerade dadurch gespiegelt und bewusst werden. Die sich anschließende Phase, in der es mit abklingender Psychose zu zunehmender Realisierung und Auseinandersetzung mit dem Erlebten kommt, wird häufig als besonders schwierig beschrieben. Frau Toma vergleicht ihren »Zusammenbruch« am Ende der Psychose mit einem Computerabsturz, aus dem sie erst langsam wieder zu sich kommt. Neben der Auseinandersetzung mit den vergangenen Ereignissen und dem diesbezüglichen Erinnerungsverlust, beschreibt sie die allmähliche Realisierung des aus dem Gleichgewicht geratenen seelischen Zustands als ein zunehmendes Gespür »von sich selbst, die nicht mehr die selbe war wie früher«. Die Grenzerfahrungen der Psychose und der erschütternde Verlust von Kontrolle und Selbstverständlichkeit eigener Erfahrungen sowie die häufig damit einhergehenden Erfahrungen von Ausgrenzung, Diskriminierung oder Entmündigung können zu einer tief greifenden Erschütterung des eigenen Identitätsgefühls und Infragestellung der eigenen Person führen.

Die veränderten Erlebensweisen können teilweise als fremd und unverständlich erlebt werden, sind aber gleichzeitig Teil der eigenen Erfahrungen und des eigenen Erlebens- und Erinnerungsraums. Während von den Patienten dabei teilweise deutlich zwischen unterschiedlichen Erlebensweisen unterschieden wird, die als distinkte Zustände beschrieben werden, kann die Grenze zwischen »normalem« und »verändertem« Erleben von anderen Patienten oder in anderen Kontexten auch eher fließend bis kaum erkennbar erlebt werden. Auch das veränderte Erleben kann dabei verständlich und nachvollziehbar sein. Selbst- und Krankheitserfahrungen scheinen dabei unterschiedlich stark miteinander verwoben.

Für Frau Rieck stellt gerade die Frage, wieweit bzw. welchen ihrer Erinnerungen und Erfahrungen sie trauen kann, einen wichtigen Bestandteil der Verarbeitung ihrer Psychose dar. Sie erklärt sich ihre Erkrankung als eine Art Anstau von nicht verarbeiteten Erfahrungen und Erlebnissen, der sich schließlich in einem »Kurzschluss« entlädt. Der Kurzschluss erzeugt einen »Verwirrheitszustand«, in dem sie die Ordnung der Erlebnisse, die sie nicht verarbeitet hat und die »ihr zu viel waren«, auflöst. Der nach der Psychose einsetzende Versuch, ihre Erfahrungen wieder zu ordnen, zu filtern, »wer ich bin« und »was zu meinem Leben gehört«, ist für sie eine verspätete Auseinandersetzung mit und Verarbeitung der »Themen, die zu meinem Leben gehören«. Die zentrale Frage in der Auseinandersetzung ist für sie dabei die Suche nach der Wahrheit und dem wahren Ablauf der Ereignisse ihres Lebens:

Ich versuche immer, darüber nachzudenken, vielleicht fällt mir es ja morgen ein oder übermorgen, der wirkliche Ablauf, nicht jetzt, war das so gewesen oder so gewesen, der Ablauf. Ja, die Wahrheit. Ich will eigentlich nur die Wahrheit wissen, der wahre Ablauf und die wahren Geschehnisse, und ich kann nicht richtig filtern. Bei mir hat sich das jetzt vermischt. (Frau Rieck, Z550–560)

Sie leidet darunter, nicht zu wissen, was geschehen ist, nicht unterscheiden zu können, »bilde ich mir das ein, oder ist es wirklich so gewesen«. Diese »Grübeleien« über den wahren Ablauf sind für sie zum einen Ausdruck ihres Verwirrheitszustands und bergen immer die Gefahr, dass »es sich wieder verstärkt« und sie »in den negativen Bereich absinkt«. Zum anderen ist die Beschäftigung mit der beim Grübeln vorherrschenden Frage, wie es wirklich war, aber auch Teil des für sie letztendlich für eine Heilung notwendigen »Filterungsprozesses«, in dem es darum geht, sich selbst wieder zu ordnen und zur Ruhe zu kommen:

Ja, richtig, genau, meine Erinnerungen, ja und da muss ich jetzt irgendwie noch filtern, sortieren, das, was ich ausgeschmückt habe, herausfinden und weglassen, dann weiß ich nachher, was wirklich noch zu meinem Leben gehört. Ja so, vielleicht gehört ja irgendwas gar nicht dazu, was ich erfunden hab. (Frau Rieck, Z581–583)

Grübeln ist damit für sie zum einen Ausdruck der Erkrankung und gleichzeitig ein Versuch, diese Erfahrungen zu verarbeiten. Während sie dabei auf der einen Seite Angst hat, Dinge dazu erfunden zu haben, ist auf der anderen Seite auch die Möglichkeit, dass es »wirklich alles so gewesen ist« bedrohlich und der »Verwirrheitszustand« möglicherweise ein Versuch, mit diesen Erfahrungen umzugehen:

Das Schlimme ist, wenn es wirklich so gewesen ist, und ich es aber verdrängt habe, als gar nicht so, und mir gedacht habe, ach es war ja nicht so schlimm, du wirst es schon verkraften und heute, wo ich älter bin, wird es mir erst klar, dass es schlimm ist. Aber nun weiß ich nicht, denke ich mir einen Teil davon noch aus, oder war das ganze Paket so. (*I: Und wie kommen Sie darauf, dass Sie sich das ausdenken?*) Keine Ahnung. Weil ich mir nicht vorstellen kann, dass das wirklich alles so gewesen ist, davor hab ich Angst, dass die Realität wirklich so gewesen sein soll, darum weiß ich nicht mehr, ist es jetzt wirklich so gewesen oder denk ich mir das hinzu noch. (Frau Rieck, Z542–552)

Wie hier bei Frau Rieck verläuft die Grenze zwischen Erlebens- und Verhaltensweisen, die als Ausdruck der Erkrankung oder als Versuche, individuelle Probleme oder andere Auswirkungen zu bewältigen, verstanden werden, bei vielen Patienten fließend. Auch Herr Röhr beschreibt bestimmte Aspekte seines Verhaltens in einem Zusammenhang eher als »unverständliches« Anzeichen der Erkrankung und in einem anderen Kontext als sinnvoll erlebten Lösungsversuch. Für ihn besteht ein Zusammenhang zwischen seiner Psychose und seiner Suche nach einer beruflichen Perspektive. Im Vordergrund stehen dabei für ihn die Zweifel daran, ob er sein Physikstudium überhaupt machen soll und misslungene Versuche, eine Alternative zu finden. Seine Erkrankung ist für ihn in ihrer Entstehung und Entwicklung teilweise unabhängig von diesen Problemen, teilweise eng damit verbunden; seine Psychose ist dabei sowohl Ursache seiner Probleme als auch Ausdruck eines Versuchs, diese Probleme zu lösen; bestimmte Verhaltensweisen sind Teil seiner normalen Reaktionsweisen und Folge oder Reaktion auf mit der

Psychose einhergehende Veränderungen, seine Verhaltensweisen, insbesondere sozialer Rückzug und Aggressivität, sind teilweise (für ihn selbst mehr oder weniger) nachvollziehbare Reaktion auf Verhalten anderer, und teilweise auf innere Vorgänge, die durch die Psychose ausgelöst werden.

Auch in der Schilderung von Frau Gabler ist ihr Verhalten gleichzeitig eine individuell verständliche Reaktion auf ihre Lebensbedingungen bzw. ein Versuch, diese zu bewältigen und Ausdruck der Erkrankung. Beide Perspektiven haben jeweils eine Bedeutung dafür, wie sie sich selbst in ihrem Leben wahrnimmt und darstellt. In ihrer Beschreibung der Entwicklungen, die auf ihre erste Psychose hinauslaufen, schildert sie die Bedingungen ihrer Ehe als sehr belastend und unzumutbar: sie »hatte die Kinder immer am Hacken«, ihr »fehlte jegliche menschliche Ansprache« und Unterstützung; ihr Mann verhindert durch Vorwürfe wie »du machst dir nen schönen Tag und ich muss arbeiten gehen«, dass sie andere Dinge unternimmt und »legt sich dann eine Freundin zu«, zu der er regelmäßig fährt und deren Bild er im Wohnzimmer aufhängt. Auch mit anderen Frauen lässt er sich fotografieren und klebt die Fotos ins Familienalbum. Schließlich konfrontiert sie ihren Ehemann. Diese Reaktion ist auch das Resultat einer psychotherapeutischen Auseinandersetzung damit, sich nicht »immer nur zurückzunehmen und anzupassen« und ihre Traurigkeit und ihren Ärger über das Verhalten ihres Mannes, nicht weiter in sich »hinein[zu]schlucken«. In der Schilderung dieser Konfrontation wird der Erzählstrang »emanzipatorische Befreiung aus einer unterdrückenden Ehe« überlagert von einem anderen Erzählstrang, in dem sie verdeutlicht, wie sehr sie auf die Medikamente angewiesen ist und dass jedes, von den Ärzten initiierte Absetzen der Medikamente unweigerlich in eine Psychose mündet. Die Auseinandersetzung mit ihrem Mann und der resultierende Auszug werden dabei zu einer »psychotischen Nacht-und-Nebel-Aktion«:

Denn hat der [Arzt] das [Medikament] langsam abgesetzt ... und dann bin ich in einer Nacht-und-Nebel-Aktion ... da hat die [Therapeutin] dann nämlich gesagt, ich soll meinen Mann konfrontieren damit, er hat denn halt sich fotografieren lassen auf Betriebsfesten mit Frauen und hat die dann bei uns ins Familienalbum geklebt. Und da war ich dann so traurig drüber und dann hab ich ihm das mal gezeigt ... und hab gesagt, sie hat gesagt, ich soll ihn damit konfrontieren, wenn mich das ärgert und soll das nicht in mich hineinschlucken, und dann hab ich ihm das gezeigt und dann hab ich einfach das Bild zerrissen, und dann hat er mich so geschüttelt und genommen und hat mich fast in den Glastisch geschmissen, und dann auf die Couch geschmissen und hat gesagt »Du Miststück!« und ... und denn ... hat ich so ne Angst, ich hab im Bett gelegen und gezittert, weil ich so ne Angst hatte ... (...) Und dann hab ich aber so ne Angst gehabt, da hab ich mich an..., wie ich jetzt weiß, da hat ich schon ne Psychose, da hab ich meine Kinder, in der großen Angst, die ich hatte, eingepackt, angezogen, ... die Polizei angerufen und hab der das gesagt. Und hab gesagt, dass mein Mann gewalttätig geworden

ist. »Ja, man sieht ja gar nichts, Sie haben ja auch gar kein blaues Auge.« Aber ich sag, »Ja, aber der ist hier völlig ausgeflippt und ... ich möcht ins Frauenhaus«. (Frau Gabler, Z266–290).

[Letztendlich kommt sie am nächsten Tag in die Klinik:] Denn hab ich den Arzt angebettelt, dass er mir wieder [Medikament] gibt. Hab gesagt »Geben Se mir das bitte wieder, ... das ist mir so egal, dann werde ich wieder dick, das ist mir so egal, geben Se mir det. Ick kann anders nicht leben, ich komm anders nicht mit meinem Leben zurecht«. (...) Und dann war ich ziemlich schnell wieder zu Hause und hab dann ein Jahr lang zu Hause gelebt ... bei meinem Mann. Und für mich war alles in Ordnung. Ick hab das so hingenommen. (Frau Gabler, Z360–377)

Hier wie auch an anderen Stellen in ihrer Darstellung wirken die Psychosen von Frau Gabler wie Ausbruchsversuche aus einer subjektiv als ausweglos erlebten Situation, unter der sie leidet, für die sie selbst aber keine Lösung zu finden scheint. Die emanzipatorische Befreiung und die psychotische Nacht-und-Nebel-Aktion scheinen auf diese Weise eng miteinander verwoben. Für Frau Gabler selbst scheinen beide Perspektiven letztendlich nicht miteinander vereinbar bzw. sich gegenseitig auszuschließen. Durch die Attribution auf die durch das Absetzen der Medikamente ausgelöste Psychose scheint für sie die mögliche Verständlichkeit ihres Verhaltens grundsätzlich infrage gestellt. Ihre psychotischen Krisen führen bei ihr zu einer verstärkten Unsicherheit bezüglich der Berechtigung ihres Verhaltens allgemein. Das für sie mit der Psychose-Krankheit verbundene Risiko, in einen Zustand versetzt zu werden, in dem sie »immer sehr viel Unsinn anstellt« scheint weitreichende Folgen für ihr eigenes Identitätsgefühl zu haben, insbesondere hinsichtlich der Einschätzung der Rationalität ihres Verhaltens, des Vertrauens in ihre Beurteilungsfähigkeit und der Glaubwürdigkeit ihrer Darstellung.

Die mit der Erkrankung einhergehenden Veränderungen betreffen zentrale Aspekte des Erlebens und Verhaltens, sie greifen sozusagen das Grundgerüst dessen an, was als das eigene Selbst erlebt wird und in dem ein einheitliches, konsistentes und kontinuierliches Selbstgefühl begründet ist. Auch wenn die Kontinuität und Selbstverständlichkeit der eigenen Erfahrungen aus der Kontrolle gerät, sind diese (Psychose-)Erfahrungen doch Teil des eigenen Erlebens- und Verhaltensraums (»ich habe so gedacht, gehandelt, gefühlt...«). Diese Erfahrungen können mit den »normalen« Erfahrungen verwoben und nicht von ihnen trennbar sein. Sie können aus den individuellen Lebensbedingungen heraus verständlich sein oder eine Bedeutung und Funktion in den individuellen Lebensbezügen haben. Gleichzeitig können sie aber gerade diesen Erfahrungsraum infrage stellen, sie können mit dem Verlust der Verständlichkeit durch andere und des geteilten Bezugspunktes einhergehen und sie können selbst als fremd und beängstigend erlebt werden. Die Krankheitserfahrungen können somit fremd und unverständlich und vertraut und nachvollziehbar zugleich sein, sie können einen Bewältigungsversuch darstellen und gleichzeitig mit Kontrollverlust einhergehen.

Die Verarbeitung dieser Erfahrungen betrifft unmittelbar das eigene Selbstgefühl und wirft Fragen des Verhältnisses von Selbst und Erkrankung auf. Wie gehe ich mit diesen veränderten Erlebensweisen um bzw. wie können diese in die eigene Identität integriert werden, ohne dass diese dadurch grundsätzlich infrage gestellt wird? Welchen meiner Erlebensweisen oder Erinnerungen kann ich trauen, inwieweit sind diese Teil einer geteilten Realität oder Ausdruck psychotischer Verzerrungen? Wie weit ist auch psychotisches Erleben für mich und andere verständlich und nachvollziehbar? Wo und wie verläuft der Übergang von nicht-psychotischem zu psychotischem Erleben und Verhalten? Und wie schnell kann mir wieder die Kontrolle verloren gehen?

Zwischen Sprachlosigkeit und dem Wunsch, die Psychose verständlich zu machen

Die Psychose führt zu Veränderungen der eigenen Erfahrungen, die zentrale Aspekte dessen betreffen, worin das eigene Identitätsgefühl begründet ist. Die Herstellung eines stabilen Identitätsgefühls ist grundlegend erschwert, weil die damit verbundenen Anforderungen an Kontinuität, Kontrolle oder Plausibilität in der zugrunde liegenden Erfahrung auseinanderbrechen. Durch die beschriebene in den Psychoseerfahrungen angelegte Widersprüchlichkeit ist auch die Kommunikation über diese Erfahrungen grundlegend erschwert. Wie berichte ich über eigene Erlebens- und Verhaltensweisen, die zum einen fremd, unverständlich, irrational oder außerhalb des »normalen« Erfahrungsraums liegen, die ich aber zumindest teilweise in dem Moment als durchaus verständlich, rational oder nachvollziehbar erlebt habe oder auch im Rückblick noch so erlebe? Wenn die Teilnehmer über ihre Krankheitserfahrungen sprechen, kommen darin Versuche zum Ausdruck, sich diese Erfahrungen zu erklären und auch für die ZuhörerIn verständlich und nachvollziehbar zu machen:

Sie müssen sich vorstellen, dass sie ständig das Gefühl haben, das überschlägt sich da im Kopf bei ihnen und die Gedanken schießen da in alle Richtungen durcheinander. (Frau Gabler, Z499–500)

Wie schon in dem Eingangszitat von Frau Toma (»ich glaube, es gibt keine Wörter dafür«) stoßen sie immer wieder an Grenzen – sowohl des eigenen Verstehens als auch der Möglichkeiten, diese zu erklären und mitteilbar zu machen.

Und dann denk ich kurz darüber nach, nein, so, so, *ich weiß auch nicht [lacht], wie ich Ihnen das beschreiben kann*, und dann versuch ich das wieder zu sortieren, dann denk ich ja, das war so und so, ich versuche, wie ein Film, und bei diesem Film in meinem Kopf zu rekonstruieren, Szene für Szene. *So müssen Sie sich das vorstellen*. Bloß es kann dann passieren, dass ich einen Szenenteil ... gar nicht da drin vorkam... (...) Ja, *wie kann ich Ihnen das erklären?* Und da mach ich mir gelegentlich Angst, dass ich mir noch viel mehr eingebildet habe, und vielleicht ... eigentlich gar nicht weiter darüber nachdenken muss. Und ich muss aber heraus-

finden, gehört das nun zu meinem Leben oder hab ich es mir nur ausgedacht und einfach hineingesetzt. *Ich kann das nicht so richtig erklären Ihnen jetzt.* (Frau Rieck, Z604–628; Hervorhebungen F.S.)

Über die Krankheitserfahrungen zu sprechen beinhaltet immer auch eine Stellungnahme zu diesen Erfahrungen, setzt diese Erfahrungen ins Verhältnis zu »normalen« eigenen oder menschlichen Erfahrungen und beinhaltet damit auch eine Aussage über die Person selbst. Die damit einhergehenden Probleme, die im Folgenden dargestellt werden, können einen Grund dafür darstellen, dass einige Patienten es vorziehen, nicht über ihre Erfahrungen zu sprechen (s. u.).

Zwischen Distanzierung und Normalisierung

Bei der Darstellung ihrer Erfahrungen bewegen sich die Teilnehmer zwischen einer Distanzierung von den Krankheitserfahrungen und deren Normalisierung. Distanzierung und Normalisierung können jeweils auf sehr unterschiedliche Weise hergestellt werden und sind mit verschiedenen Funktionen bzw. Konsequenzen für die biografische Krankheitsverarbeitung verbunden. Die Form der Darstellung enthält Hinweise auf den individuellen Umgang mit diesen Erfahrungen und hat gleichzeitig eine Bedeutung für die Herstellung und Darstellung der eigenen Identität im Interview.

Distanz kann darüber hergestellt werden, dass das veränderte Erleben während der Psychose als klar begrenzter, extremer Ausnahmestand beschrieben wird. Dabei wird eine klare Grenze zwischen »psychotischem« und »nicht psychotischen« Erleben und Verhalten gezogen, die als distinkte Zustände beschrieben werden. Die Erlebens- und Verhaltensweisen während der Psychose können dabei als irrational, unverständlich, sinnfrei oder verrückt markiert werden. So kann sich die Person aus der aktuellen Perspektive von diesen Erfahrungen klar distanzieren. Diese Form der Darstellung ermöglicht es, über die Erfahrungen zu sprechen und gleichzeitig Rationalität und Normalität in der aktuellen Situation zu beanspruchen, sowie eine gewisse emotionale Distanz zu den Erfahrungen herzustellen. Dabei entsteht allerdings ein Bruch in der Kontinuität der Selbsterfahrungen, da Erleben und Verhalten des damaligen Selbst als irrational dargestellt werden und jeglicher Sinnhaftigkeit und Verständlichkeit beraubt werden. Ein Teil der eigenen Erfahrungen bzw. des Selbst wird auf diese Weise abgegrenzt. Dies wirft die Frage auf, wie auch dieser Teil in das eigene Selbstbild integriert werden kann – ohne dass dabei die eigene Glaubwürdigkeit und die Integrität der Person grundsätzlich infrage gestellt werden, wie es beispielsweise bei Frau Gabler immer wieder anklingt.

Normalisierende Darstellungen verorten die Krankheitserfahrungen innerhalb eines allgemein-menschlichen Erfahrungsraums bzw. binden sie an diesen an. Im Gegensatz zu der beschriebenen Form der Distanzierung stellen sie Versuche dar,

auch die Krankheitserfahrungen nachvollziehbar und verständlich zu machen und die klare Abgrenzung zwischen »normalem« und »nicht normalem« Erleben aufzulösen. Durch normalisierende Darstellungen werden auch die Krankheitserfahrungen als Teil des eigenen Erlebensraums beschreibbar und ermöglichen so eine stärkere Identifikation und Solidarisierung mit den eigenen Erlebens- und Verhaltensweisen während der Psychose. Bei allen hier interviewten Teilnehmern finden sich Hinweise auf derartige normalisierende Beschreibungen, wobei diese unterschiedlich stark neben anderen Darstellungen bestehen oder vorherrschen können. Eine Anbindung an allgemein-menschliche Erfahrungen kann beispielsweise über eine Normalisierung der Erkrankung oder eine Normalisierung des Ausnahmezustands erreicht werden. So werden beispielsweise vornehmlich emotionale Zustände beschrieben. Vom psychologischen oder psychiatrischen Fachvokabular werden vornehmlich die Begriffe verwendet, die in einem Alltagssprachlichen (laienpsychologischen) Diskurs anerkannt zu sein scheinen, und auf diese Weise eine akzeptierte Erklärung des eigenen Erlebens und Verhaltens ermöglichen. Schizophrenie-assoziierte Fachbegriffe (wie z. B. Psychose, Schizophrenie, Wahn, Halluzinationen) werden dagegen selten verwendet und scheinen insgesamt mit einer stärkeren Distanzierung und Grenzziehung zwischen »normalem« und »krankem« Erleben verbunden zu sein (d. h. sie werden zur Distanzierung verwendet oder scheinen aus diesem Grund gemieden zu werden). Viele der Teilnehmer schildern ihre Erfahrungen stattdessen, indem sie Bilder, Vergleiche oder Metaphern verwenden. Insgesamt suchen sie nach Alltagssprachlichen, normalisierenden Bezeichnungen und Formulierungen, durch die die Erfahrungen Teil eines allgemein menschlichen Erfahrungsraums und für das Gegenüber nachvollziehbar werden.

Frau Toma beschreibt ihre Psychosen beispielsweise als extreme, zeitlich begrenzte und vergangene Ausnahmesituationen, deren Dramatik sie hervorhebt und von denen sie sich aus der aktuellen Perspektive betont distanziert. In ihren Bericht schiebt sie immer wieder Kommentare und Bemerkungen ein, mit denen sie ihr damaliges Erleben und Verhalten bewertet und sich davon distanziert, beispielsweise in dem sie ihre damalige Angst ironisch-lachend übertreibt als »du vertraust keinem Mensch, noch nicht mal [lacht] deine eigene Schatten«. Gleichzeitig macht sie ihr damaliges Erleben und Verhalten durch eine re-inszenierende Darstellung der Ereignisse und erläuternde Kommentare für die ZuhörerIn logisch nachvollziehbar und verständlich. Indem sie beispielsweise detailliert »den Film« schildert, den ihr die »Stimmen eingegeben haben«, und dabei erläutert, dass »wenn das kommt, du glaubst daran und es ist als ob du wirklich in Realität«, werden ihre Unruhe, panische Angst und das Gefühl, »keinem Menschen vertrauen zu können« aus der damaligen Perspektive für die ZuhörerIn nachvollziehbar. Innerhalb der Ausnahmebedingungen wird ihr eigenes Erleben und Verhalten im Sinne der Rationalität der Psychose verständlich und normalisiert.

Durch Elemente wie den Vergleich zum Film oder die Verwendung neutraler Personalpronomina (du, man) wird auch der Ausnahmezustand in einem Raum allgemein menschlich-möglicher Erfahrungen verortet. Diese Normalisierung des Ausnahmezustands korrespondiert mit ihrer Konzeption der Psychose als einem funktionalen Schutzmechanismus des Gehirns (s. o.). Die Stimmen, die sie hört, und die damit verbundenen veränderten Wahrnehmungen und Interpretationen, sowie Angst und Fluchtinstinkt, sind Teile eines zwar anderen, aber im menschlichen System durchaus vorgesehenen und funktionalen Modus zum Selbstschutz. Die Funktionalität dieser Schutzreaktion bekommt in ihrer Erzählung einen aus ihrer biografischen Entwicklung notwendigen Zweck zugewiesen: In einer Situation wiederholt betonter »übermenschlicher« Anforderungen übernimmt das Gehirn ihren Schutz – weil niemand anderes es tut und weil sie selbst versucht, weiter zu funktionieren, da sie es nicht anders gelernt hat. Wie Frau Toma erklären viele Teilnehmer ihre Psychose allgemein und die konkreten Veränderungen durch die Psychose aus ihren individuellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen (s. auch 8.2.3). Indem den Krankheitserfahrungen auf diese Weise eine individuelle, sinnhafte Bedeutung beigemessen wird und sie aus den eigenen Entwicklungen und Rahmenbedingungen erklärt werden, können sie in eine kontinuierliche Darstellung der subjektiven Erfahrungen eingefügt werden (Kontinuität wiederherstellen).

Während sich normalisierende Darstellungen zum einen eher darauf beziehen können, eine Normalität der Krankheit herzustellen – wie Frau Tomas Normalisierung des Ausnahmezustandes – können diese auch eher darauf ausgerichtet sein, unabhängig von Krankheit zu normalisieren bzw. eine Bezeichnung als Krankheit oder krankhaft gänzlich auszuschließen oder aufzuheben. Auf diese Weise wird eine Selbst- oder Fremdeinschätzung des eigenen Erlebens als »krank« und damit möglicherweise abweichend und nicht normal grundsätzlich vermieden.³¹ Je stärker derartige Versuche vorherrschen, kann es zu Hinweisen auf Lücken in der Darstellung kommen oder auf Versuche, die »geteilte Realität umzudeuten«, wie etwa bei Frau Speer, die die Klinik mit einem Luxushotel vergleicht, in dem die anderen Patienten unter Kreislaufproblemen leiden (s. o.). Bei ihrem Versuch, jegliche Anzeichen für Krankheit möglichst ganz zu umgehen (um sich damit nicht als krank einordnen zu müssen), werden für Frau Speer allerdings einige Aspekte ihres Erlebens und Verhaltens nur bedingt kommunizierbar, und Aspekte der geteilten Realität schwer erklärbar. Auch wenn sie sehr kreative Strategien der Uminterpretation entwickelt, wird im Interview auch

31 Im Gegensatz zur Definition der »normalisierenden Rede« von ESTROFF et al. (1997, vgl. Kap. 7.4) beinhalten die »normalisierenden Darstellungen« hier allerdings nicht notwendigerweise eine Infragestellung der Zuschreibung von Krankheit. Wie beschrieben, können diese auch insofern »normalisieren«, als sie auch die Krankheit selbst als eine allgemeine menschlich-mögliche Erfahrung darstellen (z. B. Normalisierung des Ausnahmezustands).

deutlich, dass dies auch immer mit ihrem Wunsch konfligiert, über ihre eigenen Erfahrungen zu sprechen und sich mitzuteilen. Wie bei Frau Speer können die Begrenztheit der sprachlichen Mittelbarkeit und der Nachvollziehbarkeit der Erfahrungen für das Gegenüber Gründe dafür darstellen, dass Patienten es vorziehen, über bestimmte Krankheitserfahrungen oder die Krankheit allgemein nicht zu sprechen. Dabei spielen insbesondere Scham und Stigmatisierung eine Rolle. Nicht über diese Erfahrungen zu sprechen, kann dann den Versuch darstellen, sich vor der aus der antizipierten fehlenden Nachvollziehbarkeit resultierenden Bewertung oder der stigmatisierenden Kategorisierung dieser Erfahrungen zu schützen, gerade wenn ein starkes Bewusstsein dafür besteht, dass diese außerhalb einer »geteilten Realität« liegen. Sich nicht mit den Krankheitserfahrungen zu beschäftigen und nicht darüber zu sprechen, kann dabei auch als positive Neuorientierung auf hoffnunggebende statt auf defizitorientierte Aspekte des Lebens begründet werden (s. u.).

Die Berichte der Teilnehmer machen deutlich, wie schwer es ist, über die Krankheitserfahrungen zu sprechen und eine Form der Darstellung zu finden. Über die Krankheit und die Krankheitserfahrungen zu sprechen, beinhaltet immer auch Implikationen über die Person (beispielsweise hinsichtlich der Normalität oder Rationalität, jetzt oder früher). Neben den innerpsychischen Schwierigkeiten des Umgangs mit den Krankheitserfahrungen zeigt sich dabei ein weiteres Problem auf der Darstellungsebene: eine Sprache zu finden, die die Kommunizierbarkeit der Krankheitserfahrungen erleichtert, und damit Verständnis, Anteilnahme und Verarbeitung ermöglichen kann, ohne zu stigmatisieren.

Zur Bedeutung psychoedukativer Interventionen

Psychoedukative Interventionen werden von vielen Patienten als abstrakte wissenschaftliche Vorträge wahrgenommen. Im Rahmen der differenzierteren Vermittlung der diagnostischen Beurteilung werden die medizinischen Fachbegriffe für die einzelnen Symptome und die dazugehörenden diagnostischen Kategorien erklärt. Diese Begriffe stehen in einem starken Kontrast zu den Formulierungen, die die Teilnehmer selbst verwenden, um ihre Erfahrungen zu beschreiben. Die medizinischen Fachterminologien abstrahieren die individuellen Erfahrungen und kategorisieren sie in klar voneinander und vom »normalen Erleben« unterscheidbare, sinnfreie Symptome. Diese Kategorien können mit den individuellen Erfahrungen, in denen Selbst- und Krankheitserfahrungen und die unterschiedlichen Symptome als eng miteinander verbunden erlebt werden, schwer vereinbar sein. Im Vergleich zu den individuellen, normalisierenden Beschreibungen der Patienten und der Verwendung umgangssprachlicher Begriffe bedeutet dies auch eine Entfremdung von der subjektiv erlebten Wirklichkeit des Einzelnen. Dies wird beispielsweise bei Frau Speer deutlich, die sich wiederholt explizit von den

psychiatrischen Fachbegriffen abgrenzt und diesen ihre eigenen individuellen Beschreibungen gegenüberstellt.

Es war so, dass die ganzen Zeichen, also Stimmen hören und so, und mit Wellen durch n Körper, was Herr [Name Arzt] so gefragt hat, also manche Sachen sind mir völlig fremd, die kenn ich nicht, aber was vor allem so war, war eben, dass die die Situation so die Stimmung bei mir so angespannt war, dass ich mich auch immer für alles verantwortlich gefühlt hab, immer alles richtig machen wollte, und ich war da so angespannt. (Frau Speer, Z639–644)

Ansonsten ist es ja mehr so, dass ich mit Stimmen hören und was Herr [Name Arzt] hatte gestern noch Mehreres angesprochen, dass andere versuchen, Besitz von einem zu kriegen, nehmen, oder Wellen durch den Körper gehen ... Oder was war denn da noch? Das Gedankenbeeinflussung ... Gedankenentzug, Gedanken, genau Gedanken lesen können und so was, das war bei mir nur mal so, dass ich mich nach dem Tod meines Vater sehr durchlässig gefühlt hab, also zerbrechlich, und Angst hatte, ich wäre beeinflussbar, was ich aber gar nicht war, also, dass ich ... nicht gezeigt, mir fehlt eben, wie gesagt, es ist mein Lebensthema, also ich hab das so erkannt, dass mir irgend nen Kern fehlt in meinem Leben. (Frau Speer, Z971–984)

Für Frau Speer hat die Abgrenzung von der psychiatrischen Diagnose eine zentrale Bedeutung in ihren Selbst- und Krankheitsdarstellungen. Ihre eigenen Formulierungen erlauben es ihr auch, den Bezug zu ihren individuellen Lebensthemen aufrechtzuerhalten. Dies ist für sie der fehlende Kern in ihrem Leben, den sie an äußeren Bedingungen und Strukturen festmacht, der aber auch als eine Metapher für ihr inneres Erleben verstanden werden kann: In einer Situation, in der mit dem Tod des Vaters der äußere Halt wegbriecht, hat sie sich zerbrechlich und durchlässig gefühlt, weshalb sie dachte, sie sei beeinflussbar. Dem deutlichen Wunsch von Frau Speer, über diese Erfahrungen und Probleme zu sprechen, steht dabei immer der Versuch entgegen, eine Einordnung ihrer Erfahrungen in die psychiatrischen Kategorien zu vermeiden, die sie als stigmatisierend und entmutigend erlebt.

Auch andere Interviewteilnehmer erleben als Ziel der Vermittlung der Informationen über die Fachbegriffe vornehmlich die Einordnung ihrer Erfahrungen in diese medizinischen Kategorien. Für Frau Rieck vermittelt die Psychoedukation eine »vernünftige und logische Aufklärung« über ihre Erkrankung und darüber, »wo sie einzuordnen ist«:

I: Und wie war [die Psychoedukation] für Sie damals?

R: War etwas schockierend, aber doch bin ich aufgeklärt worden. [...]

I: Sie haben jetzt am Anfang gesagt, es war erstmal schockierend?

R: Ach so ja, schockierend über die ... Hintergründe, diese ganzen medizinischen Begriffe, die Symptome, welche hab ich davon, wo bin ich einzuordnen. ... Jeder Mensch hat ja nicht dieselben Symptome. ... Ja und so war für mich dann halt schockierend, erstmal zu erfahren, dass... was ich davon hatte. Sozusagen vorher

hab ich's ja nicht gewusst und erst, als ich an daran teilgenommen habe, bin ich ja über die Theorie aufgeklärt worden. [...] Und dann nachher hab ich dann ... [...] erfahren sozusagen, wo ich einzuordnen gewesen war. Das meint ich damit schockierend.

I: Und wie würden Sie jetzt so, wenn Sie sich so zurückerinnern, wie würden Sie das beurteilen, dass Sie da diese Informationen bekommen haben?

R: Na, ich hatte Aufklärung. ... Aufklärung über mich, über den Sachverhalt. ... Und ich muss darüber nicht nachdenken, weil ich ja aufgeklärt worden bin. Ich muss über diese Geschichte nicht nachgrübeln, sondern ich nehme es als gegebenen Sachverhalt hin.

I: Das heißt es hat Sie da erleichtert, ... oder?

R: Na ja, erleichtert nicht, aber ich bin ja vernünftig und logisch aufgeklärt worden (Frau Rieck, Z963–1024)

Für Frau Rieck steht die Autorität dieser Informationen nicht infrage, sie bekommt Aufklärungen über sich und ihren Zustand. Die Definitionsmacht liegt dabei klar beim Arzt. Sie stellt dies nicht infrage, weist aber darauf hin, dass dies zunächst schockierend und nicht etwa entlastend war. Auch Frau Speer beschreibt, das Schockierende der Einordnung ihrer Erfahrungen – insbesondere durch das damit verbundene Stigma

Ich war richtig geschockt beim ersten Mal, als ich in der Psychiatrie war, da war ... da wusste ich ja sowieso nicht, was eigentlich ist und so, was ich so, und dann ich konnte diese Frage nicht einordnen, ich wusste mir selbst nicht zu helfen, also diesen Satz nicht einordnen, Stimmen hören ... also für mich war das so nen bisschen abstempeln, jetzt bist du für völlig verrückt erklärt worden, weil ich hatte keine Stimmen gehört vorher [lacht], also das das ist für mich immer noch völlig absurd, ich kann mir das alles nicht vorstellen, wenn man das nicht erlebt hat, dann kann man aus, dann kann man ja auch nichts sagen in der Psychoedukation. (Frau Speer, 1129–1135)

Die abstrakten Fachbegriffe fördern eher eine Distanzierung von den individuellen Erfahrungen und der subjektiv erlebten Bedeutung veränderter Erlebens- und Verhaltensweisen, die auf diese Weise eher zu unverständlichen, unkontrollierbaren und sinnfreien Symptomen werden. Die in der Psychoedukation vermittelten abstrakten Fachbegriffe stellen damit nicht unbedingt eine Sprache und Konzeption zur Verfügung, die die Kommunikation über die eigenen (Krankheits-)Erfahrungen erleichtert. Dies wird auch darin deutlich, dass viele Patienten diese Fachbegriffe zwar kennen, aber nicht für die Beschreibung ihrer eigenen Krankheitserfahrungen verwenden. Wenn Patienten sie verwenden, dann im Zusammenhang mit der Psychoedukation oder zur Distanzierung.

Die fehlende Kommunizierbarkeit der eigenen Erfahrungen kann auch während der psychoedukativen Sitzungen von Bedeutung sein. Wenn in der Psychoedukation über die unterschiedlichen »Krankheitszeichen« gesprochen wird, kann

dies Erinnerungen an eigene Krankheitserfahrungen wachrufen und eine Beschäftigung damit anregen, was als sehr belastend und überfordernd erlebt werden kann. Herr Graf beschreibt beispielsweise, dass bei ihm durch die Konfrontation mit den anderen Patienten Erinnerungen an die eigenen Krankheitsphasen wieder hochkommen, sowie die damit einhergehenden Gefühle von Panik und Aggressionen.

Das war Konfrontation mit Verhalten, wie ich es auch an den Tag gelegt habe in dem Film, wie jemand alles Hausrat aus dem Fenster schmeißt und das war zu viel für mich. (*I: Dass das die eigenen Erinnerungen hochholt, haben Sie sehr unangenehm erlebt am Anfang?*) Ja, das ist wie ne Blockade, also ich konnte dann nicht mehr klar weiterdenken und konnte es auch im wahrsten Sinne des Wortes nicht mehr aushalten. (Herr Graf, Z14–20)

Dies führt zum einen zu dem Gefühl, wieder krank zu sein, bzw. der Angst, »ich könnte es wieder tun«. Zum anderen sind ihm diese Erinnerungen, die hochkommen, unangenehm und peinlich, weswegen er »am Anfang überhaupt nicht da mitreden« wollte, während er sich gleichzeitig mehr damit beschäftigt, als man denkt. Dadurch hat ihn die Konfrontation mit der Erkrankung in der Psychoedukation insbesondere am Anfang »ein bisschen übermannt« und war »too much«, sodass er mehrmals den Raum verlassen musste. Wie für Herrn Graf ist die Kommunikation über die eigenen Erfahrungen für viele Teilnehmer schwierig und belastend (s. o.). In der Sitzung kann die Auseinandersetzung mit diesen Erfahrungen angeregt werden. Die Einordnung dieser Erfahrungen in abstrakte und stigmatisierte Kategorien sowie die damit verbundene Pathologisierung, scheinen diese schon bestehenden Probleme der Kommunikation der Erfahrungen eher zu verstärken als sie zu erleichtern.

Was ich nicht so schön fand, dass wir da so nen Bogen ausfüllen mussten. Wo wir denn alles aufschreiben mussten, was unsere Plus-Symptome waren, und unsere, und wie wir uns gefühlt haben und so. Weil da hab ich denn an einem Tisch gesessen damals, weiß ich noch, mit drei anderen, und dann hab ich so dagesessen [zeigt], weil ich nicht wollte, dass einer weiß, was ich für Plus-Symptome hatte. Weil ich hatte nämlich alles, von Größenwahn über Gerüche, Halluzinationen, irgendwelche Dinge sehen, Farben veränderten sich, also ich war soo krank und ich hab mich so geschämt. Hab gedacht, das kann keen anderer wissen. (Frau Gabler, Z800–810)

Auf diese Weise besteht die Gefahr, dass das Sprechen über die eigenen Erfahrungen (und die Beteiligung an der Sitzung) unmöglich erscheint oder vermieden wird, während innerlich eine als beängstigend erlebte Auseinandersetzung mit den Krankheitserfahrungen stattfindet.

8.2.2 Die Diagnose der Erkrankung annehmen

Ich mein, ich kann das ja nicht immer als Mantra sagen, »Ich bin schizophren, ich bin schizophren«. (Herr Graf, Z188)

In den vorangegangenen Abschnitten wurde beschrieben, dass die Erfahrungen und Erlebnisse einer psychotischen Krise in vielfältiger Hinsicht traumatisch sein und zu einer Erschütterung des eigenen Identitätsgefühls führen können. In dieser sehr sensiblen Phase existenzieller Verunsicherung kommen die Patienten meist auch zum ersten Mal in Kontakt mit professionellen Hilffsystemen und damit auch der klinisch-diagnostischen Einschätzung ihres Befindens. Schon allein die Tatsache, in einer psychiatrischen Klinik zu sein – und möglicherweise auf einer geschlossenen Station – schildern die Betroffenen häufig als extrem schockierend, der Klinikaufenthalt kann mit Scham, Peinlichkeit oder verstärkter Angst durch das Verhalten der anderen Patienten und/oder der Behandler einhergehen.

Also das allererste Mal, wie ich hier war, wie ich auf der [Station] war, fand ich furchtbar, fand ich ganz entsetzlich. (*I: Und was war daran so furchtbar?*) Na, die Tatsache, dass ich ne psychische Erkrankung habe. Hab mich so geschämt und hab gedacht, das hat was mit Schwäche zu tun, dass du so was hast und ... und hab mich so geschämt, hab immer gedacht, das ist meine Schuld, dass ich so was habe. (Frau Gabler, Z661–672)

Die klinisch-diagnostische Einschätzung des eigenen Befindens kann dann einen weiteren Schock darstellen, von dem viele Patienten berichten. Dabei kommt der Form der Übermittlung bzw. dem professionellen Umgang mit der Diagnose eine große Bedeutung zu. Diese birgt zumindest das Risiko, den damit einhergehenden Schock und die Erschütterung der eigenen Identität zu verstärken, beispielsweise wenn nicht darüber gesprochen wird und wenig Informationen oder Erklärungen zu der Diagnose gegeben werden. So liest Herr Haag seine Diagnose beispielsweise auf dem Überweisungsschein, den ihm die Psychiaterin mitgegeben hat, während sie mit ihm selbst aber nicht über diese Diagnose gesprochen hat. Dies löst bei ihm einen »richtigen Schock« aus, durch den er für einige Zeit den Boden unter den Füßen verliert. Frau Uhl beschreibt, dass es durch die Tendenz, »einfach nur die Diagnose hinzuhauen« für sie zunächst viel schwieriger war, damit umzugehen. Auch Frau Gabler berichtet, dass mit ihr anfangs nicht über die Diagnose oder die Erkrankung gesprochen wurde und ihr darüber hinaus geraten wurde, nicht über die Erkrankung zu sprechen (»Erzählen se's bloß nicht, braucht ja keiner wissen«). Dies hat für sie den Eindruck verstärkt, dass es sich um eine bedrohliche, entwertende Erkrankung handelt, die es zu verheimlichen gilt.

Ähnlich wie bei der Beschreibung ihrer konkreten Krankheitserfahrungen verwenden die Interviewteilnehmer auch unterschiedliche Bezeichnungen und Formulierungen (nebeneinander), um auf die Erkrankung allgemein zu referie-

ren. Es wurde schon beschrieben, dass die Patienten von den Fachbegriffen eher die verwenden, die in einem normalpsychologischen Diskurs verankert sind und eine Verbindung zu allgemeinen, gesellschaftlich akzeptierten psychischen Problemen nahelegen. Schizophrenie-assoziierte Begriffe, werden dagegen eher selten verwendet und beinhalten eher eine Distanzierung zur Erkrankung (s. o.). Um auf ihre Erkrankung zu referieren verwenden die Patienten (wenn überhaupt dann) den weniger stark stigmatisierten Begriff der Psychose. Daneben stellt die Verwendung unterschiedlicher Demonstrativ- oder Possessivpronomina eine Möglichkeit dar, eine Bezeichnung zu umgehen und gleichzeitig über die sprachliche Formulierung das Verhältnis von Selbst und Erkrankung auszuhandeln, beispielsweise indem die Erkrankung in einer Situation näher bei der Person oder als Teil von ihr lokalisiert wird, und in einer anderen als fremd, von außen kommend oder distinkte Entität. Beispielsweise berichtet Frau Toma von dem Beginn einer Psychose in einem Kontext als »und dann ist *meine* Psychose in Gange gekommen«, während sie in einem anderen Kontext sagt, dass »*das Theater* von vorne los geht« bzw. »neulich *das* wieder angefangen hat mit diesen komischen Stimmen«.

Zur Bedeutung psychoedukativer Interventionen

Die Diagnose selbst erfahren die meisten Patienten vor der Teilnahme an der Psychoedukation. Viele hier Interviewte berichten dabei von der verstörenden Art der Vermittlung der Diagnose, bei der wenig bis gar nicht über deren Bedeutung gesprochen wird. Es ist insbesondere diese Diagnose, die durch das damit behaftete Stigma für die Patienten hoch emotional aufgeladen ist. Die Krankheit und die damit einhergehenden Erfahrungen und Konsequenzen anzunehmen und zu akzeptieren ist für die Patienten zusätzlich mit der Aufgabe verbunden, diese Diagnose anzunehmen und in das eigene Selbstbild zu übernehmen, und wird durch diese zusätzlich erschwert.

Die Krankheit anzunehmen ist schwierig für mich. ... Also ... ja ... an sich, so nen bisschen hab ich immer damit gelebt und hab das hab auch ... (...) (*I: Sie haben jetzt gesagt, so die Krankheit anzunehmen, das ist eigentlich so schwer?*) Ja, so hart formuliert, sag ich mal. Also so mit genetischem und schizophren und so, solche Worte sind, find ich sehr hart, die da komm ich schwer ran, also für mich die zu ... ja. (Frau Uhl, Z593–634)

Im Gegensatz dazu wird es als hilfreich erlebt, wenn in der Psychoedukation über diese Diagnose gesprochen wird und zusätzliche Erklärungen gegeben werden, statt dem Patienten »nur die Diagnose hinzuhauen« (Frau Uhl). Die Aufklärung über die Erkrankung und die damit einhergehenden veränderten Erlebens- und Verhaltensweisen können als hilfreich empfunden werden, da den unverständlichen Wahrnehmungen und Empfindungen Namen gegeben

werden und die Patienten Erklärungen für einen Zustand bekommen, den sie selbst teilweise nicht erklären oder verstehen können.

Also das war das erste Mal, meine erste Episode, ne? Die die schwierigste war, denn wenn man nicht etwas versteht, warum, weshalb und so, dann mit diese ... Psychoedukation, ja. In die Psychoedukation man versteht auch viele Sachen, man sieht, es auch andere Menschen gibt, man ist nicht alleine, man versteht auch langsam, wie ... (Frau Toma, Z860–870)

Neben der Aufklärung über den Zustand wird auf diese Weise grundsätzlich das Gefühl vermittelt, dass über die Erkrankung und die Diagnose gesprochen werden kann und wird:

Was sehr hilfreich war, war, dass ich mal aufgeklärt wurde, was ich eigentlich habe. Weil vorher war das immer so nebulös. Keiner hat da richtig drüber gesprochen. (...) Und heute, so zehn Jahre später geht man mit den Sachen viel offener um. (Frau Gabler, Z727–731)

Andererseits erleben viele Patienten als Ziel der diagnostischen Informationsvermittlung die Einordnung in diese Kategorien. Für die Patienten wird mit der Einordnung ihrer Erfahrungen in die Symptomkategorien auch die Einordnung ihrer Person in die diagnostische Kategorie wissenschaftlich-medizinisch begründet.

8.2.3 Die eigene Verantwortung an der Entstehung der Erkrankung klären

Ja, so kann ich mir vorstellen, es gibt kein halber..., weil, ich konnte nicht begreifen, warum passiert mir so was? Aber was hab ich? ... Was ist das? Was ist, was hab ich jetzt getan? (Frau Toma, Z786–787)

Ja, man lernt zu, man versucht zu verstehen, man versucht, ... die Sachen sich klarzumachen. (Frau Toma, Z906)

Mit den einsetzenden Veränderungen einer Psychose, bei der die Kontinuität und (Selbst-)Verständlichkeit eigener Erlebens- und Verhaltensweisen aus der Kontrolle zu geraten drohen, setzt oft die Suche nach Verständnis und Erklärungen für diese Veränderungen ein. Insbesondere in der sich an die Psychose anschließenden Phase, in der es mit abklingender Psychose zu zunehmender Realisierung und Auseinandersetzung mit dem Erlebten kommt, werden häufig explizite Verarbeitungsprozesse beschrieben, in denen die Patienten nach einer Erklärung suchen für das, was mit ihnen passiert ist und wie es dazu gekommen ist.

Schon in den Beschreibungen der Patienten von ihren eigenen Krankheitserfahrungen zeigen sich Versuche, die dabei ablaufenden (psychotischen) Prozesse zu verstehen und zu erklären (s. o.). Daneben steht die Suche nach einer Erklärung für

die Krankheit allgemein, deren Entstehung und mögliche Ursachen. Diese Fragen nach den ablaufenden Prozessen während einer Psychose und der Erklärung der Erkrankung allgemein hängen eng miteinander zusammen und sind teilweise schwer voneinander trennbar. Die im Hinblick auf die Krankheitserfahrungen deutlich werdenden Versuche der Herstellung einer Verbindung zwischen Selbst- und Krankheitserfahrungen finden sich dementsprechend auch im Hinblick auf die Erklärung allgemein. Für viele Patienten hängt die Entstehung der Erkrankung eng mit ihrer biografischen Entwicklung und den darin zum Ausdruck kommenden Lebensthemen zusammen, und ihre biografische Entwicklung hängt eng mit der Entwicklung und dem Verlauf der Krankheit zusammen.

Herstellung von Sinn und Kontinuität eigener Erfahrungen

Für die Patienten wirft die Suche nach einer Erklärung für die Erkrankung häufig unmittelbar Fragen der eigenen biografischen Entwicklung auf. In ihren Berichten stellt die Mehrzahl der hier interviewten Patienten eine Verbindung zwischen ihrer Erkrankung und ihren individuellen Lebensthemen her. Der Begriff der Lebensthemen wurde von verschiedenen Patienten verwendet. Frau Rieck spricht beispielsweise im Zusammenhang mit ihren Grübel- und Krankheitsphasen von »den Themen, die zu meinem Leben gehören«. Frau Speer bezeichnet den »fehlenden Kern in ihrem Leben« als ihr Lebensthema, in dem sie die Ursache für ihre Probleme sieht (s. o.). Hier soll der Begriff für die unterschiedlichen individuellen Probleme und Konflikte verwendet werden, die die Patienten in ihrer biografischen Entwicklung beschreiben und welche sie in einen Zusammenhang mit der Erkrankung bringen. Diese umfassen Schwierigkeiten beispielsweise hinsichtlich der Entwicklung oder Umsetzung einer beruflichen Perspektive, hinsichtlich der Gestaltung sozialer Beziehungen oder der sozialen Integration allgemein sowie Schwierigkeiten im Umgang mit traumatischen oder belastenden Lebensereignissen. Häufig handelt es sich dabei um missglückte oder gescheiterte Identitätswürfe. Die Entstehung dieser Probleme wird wiederum mit innerpsychischen und externalen Bedingungen in Zusammenhang gebracht und darüber erklärt (vgl. Abb. 15).

Innerpsychische Bedingungen umfassen die individuellen Denk-, Deutungs- und Erlebensmuster der Patienten sowie die damit zusammenhängenden Verhaltens- und Beziehungsmuster. Frau Gabler problematisiert beispielsweise ihr eigenes Bemühen, sich anzupassen und unterzuordnen:

Mein Leben lang war ich ja immer bemüht, mich selber zu ändern, und mich zurückzunehmen und immer mich in den Hintergrund zu stellen und immer darauf zu achten, dass allen anderen es gut geht, nur mir nicht. (Frau Gabler, Z395 – 397)

Externale Bedingungen beziehen sich auf die individuellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Patienten, etwa Bedingungen des familiären oder weiteren

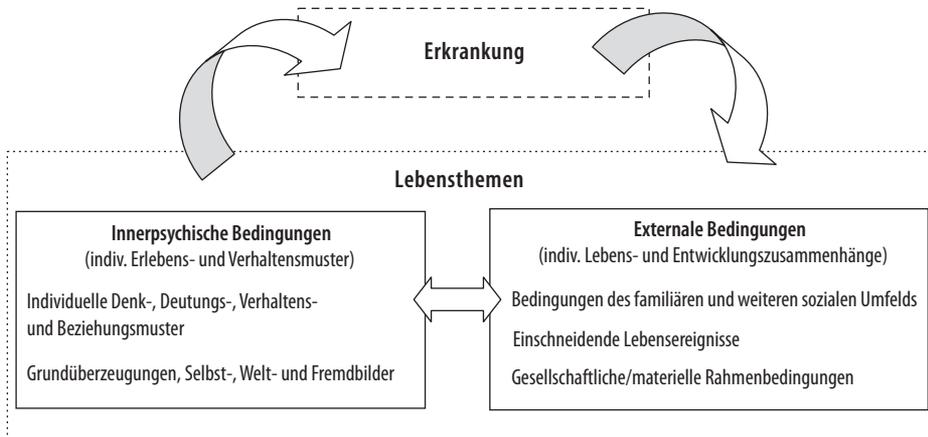


Abb. 15: Verbindung von Lebensthemen und Erkrankung in den Darstellungen der Patienten

sozialen Umfelds, einschneidende Lebensereignisse oder gesellschaftliche und materielle Rahmenbedingungen.

Lebensthemen und Erkrankung stehen für viele Patienten in einem engen wechselseitigen Zusammenhang. Die Erkrankung wird dabei meist nicht als etwas beschrieben, was plötzlich in eine bis dahin problemlose Entwicklung oder konfliktfreie Situation einschneidet, in der sich die Teilnehmer als selbstbewusste und aktive Gestalter ihres Lebens gefühlt haben, sondern die Erkrankung wird auf unterschiedliche Weise als Ausdruck oder Folge schon (lange) vorher bestehender Probleme konzipiert. Dabei wird häufig eine Zuspitzung oder ein »Anstau« der Probleme oder Konflikte berichtet. So kann die Psychose beispielsweise als Entladung angestauter seelischer Belastungen oder als daraus resultierender Zusammenbruch, als Resultat oder Lösungsversuch eines bestehenden Konflikts oder als Flucht aus einer ausweglos erscheinenden Situation erlebt und dargestellt werden.

Die Herstellung einer Verbindung zwischen (der Entwicklung von) Erkrankung und Lebensthemen kann für die Patienten eine innerpsychische Funktion im Rahmen ihrer biografischen Krankheitsverarbeitung erfüllen, da die Erkrankung auf diese Weise aus ihrer biografischen Entwicklung heraus versteh- und erklärbar wird. Die Erkrankung kann so eine individuelle Bedeutung in oder für die biografische Entwicklung bekommen, wie etwa die Psychose für Frau Toma einen funktionalen Selbstschutzmechanismus darstellt. Dabei wird der Versuch deutlich, eine Erklärung für die eigene Entwicklung, die der Erkrankung und deren wechselseitigen Zusammenhang zu finden. Durch die Verbindung von Lebensthemen und Erkrankung kann die Erkrankung in die eigene Biografie integriert, und damit biografische Kontinuität (wieder-)hergestellt werden

sowie ein subjektiver Sinn der Krankheit(-serfahrungen) konstruiert werden. Gleichzeitig kann die Verbindung von Lebensthemen und Erkrankung aber auch helfen, die Bedeutung der Erkrankung für die biografische Entwicklung bzw. wiederkehrende Lebensthemen zu verstehen, und diese so zu erklären oder zu rechtfertigen (s. u.). Die beschriebene Herstellung einer Verbindung von Lebensthemen und Erkrankung findet sich vornehmlich in den Beschreibungen der Entstehung der ersten Psychose. In unterschiedlichem Ausmaß werden weitere psychotische Krisen ausschließlich durch das Absetzen oder eine Reduktion der Medikamente erklärt. In ähnlicher Weise besteht auf Bewältigungsebene bei den Patienten häufig ein starker Fokus auf die medikamentöse Behandlung, der teilweise wie ein gewisser Bruch zu den individuellen Erklärungsansätzen der Patienten wirkt (vgl. 8.2.4).

Flexibilität des Erklärungssystems und die Aushandlung von Fragen nach Verantwortung, Kontrolle und eigenem Versagen

Das in Abbildung 15 dargestellte Modell stellt ein schematisches, allgemeines Raster als Integration der individuellen Erklärungen der Interviewteilnehmer dar. Es soll die in den Erklärungen oder Berichten der meisten Teilnehmer zum Ausdruck kommende erlebte Nähe zu ihren individuellen Lebensthemen verdeutlichen und die Bedeutung, die sie ihren individuellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen und ihren innerpsychischen Erlebens- und Verhaltensweisen für die Entstehung der Erkrankung beimessen. Dabei können große interindividuelle und intraindividuelle Unterschiede bestehen, welche Aspekte des Modells wie und in welchem Kontext hervorgehoben werden. Die Teilnehmer selbst integrieren ihre (unterschiedlichen) Annahmen nicht unbedingt einheitlich in ein konsistentes Modell, unterschiedliche (implizite und/oder explizite) Annahmen stehen bei vielen Teilnehmern eher unverbunden nebeneinander – und können sich teilweise auch widersprechen. Die unterschiedlichen Annahmen können dabei unterschiedliche Bedeutungen oder Funktionen erfüllen, über die bestimmte Fragen in der Auseinandersetzung ausgehandelt werden (vgl. Kap. 7.4).

In den Berichten vieler Interviewteilnehmer spielen dabei Fragen nach der eigenen (oder fremden) Schuld sowie der Bedeutung eigener Schwäche oder eigenen Versagens eine zentrale Rolle. Die Aushandlung dieser Fragen bezieht sich dabei nicht nur auf Entstehung und Verlauf der Erkrankung, sondern auch auf Entstehung und Verlauf der Lebensthemen und der häufig damit einhergehenden missglückten Identitätswürfe – etwa das Scheitern beruflicher Karrieren oder sozialer Beziehungen. Bei vielen Patienten scheint dabei (unterschiedlich stark) die Vorstellung vorzuherrschen, versagt zu haben, die Frau Speer explizit benennt:

Ja, also ich bin, ich fühl mich wirklich wie der Versager in der Familie, weil ich es eben nicht geschafft hab. (Frau Speer, Z898)

Die in unterschiedlichen Erklärungsansätzen beinhalteten Kausalattributionen geben unterschiedliche Antworten auf die Frage nach der eigenen Verantwortung. So kann die Verantwortung beispielsweise eher internal in den innerpsychischen Erlebens- und Verhaltensweisen oder external in den individuellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen lokalisiert werden. Auch Vorstellungen von der Einflussnahme äußerer Mächte, Schicksal oder Zufall verorten die Verantwortung außerhalb der Person. Je stärker die Krankheit als eine distinkte, unabhängige und außerhalb der Kontrolle der Person liegende Entität verstanden wird, können Schuld und Verantwortung auch auf die Erkrankung selbst attribuiert werden.

Die Frage, wo Schuld oder Verantwortung attribuiert werden, hängt eng damit zusammen, wo Handlungsmacht lokalisiert wird bzw. wer oder was als Handelnder im Zusammenhang mit der Erkrankung (und/oder den Lebensthemen) angesehen wird. Handlungsmacht kann im Zusammenhang mit der Erkrankung auf sehr unterschiedliche Weise lokalisiert werden (s. Abb. 16).

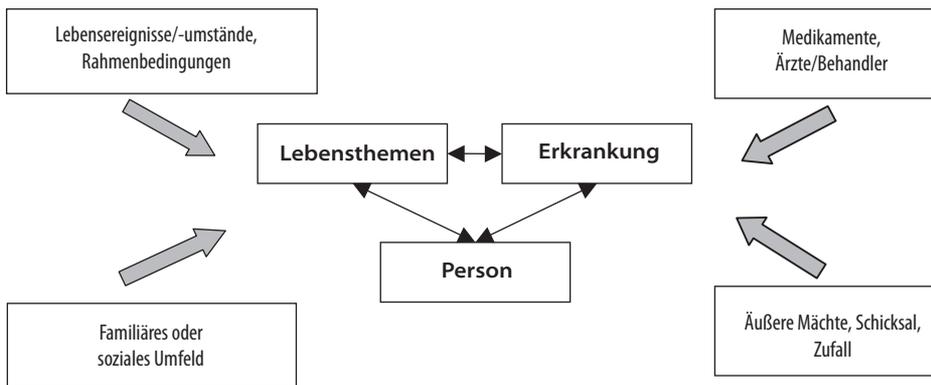


Abb. 16: Attributionen und Handlungsträger im Zusammenhang mit der Erkrankung (in Anlehnung an MARSCHESKI 2007)

Die Person kann sich selbst eher als passiv und den Entwicklungen der Erkrankung oder ihrer Lebensthemen machtlos ausgeliefert fühlen, wenn diese als autonome von außen kommende Macht erlebt werden. Sie kann aber auch eigene Handlungsmöglichkeiten wahrnehmen, mit denen sie aktiv auf den Verlauf der Lebensthemen und/oder der Erkrankung einwirken kann. Daneben können weitere externale Handlungsträger von Bedeutung sein, die Einfluss auf die Entwicklung von Lebensthemen und Erkrankung nehmen können, etwa Familienmitglieder und Freunde, professionell Tätige oder Medikamente sowie Rahmenbedingungen, Lebensereignisse oder äußere Mächte. Die mit unterschiedlichen Erklärungen verbundenen Attributionen beinhalten immer auch Vorstellungen darüber, wo Handlungsmacht lokalisiert wird bzw. inwie-

weit eigene Kontrolle oder Handlungsmöglichkeiten erlebt werden. Durch das Nebeneinander unterschiedlicher Erklärungen bewegen sich die Teilnehmer auch auf einem Kontinuum zwischen Ohnmacht und Fremdbestimmung auf der einen und Handlungsmacht, Kontrollerleben und Selbstbestimmung auf der anderen Seite.

Durch die Erkrankung bzw. die Krankheitserfahrungen wird das eigene Kontrollerleben häufig grundsätzlich infrage gestellt. Während einer psychotischen Krise beschreiben viele Patienten das Gefühl, die Kontrolle über die eigenen Erlebens- und Verhaltensweisen zu verlieren, sich ausgeliefert und hilflos zu fühlen. Unterschiedliche Phasen der Erkrankung können darüber hinaus in unterschiedlichem Ausmaß mit Erfahrungen von Fremdbestimmung bis hin zu Entmündigung und Zwangsbehandlung einhergehen. Fragen nach Kontrolle und Selbstbestimmung kann dadurch eine zentrale Bedeutung in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung zukommen. Für Herrn Bahr ist der Urheber seines »Stimmeneindrucks« beispielsweise außerhalb seiner Person »auf der anderen Seite« lokalisiert. Die Stimmen, die angefangen haben, kurz nachdem eine längere Beziehung auseinandergegangen ist, wollen seinen Tod und verhindern, dass er sich freut. Insbesondere wenn er »nur darüber nachdenkt«, dass er »Freundinnen, Beziehungen haben möchte, geht's gleich voll ab«. Die Handlungsmacht liegt für ihn außerhalb seiner Person, er ist eine »Geisel« dieser Stimmen und fühlt sich wie in einem Computerspiel, in dem er »nicht mitspielt, sondern gespielt wird«. Obwohl er wenig eigene Handlungsmöglichkeiten sieht, versucht er gegen die Stimmen zu arbeiten und alles Mögliche zu tun, »damit die nicht triumphieren und nicht nach deren Willen ich lebe«. Insgesamt zeigen sich bei allen Patienten – unabhängig davon wie sie ihre Erkrankung konzipieren – Versuche, Kontrolle und eigene Handlungsmöglichkeiten aufrechtzuerhalten oder wiederzugewinnen und haben eine zentrale Bedeutung für den Umgang mit der Erkrankung bzw. deren Bewältigung (vgl. 8.2.4).

Mit der Erkrankung kann es also auf der einen Seite zu einem extremen Kontrollverlust erleben kommen, während gleichzeitig Fragen der eigenen Schuld an den Entwicklungen aufkommen. Durch das Nebeneinander unterschiedlicher Erklärungen für die Erkrankung und die damit wechselnden Attributionen und Zuweisungen von Handlungsmacht und Handlungsmöglichkeiten scheinen die Patienten zu versuchen, Identitätsansprüche von Kontrolle und Selbstbestimmung aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen und dabei gleichzeitig Fragen von Schuld und Verantwortung auszuhandeln. Positionierungen, die ein stärkeres Gefühl von Kontrolle und Kontrollierbarkeit der eigenen Erfahrungen ermöglichen, bergen dabei immer die Gefahr, das Gefühl der eigenen Schuld an den Entwicklungen zu verstärken. Umgekehrt können Positionierungen, die eine gewisse Entlastung hinsichtlich der eigenen Schuld herstellen, mit einem verstärkten Gefühl von Ohnmacht und Ausgeliefertsein einhergehen.

Zur Bedeutung psychoedukativer Interventionen

Die im Rahmen der Psychoedukation vermittelten biomedizinischen Erklärungsansätze stellen eine sehr abstrakte Konzeption der Erkrankung dar, die in einem Gegensatz zu den individuellen lebensbezogenen Erklärungsansätzen steht, die die Patienten im Bericht über die Entstehung ihrer Erkrankung und deren Verlauf entwickeln. Während viele Patienten in ihren Erzählungen eine Verbindung der Erkrankung zu ihren individuellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen herstellen, und die Krankheitserfahrungen mit ihren individuellen Erlebens- und Verhaltensweisen in Zusammenhang bringen, stellt die Konzeption der Stoffwechselstörung im Gehirn eine Distanz zu diesen Lebensthemen her. Die Krankheitserfahrungen werden zu Produktionen des stoffwechselgestörten Gehirns, die Krankheit auf biochemisch-somatischer Ebene festgemacht. In den Schilderungen der Patienten wird deutlich, dass diese Zusammenhänge häufig als eine (mono-)kausale somatische Erklärung vermittelt oder zumindest aufgefasst werden, was zu einer Relativierung der individuellen lebensbezogenen Erklärungsansätze führen kann, die auf diese Weise an Bedeutung verlieren oder sogar infrage gestellt werden.

Eine Verbindung zu den individuellen Lebenszusammenhängen der Patienten soll im Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell über die Konzeption einer erhöhten Sensibilität gegenüber Stress und den Einfluss individueller Stressoren ermöglicht werden. Der Stressbegriff bleibt allerdings häufig auf einem sehr oberflächlichen Niveau und wird im Sinne des alltagssprachlichen Verständnisses ausschließlich auf externe Stressoren bezogen. Im Vergleich zu den individuellen Erklärungsansätzen der Teilnehmer stellt dieser Stressbegriff eine gewisse Abstraktion dar, bei der eine differenziertere Betrachtung dessen, was den Stress ausgelöst hat und welche innerpsychischen Mechanismen dabei möglicherweise eine Rolle spielen, ausbleibt oder nicht berücksichtigt wird. Auf diese Weise besteht die Gefahr, dass diese Aspekte vernachlässigt werden oder ein Verständnis für deren Bedeutung ausbleibt. Das Stress-Konzept ermöglicht dabei zwar eine Anbindung an die psycho-sozialen Erklärungsansätze der Patienten, stellt aber letztlich auch eine Abstrahierung von ihren individuellen Erklärungsansätzen dar.

Darüber hinaus scheinen einige Patienten den Fokus weniger auf dem Stress zu sehen als auf ihrer individuellen Anfälligkeit gegenüber diesem Stress. Die erhöhte Sensibilität wird dabei häufig als ausschließlich genetisch bedingte Schwäche der Person aufgefasst. Dies kann beängstigend und entmutigend wirken und eine negative Sicht der eigenen Person verstärken, da eine Schwäche der Person gegenüber Stressoren und potenziellen Herausforderungen schon in der körperlichen Grundkonstitution der Person angelegt ist und damit auch wenig Einflussmöglichkeit bietet (abgesehen von Medikamenteneinnahme und Stressvermeidung, s. u.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell häufig im Sinne einer (mono-)kausalen somatischen Erklärung, im Sinne einer rein genetisch bedingten Sensibilität und im Sinne eines sehr oberflächlichen, alltagssprachlichen Stressbegriffs vermittelt oder verstanden wird.

Entkoppelung von Lebensthemen und Erkrankung

Diese in der psychoedukativen Krankheitskonzeption enthaltene Fokussierung und Abstraktion reduziert die Komplexität der Zusammenhänge auf die als Rational für die vermittelten Behandlungsansätze wichtigen Bestandteile der Erklärung. Dies simplifiziert und kann dadurch als entlastend erlebt werden. Die Abstrahierung und Fokussierung der biomedizinischen Erklärung beinhaltet aber immer auch eine Distanzierung von den individuellen, lebensbezogenen Erklärungsansätzen der Patienten, in denen diese häufig eine enge Verwobenheit der Erkrankung mit ihren Lebensthemen und damit zusammenhängenden innerpsychischen Bedingungen herstellen. Die in der Psychoedukation vermittelten Sinnangebote lokalisieren damit die Erkrankung in der körperlichen Grundkonstitution der Person während sie gleichzeitig im Vergleich zu den individuellen Erklärungen der Patienten zu einer stärkeren Trennung von deren individuellen Lebens- und Entwicklungszusammenhängen beitragen (s. Abb. 17).

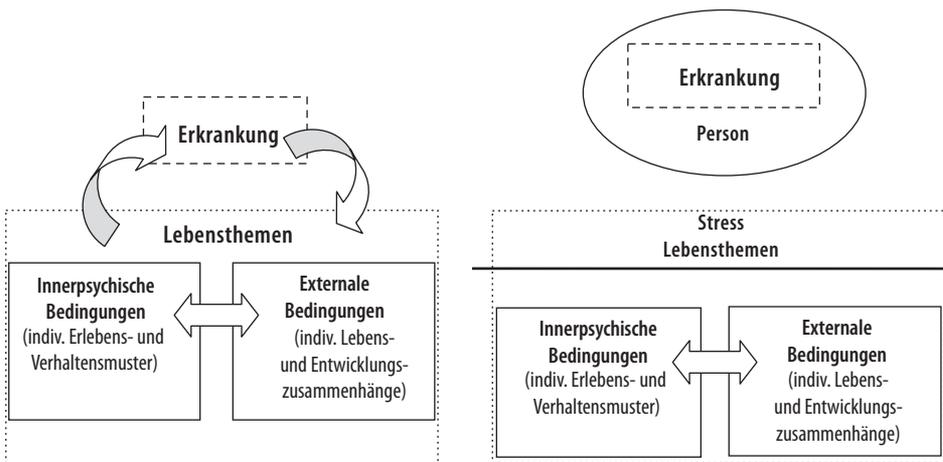


Abb. 17: Entkoppelung von Lebensthemen und Erkrankung in der psychoedukativen Krankheitskonzeption (rechts) im Vergleich zu den Patientendarstellungen (links)

Im Vergleich zu dem (psychosozialen) Krankheitsverständnis vieler Teilnehmer stellt die auf der rechten Seite der Abbildung dargestellte Fokussierung der psychoedukativ vermittelten Krankheitskonzeption eine Abstraktion und Entfernung von den individuellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Betroffenen

dar. Welchen Einfluss dies auf die biografische Krankheitsverarbeitung der Teilnehmer hat, ist abhängig davon, wie sie selbst mit diesen Sinnangeboten umgehen. Frau Toma setzt sich beispielsweise kritisch mit diesem Erklärungsmodell auseinander und bemängelt insbesondere die darin enthaltene Vernachlässigung der individuellen Lebensbedingungen des einzelnen Patienten. Ihre eigene, relativ ausgearbeitete Krankheitstheorie stellt eine individuelle Adaptation der für die passenden Elemente des Modells dar, und beinhaltet gleichzeitig mehr oder weniger explizit geäußerte Kritik bzw. Infragestellungen bestimmter Annahmen. Diese Erklärung ermöglicht für Frau Toma eine Integration der medizinischen und ihrer individuellen lebensbezogenen Erklärung (vgl. Kap. 8.1).

Bei den anderen hier interviewten Patienten tauchen biomedizinische Erklärungsansätze in ihren eigenen Schilderungen gar nicht auf, können aber durchaus auf explizite Fragen als bekannt oder in der Psychoedukation gelernt angegeben werden. Sie können dann unverbunden neben den individuellen lebensbezogenen Erklärungen stehen, wobei die biomedizinische »gelernte« Erklärung potenziell eine höhere, da wissenschaftliche Autorität besitzt und damit zu einer Relativierung der individuellen Erklärungen führen kann. Dadurch kann es auch zu einer Vernachlässigung des sinnstiftenden und verständnisgenerierenden Potenzials der individuellen Erklärungen für die Verarbeitung der Krankheitserfahrungen und die Entwicklung eines individuellen Bewältigungskonzepts kommen – sowohl auf professioneller als auch auf Patientenseite.

Entstigmatisierung und Verschiebung von Schuld- und Versagensvorwürfen

Einem biomedizinischen oder »modernen« Krankheitsverständnis wird häufig eine stigmareduzierende Wirkung zugesprochen, durch den Vergleich mit somatischen Erkrankungen und die Reduktion von Schuldzuweisungen an die Person (vgl. Kap. 3.4). Einige Patienten nehmen diese Wirkung wahr – so etwa Frau Toma, die die von ihr in einem Krankenhaus auf Sardinien erlebte diskriminierende und ausgrenzende Behandlung auf das mangelnde Wissen über die Krankheit attribuiert:

Und ich denke, wenn hier viel zu wenig Information über diese Geschichte gibt, da unten es ist... noch weniger, die Leute haben überhaupt kein Verständnis, wenn jemand Probleme mit Synapsen oder neurologische Probleme hat, dann ist für den schon gestempelt, dass verrückt. Und Verrückte haben nichts zu suchen in der Gesellschaft. (Frau Toma, Z1237–1241)

Auch Frau Gabler fand es entlastend und hilfreich zu lernen, »dass es ne Stoffwechselstörung im Gehirn ist«. Für sie bedeutet dies eine Reduktion der Zuschreibung eigener Schuld an der Erkrankung. In ihrer Erzählung wird deutlich, dass es gerade die Entkoppelung der Erkrankung von den individuellen Lebensthemen und innerpsychischen Bedingungen ist, die potenziell diese von Schuld freispre-

chende und damit entlastende Wirkung haben kann. Eine Entkoppelung der Erkrankung von den individuellen Lebensthemen und innerpsychischen Bedingungen bedeutet allerdings nicht, dass die Lebensthemen damit aufgelöst wären. Vielmehr bleiben die mit den Lebensthemen verbundenen Schwierigkeiten und ein mögliches Bewusstsein für die Bedeutung innerpsychischer Probleme und Konflikte in diesem Zusammenhang bestehen, während die Erkrankung davon abstrahiert und losgelöst wird. So kann die medizinische Erklärung zwar entlasten, indem sie die Zuschreibung eigener Schuld an der Erkrankung reduziert. Die Erkrankung, mögliche Probleme in der Entwicklung oder gescheiterte Identitätsentwürfe werden so dann möglicherweise nicht mehr als eigene Schuld erlebt, aber auf ein in der körperlichen Konstitution angelegtes Defizit attribuiert. Das Gefühl des »Versagens« wird durch die medizinische Erklärung damit nicht verändert, sondern eher besiegelt, da es nun etwas ist, was außerhalb der Macht und Einflussnahme der Person liegt, und auf das sie nicht anders reagieren kann, als Medikamente zu nehmen und bestimmte Herausforderungen zu meiden.

8.2.4 Die medikamentöse Behandlung akzeptieren

Früher war ich nicht einsichtig, also ... ich wollte die Medikamente nicht nehmen. (...) Die Ärzte haben mich als krank bezeichnet, aber ich wollte nicht krank sein. Ich dachte, ich bin nicht krank, ... ich hatte ja eine Erklärung für mein Verhalten. (Herr Kehl³²)

In den Erzählungen aller hier interviewten Patienten spielt die Auseinandersetzung mit der medikamentösen Behandlung eine zentrale Rolle. Auffallend ist dabei insbesondere die starke Fokussierung der medikamentösen Behandlung im Umgang mit der Erkrankung und auftretenden Problemen, die oft in einem gewissen Gegensatz zu den individuellen, lebens Themenbezogenen Erklärungen für die Erkrankung und den darin beschriebenen innerpsychischen und externalen Bedingungsfaktoren steht. Ein ähnlicher »Bruch« oder Gegensatz besteht bei einigen Patienten auch zwischen einer zum einen sehr kritischen Haltung gegenüber der medikamentös-orientierten psychiatrischen Behandlung und zum anderen einer eigenen Fokussierung der medikamentösen Behandlung zur Bewältigung. Herr Böhm beschreibt seine eigenen Psychiatrie-Erfahrungen beispielsweise wiederholt als mit Medikamenten vollgedröhnt werden, während andere Hilfe ausbleibt:

³² Das Zitat stammt aus einem Gespräch mit einem Patienten (Name geändert), der nicht an der Studie teilgenommen hat. Da es sehr treffend für die im Folgenden beschriebenen Zusammenhänge ist, steht es hier am Anfang.

Ich bin... als Kind und Jungendlicher ... oft den Notwendigkeiten ausgewichen, hatte starke Ängste... als Kind schon, verletzt zu werden. (...) Ich stand da, wie nen Ochs vorm Berg, wurde vollgepumpt mit Medikamenten. ... Man könnte ja auch in der vorpsychotischen Phase klären, wieso man die Welt nicht retten kann. ... Das wäre möglich gewesen. Kriegte ich aber nicht. (Herr Böhm, Z80–98)

Gleichzeitig ist die medikamentöse Behandlung für Herrn Böhm auch lebensnotwendig aufgrund seiner großen »Sensibilität«:

I: Was hat Ihnen denn für sich selbst geholfen, das so klar dann auch zu erkennen?

B: Ja meine imaginären Strategien (...), dass ich mich halt in eine Fantasiewelt bewege, ... begeben... als gewissermaßen als Basis ... als ja ... Sicherheit, mehr Heimatgefühl. Und auch versuche, die Dinge zu lösen, die zu lösen sind. (...)

I: Und gibt's denn da was, was sozusagen Ihnen dabei helfen kann, das zu tun? Oder was auch sozusagen von außen hilfreich sein kann, Sie dabei zu unterstützen?

B: Für mich ist Medikamentierung sehr wichtig. (...) Es hat eine gewisse Geborgenheit, eine gewisse innere Ruhe. Ich bin extrem sensibel, was man mir nicht ansieht, aber ich bin echt extrem sensibel und ohne Medikamente würde ich kaputt gehen! (...) Und dann ist halt so, dass ich selber leide, keinen vernünftigen Job zu kriegen, keine Arbeit zu kriegen, die was taugt... nur diese ganze Hilfsarbeiterscheiße! ... Und wie gesagt, jünger wird man auch nicht. ... Ich werd in diesem Monat 51. (Herr Böhm, Z192–248)

Die Medikamente sind für ihn selbst damit auch eine Möglichkeit, mit dem Leiden über seine Lebenssituation und -entwicklung umzugehen. Auch Herr Röhr, der mit dem Rückzug aus seiner beruflichen Laufbahn hadert, empfindet die Wirkung der Medikamente als entlastend – obwohl sie seine Probleme nicht lösen, sondern eher »verdecken« bzw. seine diesbezüglichen Gefühle »liberieren«:

R: Meine Situation hat es [Klinikaufenthalt] eigentlich nicht voran gebracht. Also meine Probleme bestehen immer noch. Meine Medikamente, die ich nehme, die verdecken das... mehr oder weniger, also ich hab vorher, als ich noch nicht hier war, hab ich schlaflose Nächte gehabt und das ist jetzt nicht mehr so. Also ich kann jetzt wieder schlafen und... äh.. akute Sorgen habe ich nicht mehr, also so existenzielle Sorgen. Das ist auch positiv zu bewerten.

I: Wodurch haben Sie diese Sorgen nicht mehr? Sind das auch die Medikamente oder liegt es daran, dass sich was an der Situation verändert hat?

R: Das ist, meine Gefühle sind irgendwie, ... so liberiert... also geht nicht mehr so steil auf (und ab?) also ich bin nicht mehr so bedrückt, sondern es ist eher auf einem Level. Obwohl ich sagen muss, ich grüble schon noch viel rum. Auch in meiner Vergangenheit oder so und dieser Punkt, wo ich aufgehört habe zu arbeiten zum Beispiel, das läuft mir immer noch nach ...

I: Wie es dazu gekommen ist?

R: Ja, da hab ich einfach ... das war ein Punkt, wo ich meine Probleme nicht bewältigt hab. (Herr Röhr, Z1005–1023)

Er selbst sieht viele Bereiche in seinem Leben, in denen »man was machen könnte«. Einer Psychotherapie, die in seinen Augen früher die Lösung seiner Probleme ermöglicht hätte, steht er aktuell aber skeptisch gegenüber. Dies scheint auch mit dem erlebten Druck, den Anforderungen, denen er sich möglicherweise nicht gewachsen fühlt und der Sorge »überfahren zu werden« zusammenzuhängen. Themen, die auch im Zusammenhang mit seinem Studienabbruch von Bedeutung waren. Aktuell hofft er eher auf die Wirkung der von der Ärztin vorgeschlagenen Medikamentenumstellung.

Auch für Frau Gabler spielt die medikamentöse Behandlung, die sie aktiv sucht, eine zentrale Bedeutung. Immer wieder schildert sie Situationen, in denen sie die Ärzte »anfleht« oder »anbittelt«, ihr Medikamente zu geben. Einer ihrer Erzählstränge könnte auch mit der Aussage »ich komm ohne Medikamente nicht mit meinem Leben zurecht« überschrieben werden, mit der sie sich selbst in ihrer Erzählung zitiert (s. o.). Insgesamt läuft ihr Bericht auf einen Höhepunkt hinaus, bei dem sie »zu einem völlig neuen Menschen« wird. Diese Veränderung attribuiert sie auf die Medikamente, weil sie es sich anders nicht erklären kann. Die Kontrastierung dieses »völlig neuen Menschen« mit der Person, die sie vorher war (»so unzufrieden und an allem rummeckend«, »immer auf der Suche nach irgendwelchen Attraktionen«), steht allerdings in einem Gegensatz zu ihrer eigenen Darstellung von sich während der Zeit vor der Veränderung. In ihrer Erzählung der Situation und Bedingungen vor ihrer Erkrankung (und vor der Verwandlung) versucht sie sich gerade explizit gegen eine derartige Wahrnehmung ihrer Person abzugrenzen.

Insgesamt berichten (fast) alle Patienten über eine individuelle Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung und dies unabhängig von ihrer Krankheitskonzeption, dem Wissen über die biomedizinische Erklärung oder möglicher geäußerter Kritik gegenüber einer ausschließlich medikamentösen Behandlung. Dabei scheinen insbesondere die individuellen Erfahrungen mit den Medikamenten, etwa deren entlastende, symptomreduzierende Wirkung sowie die Erfahrung, dass ein Absetzen der Medikamente mit Rückfällen korreliert, die Plausibilität und Akzeptanz dieser Behandlung zu erhöhen.

Medikamente sind aber nicht allein auf die Wirkungen und Nebenwirkungen reduzierbar. Vielmehr sind Medikamente in verschiedene gesellschaftliche Diskurse eingebunden und sind mit unterschiedlichen, teilweise widersprüchlichen Bedeutungen aufgeladen.³³ So werden sie beispielsweise als ein Beleg dafür wahrgenommen, dass eine Erkrankung vorliegt. Wie ein Klinikaufenthalt können sie als Marker für die Erkrankung fungieren – sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdwahrnehmung. Andersrum werden auch aus der »Nicht-Einnahme« von Medikamenten Schlüsse über den (eigenen) Gesundheitszustand abgeleitet.

³³ Vgl. LEFERINK 1997.

Insbesondere Erfahrungen von missglückten Absetzversuchen verstärken für Patienten häufig das Gefühl, krank zu sein und liefern ein Rational für die weitere Medikamenteneinnahme.

Das zweite Mal hat mein Gesprächstherapeut gesagt, also ich hab mal ne Therapie abgeschlossen mit »geistig normal und klinisch gesund«. Dann war natürlich der Rückkehrschluss, wenn ich gesund bin, wozu brauch ich dann Tabletten? Habe daraufhin meine Neurologin, meine Neurologin und Psychiaterin konsultiert, und sie hat mir gesagt, also wenn ich's ausschleiche, sollte es kein Problem sein. Es haben sich große Probleme entwickelt mit der Einweisung, nachdem das auch schief gegangen ist, für mich steht unter ... unter der Bilanz, unter dem Schlussstrich, es ist sehr wichtig, dass ich meine Tabletten nehme. Oder also, dass ich meine Spritze kriege, oder eine medikamentöse Therapie. (Herr Graf, Z271–277)

Bei Herrn Graf wird die abgeschlossene Therapie in der dem Therapeuten zugesprochenen Formulierung »geistig normal und klinisch gesund« zum Zeichen für Gesundheit, was die Implikation beinhaltet, auch die Medikamente absetzen zu können. Die hier deutlich werdende Assoziation von Gesundheit = keine Medikamente wird bei Frau Toma im umgekehrten Schluss benutzt.

Ich dachte, bevor ich hier jetzt wieder gekommen wäre, ich dachte, ich wäre gesund. Ich hatte mir so das eingebildet, dass, obwohl ich nicht mehr die Kraft von früher habe, und obwohl nicht mehr die ... die Stärken von früher nicht mehr habe, nach diese Sachen, ... aber da ich keine Medikamente ... in Absprache mit der Arzt nicht mehr genommen habe, und lange Zeit mir mehr oder weniger mir gut ging, es ... ich hatte mir eingebildet, ich bin wieder gesund, ne? (Frau Toma, Z1351–1356)

Wenn Medikamente eine entlastende Wirkung zeigen oder Absetzversuche missglücken, verdeutlicht dies für die Patienten die Wirksamkeit und Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung. Daraus werden wiederum Implikationen für die Einschätzung des eigenen Gesundheits- oder Krankheitszustands abgeleitet, wobei Gesundheit und Medikamenteneinnahme häufig mehr oder weniger stark als sich gegenseitig ausschließende Zustände verstanden werden.

Und wenn diese [Medikamente] dann genommen werden, dann geht es einem etwas besser, d. h. man muss aber das richtige Medikament für sich finden. Irgendeins hilft ja auch nicht, man muss schon genau wissen, ... es sei denn man braucht es nicht mehr, man ist gesundet oder so. Dann kann man damit aufhören. (Frau Rieck, Z973–975)

Die potenzielle Notwendigkeit einer lebenslangen Einnahme der Medikamente beinhaltet damit immer auch Aussagen über die Prognose bzw. die potenzielle Unheilbarkeit oder Chronizität der Erkrankung – und kann damit besonders bedrohlich wirken. Gleichzeitig können die Medikamente aber auch eine Möglichkeit sein, die Krankheit »wegzumachen«, Normalität und Gesellschaftsfähigkeit

wieder herzustellen. Die Medikamente können also einen Beleg für Krankheit und A-Normalität darstellen, und gleichzeitig eine Annäherung an Gesundheit und Normalität ermöglichen.

Zwischen kontrollieren und kontrolliert werden –

Beeinflussbarkeit der Erkrankung und Externalisierung von Handlungsmacht

In ähnlicher Weise können Medikamente gleichzeitig Kontrollierbarkeit und Kontrollverlust symbolisieren. Auf der einen Seite verdeutlichen sie, dass man »gegen die Erkrankung etwas machen kann« (Frau Gabler) und können damit das Gefühl von Kontrollierbarkeit und Beeinflussbarkeit vermitteln.

Und da hilft mir auch manchmal so die Bewusstheit, ich mache eine disziplinierte medikamentöse Therapie und ich hab alles ausgenutzt, und wenn es dann passiert ist, dann ist das vielleicht höhere Gewalt. Ich tue alles im Grunde, was ich tun kann, damit die Krankheit nicht wieder ausbricht. (Herr Graf, Z264–267)

Diese Kontrolle liegt aber außerhalb der Person und ist häufig mit der Annahme verbunden, dass es in der Person etwas gibt, das unkontrollierbar ist, dem die Person ohne Medikamente ausgeliefert ist. Frau Rieck berichtet beispielsweise, dass sie in der Psychoedukation gelernt hat, dass, »damit man diese Dinge nicht mehr bekommt oder *kontrolliert ist*, man Medikamente nehmen muss« (Hervorhebung F. S.).

Die unterschiedlichen Bedeutungen der Medikamente beinhalten damit immer auch Aussagen über die Person und spielen daher eine zentrale Rolle in der biografischen Krankheitsverarbeitung der Patienten. Diese Bedeutung kann auch über die eigene Haltung gegenüber den Medikamenten und die Art der Einnahme (z. B. Freiwilligkeit oder Zwangsmaßnahme) vermittelt bzw. ausgehandelt werden. Die eigene Medikation beispielsweise als nur von den Ärzten für notwendig befunden oder als Zwangsmedikation darzustellen, kann beispielsweise in Anbindung an einen psychiatriekritischen Diskurs eine Distanzierung von der Notwendigkeit dieser Maßnahme und damit auch der dieser zugrunde liegenden Diagnose beinhalten. Eine Zwangsmaßnahme kann aber gerade auch das Gegenteil transportieren – das Bild einer Person, die besonders krank ist, weil sie nicht nur krank ist, sondern dies noch nicht einmal merkt (»krank und krankheitsuneinsichtig«). Die Zwangsmaßnahme bedeutet dann auch Kontrollverlust sowie eine auf der klinischen Beurteilung der Person basierende, notwendige Fremdbestimmung. Sowohl die ärztliche Einschätzung der Notwendigkeit der Behandlung als auch die eigene »Einsicht« transportieren damit vielfältige Bedeutungen. Zu betonen, dass man die Medikamente nicht einnehmen *musste* oder nicht dazu gezwungen wurde, kann die in der Medikation beinhalten Aussage über den Krankheitszustand abschwächen und die Kontrolle bei der Person belassen.

Also ausschlaggebend war, dass ich dadurch eigentlich auch Patientin von Doktor [Name] bin und die Medikamente auch nehmen sollte eigentlich, was heißt nehmen sollte, man hat's mir empfohlen natürlich. (Frau Speer, Z670–676)

Gleichzeitig versuchen viele Patienten auch, sich als compliant und »krankheitseinsichtig« darzustellen. Dies scheint für viele eine zentrale Bedeutung zu haben, die zumindest teilweise dem Interviewkontext geschuldet sein könnte (vgl. Kap. 7.3). Eine freiwillige Einnahme der Medikamente bedeutet aber auch eine Akzeptanz der Einschätzung, krank zu sein bzw. verstärkt die in der Medikamenteneinnahme beinhaltete Aussage »ich bin (psychisch) krank«. Patienten, die zwar zum einen ihre Medikamente nehmen (und dies auch betonen), zum anderen aber der damit vermittelten Aussage nicht zustimmen würden oder zumindest diese Bedeutung nicht transportieren wollen, bieten dafür häufig andere Erklärungen für die Medikamenteneinnahme an. Für Frau Speer beispielsweise, die in ihrer Darstellung (fast) alles vermeidet oder umdeutet, was auf eine psychische Erkrankung hinweisen würde, begründet ihre Medikamenteneinnahme gerade mit ihrer großen Kooperationsbereitschaft »alles mitzumachen und sich keine Extrawurst rauszunehmen«. Herr Bahr sieht eigentlich in einer Operation seiner Hörmuschel die einzig mögliche Behandlung seines »Stimmeneindrucks«, weil dort die Wirkung der von außen mit Computern gesteuerten Stimmen ansetzt. Er nimmt seit 17 Jahren Medikamente, weil es die *Nebenwirkungen* eines bestimmten Medikaments einer ganz bestimmten Firma sind, die es ihm möglich machen, trotz der Stimmen zumindest manchmal zu schlafen.

Zur Bedeutung psychoedukativer Interventionen

Von (fast) allen Patienten wird besonders hervorgehoben, dass ihnen die Psychoedukation bei der Akzeptanz der medikamentösen Behandlung geholfen hat. Dabei werden unterschiedliche Aspekte betont. Beispielsweise wird es als hilfreich beschrieben, über Medikamente, deren Wirkungen und Nebenwirkungen aufgeklärt zu werden. Insbesondere die Vermittlung von Strategien im Umgang mit als belastend und einschränkend erlebten Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme oder Müdigkeit wird dabei als hilfreich empfunden. Darüber hinaus kann die als bedrohlich erlebte Möglichkeit, auf unbeschränkte Zeit, Medikamente einnehmen zu müssen, durch die Vermittlung von Informationen über den möglichen »Nutzen« der Behandlung leichter annehmbar werden:

Und dass man halt immer mehr dazu lernt, immer noch was dazu lernen kann, und dass einem auch selbst hilft mit den Medikamenten. (Frau Speer, Z952–953).

Für Herrn Graf ist in der Psychoedukation der Groschen gefallen, inwieweit Rückfälle mit der Medikamenteneinnahme bzw. Absetzversuchen zu tun haben können:

Also bei mir persönlich ist da ein bisschen der Groschen gefallen, was Medikamente angeht. Also ich habe gemerkt anhand des Filmes, den wir geguckt haben,

dass oft Problematiken, die ich noch verbessern könnte, damit zu tun hatten, dass Patienten ihre Tabletten nicht genommen haben oder ihre Medikamente und dadurch psychotisches Erleben verschlimmert haben. Also ich hatte vor meinem Aufenthalt hier sehr negative Ansichten über Medikamente, bin jetzt aber, nachdem ich also Preise verglichen habe, der Meinung, dass ich mit einer disziplinierten medikamentösen Therapie meinen Zustand verbessern kann, aufrechterhalten kann, stabilisieren kann. (Herr Graf, Z239–245)

Insgesamt berichten viele Patienten, dass die in der Psychoedukation vermittelten Informationen über die Medikamente für sie hilfreich waren, die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung zu verstehen und diese für sich selbst zu akzeptieren.

Na, das wichtigste ist, glaub ich, ja das zu erklären eben, aber das wird ja da gemacht, darum findet das ja statt. Also, wenn man mir jetzt einfach nur die Diagnose schizophren oder Psychose hingeknallt, und »Jetzt nimm mal Medikamente!« oder so, hätt ich das nicht schaffen können einzusehen, dass ich diese Medikamente vielleicht, dass das für mich ein großer Nutzen ist, dass ich die auch, dass ich sie vielleicht wirklich zwei Jahre konsequent durchnehme, und was die Vorteile von all dem sind für mich selber, dass ich das annehmen kann. Genau. Und dann auch danach gehe, also Vertrauen aufzubauen auch zu dem, was Ärzte ... sagen. (Frau Uhl, Z720–726)

Frau Uhl hat insbesondere die Aufklärung über die biochemischen Zusammenhänge geholfen, die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung zu verstehen. Für sie, die eigentlich grundsätzlich keine Medikamente einnimmt, liefert die Vermittlung des Rationals für die medikamentöse Behandlung auch eine Möglichkeit, gegenüber anderen und insbesondere vor sich selbst die Einnahme zu rechtfertigen und erleichtert damit letztendlich die Akzeptanz der Behandlung:

Das hatte ich mir dann so erklärt, ich nehm jetzt die Medikamente auch, damit diese Überproduktion oder ... also... gedämmt wird. (Frau Uhl, Z674–675)

Die medizinisch-somatische Erklärung für die Erkrankung vermittelt einen klareren Behandlungsansatz, der wiederum ein Gefühl von Kontrollierbarkeit und Beeinflussbarkeit der Erkrankung ermöglichen kann.

(I: *Also was Ihnen dann besonders geholfen hat an Informationen?*) Ja, ... dass es ne Stoffwechselstörung im Kopf ist, das war sehr hilfreich. Ich hab gedacht, wenn's so was ist, dann kann man was dagegen machen. Das war wie zu hoher Blutdruck, hab ich dann gedacht. (Frau Gabler, Z750–762)

Dies kann zu einer Entlastung für die Patienten führen, für die der mit der Erkrankung einhergehende erlebte Kontrollverlust eine Bedrohung für das eigene Selbstbild darstellen und mit Gefühlen von Ausgeliefertsein, Ohnmacht oder Hilflosigkeit einhergehen kann.

Das biomedizinische Krankheitsverständnis allgemein und die Medikamente im Besonderen können aber gleichzeitig Kontrollierbarkeit und Kontrollverlust

implizieren (s. o.). Die Erkrankung wird auf diese Weise in der Person lokalisiert, die Einflussmöglichkeiten aber external bei den Medikamenten bzw. den verschreibenden Ärzten. Dies birgt potenziell die Gefahr, dass das Gefühl des Ausgeliefertseins gegenüber der Eigendynamik der Erkrankung verstärkt wird, der (nur) durch medikamentöse Behandlung (und Stressvermeidung) begegnet werden kann. Es wurde schon beschrieben, dass Handlungsmacht und Handlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Erkrankung von den Patienten vielfältig und unterschiedlich lokalisiert werden können. Mit dem starken Fokus auf die medikamentöse Behandlung werden auch die potenziellen Handlungsträger auf die Einflussmöglichkeiten durch Medikamente bzw. die verschreibenden Ärzte eingegrenzt. Eine derartige Fokussierung der medikamentösen Behandlung findet sich auch bei einigen Teilnehmern, wenn es um Bewältigungs- oder Lösungsmöglichkeiten geht. Die medikamentöse Behandlung kann dabei wie beschrieben sowohl eine Kontroll- und Beeinflussungsmöglichkeit darstellen als auch eine entlastende Abgabe von Verantwortung bedeuten.

Es wurde schon beschrieben, dass die Fokussierung der biomedizinischen Erklärung und die Symptomdarstellung zu einer Distanzierung von den individuellen Lebensthemen führen können. Die Medikamente können diese Distanz verstärken, sowohl durch ihre Wirkung als auch durch die durch sie vermittelte Bedeutung (s. o.). Die starke Fokussierung der medikamentösen Behandlung kann für die Betroffenen zum einen eine entlastende Komplexitätsreduktion bedeuten. Problematisch scheint dabei insbesondere die mit der Fokussierung einhergehende – vermittelte oder aufgefasste – Ausschließlichkeit des Behandlungsansatzes. Die Notwendigkeit und Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung scheinen für viele Patienten gleichzeitig eine Infragestellung und Relativierung anderer Erklärungs- und Bewältigungssätze zu beinhalten. Überspitzt formuliert: Wenn Medikamente verordnet werden oder wirken, dann sind andere, beispielsweise lebensbezogene Erklärungsansätze hinfällig (vgl. auch Zitat von Herrn Kehl am Anfang dieses Kapitels). Auf diese Weise kann es auch durch die starke (»ausschließliche«) Fokussierung der medikamentösen Behandlung zu einer Reduktion der Erklärungs- und Bewältigungsansätze kommen (vgl. Abb. 18).

8.2.5 Mit der Infragestellung eines »normalen« Lebens umgehen

Damit ich zu Hause dann ... ganz so simpel wie die anderen leben kann ... und auch später wieder arbeiten gehen kann. (Frau Rieck, Z715 – 717)

In der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und deren Bedeutung für das eigene Leben spielen die Orientierung an typischen sozialen Rollen und der

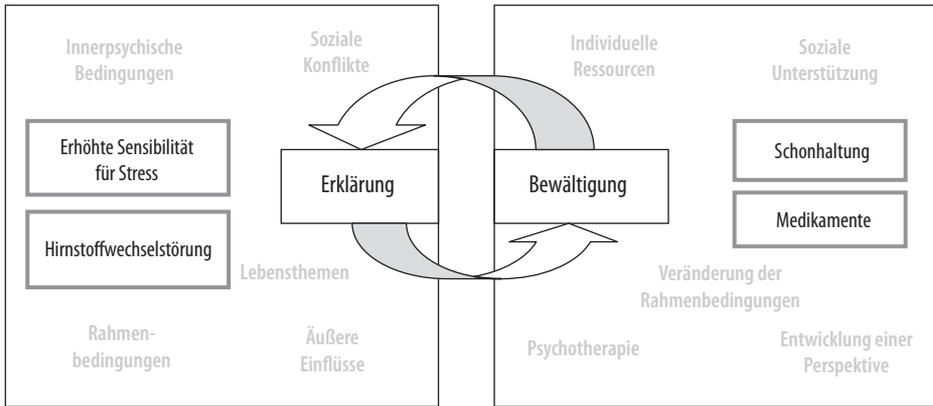


Abb. 18: Sich wechselseitig bedingende Reduktion von Erklärungs- und Lösungsansätzen

Wunsch nach einem »normalen« Leben bei allen hier interviewten Patienten eine große Rolle. Insbesondere geht es dabei um soziale und berufliche Einbindung, also partnerschaftliche, familiäre oder weitere soziale Beziehungen sowie eine berufliche Aufgabe, die einen Sinn im Leben, soziale Anerkennung oder finanzielle Absicherung ermöglicht.

Also da bin ich, bin ich schon son bisschen, also ich hab Vorschullehrer-Freundin, die ist verheiratet, hat nen Kind, die hat das Haus ihrer Eltern geerbt, die arbeitet in einer der Apothekervereinigung am Gendarmenmarkt, (...) und die anderen Freunde, die ich habe, die sind auch in der Bank oder Wirtschaftsprüfer, macht versucht einer jetzt den Abschluss zu machen, also die ... es ist schon so nen bisschen, also mit Kinder kriegten und mit Beziehung, (...) und ... ja Selbstbewusstsein ... also Familie und noch nicht mal Eigentum, Haus oder so, so was ist eigentlich gar nicht mal so, es geht wirklich darum, dass irgendwie das Leben sich um irgendwas rumgruppieren muss (...) also Sinn hat. (Frau Speer, Z1162–1189)

Die Orientierung an diesen sozialen Rollen spielt zum einen in den rückwärtsgerichteten Prozessen der biografischen Krankheitsverarbeitung eine Rolle. Die Patienten betonen Erfolge hinsichtlich der Erfüllung derartiger Rollenerwartungen oder setzen sich mit missglückten Versuchen der Teilhabe an diesen Rollen auseinander, indem sie nach Erklärungen dafür suchen und sie so für sich (und die Zuhörer:in) rechtfertigen (vgl. insb. 8.2.3).

Auch im Hinblick auf aktuelle und zukunftsgerichtete Auseinandersetzungsprozesse kommt der Orientierung an typischen sozialen Rollen eine große Bedeutung zu. Dies betrifft die Frage, ob und wie ein »normales« Leben in Anbetracht der Erkrankung (noch) möglich ist. Für die Patienten wird der Wunsch nach sozialer Teilhabe und einem »normalen« Leben bzw. die Chance auf dessen Realisierung durch die Erkrankung auf verschiedene Weise infrage gestellt. Zum

einen können Zweifel bezüglich der eigenen Belastbarkeit bestehen, im Sinne einer Sorge, den mit den Rollenerwartungen einhergehenden Herausforderungen und Belastungen nicht gewachsen zu sein. Eng damit verbunden ist die Angst vor erneuten psychotischen Krisen und die Sorge, gerade durch Herausforderungen und Belastungen die Gefahr von Rückfällen zu erhöhen.

Ansonsten hab ich nervlich und von der Belastung her bin ich noch nicht so belastbar, ich lebe alleine, ich hab keine Kinder, könnte ich auch alles gar nicht verkraften. Ich bin auch gar nicht zurzeit gewöhnt, auch eine Beziehung oder so ... Also ich hab auch immer mal Zeit und Raum für mich, weil wenn ich nicht zur Ruhe komme und anders belastet werde, dann schaff ich das nicht, also dann schaff ich es überhaupt nicht, gesund zu werden. Dann ist wieder Stress und Stress löst bei mir wieder Panik aus, Angst, und der muss weggehalten werden. (Frau Rieck, Z513–522).

Darüber hinaus kann der Eindruck bestehen, dass mit der Erkrankung ein sozialer bzw. gesellschaftlicher Ausschluss von diesen Rollen verbunden ist. Dies wird beispielsweise durch individuelle Erfahrungen mit Ausgrenzung oder Diskriminierung oder Kontakt mit stigmatisierenden Krankheitsvorstellungen begünstigt. Schließlich können allgemeine Zweifel bestehen im Hinblick auf die eigenen Fähigkeiten, diese Rollen zu erfüllen, und das grundsätzliche Zutrauen in diese Fähigkeiten reduziert sein. So kann es durch (wiederholte) missglückte oder gescheiterte Versuche der sozialen oder beruflichen Einbindung zu einer grundlegenden Verunsicherung bezüglich der eigenen Fähigkeiten kommen.

Zwischen Resignation und Versuchen, die Zuversicht aufrechtzuerhalten

Die zukunftsgerichtete Krankheitsverarbeitung steht bei vielen Teilnehmern in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Wunsch nach einem normalen Leben und der potenziellen Verunmöglichung der Realisierung dieses Wunsches durch die Erkrankung. Auf der einen Seite kann die Infragestellung der eigenen Möglichkeiten, ein »normales« Leben zu führen, mit Gefühlen von Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung einhergehen und birgt immer die Gefahr der Resignation. Auf der anderen Seite steht die Suche nach Möglichkeiten, eine hoffnungsvolle Zukunftsperspektive und eigene Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Bei allen Teilnehmern finden sich derartige Versuche, die Hoffnung trotz Einschränkungen, Rückschlägen oder damit einhergehenden Ängsten und Zweifeln aufrechtzuerhalten, sowie Versuche, eigene Handlungsspielräume trotz Erfahrungen von Kontrollverlust, Hilflosigkeit oder Fremdbestimmung aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten.

Wo sich die Patienten in diesem Spannungsfeld bewegen und welche individuellen Strategien sie verwenden, um die Zuversicht trotz der durch die Erkrankung drohenden Hoffnungslosigkeit oder Resignation aufrechtzuerhalten, wird

von verschiedenen anderen Aspekten beeinflusst. Von zentraler Bedeutung ist dabei, ob bzw. wie stark eine »ausschließliche Konzeption der Krankenrolle« vorherrscht. Eine ausschließliche Konzeption der Krankenrolle bezieht sich hier zum einen darauf, dass eine starke Infragestellung eines normalen Lebens durch die Krankheit erlebt bzw. fokussiert wird. Zum anderen beinhaltet eine ausschließliche Konzeption der Krankenrolle die Vorstellung, dass sich Krankheit und ein »normales« Leben grundsätzlich ausschließen, also dass Gesundheit gewissermaßen die Voraussetzung dafür darstellt, (wieder) am »normalen« Leben teilhaben zu können. Darüber hinaus beinhaltet sie, wie stark das eigene Selbst (tatsächlich oder potenziell) durch die Krankheit definiert wird, d. h. welche Bedeutung die Krankenrolle im Selbstkonzept einnimmt oder einnehmen könnte (Ausschließlichkeit im Selbstkonzept).

Zwischen Krankheit vergessen und Krankheit fokussieren

Je stärker eine ausschließliche Konzeption der Krankenrolle vorherrscht, desto stärker scheinen auch die Alternativen im Umgang mit der Erkrankung begrenzt. Frau Speer macht ihr Lebensthema, den fehlenden Kern im Leben, an der Ausübung sozialer Rollen und damit einhergehendem »Erfolg im Leben« fest bzw. daran, dass sie das bisher »nicht geschafft« hat. Zentrales Ziel ist für sie dementsprechend zu arbeiten:

Aber ich träume, also immer noch, also ich seh immer noch, wenn man mich fragen würde, was mich so interessiert, was ich gerne machen würde, so in die Arbeitswelt. (Frau Speer, Z893–894)

An dieser Hoffnung hält sie fest und sieht darin die Lösung ihrer Probleme. Für sie ist damit die Hoffnung verbunden, doch nicht »der Versager der Familie« zu sein. Dieses Ziel vor Augen zu behalten – und sei es nur davon zu träumen – heißt für sie die Hoffnung und eine optimistische Zukunftsperspektive aufrechtzuerhalten. Eine psychische Erkrankung bedeutet für sie dagegen »für völlig verrückt erklärt zu werden« und erlebt sie auch in ihrem familiären und weiteren sozialen Umfeld als nicht kommunizierbar – allein darüber nachzudenken, »was denken die Leute (und insbesondere ihr Bruder) darüber«, ist für sie extrem schambesetzt. Den klinischen und psychoedukativen Fokus auf Krankheitszeichen und Krisen, die immer wieder thematisiert werden, empfindet sie als entmutigend und kommt für sie einem »Aufgeben vor diesen Schwierigkeiten gleich«. Dem setzt sie einen Fokus auf »positive Erlebnisse« und eine Orientierung an Erfolgserlebnissen entgegen, welcher es ihr, auch in schwierigen Zeiten ermöglicht, »den Weg zu finden ins Alltägliche zurück«. Eine Akzeptanz der Krankheit bzw. der klinischen Diagnose würde für sie bedeuten, die Hoffnung auf eine Einbindung in soziale Rollen, einen Kern und Erfolg im Leben endgültig aufzugeben – und damit einer Besiegelung ihres Versagens gleichkommen.

Die darin zum Ausdruck kommende Spannung zwischen Abgrenzung von der Krankheit und Aufrechterhaltung von Hoffnung auf der einen und Akzeptanz der Erkrankung und damit die Hoffnung aufgeben auf der anderen Seite findet sich auch in anderen Berichten. Herr Graf hat beispielsweise lange versucht, die Krankheit zu vergessen, zu verdrängen und ihr keine Bedeutung beizumessen. Durch wiederholte psychotische Krisen, die durch einen Fenstersprung auch mit körperlichen Langzeitfolgen einhergehen, ist bei ihm das Bewusstsein gewachsen, dass diese doch eine Bedeutung in seinem Leben haben und die Angst, dass es beim nächsten Mal noch schlimmer kommen könnte:

Es wahrscheinlich so schlimm sein wird, dass ich also zu nichts mehr, berufsunfähig bin. Also ich muss sehr gut auf mich aufpassen, dass ich zu nichts mehr im Stande wäre. (Herr Graf, Z263–265)

Wie ich gesagt habe, also ich hab ne Teilinkontinenz, ich humple, ... der nächste Versuch würde mich wahrscheinlich ins soziale Aus bringen. Und deswegen machen mir diese Gedanken große Angst. (Herr Graf, Z306–308)

Er versucht, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen und diese anzunehmen, was er grundsätzlich als sinnvoll und notwendig einschätzt. Dabei droht aber immer die Gefahr, von der Erkrankung ganz eingenommen zu werden, zu verzweifeln oder zu resignieren, was wiederum den Wunsch verstärkt, die Krankheit zu »vergessen«.

Ich fühl mich ein bisschen wehleidig, wenn ich die Krankheit immer wieder thematisiere und vorschieben muss, weil ich das nicht geschafft habe, dann sagen muss, »Ja, du weißt doch, ich war krank«, also das ist für mich, also deswegen versuche ich ab und zu auch mal also abzuschalten von dieser Krankheit. (...) [In der Psychoedukation] war ich bereit, das ab und zu mal anzusprechen und zu thematisieren. Aber grundsätzlich hab ich das Gefühl, geht es mir besser, wenn ich die Krankheit sozusagen vergesse. (Herr Graf, Z85–115)

Zwischen diesen Extremen sucht er nach Mittelwegen, versucht, Formulierungen zu finden, die es möglich machen, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen, diese anzunehmen, und trotzdem eine »positive Einstellung« aufrechtzuerhalten. Seine Versuche beziehen sich dabei auch darauf, die »ausschließliche Konzeption der Krankenrolle« aufzuweichen, sodass die Person nicht gänzlich von der Erkrankung definiert wird, Gesundheit und Krankheit weniger dichotome als dimensionale Zustände sind und ein glückliches Leben auch mit Medikamenten möglich ist:

Wie gesagt, ich habe heute ne positive Einstellung, ob ich jemals richtig gesund werde, mit oder ohne Tabletten, weiß ich nicht, ist schwer zu sagen, wie die Prognose ist. Ich hab gehört, mit dem Altern, mit dem älter werden, werden die Schübe weniger schlimm und die Krankheit verbessert sich im Allgemeinen. Aber bei mir persönlich ist es so, dass ich ohne Medikamente kranker wäre als mit. Man kann sagen, also ja, wahrscheinlich bin ich ein bisschen krank. Ich stehe

dazu, was soll ich tun? ... Ich will jetzt nicht sagen, ich hab mir meine Krankheit ausgesucht, aber das ist meine Problematik. (...) Wie mir mein Vater das gesagt hat, ich kann noch ein bisschen was rausholen aus diesem Leben für mich. (Herr Graf, Z283–301)

Eine ausschließliche Konzeption der Krankenrolle kann also auf der einen Seite im Sinne eines Schutzes vor den damit einhergehenden Konsequenzen für das Selbstbild Versuche verstärken, die Krankheit zu verdrängen, zu leugnen oder zu negieren, um Zuversicht aufrechtzuerhalten. Wie bei Herrn Graf können wiederholte psychotische Krisen diesen Versuch torpedieren bzw. dessen langfristigen Nutzen infrage stellen. Aus der Angst, dass eine erneute Krise möglicherweise noch schwerwiegendere Konsequenzen hat und ihn »ins soziale Aus« bringt, erwächst für ihn die Notwendigkeit, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen und diese anzunehmen. Er sucht dabei nach Möglichkeiten, eine hoffnungsvolle Zukunftsperspektive trotz der Einschränkungen der Erkrankung zu entwickeln, und die ausschließliche Konzeption der Krankenrolle aufzulösen, gerät dabei aber immer wieder in eins der Extreme – zu verzweifeln oder die Erkrankung vergessen zu wollen.

Insbesondere bei schon länger erkrankten Patienten steht die Realität der Erkrankung häufig weniger infrage, es besteht häufig ein zunehmendes Bewusstsein, dass die Krankheit bleibende Bedeutung hat. Die Krankheit kann dabei eine zentrale Position im Leben und im Selbstbild der Patienten einnehmen. Damit verändert sich auch die Vorstellung davon, wie weit eine Anbindung an normative soziale Rollen möglich ist bzw. die Strategien, einen Bezug zu einem »normalen Leben« herzustellen. Im Vordergrund des Gesprächs mit Herrn Röhr steht dessen Suche nach einer Erklärung dafür, warum er seine beruflichen Probleme während einer Psychose nicht bewältigt hat und mit seinem Rückzug auch aus seiner beruflichen Laufbahn ausgestiegen ist. Er hadert mit diesen 30 Jahre zurückliegenden Entwicklungen auch heute noch und sieht gleichzeitig die Möglichkeiten auf eine diesbezügliche Veränderung als begrenzt.

Das Problem ist irgendwie verschleppt, ne ... Und ich hab jetzt, ich weiß nicht, ob ich jetzt noch die Kraft dazu hab, da noch mal voll in die Eisen zu steigen irgendwie. (Herr Röhr, Z1095–1097)

Auch wenn er versucht, seine Situation positiv zu bewerten – beispielsweise indem er seine aktuelle Situation als die selbst gewählte Rolle eines »Privatiers« darstellt – scheint in seiner Auseinandersetzung mit der Erkrankung und seinem Leben immer die Gefahr gegeben, dass Hadern, Schuldgefühle und Resignation vorherrschen.

Abgrenzung von (der Diagnose) der Erkrankung oder Neubewertung der eigenen Situation können Strategien darstellen, Zuversicht aufrechtzuerhalten, trotz der drohenden Resignation durch die mit der Krankenrolle einhergehenden sozialen und biografischen Konsequenzen. Herr Graf versucht, die »ausschließ-

liche Konzeption der Krankenrolle« für sich aufzuweichen und zu einem eher dimensionalsten Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu gelangen. Er versucht ein Selbstbild zu finden, in dem kranke Anteile nicht übermächtig werden, sondern trotz der Krankheit auch Raum für gesunde Anteile ist, die es zu stärken gilt. Dementsprechend sind es gerade konkrete Erfahrungen, dass die Krankheit nicht mit einem gänzlichen Ausschluss vom »normalen« Leben verbunden ist, die es erleichtern, die Krankheit anzunehmen. Frau Gabler hat anfangs mit ihrer Erkrankung gehadert, sie hat sich geschämt und ihr wurde vermittelt, dass sie lieber mit niemandem darüber reden soll (s. o.). Inzwischen hat sie eine Teilzeitstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt und mit ihrem Arbeitgeber kann sie offen über ihre Erkrankung sprechen. Insgesamt hat sie ein hilfreiches und unterstützendes soziales Umfeld und ein Netz, auf das sie sich verlassen kann. Dies hat ihr erleichtert, die Krankheit anzunehmen und ist für sie mit der Überzeugung verbunden, dass es »heutzutage kein Problem mehr ist, wenn man ne Psychose-Krankheit hat«.

Zur Bedeutung psychoedukativer Interventionen

Wie schon beschrieben ist für Herrn Graf die Auseinandersetzung mit der Erkrankung lange Zeit etwas gewesen, was er gänzlich gemieden hat. Die Psychoedukation hat ihm geholfen zu merken, dass es sich »um ein wichtiges Thema in [s]einem Leben handelt« und ihn ermutigt, »da doch mal weiter reinzuschauen«. Dadurch war er

bereit, also das Kind nochmal aus dem Brunnen zu holen, und die alten Narben nochmal zu öffnen, weil ich dachte, es bringt mir persönlich was und es bringt mich weiter, da vielleicht in der prophylaktischen Verhaltensweise ein bisschen was dazu..., ich mich so gut absichern kann, dass der nächste Schub – Gott behüte – dass da keine Katastrophe passiert. (Herr Graf, Z122–126)

Erneute Krankheitsphasen und mögliche Konsequenzen machen ihm große Angst. In einer »disziplinierten medikamentösen Therapie« und dem Krisenplan sieht er eine entlastende Möglichkeit, erneute Krankheitsschübe und längere Aufenthalte auf einer geschlossenen Station zu verhindern und »länger stabil und leistungsfähiger zu bleiben«:

Auch das Konsultieren eines Arztes, dann mit dem nächsten Psychiater also den Krisenplan, den wir hier erarbeitet haben, besprechen, falls so was nochmal passiert, es einen reibungslosen Ablauf, notfalls auch gegen meinen Willen in die Klinik gibt, weil das letzte Mal war katastrophal. (Herr Graf, Z328–342)

Die meisten interviewten Patienten weisen ein sehr ausgeprägtes Bewusstsein für die Möglichkeit eines Krankheitsrezidivs auf, welches sich wie bei Herrn Graf häufig in einer extremen Angst oder Sorge vor einer erneuten Psychose und den damit verbundenen Konsequenzen ausdrückt. Diese Gefahr eines Rückfalls erscheint wie ein Damoklesschwert, das ihr Leben und ihre Lebensentscheidungen

bestimmt. Der starke Fokus auf diesen Aspekt in der Psychoedukation birgt dabei die Gefahr, diese Angst zu verstärken und eine starke Wachsamkeit auf mögliche Veränderungen zu fördern.

In den individuellen Berichten der Teilnehmer wird deutlich, dass für viele von ihnen zum einen die Entstehung ihrer Erkrankung mit bestimmten Herausforderungen in beruflichen und/oder sozialen Kontexten und damit der Übernahme normativer sozialer Rollen verbunden ist, und zum anderen gerade diesen sozialen Rollen eine große Bedeutung für ihr Selbstwertgefühl zukommt (s. o.). In dem vermittelten Erklärungsansatz wird dieser psychosoziale Aspekt unter dem allgemeinen Begriff des Stress zusammengefasst und darin die Notwendigkeit begründet, Stress zur Verhinderung weiterer psychotischer Krisen zu vermeiden. In dieser vereinfachten Konzeption kann dies als eine notwendige »Schonhaltung« aufgefasst werden, die nahelegt, mit dem potenziellen Stress und den Krisen auch die Herausforderungen selbst zu meiden. In dem bestehenden Spannungsverhältnis zwischen dem Wunsch nach einem »normalen« Leben und dessen potenzieller Verunmöglichung durch die Krankheit wird auf diese Weise Letzteres betont.

Die Möglichkeit, Krisen durch die Vermeidung von Stress und das rechtzeitige Erkennen von und Reagieren auf Frühwarnzeichen selbst zu verhindern, wird von einigen Patienten in diesem Zusammenhang als zu einfach und belastend erlebt. So weist Frau Toma beispielsweise wiederholt darauf hin, dass es nicht so einfach sei, weil man es entweder nicht sehen könne oder nicht sehen wolle, weil man »sich selbst zurückhaben« will:

Ja, ich muss mit mir selbst mehr aufpassen. Und das kann man nicht sagen, ok, jetzt weiß ich's und kann ich... nein es ist, jedes Mal ist anders. Jedes Mal, man weiß nicht, wann, man ist nicht vorbereitet. Es ist es kommt immer, wie gesagt, eine neue Geschichte und man ist nie vorbereitet auf was Neues, auf was kommt. (Frau Toma, Z1358–1361)

Und man weiß, zusätzlich man weiß nicht, wie viel oder wann oder wie man, man hat das Gefühl nicht, ne? Also, bis wohin man gehen kann. (*I: Haben Sie denn das Gefühl, sie haben da jetzt ein besseres Gespür für?*) Also manchmal. Aber manchmal wieder nicht, also es ist ... denn man will immer wieder zurück, sich selbst zurückhaben, ne? (Frau Toma, Z907–918)

Mit der Vermeidung von Stress oder einem rechtzeitigen Reagieren auf Frühwarnzeichen werden Strategien vermittelt, mit denen Krisen verhindert oder zumindest abgeschwächt werden können. Die darin beinhaltete Zuweisung von Verantwortung kann auch als Überforderung erlebt werden und gleichzeitig eigene Schuldzuweisungen begünstigen, wenn eine erneute Krise eintritt.

Psychoedukative Interventionen werden von vielen Patienten generell als defizitorientiert und einseitig auf die Erkrankung fokussiert erlebt. Herr Graf betont, wie auf diese Weise andere Aspekte zu kurz kommen:

Ich glaube, dass das Unterbewusstsein da auch ne Rolle spielt, und eher positive Rückkoppelungen, das Unterbewusstsein kriegt ja Kraft, die alltäglichen Belastungen gut zu überstehen. (...) Ich versuche eben die gesunden Elemente in mir zu stärken und da ist manchmal das, die Gespräche über Krankheit kontraproduktiv. Sondern nen Gespräch über gute Musik oder Musikgeschmack hilft mir emotional mehr, mich glücklich zu fühlen, als wenn ich also ständig über meine Krankheit sprechen würde. (...) Ja, es ist mir unangenehm, also das war in der Psychoedukation immer unangenehm, weil sich's immer um Krankheit drehte. (Herr Graf, Z70–105)

Auch Frau Speer bezeichnet die ständige Beschäftigung mit der Krankheit in der Psychoedukation als »nicht motivierend«, für sie sind für die Entwicklung einer zuversichtlichen Zukunftsperspektive und der Fokus auf positive Ereignisse und Erfolgserlebnisse wichtig (s. o.). Frau Toma betont, dass es darüber hinaus wichtig wäre, das Vertrauen in die eigene Person zu stärken – gerade um zu erleichtern, sich zu schonen und mit potenziellem Stress umzugehen:

I: Und das heißt also, man muss immer für sich wieder nen Weg finden, auf sich aufzupassen und irgendwie zu versuchen, zu sehen, dass es nicht zu viel wird?

T: Genau. Genau das, ja.

I: Und wie meinen Sie, kann man das erreichen?

T: Ich denke schon, aber [lacht] ... Wie kann man das erreichen? Wenn man viele Freunde hat, wenn man gleich viel Liebe bekommt, wenn man akzeptiert sich fühlt, wenn man eine diese Möglichkeit gibt, dass auch selbständig in der Lage ist, bestimmte Sachen, also Sachen zutraut.

I: Man sich selbst das zutraut oder andere einem das zutrauen?

T: Nein, was man sich selbst zutraut, das weiß man schon, aber was die anderen...

I: Dass die einem das auch zutrauen?

T: Die zutrauen, nicht dich so gucken oder betrachten, was du wärst irgendwie ein Alien, oder so, ne? Jemand wär aus eine andere Welt, das ist schon gut. (Frau Toma, Z1363–1382)

Durch den Fokus auf die Gefahr von Rückfällen und die daraus erwachsende Notwendigkeit, Stress zu vermeiden wird eher eine ängstlich-pessimistische Sicht auf die eigene Zukunft gefördert. Dabei wird das ohnehin schon infrage gestellte Vertrauen in die eigene Person zusätzlich verunsichert, statt Zuversicht und Zutrauen in die eigene Person zu stärken und eine optimistische Zukunftsperspektive aufzubauen. Dies beinhaltet auch die fehlende Ermutigung und Unterstützung dabei, Herausforderungen trotz potenzieller Schwierigkeiten bzw. unter deren Berücksichtigung anzugehen. Die vermittelten Informationen verstärken eher die »ausschließliche Konzeption der Krankenrolle«, als dass sie sie auflockern. Dies birgt insgesamt die Gefahr, das Spannungsverhältnis, in dem sich die Patienten selbst bewegen – zwischen Resignation und Zuversicht, zwischen Abgrenzung von und Definition durch die Erkrankung, zwischen die Krankheit vergessen (wollen) und die Krankheit fokussieren – zusätzlich zu verstärken.

8.2.6 Sich vor Selbst- und Fremdstigmatisierung schützen

Die Leute haben überhaupt kein Verständnis dafür, wenn jemand Probleme mit Synapsen oder neurologische Probleme hat, dann ist für den schon abgestempelt, dass verrückt. Und Verrückte haben nichts zu suchen in der Gesellschaft. (Frau Toma, Z1239 – 1241)

Also für mich war das so nen bisschen abstempeln, jetzt bist du für völlig verrückt erklärt worden. (Frau Speer, Z1131 – 1132)

Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung bedeutet immer auch eine Auseinandersetzung mit dem Stigma der Erkrankung, stigmatisierten Laien- oder Alltagsvorstellungen und mit eigenen (tatsächlichen oder befürchteten) Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen. Diese Auseinandersetzung kann schon mit den ersten Veränderungen einer beginnenden Krankheitsphase einhergehen. Neben den als beängstigend oder verunsichernd erlebten Veränderungen des eigenen Erlebens und Verhaltens, kann es zu Ausgrenzungserfahrungen kommen – der Verlust der *Selbstverständlichkeit* kann mit einem Verlust der Verständlichkeit für andere einhergehen, der den Betroffenen auf diese Weise gespiegelt werden kann. Spätestens mit der Diagnosestellung wird das Stigma der Erkrankung zu einer akuten Bedrohung für die eigene Identität und löst unterschiedliche Auseinandersetzungsprozesse aus. Bei allen Patienten finden sich Hinweise auf Strategien, sich von bestimmten Aspekten des Stigmas der Erkrankung abzugrenzen und die eigene Identität davor zu schützen. Daneben können in unterschiedlichem Ausmaß Anzeichen dafür bestehen, dass bestimmte Aspekte in das eigene Bild der Erkrankung und des Selbst übernommen wurden und zu einem negativen Bild der eigenen Person beitragen.

Die Bedrohung durch das Stigma der Erkrankung und die Auseinandersetzung damit zieht sich durch alle bisher beschriebenen Herausforderungen der biografischen Krankheitsverarbeitung der Patienten. So können beispielsweise bestimmte Erklärungen für die Entstehung der Erkrankung als stigmatisierend oder entstigmatisierend erlebt werden, und damit deren Integration in das eigene Krankheitsverständnis mehr oder weniger wahrscheinlich machen. Auch die starke Fokussierung von Fragen nach eigener Schuld, Schwäche und persönlichem Versagen kann Ausdruck der mit der Erkrankung einhergehenden drohenden (Selbst-)Stigmatisierung sein. Insbesondere der Umgang mit und die Darstellung der eigenen Krankheitserfahrungen sind durch das Stigma der Erkrankung zusätzlich erschwert. Dies zeigt sich beispielsweise in dem Ringen der Patienten um eine Sprache, die die Integration und Kommunikation der eigenen Erfahrungen ermöglicht, ohne (sich selbst) zu stigmatisieren. Das Bewusstsein für diese Schwierigkeiten kann ein Motivator dafür sein, nicht über die Erkrankung und die damit einhergehenden Erfahrungen zu sprechen

(s. o.) und zu versuchen, die eigene Erkrankung und bestimmte Krankheitszeichen vor anderen zu verbergen. Aber auch Tendenzen auf professioneller Seite, nicht über die Erkrankung zu sprechen oder den Patienten zu raten, dies nicht zu tun, können den Eindruck verstärken, dass es sich um eine bedrohliche, entwertende Erkrankung handelt, die es zu verheimlichen gilt. Dies kann wiederum die Sorge vergrößern, dass mit der Erkrankung ein Ausschluss von sozialen Rollen verbunden sei. Ein antizipierter oder real erlebter Ausschluss von sozialen Rollen aufgrund der Erkrankung erschwert die Akzeptanz der Erkrankung sowie die Entwicklung einer hoffnungsvollen Zukunftsperspektive. Das Stigma der Erkrankung hängt auch eng mit einer ausschließlichen Konzeption der Krankenrolle zusammen.

Insgesamt spielt die Auseinandersetzung mit Vorurteilen über die Schizophrenie und die an einer Schizophrenie erkrankte Person für viele Patienten eine große Rolle. Dabei geht es um die Frage, wieweit diese Vorurteile auf die eigene Person zutreffen und möglicherweise in das eigene Selbstbild übernommen werden, bzw. um Versuche, die Selbst- und Fremdwahrnehmung der eigenen Person gegenüber diesen Vorurteilen abzugrenzen. Dafür können sehr unterschiedliche Strategien verwendet werden. Wie schon beschrieben, grenzt sich Frau Speer von der klinisch-diagnostischen Einschätzung ihres Befindens ab bzw. spricht über ihre Krankheit und deren Entstehung auf eine Weise, die eine Assoziation mit potenziell stigmatisierenden Bezeichnungen vermeidet. Bei vielen anderen Patienten beziehen sich derartige Abgrenzungsversuche weniger allgemein auf die ganze Diagnose, sondern auf konkrete potenziell mit der Erkrankung einhergehende Einschätzungen oder Assoziationen über die erkrankte Person. Frau Rieck achtet beispielsweise schon während ihrer Psychosen sehr darauf, sich nach außen nichts anmerken zu lassen; so versucht sie etwa, ihre Selbstgespräche durch das Aufsetzen von Kopfhörern zu kaschieren, sodass ihre Mitmenschen denken, sie würde telefonieren, oder sie achtet beim Zerreißen all ihrer Dokumente während einer Psychose sorgfältigst darauf, »ganz kleine Schnipsel zu erzeugen«, die sie feinsäuberlich und ordentlich in Tüten verpackt. Äußere Ordnung und Struktur haben für sie eine Funktion im Umgang mit dem inneren Chaos der Psychose, in der die Ordnung ihrer eigenen Person und ihres Lebenslaufs durcheinandergeraten sind. Während der Psychose, aber auch in deren Darstellung im Interview, sind ihr Ordnung und Sauberkeit aber auch im Hinblick auf die Wahrnehmung durch andere wichtig. Daneben scheint es für sie wichtig, sich gegen eine Wahrnehmung als gefährlich oder bedrohlich abzugrenzen. Wiederholt betont sie, dass sie »nichts getan« hat und nur eine Bedrohung für sich selbst, »nicht für andere« dargestellt hat. Wie zentral für sie die Sorge ist, als gefährlich wahrgenommen zu werden, wird beispielsweise in dem folgenden Ausschnitt deutlich, in dem sie die Frage der Interviewerin, ob sie die Ereignisse als bedrohlich *erlebt* hat, missversteht, ob sie *selbst* bedrohlich war:

R: War ganz schlimm.

I: Und was heißt schlimm, es war sehr bedrohlich dann in der Zeit oder?

R: Bedrohlich weiß ich nicht, weil ich bin ja ein ruhiger Mensch, ganz ruhig, es hat keiner sonst mitbekommen ...

I: Wie meinen Sie?

R: Weil ich auch nicht äußerlich das so zeige, also äußerlich sieht man es mir nicht so an. (Frau Rieck, Z384–393)

Auch Frau Toma hat während ihrer Psychosen wiederholt die Erfahrung gemacht, dass andere sie für gefährlich halten und Angst vor ihr haben, weil sie ihr Verhalten nicht verstehen können. Bei einem Klinikaufenthalt während eines Urlaubs in ihrer Heimat Süditalien erlebt sie eine Psychiatrie, die sie im Vergleich zu den Kliniken in Deutschland als rückständig und diskriminierend empfindet. In ihrem Bericht setzt sie sich mit den Erfahrungen, »als verrückt abgestempelt« oder für gefährlich gehalten zu werden, auseinander und versucht, sich von diesen Einschätzungen abzugrenzen. So schildert sie beispielsweise eine Situation am Flughafen während einer akuten Psychose, in der sie sich wie eine Aussätzigte behandelt gefühlt hat. Sie betont dabei immer wieder die Angst, die sie hatte. Durch die empathie- und solidarisierungsfördernde, re-inszenierende Darstellung erlebt die ZuhörerIn die Situation aus der damaligen Perspektive von Frau Toma und kann ihre panische Angst und das daraus resultierende Verhalten nachvollziehen. Die Angst, die sie wiederum durch dieses Verhalten bei ihrem Umfeld auslöst, wird auf diese Weise als unbegründet dargestellt – schließlich ist *sie* es, die Angst hat und nicht jemand, vor *der* man Angst haben muss; ihr eigenes Verhalten, ist für den anderen zwar nicht nachvollziehbar, dient aber nicht dem Angriff, sondern dem Selbstschutz:

Die Leute wissen nicht, was los ist, ne? Und wenn sie denken, oh Gott, gleich hast du Aids oder so was, ne? Also es ist krank, also, das ist, du bist krank, weil du [lacht] du weißt nicht, was mit dir los ist und die Leute haben Angst vor dir, weil du etwas sagst, das du überhaupt dir erfunden hast, ne? Und um ..., um dich selbst zu schützen oder ich weiß es nicht. (Frau Toma, Z1103–1109)

Auch ihre individuelle Konzeption der Psychose als eine funktionale, vorgesehene Schutzreaktion des Gehirns (s. o.) hat eine entstigmatisierende Bedeutung. In der Psychose schaltet das Gehirn zum Selbstschutz auf »Autopilot«. In diesem anderen Modus erzeugt das Gehirn Wahrnehmungen (Stimmen, Geschichten, Filme), welche sie (lachend) zusammenfasst als »das war Fantasieleben, die die einen verrückt macht, ne?«. Dadurch *ist* nicht sie verrückt, sondern es ist das funktionale Fantasieleben, das *einen* verrückt *macht*. Auch wenn in der Situation die Kontrolle außerhalb ihres subjektiven Erlebens liegt, bleibt sie trotzdem innerhalb ihrer Person beim Gehirn, welches nicht gestört ist, sondern, wie sie explizit betont, »immer funktioniert«. Diese Darstellung und Konzeption der Psychoseerfahrungen ermöglichen für Frau Toma auch eine Auseinandersetzung mit ihren eigenen, stig-

matisierenden Ausgrenzungserfahrungen und eine darin motivierte Abgrenzung von dem Stigma, gefährlich, unkontrollierbar und verrückt zu sein.

Das Stigma der Erkrankung hat einen starken Einfluss auf die biografische Krankheitsverarbeitung der Patienten. Die Auseinandersetzung mit den Krankheit(erfahrungen) ist eng verbunden mit der von dem Stigma ausgehenden Bedrohung der eigenen Identität. Die Suche nach einer Positionierung zur Erkrankung wirft Fragen des Umgangs mit dem Stigma auf. Die Aushandlung des Verhältnisses von Selbst und Erkrankung beinhaltet die schwierige Herausforderung, einen Weg zu finden, der die Kommunikation, Integration und Verarbeitung der (Krankheits-)Erfahrungen ermöglicht und gleichzeitig vor der vom Stigma der Erkrankung ausgehenden Bedrohung der eigenen Identität schützt.

Zur Bedeutung psychoedukativer Interventionen

In den Berichten der Interviewpartner wird die weitreichende Bedeutung des Stigmas der Erkrankung für ihre biografische Krankheitsverarbeitung deutlich. Die Diagnosestellung und der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik fungieren dabei als zentrale Marker, die den Betroffenen mit dem Stigma verbinden. Gegenüber dem Schock, den diese Erfahrungen für die Betroffenen darstellen, wird es häufig als entlastend erlebt, dass in der Psychoedukation über die Diagnose und die Erkrankung gesprochen wird und Informationen und Erklärungen vermittelt werden (vgl. 8.2.2). Herr Graf, der an dem modifizierten Psychoedukationsprogramm³⁴ teilgenommen hat, beschreibt beispielsweise, dass die Psychoedukation für ihn etwas Klarheit vermittelt hat:

Ich fand daran hilfreich ein bisschen an der Psychoedukation, dass sie entrümpelt hat, ein bisschen Wahrheit und Ordnung und ein bisschen verworrenes Netz von Gedanken und Anschauungen, da ein bisschen Ordnung reinzubringen, also sozusagen dieses Chaos, was herrscht über Plussymptomatik, Vorurteile und so weiter, alles auf einen Batzen, so ein bisschen zu entrümpeln, so ein bisschen Klarheit reinzubringen auch bei Frühwarnzeichen, oder medikamentöser Therapie. (Herr Graf, Z132–146)

In den Berichten der Teilnehmer wird deutlich, wie beängstigend, verwirrend und traumatisierend es erlebt werden kann, wenn in der akuten Psychose die Selbstverständlichkeit des eigenen Verhaltens, der Bezug zu einer geteilten und mitteilbaren Realität und damit auch die Verständlichkeit des eigenen Erlebens und Verhaltens für andere verloren gehen. Für viele Teilnehmer ist die Psychoedukation insbesondere deswegen hilfreich, weil die Gruppensituation die Erfahrung ermöglicht, mit diesen Erlebnissen und Schwierigkeiten »nicht allein

³⁴ In dem modifizierten Psychoedukationsprogramm wurde eine Sitzung speziell zu Vorurteilen und Stigmatisierung entwickelt (vgl. Kap. 5.1).

zu sein« (Frau Toma) und »dass es Menschen gibt, die ne ähnliche Erkrankung beziehungsweise auch manchmal die gleiche Erkrankung haben« (Herr Graf). Auf diese Weise können die beängstigenden und unverständlichen Erfahrungen teilbar werden und bekommen so eine Normalität im Sinne der Krankheit.³⁵ Auch durch die Vermittlung der Fachbegriffe für die Krankheitszeichen kann eine derartige Normalisierung der Erfahrungen im Sinne der Krankheit vermittelt werden. Die unverständlichen Veränderungen des Erlebens und Verhaltens werden in Bezug gesetzt zu klinisch-bekanntem Phänomenen und wissenschaftlich-medizinischen Fachbegriffen.

Diese Fachbegriffe stellen aber auch eine Verbindung zu der (stigmatisierten) Diagnose her und gleichzeitig eine Distanz zu den individuellen Erfahrungen des Einzelnen. Durch die Normalität oder Vergleichbarkeit im Sinne der Krankheitskategorie werden die individuellen Unterschiede vernachlässigt und die Gemeinsamkeiten vereinfachend betont. Die Vermittlung dieser Bezeichnungen erleben viele Patienten wie eine »Einordnung« ihrer Erfahrungen in (stigmatisierte) Kategorien, durch die ihnen die wissenschaftliche Begründung für die Diagnose (die übergeordnete Kategorie) vermittelt wird. Die Gruppensituation kann diesen Eindruck der Einordnung in eine stigmatisierte Kategorie und die damit verbundene erlebte Zuweisung der Krankenrolle verstärken. Frau Toma kritisiert beispielsweise explizit die Praxis des »nur Kranke mit Kranken« und die darin für sie zum Ausdruck kommende Schubladenmentalität:

Ja, also nicht nur Krankheit, und es ist auch gut, wenn man ... mit normale Menschen mal zu tun hat, nicht nur Kranke mit Kranken, Kranke unter Kranken, das macht noch mehr krank (...) Also versuchen gesunde Menschen mit diese Menschen zusammenzubringen, also wieso geht nicht? ... Hier gibt es diese Mentalität Schubladen. Das geht nicht! (Frau Toma, Z1478–1486)

Für sie geht dies mit dem Gefühl einher, »unter die Lupe genommen« zu werden und »nur als Nummer« (Frau Toma, Z1449) betrachtet zu werden, deren subjektives Erleben und individuelle Lebenszusammenhänge vernachlässigt werden. Frau Toma betont, dass diese Form der Kategorisierung der Individualität der Patienten, ihren unterschiedlichen persönlichen Erfahrungen und biografischen Hintergründen nicht gerecht werden kann.

Weil jede Mensch ist einzeln, jede Mensch hat eigene Geschichte, jedes Land hat ein Sprachraum, jedes Land hat eine Mentalität, und alles kommt aus der Geschichte, was passiert ist durch die vielen Jahre und ... das ähnelt sich in vieler Linie, weil wir gehören alle zu, alles gehört dazu, alles muss, muss man alles mitnehmen ... alles, alle Zutaten machen den Kuchen. Wissen Sie? (Frau Toma, Z1332–1336)

Für Frau Toma ist es gerade diese distanzierte und kategorisierende Betrachtung, die letztlich auch einer erfolgreichen Behandlung im Wege steht:

35 Vgl. KILIAN et al. 2001.

Nur ich denke, jede Patient, ein Arzt kann nicht, kann nur mit dem Patient probieren ein Medikament, um zu sehen, ob wirkt oder nicht, aber eine Arzt selbst, der kann nicht ein Patient helfen, denn jede Patient ist ... eins. Und in Gruppe sowieso nicht, also man kann vielleicht jede bei Stimmen, aber sind immer verschiedene, und sind immer jede eine andere Geschichte, und es ist immer eine andere Stories, und es ist immer ein anderes Erlebnis von diese Mensch, was der erlebt hat von klein bis groß. (Frau Toma, Z1255–1265)

Eine ganzheitliche Betrachtung individueller Lebenszusammenhänge und Entwicklungen ist für sie aber nicht nur notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung, sondern auch eine allgemeine Strategie, gesellschaftlichen und institutionellen Mechanismen von Schubladendenken, Stigmatisierung und Ausgrenzung zu begegnen. Neben der expliziten Kritik verdeutlicht Frau Toma dies auch durch ihren individuellen Lebensbericht und ihre eigene Krankheits-theorie, die eine in ihren biografischen und Krankheitserfahrungen begründete individuelle Adaptation der für sie passenden Elemente des psychiatrischen Erklärungsangebots darstellt (s. o.).

Durch die in der Psychoedukation vermittelten Informationen über die Diagnose und die dazu gehörenden Symptome wird eine Normalität der Erfahrungen im Sinne der Erkrankung hergestellt, die aber gleichzeitig eine Distanzierung von den individuellen Erfahrungen und biografischen Bezügen der Teilnehmer darstellt. Die Informationen ermöglichen die Einordnung in die diagnostischen Kategorien – bzw. dessen Verständnis durch die Teilnehmer. Die durch die Gruppe und die medizinischen Informationen hergestellte »Normalität im Sinne der Krankheit« birgt damit auch die Gefahr der Fokussierung auf diese Krankheits-kategorie. Durch eine Fokussierung der biochemischen und insbesondere der genetischen Erklärungen für die Krankheit, wird die mit der Krankheit verbundene Andersartigkeit in der körperlichen Grundkonstitution der Person lokalisiert, liegt aber gleichzeitig außerhalb ihrer Kontrolle (vgl. 8.2.3 und 8.2.4). Durch den Fokus auf die Krankheit und die häufig fehlende Vermittlung von Hoffnung und Zutrauen, liegt der Fokus auf der Identität des psychiatrischen Patienten (vgl. 8.2.5). Diese Tendenzen bergen die Gefahr, die mit der Erkrankung verbundene (Selbst-)Stigmatisierung zu verstärken.

8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

In den vorangegangenen Kapiteln wurden Herausforderungen und Schwierigkeiten der biografischen Krankheitsverarbeitung von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen beschrieben sowie die jeweilige Bedeutung psychoedukativer Interventionen bzw. der dort vermittelten Erklärungsangebote und Bewältigungsmög-

lichkeiten. Abschließend sollen an dieser Stelle die Ergebnisse zusammengefasst werden.

Die Auseinandersetzung mit und Verarbeitung der Krankheit(erfahrungen) stellt einen andauernden Prozess dar, der vielfältige Herausforderungen und Schwierigkeiten mit sich bringt. Für die Betroffenen ist dabei die Frage von zentraler Bedeutung, in welcher Beziehung die Erkrankung zur eigenen Person steht. Die individuelle Beantwortung dieser Frage hat Auswirkungen auf den Umgang mit den Herausforderungen der Krankheitsbewältigung und stellt gleichzeitig eine Möglichkeit dar, diesen teilweise widersprüchlichen Herausforderungen zu begegnen.

In ihren eigenen Selbst- und Krankheitsdarstellungen greifen die Patienten auf intraindividuell unterschiedliche, potenziell widersprüchliche Formulierungen, Erklärungsmuster für ihre Erkrankung und Darstellungen ihrer Psychoerfahrungen zurück, die mehr oder weniger (un-)verbunden nebeneinander existieren können. Die unterschiedlichen Annahmen bezüglich der Krankheit beinhalten immer auch Implikationen für das Verhältnis von Selbst und Erkrankung. Indem die Patienten dadurch mal eher eine Verbindung und mal eher Distanz zur Erkrankung herstellen, indem sie die Grenze zwischen Person und Erkrankung mal diffus und mal klar ziehen, indem sie die Erkrankung unterschiedlich innerhalb oder außerhalb der Person verorten und der Erkrankung mal mehr oder weniger Bedeutung für ihr Leben beimessen, handeln sie das Verhältnis von Selbst und Erkrankung aus. Die Verwendung dieser unterschiedlichen, teilweise widersprüchlichen Positionierungen kann unter anderem als Ausdruck des Versuchs verstanden werden, unterschiedlichen, konfligierenden Bedürfnissen in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung zu begegnen. Indem die Patienten verschiedene Positionierungen zur Erkrankung einnehmen, versuchen sie, diesen unterschiedlichen Bedürfnissen und Herausforderungen zu begegnen.

Die Suche nach einer Positionierung zur Erkrankung steht dadurch in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Bedürfnis nach Integration der Krankheit(erfahrungen) und dem Bedürfnis nach Schutz der eigenen Identität vor der Bedrohung durch (das Stigma der) Erkrankung. Neben der (Wieder-)Herstellung von Sinn und Kontinuität eigener Erfahrungen geht es dabei auch um die Aufrechterhaltung krankheitsunabhängiger Identität, etwa um Möglichkeiten, die Hoffnung trotz Einschränkungen, Rückschlägen oder damit einhergehenden Ängsten und Zweifeln aufrechtzuerhalten, und eigene Handlungsspielräume trotz Erfahrungen von Kontrollverlust, Hilflosigkeit oder Fremdbestimmung aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten.

An den Endpunkten dieses Spannungsverhältnisses scheinen beide Seiten nicht mehr miteinander vereinbar, sondern als extreme Gegensätze konzipiert. An dem einen Extrem steht der Versuch, die Erkrankung möglichst weit vom eigenen Selbst entfernt zu verorten, die Erkrankung aus dem eigenen Leben zu verbannen

und gegen die Erkrankung und die damit verbundene Krankenrolle anzukämpfen. Erkrankung und Person werden vollständig voneinander getrennt, durch eine totale Abgrenzung von der Erkrankung (»die Erkrankung gehört nicht zu mir«) oder eine totale Negation der Erkrankung (»die Erkrankung gibt es nicht«). Dies birgt die Gefahr, dass die Krankheit in ihrer Bedeutung für die biografische Entwicklung vernachlässigt wird, die Krankheitserfahrungen abgespalten werden und nicht integriert oder kommuniziert werden können. Die Vernachlässigung der Bedeutung der Erkrankung im Hinblick auf die weitere Entwicklung kann mit einer Nichtberücksichtigung potenziell hilfreicher Bewältigungs- und Behandlungsansätze einhergehen und die Gefahr von Rückfällen erhöhen. Am anderen Extrem steht eine vollständige Gleichsetzung von Selbst und Erkrankung, in der die Person ausschließlich durch die Erkrankung definiert und bestimmt wird und die Krankenrolle als notwendige, unausweichliche Konsequenz akzeptiert wird. Diese Gleichsetzung von Person und Erkrankung birgt die Gefahr, dass krankheitsunabhängige Identitätsansprüche an Bedeutung verlieren und der Fokus allein auf der Krankheitsidentität liegt. Dies kann einhergehen mit einem negativen Selbstbild und einer grundsätzlichen Infragestellung der eigenen Identität sowie einer pessimistischen, ängstlichen Zukunftsperspektive, Resignation, der Einnahme einer Schonhaltung sowie verstärkter Abgabe von Verantwortung. Beide Extreme basieren auf einer ausschließlichen Konzeption der Krankenrolle durch die nur die beiden Alternativen möglich erscheinen, gegen die Erkrankung und die damit verbundene Krankenrolle zu kämpfen oder sich in diese zu fügen (s. Abb. 19).

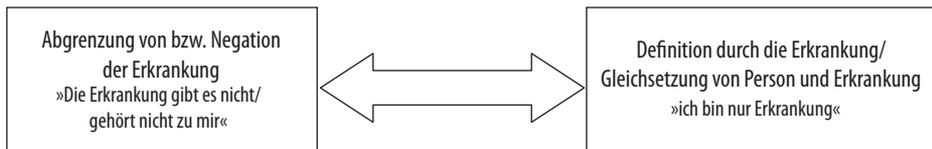


Abb. 19: Spannungsverhältnis in der biografischen Krankheitsverarbeitung

Durch die wechselnden Strategien der Positionierung zur Erkrankung, der Herstellung von Verbindung oder Distanz, der Bedeutungsbeimessung oder Grenzziehung, bewegen sich die Patienten in diesem Spannungsfeld zwischen den Extremen hin und her und scheinen nach einer Position zu suchen, die ein Leben mit der Erkrankung ermöglicht, ohne dass die eigene Identität dabei vollständig durch die Erkrankung bestimmt wird.

Im Hinblick auf den Beitrag psychoedukativer Interventionen lag der Fokus der Auswertung auf dem vermittelten Krankheitskonzept, welches in vielen Punkten dem generell im psychiatrischen Kontext vermittelten Krankheitskonzept entspricht. In der Psychoedukation wird zusätzliches Wissen über dieses Krankheitskonzept vermittelt – es wird über die einzelnen Symptome der Erkrankung

und deren Zusammenfassung in die Diagnose informiert, es werden ein Erklärungsmodell sowie Informationen über die Medikamente, deren Wirkungen und Nebenwirkungen gegeben, und es werden Strategien zur Rückfallprophylaxe bzw. zum Umgang mit drohenden Rückfällen vermittelt. Die Ergebnisse der Auswertung beziehen sich damit teilweise auf Aspekte eines generell im psychiatrischen Kontext vermittelten Krankheitskonzepts.

Welchen Einfluss die Psychoedukation und insbesondere das darin vermittelte Krankheitskonzept auf die Krankheitsverarbeitung der Patienten hat, hängt zunächst davon ab, wie die Patienten selbst mit dem vermittelten Wissen umgehen, ob sie es eher übernehmen, sich davon abgrenzen oder bestimmte Aspekte integrieren und andere nicht.

Der Umgang der Patienten mit den vermittelten Erklärungsangeboten steht wiederum in engem wechselseitigen Zusammenhang mit Merkmalen des Krankheitsverlaufs und der individuellen Rahmen- und Behandlungsbedingungen der Patienten. Von zentraler Bedeutung zeigten sich hier zum einen die Passung zum individuellen Bewältigungsstil, und zum anderen die Anerkennung einer Autorität dieses Krankheitskonzeptes. Je stärker die mit dem vermittelten Krankheitskonzept verbundenen Funktionen eine zentrale Rolle in der biografischen Krankheitsverarbeitung haben, desto wahrscheinlicher ist deren Übernahme (z. B. Frau Gabler). Das in der Psychoedukation vermittelte Krankheitskonzept beinhaltet das ärztlich-medizinische-professionelle Wissen über die Erkrankung und hat damit potenziell eine andere Autorität als das individuelle Krankheitsverständnis der Patienten. Je stärker diese Autorität anerkannt und akzeptiert wird, desto stärker wird die Übernahme dieser Annahmen in das eigene Krankheitskonzept für notwendig befunden – auch unabhängig von deren individuell erlebter Funktion (z. B. Frau Uhl).

Im Vergleich zu den individuellen, häufig flexiblen Erklärungssystemen der Patienten bedeutet das in der Psychoedukation vermittelte Krankheitskonzept eine Fokussierung bzw. Festlegung auf bestimmte Annahmen. Beispielsweise wird mit der medikamentösen Behandlung ein klares Behandlungsangebot vermittelt, welches Beeinflussbarkeit der Erkrankung und gleichzeitig eine Entlastung bezüglich der eigenen Verantwortung bedeuten kann. Eine ausschließliche Fokussierung auf die medikamentöse Behandlung vernachlässigt aber auch die Einbeziehung anderer Bewältigungsansätze und kann eine ausschließliche Abgabe von Verantwortung fördern.

Die Vermittlung von Strategien zur Verhinderung bzw. zum Umgang mit möglichen Rückfällen schafft auf der einen Seite ein Bewusstsein für mögliche erneute Krisen und Möglichkeiten zum Umgang damit. Der starke Fokus darauf birgt aber auch die Gefahr, eine ängstlich-pessimistische Zukunftsperspektive zu fördern, wodurch das eigene Befinden auf kleinste Anzeichen von Veränderungen überwacht wird und Herausforderungen aufgrund der damit einhergehenden

Stressgefahr ganz gemieden werden. Insgesamt reduziert die in der psychoedukativen Krankheitskonzeption enthaltene Fokussierung und Abstraktion die Komplexität der Zusammenhänge auf bestimmte Behandlungs- und Bewältigungsansätze sowie auf die als Rational dafür stehenden Bestandteile der Erklärung. Diese Komplexitätsreduktion simplifiziert und kann als entlastend erlebt werden, birgt aber gleichzeitig die Gefahr, das sinnstiftende, identitätsschützende oder verständnisgenerierende Potenzial anderer Annahmen für die Verarbeitung der Krankheitserfahrungen und die Entwicklung eines individuellen Bewältigungskonzeptes zu vernachlässigen.

Die psychoedukativen Erklärungsangebote für die Erkrankung stellen im Vergleich mit den individuellen Berichten der Patienten über ihre Krankheit(erfahrungen) eine stärkere Trennung zwischen der Erkrankung und den individuellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Patienten her, während sie die Erkrankung gleichzeitig auf der körperlichen Ebene in der Person lokalisieren. Die Patienten suchen in ihren eigenen Krankheitsdarstellungen häufig nach normalisierenden oder sinnhaften Bezügen zu »normalen« Erlebens- und Verhaltensweisen. Sie versuchen diese an »normale« eigene oder allgemein-menschliche Erfahrungen anzubinden. Demgegenüber führen die abstrakten Fachterminologien zu einer Entfremdung vom subjektiven Erleben des Patienten. Die individuellen (Krankheits-)Erfahrungen werden in klar voneinander und vom »normalen« Erleben unterscheidbare Symptomkategorien eingeordnet und auf diese Weise von möglichen sinnhaften Bezügen zu den individuellen Erlebens- und Entwicklungszusammenhängen losgelöst.

Die Krankheitserfahrungen werden damit eher zu sinnfreien, krankhaften Produktionen des hirnstoffwechselgestörten Gehirns. Sie sind etwas Fremdes, was aber im Körper des Patienten erzeugt wird. Im Hinblick auf die Entstehung ihrer Erkrankung stellen viele Patienten eine Verbindung zu ihren individuellen Lebensthemen her. Demgegenüber führen die sehr vereinfachten, verallgemeinerten Erklärungsansätze zu einer Entfernung von der Individualität des Einzelfalls. Die Fokussierung der biologischen Zusammenhänge und der *genetisch* bedingten erhöhten Vulnerabilität lokalisieren die Erkrankung (und deren Entstehung) in einem körperlichen Defekt, der (potenziell) schon in der Grundkonstitution der Person angelegt ist. Die Bedeutung der individuellen Lebensthemen und damit der innerpsychischen und externalen Lebens- und Entwicklungsbedingungen tritt daneben in den Hintergrund und wird durch den sehr abstrakten Stressbegriff nur oberflächlich mit einbezogen. Diese Tendenz wird durch die reduktionistische Fokussierung der medikamentösen Behandlung und der Vermeidung von Stress zusätzlich verstärkt. Die medikamentöse Behandlung lokalisiert das Problem innerhalb der Person, und die Kontrolle darüber außerhalb. Der Einfluss der Person wird auf die Verantwortung für die regelmäßige Medikamenteneinnahme und die Vermeidung von (mit den Herausforderungen des Lebens einherge-

hendem) Stress gelegt. Die Erkrankung wird dadurch auf der einen Seite in der körperlichen Grundkonstitution der Person lokalisiert, auf der anderen Seite aber von der Individualität der Person, ihren Erlebens- und Verhaltensweisen, ihren Lebensthemen, innerpsychischen und externalen Lebens- und Entwicklungsbedingungen entkoppelt.

Insgesamt wird die Psychoedukation häufig als defizit- und krankheitsorientiert erlebt. Die Entfernung von den individuellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Patienten kann mit einer Vernachlässigung der darin beinhalteten Ressourcen und deren sinnstiftenden und verständnisgenerierenden Aspekten verbunden sein. Der Fokus auf potenzielle Rückfälle, eine langfristige Medikamenteneinnahme und die notwendige Vermeidung von Stress betont die Bedeutung der Erkrankung für das (weitere) Leben der Person und fokussiert dabei die Aspekte, die einem »normalen« Leben entgegenstehen. Auf diese Weise kann dessen erlebte Infragestellung verstärkt werden, während gleichzeitig versäumt wird, Vertrauen in die eigene Person und eine hoffnungsvolle Zukunftsperspektive zu fördern. Insgesamt liegt der Fokus damit sowohl in der vermittelten Fremdwahrnehmung als auch der geförderten Selbstwahrnehmung auf der Identität als psychiatrischer Patient. Auf diese Weise wird eher eine ausschließliche Krankheitskonzeption vermittelt, nach der die Erkrankung die Anbindung an ein normales Leben verhindert und eine zentrale Bedeutung für die Definition der Person bekommt. Psychoedukative Interventionen bergen damit die Gefahr, eine Krankenrolle »zuzuweisen«, die potenziell mit (Selbst-)Stigmatisierung, einem erlebten Ausschluss vom »normalen Leben« und einer pessimistischen Zukunftsperspektive verknüpft ist und damit Entmutigung bis hin zu Resignation mit sich bringen kann, ohne diese problematische Bedeutung (ausreichend) zu berücksichtigen.

Insgesamt scheinen psychoedukative Interventionen durch die oben beschriebenen Probleme und Risiken die Gefahr zu bergen, dass Spannungsverhältnis zwischen totaler Definition durch die Erkrankung und Abgrenzung von bzw. Negation der Erkrankung zu verstärken. Insbesondere durch die Lokalisierung der Erkrankung in der Person (bei gleichzeitiger Entkoppelung von deren Lebensthemen) und die unkritische Zuweisung einer stigmatisierten Krankenrolle liegt der Fokus in der Psychoedukation auf der Krankheitsidentität. Mit der Krankenrolle verbunden sind der Fokus auf Medikamenteneinnahme, Überwachung von Frühwarnzeichen und einer Schonhaltung, die potenziell beinhaltet, mit sozialen Rollen einhergehende Herausforderungen ganz zu meiden (s. Abb. 20).

Auf diese Weise besteht die Gefahr, dass sich die Patienten in dem bestehenden Spannungsverhältnis eher zu einem der Extrempole bewegen, also eher stärker mit der Krankheit identifizieren und in die Krankenrolle fügen oder sich stattdessen verstärkt von der Erkrankung abgrenzen. Während die ausschließ-

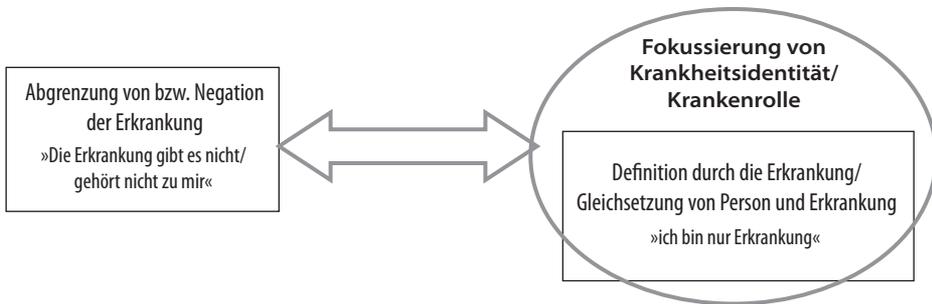


Abb. 20: Verstärkung des Spannungsverhältnisses durch Fokussierung der Krankenrolle

liche Übernahme die Gefahr birgt, eine Fokussierung oder Beschränkung auf die Identität des psychisch Kranken zu verstärken, kann gerade die Wahrnehmung der darin beinhalteten Bedrohung für die eigene Identität Tendenzen der Abgrenzung und Negation der Erkrankung verstärken, die einer Integration der Krankheit(erfahrungen) in das eigene Selbstbild entgegenwirken.

9 Diskussion und Ausblick

Im Folgenden sollen zunächst das methodische Vorgehen kritisch beleuchtet und der Geltungsbereich der Ergebnisse aufgezeigt werden. Vor diesem Hintergrund sollen anschließend die zentralen Befunde der beiden Studien integriert und inhaltlich diskutiert werden (9.2), bevor daraus Implikationen für die Behandlung abgeleitet werden (9.3). Das Kapitel schließt mit einem Ausblick auf sich anschließende Forschungsfragen (9.4).

9.1 Diskussion des methodischen Vorgehens

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, qualitative und quantitative Forschungsmethoden zu kombinieren, um denselben Gegenstand aus unterschiedlichen Richtungen auf unterschiedliche Weise zu beleuchten, und damit zu einem umfassenderen Bild des untersuchten Gegenstandsbereichs zu gelangen (vgl. KELLE 1999, S. 2). Ein derartiges Vorgehen wird teilweise auch als Triangulation bezeichnet (z. B. KELLE 1999, 2001; MAYRING 2001). Mit der Kombination der Forschungsmethoden wird dabei nicht die gegenseitige oder kumulative Validierung der Ergebnisse i. S. eines Versuchs, einer »objektiven Wahrheit« näher zu kommen angestrebt, sondern es geht um die Kombination und Ergänzung von Perspektiven, um der Analyse Breite und Tiefe zu verleihen (Fielding & Fielding, 1986, zitiert nach FLICK 2005, S. 311; vgl. auch MAYRING 2001). Ziel war damit eher eine theoretische Konvergenz, d. h. die Integration der Ergebnisse in einen einheitlichen theoretischen Bezugsrahmen. Hierzu wurde das in der Evaluation psychoedukativer Interventionen vorherrschende quantitative Forschungsdesign um eine qualitative Interviewstudie ergänzt, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, ihren eigenen Erfahrungen mit dieser Intervention Ausdruck zu verleihen. Dieses Vorgehen hat sich in der vorliegenden Arbeit als sehr fruchtbar erwiesen, da auf diese Weise auch bislang weniger berücksichtigte Aspekte, wie z. B. mögliche Probleme und Risiken psychoedukativer Interventionen, untersucht werden konnten.

Bevor im Folgenden die Ergebnisse der beiden Studien integriert werden, sollen zunächst die jeweiligen methodischen Stärken und Schwächen der Studien diskutiert werden, vor deren Hintergrund die Ergebnisse verstanden werden

müssen. Dabei werden die beiden Studien getrennt betrachtet, da sich aus den unterschiedlichen zugrunde liegenden Forschungslogiken auch andere Gütekriterien zur Bewertung der jeweiligen Untersuchung ergeben (vgl. STEINKE 2005 a, 2005 b). Für beide Studien gilt, dass sie sich auf kurze informationszentrierte Psychoedukationsprogramme im Rahmen der (teil-)stationären Behandlung von schizophrenen und schizoaffektiven Erkrankungen beziehen.

Die prospektive klinische Evaluationsstudie wurde unter natürlichen Bedingungen durchgeführt. Dabei konnten von einer für das Setting und die Untersuchungsbedingungen relativ großen Gruppe von Patienten mit schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankungen umfassende Daten zu drei Messzeitpunkten über einen Zeitraum von jeweils einem knappen Jahr erhoben werden. Eine derartige Studie erlaubt die Evaluation der Intervention unter Bedingungen, die dem realen klinischen Setting entsprechen, was grundsätzlich mit einer hohen Generalisierbarkeit der Ergebnisse verbunden ist. Wie in der klinischen Praxis üblich wurden die Ausschlusskriterien für die Gruppen- und Studienteilnahme so restriktiv wie möglich gehalten (vgl. Kap. 5.1). Beispielsweise stellten komorbide Erkrankungen kein Ausschlusskriterium dar, wie es dagegen in kontrollierten Evaluationsstudien häufig der Fall ist. Insgesamt wurde dadurch eine wenig selektierte, damit aber eher heterogene Stichprobe untersucht. Hinweise auf eine gewisse Selektivität ergeben allerdings die Befunde der Drop-Out-Analysen: sowohl Teilnehmer, die zwischen der ersten und der zweiten Messung aus der Studie ausschieden, als auch solche, die zwischen der zweiten und dritten Messung ausschieden, gaben eine geringere Vorerfahrung mit Psychoedukation an. Die untersuchte Stichprobe stellt somit eine Gruppe von Patienten dar, die eher schon Vorerfahrung mit der untersuchten Intervention aufweisen. Auf diese Weise könnte die potenzielle Veränderungsspanne der abhängigen Variablen eingeschränkt sein, sodass die Wahrscheinlichkeit, eine Veränderung nachzuweisen, möglicherweise reduziert war. In der statistischen Analyse stellte die Vorerfahrung mit Psychoedukation allerdings nur bezüglich des Wissens über die Erkrankung einen bedeutsamen Einflussfaktor dar.

Im Gegensatz zu randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) gehen Evaluationsstudien in naturalistischen Settings mit Einschränkungen der internen Validität der Ergebnisse einher, da die Möglichkeiten der Standardisierung des Vorgehens und der Konstanzhaltung von Störvariablen begrenzt sind.³⁶ In der vorliegenden Studie muss insbesondere kritisch eingeräumt werden, dass keine Kontrollgruppe realisiert wurde. Einer unbehandelten Kontrollgruppe standen insbesondere

³⁶ Im Gegensatz zu klinischen Studien kann durch die RCTs eine hohe interne Validität realisiert werden. Die Umsetzbarkeit und klinische Relevanz der Leitprinzipien dieser vor allem in der Pharmakotherapie-Forschung eingesetzten Studien wird für die Psychotherapie-Evaluation allerdings zunehmend kritisch diskutiert (vgl. z. B. TSCHUSCHKE 2005).

ethische Überlegungen entgegen sowie Probleme der fehlenden Vergleichbarkeit bezüglich anderer (Behandlungs-)Bedingungen, wenn man eine Kontrollgruppe außerhalb der Klinik erfasst hätte. Die Realisierung einer alternativ behandelten Kontrollgruppe war aufgrund praktischer Einschränkungen nicht umsetzbar. Für die vorliegende Arbeit ergeben sich aus diesem quasi-experimentellen Forschungsdesign Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Im Hinblick auf die untersuchten Veränderungshypothesen bedeutet dies, dass keine kausalen Schlüsse möglich sind. Die gefundenen Effekte können nicht (eindeutig) auf die Teilnahme am Psychoedukationsprogramm attribuiert werden, weil ein Ausschluss alternativer Erklärungen hier nur begrenzt möglich ist (vgl. SHADISH et al. 2002). Zwar wurden mögliche Kovariablen in der statistischen Auswertung kontrolliert, es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass die gefundenen Effekte durch die klinische Behandlung allgemein oder konkrete andere Behandlungselemente verursacht wurden. Das bedeutet zum einen, dass bezüglich der Ergebnisse zum subjektiven Wohlbefinden der Patienten keine eindeutige Attribution des Effekts auf das (spezielle) Psychoedukationsprogramm möglich ist. Dies gilt grundsätzlich auch für die Veränderungen in medikationsbezogenen Einstellungen der Patienten, allerdings können hier die Ergebnisse der qualitativen Studie teilweise zu einer Differenzierung beitragen (s. u.). Bezüglich der weiteren erfassten Aspekte des Krankheitskonzeptes konnten keine Veränderungen nachgewiesen werden. Für die Fragestellung der Untersuchung ist gerade dieser fehlende Effekt aufschlussreich (s. u.). Hier muss bei der Interpretation weniger die fehlende Kontrollgruppe als die möglicherweise eingeschränkte Power der Studie berücksichtigt werden.³⁷ Diese könnte durch die (aus statistischer Sicht doch) relativ kleine und sehr heterogene Stichprobe und die potenziell nur geringe Effektstärke eingeschränkt sein, wodurch die Gefahr eines falsch-negativen Ergebnisses erhöht ist. In diesem Kontext muss auch die Selektivität der Stichprobe bezüglich der Vorerfahrung mit Psychoedukation berücksichtigt werden (s. o.).

Eine Stärke der Untersuchung liegt darin, dass neben den in der Evaluation von Psychoedukation bislang vornehmlich untersuchten Zielvariablen subjektive Daten zu Aspekten des psychischen Wohlbefindens und der Krankheitskonzepte der Patienten erfasst wurden. Subjektive Aussagen bezüglich des eigenen Wohlbefindens stellen eine wichtige Ergänzung zu objektiven Kriterien in der Evaluation von Behandlungsprogrammen dar, weil sie das Erleben des Patienten und damit dessen individuelle Wahrnehmung und Bewertung einbeziehen, weil sie ihm eine Möglichkeit bieten, sich selbst mitzuteilen und einzubringen, und weil sie häufig

³⁷ Zwar war bei der Studienplanung der optimale Stichprobenumfang bei einer Power von .8 kalkuliert worden, dieser war allerdings an den Befunden zum Wissen orientiert, nicht an den in der vorliegenden Arbeit primär interessierenden Krankheitskonzepten.

zuverlässigere Verhaltensprädiktoren darstellen als objektive Daten (FERRING 1997). Bezüglich der subjektiven Krankheitskonzepte der Patienten wurden in der vorliegenden Arbeit neben den bislang meist fokussierten medikationsbezogenen Einstellungen weitere Aspekte des Krankheitskonzepts erfasst, die sich insbesondere auf unterschiedliche Erklärungs- oder Attributionsmodelle für die Erkrankung beziehen. Auch wenn die Ergebnisse darauf hinweisen, dass die erfassten Aspekte für das subjektive Wohlbefinden der Patienten von Bedeutung sind, konnte damit nur ein begrenzter Ausschnitt der Krankheitskonzepte erfasst werden. Es ist davon auszugehen – und die Ergebnisse der qualitativen Studie unterstützten diese Annahme – dass weitere Aspekte wie etwa die krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen von Bedeutung sein können, die hier allerdings nicht erfasst wurden. Die Befunde sind damit auf die hier erfassten Aspekte von Krankheitskonzepten beschränkt.

Die qualitative Interviewstudie ermöglichte weiterhin die Einbeziehung der subjektiven Perspektive der Betroffenen über die Grenzen einer Erfassung anhand (bestehender) Fragebögen und deren Beschränkung auf vorgegebene Kategorien hinaus. Für die qualitative Studie wurde im Gegensatz zur quantitativen Studie ein querschnittliches Design gewählt. Dies schien bei der Planung der Studie dem Untersuchungsgegenstand und der Fragestellung angemessen, da es um die Beurteilung der Intervention aus Sicht der Betroffenen ging. Im Verlauf der Untersuchung verschob sich der Fokus auf die biografische Krankheitsverarbeitung und den Einfluss der Psychoedukation auf diesen Prozess. Herausforderungen und Schwierigkeiten in diesem Prozess wurden dabei anhand der aktuellen Rekonstruktion und Darstellung der Betroffenen in der aktuellen Interviewsituation rekonstruiert (was dem verwendeten Auswertungsverfahren der Rekonstruktion narrativer Identität entspricht, s. u.). Die biografische Krankheitsverarbeitung stellt jedoch einen (lebens-)langen Prozess dar. Für die Analyse dieses Prozesses sowie den Einfluss (und das Zusammenwirken) unterschiedlicher Bedingungen auf diesen Prozess wäre daher grundsätzlich auch ein prozesshaftes, längsschnittliches Forschungsdesign angemessen. Aus forschungspraktischen Gründen war es allerdings nicht möglich, die Patienten über einen längeren Zeitraum von mehreren Jahren zu begleiten und so den jeweils individuellen Prozess der Krankheitsverarbeitung zu dokumentieren. Dieser mit dem querschnittlichen Design verbundenen Einschränkung wurde versucht, durch Fallkontrastierungen beim Sampling und während der Auswertung zu begegnen.

Für die Datenerhebung wurden hier problemzentrierte Interviews mit längeren narrativen Passagen eingesetzt. Das problemzentrierte Interview dient in besonderem Maße dazu, »biografisch relevante Themen« zu erfassen (Flick, 2004, zitiert nach STEINKE 2005 b) und eignet sich als Datenerhebungsmethode im Rahmen einer Forschungsstrategie entsprechend der Grounded Theory Methodologie (vgl. MEY 1999). Auch eine biografisch-narrative Analyse von mithilfe von

problemzentrierten Interviews erhobenen Daten wird als angemessen betrachtet (ebd.). Während der Untersuchung bestätigten sich diese Überlegungen, und das problemzentrierte Interview erwies sich als brauchbares Erhebungsverfahren. Zum einen konnte durch die Kombination der unterschiedlichen Fragetypen individuell auf das jeweilige Antwortverhalten der Patienten reagiert werden (vgl. Kap. 7.3). Zum anderen erwiesen sich insbesondere die offenen, weiterführenden Fragen als hilfreich, da die konkreten Fragen bezüglich einer Bewertung psychoedukativer Interventionen eher zu pauschalen, wenig differenzierten und häufig sozial erwünscht erscheinenden Antworten führten.

Hinweise auf sozial erwünschte Antworten stellen potenziell die Indikation der Datenerhebungsmethode infrage (vgl. STEINKE 2005 b). Die Berücksichtigung von Hinweisen auf derartiges, sozial erwünschtes Antwortverhalten während der Datenauswertung ermöglichte es allerdings, dies im Forschungsprozess zu reflektieren und trug letztendlich zu einer Verdichtung der Ergebnisse bei (vgl. Kap. 7.3): Die Patienten nahmen mich teilweise als Mitglied des Behandlungsteams wahr, was dazu führen konnte, dass sie versuchten, dementsprechende, bei mir antizipierte Erwartungen an ihre Selbst- und Krankheitsdarstellungen zu erfüllen. Dadurch wurde es möglich, Konflikte zwischen unterschiedlichen Ansprüchen in der Selbstdarstellung zu berücksichtigen, die für die Patienten im Behandlungskontext entstehen können. Beispielsweise konfligierte bei Frau Speer das Ziel, sich als compliant mit der Behandlung darzustellen, mit dem Ziel, die Bewertung des eigenen Befindens als »krank« (bzw. einer bestimmten Behandlung *bedürftend*) anzufechten. Neben derartigen Hinweisen auf sozial erwünschte Antworten fanden sich aber in allen Interviews auch deutliche Hinweise auf eine vertrauensvolle Beziehung. Speziell bei offenen und weniger auf die Bewertung der Behandlung fokussierten Fragen berichteten die Patienten meist offen über sehr persönliche Themen.

Bezüglich der Strategien zur Auswahl der interviewten Patienten muss kritisch angemerkt werden, dass eine gezielte Auswahl von Fällen im Sinne eines theoretischen Samplings nur bedingt möglich war und letztendlich nicht umfassend realisiert werden konnte. Auch wenn versucht wurde, das Sampling entsprechend der sich aus der Datenauswertung ergebenden Kriterien zu entwickeln, wurde es letztendlich auch durch die Verfügbarkeit bzw. Zugänglichkeit bestimmter Patientengruppen bestimmt. Darüber hinaus entschieden jeweils die Ärzte, welche Patienten sie bezüglich einer möglichen Teilnahme ansprachen. Der Geltungsbe- reich der Ergebnisse muss daher im Lichte bestimmter Merkmale der erfassten Stichprobe betrachtet werden.

Hervorzuheben ist, dass die Stichprobe eher ältere Patienten beinhaltet, die (teilweise) langjährige Krankheits- und Behandlungserfahrung aufweisen. Insbesondere junge, ersterkrankte Patienten konnten nicht ausreichend erfasst werden. Erfahrungen zu Beginn der Erkrankung konnten somit vornehmlich aus

der nachträglichen Rekonstruktion in den Berichten der Teilnehmer untersucht werden. Es bleibt daher fraglich, wie weit diese nachträglichen Beschreibungen darauf übertragbar sind, wie die Patienten es in dieser Phase aktuell beschreiben würden. Für die Auswertung der Daten waren insbesondere die Teilnehmer aufschlussreich, die sich mit ihren Erfahrungen auseinandergesetzt hatten und bereit waren, darüber zu erzählen. Dies hat sicherlich sowohl die Auswahl der Patienten für die Interviews als auch die Auswahl relevanter Textpassagen stark beeinflusst. In diesem Kontext muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass ein eher großer Teil des Samples über ein Abitur und viele auch über ein (zumindest angefangenes) Studium verfügten. Darüber hinaus berichteten einige Teilnehmer, im Verlauf ihrer Erkrankung schon einmal Erfahrungen mit (Einzel-)Psychotherapie gemacht zu haben. Diese Merkmale könnten mit dazu beigetragen haben, dass bei den Patienten insgesamt eine hohe Reflexions- und Kommunikationsbereitschaft bezüglich ihrer Krankheitserfahrungen bestand. Dies war für die Untersuchung zwar sehr fruchtbar, stellt aber möglicherweise eine Beschränkung der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse dar. Zumal trotz einer relativ hohen erreichten Breite bezüglich unterschiedlicher Einstellungen zu und Umgangsweisen mit den vermittelten Krankheitskonzepten letztendlich nicht von einer theoretischen Sättigung³⁸ gesprochen werden kann.

Während der Datenauswertung wurde versucht, diesen Beschränkungen bezüglich der Auswahl der Patienten durch Fallkontrastierungen oder eine genaue Analyse abweichender Fälle Rechnung zu tragen. In Kombination mit einer kontinuierlichen Reflexion des eigenen Vorwissens bzw. der eigenen Hypothesen bezüglich des Untersuchungsgegenstandes konnte so auch die Verankerung der Ergebnisse in den Daten gesichert werden. Die Beschreibung des Forschungsprozesses (vgl. Kap. 7) macht deutlich, dass aus diesem Vorgehen nicht nur »Irritationen des Vorverständnisses« (STEINKE 2005 a, S. 327), sondern auch eine Präzisierung der Fragestellung sowie eine Anpassung des methodischen Vorgehens resultierten.

Die Auswertung der Interviews erwies sich über weite Phasen als Balanceakt. Zum einen war es mein zentrales Anliegen, der Perspektive der Betroffenen gerecht zu werden. In den Schilderungen der Patienten zeigten sich für mich sehr eindrucksvolle und kreative Versuche, mit den Herausforderungen der Verarbeitung ihrer Krankheit(erfahrungen) umzugehen. Der Fokus meiner Fragestellung richtete sich allerdings eher auf die deutlich werdenden Herausforderungen und Schwierigkeiten der Krankheitsverarbeitung. Speziell in der narrativen Analyse

38 Theoretische Sättigung bedeutet, das Sampling so lange durchzuführen, bis »keine neuen oder bedeutsamen Daten mehr in Bezug auf eine Kategorie aufzutauchen scheinen, die Kategorieentwicklung dicht ist, (...) [und] die Beziehungen zwischen den Kategorien gut ausgearbeitet und validiert sind« (STRAUSS & CORBIN 1996).

der Interviews ging es dabei auch darum, jeweils individuelle Konflikte und Schwierigkeiten zu rekonstruieren. Zum einen habe ich diesen Fokus häufig als sehr defizit- bzw. problemorientiert erlebt. Zum anderen kam ich durch die intensiven Analysen der Texte zu Schlussfolgerungen, die aus den Darstellungen der Patienten nicht unbedingt direkt hervorgingen und möglicherweise auch jenseits ihrer Zustimmungsfähigkeit liegen (STEINKE 2005 b, S. 16). In diesem Prozess ging es auch darum, den Einfluss meiner »therapeutischen Brille« zwar zu nutzen, nicht aber die Analyse allein bestimmen zu lassen. Die Auseinandersetzung mit diesen Problemen in den unterschiedlichen Forschungsgruppen sowie die Gegenüberstellung mit anderen Lesarten stellten dabei für mich wichtige Methoden der Dezentrierung dar (vgl. Kap. 7.1). Bei der Darstellung der Ergebnisse wurde versucht, durch Textbelege und Falldarstellungen die Verankerung der Ergebnisse in den Daten aufzuzeigen. Von einer kommunikativen Validierung³⁹ der Ergebnisse mit den Befragten wurde allerdings abgesehen, da davon auszugehen ist, dass die Ergebnisse durch den hohen Abstraktionsgrad und die Rekonstruktion individueller Konflikte »jenseits des Subjektiv-Intentionalen« und der Zustimmungsfähigkeit der Befragten liegen (ebd., S. 16).

Insgesamt erwies sich die Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden zwar, wie bereits erwähnt, als sehr fruchtbar, bezieht sich allerdings weitestgehend auf eine Integration der Forschungsergebnisse. Aufgrund der unterschiedlichen Strategien der Forschungsdurchführung – einer linearen Strategie bei der quantitativen Studie und einer zirkulär-iterativen Strategie bei der qualitativen Studie (vgl. WITT 2001) – musste die Kombination über weite Phasen auf die Durchführung zweier relativ unabhängiger Studien beschränkt bleiben. Dies schlägt sich auch im Aufbau dieser Arbeit nieder, für den eine Integration der beiden Studien in der Darstellung des methodischen Vorgehens und der Ergebnisse nicht möglich bzw. sinnvoll erschien. Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der beiden Studien integriert und zusammen diskutiert werden.

9.2 Integration und Diskussion der Ergebnisse

Ziel der Untersuchung war es, die im stationären und teilstationären Setting vorherrschenden informationszentrierten psychoedukativen Gruppeninterventionen für Patienten mit schizophrenen Erkrankungen zu evaluieren. Insbesondere ging es dabei um die Frage, welchen Beitrag derartige Interventionen zur Krankheitsbewältigung der Betroffenen leisten (können) und welche Rolle dabei

³⁹ Kommunikative Validierung bezeichnet die Rückmeldung der Ergebnisse an die Befragten mit dem Ziel der Konsensherstellung (vgl. STEINKE 2005 a).

dem vermittelten Krankheitskonzept zukommt. In der folgenden Integration der Ergebnisse der beiden Studien setze ich den Schwerpunkt bewusst auf Risiken psychoedukativer Interventionen, da diesen insbesondere in der psychoedukativen Praxis (aber auch deren Evaluation) meines Erachtens zu wenig Berücksichtigung geschenkt wird.

Einen zentralen Bestandteil dieser Interventionen stellt die Vermittlung von krankheitsbezogenem Wissen dar. Auf diese Weise soll zum einen dem Recht und Bedürfnis der Patienten auf Informationen nachgekommen werden. Zum anderen wird davon ausgegangen, dass durch die Vermittlung von Wissen über das psychiatrisch-medizinische Krankheitsmodell bei den Betroffenen die Entwicklung eines für die Krankheitsbewältigung »funktionalen« Krankheitskonzepts gefördert wird (vgl. Kap. 3.4). In der quantitativen Studie konnte ein Zuwachs an krankheitsbezogenem Wissen bei den Patienten, die an dem Psychoedukationsprogramm teilgenommen hatten, nachgewiesen werden. Dies entspricht den Befunden verschiedener metaanalytischer Studien (LINCOLN et al. 2007; MERINDER 2000; PEKKALA & MERINDER 2002; PUSCHNER et al. 2005). Im Gegensatz zu Befunden von MERINDER et al. (1999) war der Wissenszuwachs in der vorliegenden Studie aber auch sechs Monate nach Abschluss der Intervention noch nachweisbar. In der qualitativen Studie zeigte sich, dass für viele Patienten die Vermittlung von krankheitsbezogenem Wissen grundsätzlich einen positiven Aspekt der Psychoedukation darstellte, insbesondere gegenüber Behandlungserfahrungen, in denen nicht über die Erkrankung, die vergebene Diagnose oder die verordnete Medikation gesprochen worden war. Auch hier ergaben sich Hinweise darauf, dass Patienten, die an einer psychoedukativen Intervention teilgenommen hatten, die dort vermittelten Informationen über die Erkrankung wiedergeben konnten. Allerdings bedeutete dies nicht notwendigerweise, dass sie diese in ihr eigenes Krankheitsverständnis übernahmen. Das in der Psychoedukation vermittelte biomedizinische Krankheitsmodell stellt (nur) eine von vielen Konzeptionen oder Erklärungsansätzen dar, mit denen die Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung in Kontakt kommen. Im Prozess der biografischen Krankheitsverarbeitung werden diese unterschiedlichen Sinnstiftungs- oder Identitätsangebote evaluiert, übernommen, zurückgewiesen oder an bestehende Annahmen angepasst bzw. integriert (vgl. auch LARSEN 2004). Psychoedukative Interventionen haben damit keinen direkten Einfluss auf die Entwicklung des Krankheitsverständnisses der Patienten, sondern die Art des Einflusses ist abhängig davon, wie die Patienten selbst damit umgehen. Dies wird wiederum von verschiedenen weiteren Faktoren beeinflusst, etwa der Kongruenz mit den individuellen Vorstellungen der Patienten, der Passung mit dem jeweiligen Bewältigungsstil und nicht zuletzt von der Art, wie die Patienten die Arzt-Patient-Beziehung erleben und welche Rolle sie in dieser Beziehung einnehmen.

Dieser letzte Punkt weist darauf hin, dass dem psychoedukativ vermittelten Krankheitskonzept im Vergleich zu anderen Konzeptionen, mit denen die Pati-

enten in Kontakt kommen, potenziell eine besondere Bedeutung zukommt, da es das medizinische Fachwissen über die Erkrankung darstellt (READ et al. 2006). Auf diese Weise hat es eine besondere – für einige Patienten ultimative – Autorität gegenüber alternativen Erklärungsansätzen oder Konzeptionen. Darüber hinaus sehen einige Patienten in der Übernahme der Krankheitskonzepte eine Bedingung bzw. Voraussetzung für die weitere Behandlung. Eine Abgrenzung von diesen Krankheitskonzepten zugunsten individueller Krankheitskonzepte kann dann mit dem erlebten Angewiesensein auf die Behandlung in Konflikt geraten. Insgesamt wird deutlich, dass die in der Psychoedukation vermittelten Krankheitskonzepte eine hohe Autorität haben, und dadurch bei allen Patienten, sowohl denen, die sie eher übernehmen, als auch denen, die sich eher davon abgrenzen, einen starken Einfluss auf die biografische Krankheitsverarbeitung haben können.

Das in der Psychoedukation vermittelte Wissen über die Erkrankung basiert auf dem psychiatrischen bzw. biomedizinischen Modell der Erkrankung. Die Ergebnisse beider Studien spiegeln den starken Fokus psychoedukativer Interventionen auf die medikamentöse Behandlung wider. In der quantitativen Studie zeigten sich bei den erhobenen Aspekten des Krankheitskonzepts der Patienten nur Veränderungen in medikationsbezogenen Einstellungen, nicht aber in anderen Merkmalen. Während der Teilnahme an der Psychoedukation kam es zu einer Zunahme an Medikamentenvertrauen, einer Reduktion der Erwartung negativer Konsequenzen durch die medikamentöse Behandlung und einer Reduktion idiosynkratischer, d. h. kritischer Einstellungen gegenüber den Medikamenten. Dies entspricht Befunden von SIBITZ et al. (2006, 2007b) und HORNING et al. (1993, 1998), dass medikationsbezogene Einstellungen der Patienten durch Psychoedukation beeinflusst werden können.

In der qualitativen Studie zeigte sich, dass für viele Patienten der wahrgenommene Fokus in der Psychoedukation auf medikationsbezogenen Informationen lag. Viele Teilnehmer nahmen die Psychoedukation als (ausschließlich) darauf ausgerichtet wahr, über die Medikamente aufzuklären oder die Patienten von deren Notwendigkeit zu überzeugen. Gleichzeitig nehmen die Medikamente auch für viele Patienten selbst eine zentrale Rolle in der Krankheitsbewältigung ein. Die Psychoedukation wurde dabei als hilfreich dafür bezeichnet, das Rational für diese Behandlung zu verstehen, deren Notwendigkeit für sich zu akzeptieren und deren Bedeutung für den Rückfallschutz zu erkennen. Während für einige Patienten dabei die Erklärung biochemischer Zusammenhänge hilfreich war, stellten das Wissen über diese Zusammenhänge oder deren Übernahme in das eigene Krankheitsverständnis weder notwendige noch hinreichende Bedingungen für die (berichtete) Medikamenteneinnahme dar. Dies entspricht den Ergebnissen von Studien aus der Compliance-Forschung, die die Bedeutung einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren für die berichtete oder tatsächliche Compliance hervorheben (KAMALI et al. 2006; LACRO et al. 2002; MERINDER 2000; PERKINS

2002; PERKINS et al. 2006). In der qualitativen Studie dieser Arbeit hatten die individuellen Erfahrungen der Betroffenen mit den Medikamenten – sowohl hinsichtlich der erlebten Wirkung als auch der erhöhten Rückfallgefahr beim Absetzen – einen entscheidenden Einfluss auf die erlebte Notwendigkeit der Behandlung und dies relativ unabhängig von ihrem jeweiligen Krankheitsverständnis. Eine derartige, zentrale Bedeutung der subjektiven Erfahrungen mit den Medikamenten für die Compliance wird auch von anderen Autoren berichtet (LÖFFLER et al. 2003; SIBITZ et al. 2005; YAMADA et al. 2006).

Beide Studien zeigen somit, dass im Rahmen psychoedukativer Interventionen auf die Einstellungen der Betroffenen gegenüber der medikamentösen Behandlung eingewirkt werden kann. Gleichzeitig geben die Studienergebnisse allerdings auch Hinweise auf mögliche Risiken psychoedukativer Interventionen, die diesen starken Fokus auf die medikamentöse Behandlung aufweisen. In der quantitativen Studie zeigte sich, dass bestimmte Aspekte des Krankheitsverständnisses der Patienten substanzielle und von der Ausprägung der Symptomatik unabhängige Prädiktoren für die subjektive Lebensqualität und die Selbstwertschätzung der Patienten darstellten. So stellte das Arztvertrauen einen positiven Prädiktor für die subjektive Lebensqualität dar, während die Vorstellung, dass Gesundheit zufallsabhängig bzw. Glückssache sei, und die Krankheitseinsicht negative Prädiktoren darstellten. Auch eine externale Attribution der Erkrankung auf zwischenmenschliche Schwierigkeiten stellte einen negativen Prädiktor dar, der aber bei Einbeziehung weiterer Variablen (Positivsymptomatik) nicht mehr signifikant wurde. Auch für den Selbstwert der Patienten stellte das Arztvertrauen einen positiven Prädiktor dar sowie die Attribution der Erkrankung auf einen Lebensstil, bei dem die eigenen Grenzen missachtet werden. Das Medikamentenvertrauen und eine geringe Attribution der Erkrankung auf eine geringe psychische Stabilität oder Krisenfestigkeit stellten dagegen negative Prädiktoren dar. Auffallend war dabei, dass sich in den Aspekten, die einen substanziellen Beitrag zur Vorhersage von Selbstwert und subjektiver Lebensqualität leisteten – unabhängig davon ob als negative oder positive Prädiktoren – während der Teilnahme an der Psychoedukation keine signifikanten Veränderungen zeigten. Einzige Ausnahme bildeten das Medikamentenvertrauen und die Krankheitseinsicht der Patienten, die jeweils über den Zeitraum der Intervention zunahmen, allerdings einen negativen Prädiktor für den Selbstwert (Medikamentenvertrauen) bzw. die subjektive Lebensqualität (Krankheitseinsicht) darstellten. Diese Befunde weisen darauf hin, dass in der Psychoedukation Aspekte des Krankheitsverständnisses fokussiert werden, die einen negativen Einfluss auf das Selbstkonzept und die subjektive Lebensqualität haben können, während andere für das subjektive Wohlbefinden relevante Aspekte des Krankheitskonzepts vernachlässigt werden.

Auch die Ergebnisse der qualitativen Studie verdeutlichen, dass gerade der starke Fokus auf das biomedizinische Krankheitskonzept sowie der damit ver-

mittelte oder erlebte Ausschließlichkeitsanspruch mit bestimmten Risiken für die biografische Krankheitsverarbeitung der Patienten einhergehen. Dem individuellen Krankheitsverständnis der Betroffenen kommt eine zentrale Bedeutung im Prozess der biografischen Krankheitsverarbeitung zu. Entsprechend den Befunden anderer Studien (ANGERMEYER 1991; BARHAM & HAYWOOD 1997; ESTROFF et al. 1997; GEEKIE 2004; GREENFELD et al. 1989; HOLZINGER et al. 2001, 2002, 2003; LARSEN 2004; LALLY 1989; STARK & STOLLE 1994; TOPOR 2001) wiesen auch die hier untersuchten Patienten kein einheitliches, konsistentes Krankheitskonzept auf. Vielmehr greifen die Patienten in unterschiedlichen Kontexten auf unterschiedliche, teilweise widersprüchliche Referenzmodelle oder ideologische Erklärungen zurück (vgl. auch LARSEN 2004; LEFERINK 1997). Diese Referenzmodelle stellen jeweils Sinnstiftungs- bzw. Identitätsangebote dar, die unterschiedliche, teilweise miteinander konfligierende Anforderungen der biografischen Krankheitsverarbeitung erfüllen. Einen zentralen Bestandteil dieser Aushandlungsprozesse bildet dabei das Verhältnis von Selbst und Erkrankung. Gerade durch das Nebeneinander unterschiedlicher Konzeptionen und Positionierungen dient das flexible Erklärungssystem dazu, zentrale Aspekte der Identitätsarbeit in Anbetracht der Erkrankung zu gewährleisten, etwa die Herstellung von Sinn und Kontinuität eigener Erfahrungen oder die Aufrechterhaltung eines positiven Selbstkonzeptes (vgl. LALLY 1989; LARSEN 2004; LEFERINK 1997; SAYRE 2000; TOPOR 2001).

Multiplizität, situative Flexibilität und Heterogenität von Selbstpositionierungen werden als allgemeiner Bestandteil moderner Identitätskonstruktionen verstanden (vgl. Kap. 7.4). CORBIN und STRAUSS (2004) beschreiben Bewegungen und Aushandlungsprozesse hinsichtlich Kontextualisierung und Akzeptanz der Erkrankung als Teil der Bewältigungsarbeit bei (vornehmlich körperlichen) chronischen Erkrankungen. Daran anschließend stellt sich die Frage, ob die in dieser Untersuchung beschriebenen Aushandlungsprozesse »nur« Ausdruck der »normalen« Schwierigkeiten der Identitätsarbeit und der Auseinandersetzung mit einer chronischen Erkrankung sind. Oder sind diese Ausdruck besonderer Schwierigkeiten, die sich in der Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankungen im Allgemeinen – und einer schizophrenen Erkrankung im Besonderen stellen? Aus den Ergebnissen der Untersuchung ergeben sich Hinweise auf besondere Bedingungen in der Auseinandersetzung mit einer schizophrenen Erkrankung, welche die Prozesse der Identitätsarbeit und der Krankheits-Identitäts-Arbeit zusätzlich erschweren können: diese beziehen sich auf die Krankheitserfahrungen selbst, die zu einer Erschütterung des eigenen Identitätsgefühls führen können (vgl. BARKER et al. 2001), sowie auf die zur Verarbeitung dieser Erfahrungen zur Verfügung stehenden kulturellen und medizinischen Sinnstiftungs- und Identitätsangebote.

Eine Psychose zu erleben kann für die Betroffenen, insbesondere durch den Verlust der Kontrolle und Selbstverständlichkeit eigener Erlebens- und Verhaltens-

weisen, traumatisch sein. Viele Patienten schildern ihre Krankheitserfahrungen als extrem bedrohlich und verunsichernd, wobei Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Verständnislosigkeit im Vordergrund stehen. Eine schwindende Verständlichkeit des eigenen Verhaltens für andere und der fehlende Bezugspunkt auf eine geteilte Realität können diese Gefühle zusätzlich verstärken. Die Verarbeitung und Integration dieser Grenzerfahrungen stellt eine zentrale Herausforderung der biografischen Krankheitsverarbeitung dar. Die Auseinandersetzung mit diesen Erfahrungen wird durch verschiedene Merkmale weiter erschwert. Zum einen sind die Erinnerungen an das eigene Erleben und Verhalten während akuter Krankheitsphasen meist extrem schambesetzt. Scham und die Angst vor einer aus der antizipierten fehlenden Nachvollziehbarkeit resultierenden Bewertung durch andere kann einen Grund dafür darstellen, dass Patienten es vorziehen, nicht über diese Erfahrungen zu sprechen. Im Nachhinein kann es darüber hinaus schwierig sein, zwischen der Rationalität der Psychose und der Rationalität der geteilten Realität zu unterscheiden, die für den Betroffenen keine Gegensätze darstellen müssen, aber für die Kommunikation der Erfahrungen relevant erscheinen mag. Weiterhin kann die Angst, allein durch die Auseinandersetzung mit den Krankheitserfahrungen, wieder in eine Krankheitsphase zu »rutschen«, dazu führen, dass diese gänzlich gemieden wird (vgl. SIBITZ et al. 2007 a). Auseinandersetzung mit und Kommunikation über die eigenen Krankheitserfahrungen werden durch die Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Sinnstiftungsangebote weiter erschwert. Neben der meist negativ konnotierten Bedeutung dieser Konzeptionen, beruhen sie meist auf Gegensätzen, die der Komplexität der Erfahrungen nicht gerecht werden können (vgl. TOPOR 2001). Während beispielsweise »psychotisches« und »nicht psychotisches« Erleben für die Betroffenen nicht (immer) klar voneinander abgrenzbar sein bzw. keine Gegensätze darstellen müssen, werden diese in den vorherrschenden Konzeptionen als dichotome Gegensätze konzipiert, in denen die Anbindung psychotischer Erfahrungen an einen normalisierenden Diskurs von vornherein ausgeschlossen ist. TOPOR (2001) weist darauf hin, wie sich Widersprüche für die Betroffenen gerade daraus ergeben, dass bestimmte Fragen im wissenschaftlichen Kontext in Form von dichotomen Konzepten oder Polaritäten diskutiert werden, während sich Erleben und Handeln der Betroffenen dazwischen abspielt – im »beides, gleichzeitig«.

Zum genaueren Verständnis kann an dieser Stelle das von SCHULZ VON THUN (2008) entwickelte Konzept des Werte- oder Entwicklungsquadrats beitragen. Wertequadrate stellen ein Werkzeug für das Verständnis und die Entwicklung menschlicher Persönlichkeits- und Kommunikationsstile dar und beruhen auf folgender Prämisse:

Um den dialektisch strukturierten Daseinsforderungen zu entsprechen, kann jeder Wert (jede Tugend, jedes Leitprinzip, jedes Persönlichkeitsmerkmal) nur dann zu einer konstruktiven Wirkung gelangen, wenn er sich in *ausgehaltener Spannung*

zu einem positiven Gegenwert, einer ›Schwestertugend‹, befindet. (...) Ohne diese ausgehaltene Spannung (oder Balance) verkommt ein Wert zu seiner ›Entartungsform‹ (Helwig) – oder sagen wir lieber: zu seiner *entwertenden Übertreibung*.« (ebd., S. 38)

Im Wertequadrat wird damit die Vorstellung von einem optimalen Fixpunkt zwischen zwei »fehlerhaften Extremen« (ebd., S. 40) durch die Vorstellung einer dynamischen Balance bzw. eines positiven Spannungs-/Ergänzungsverhältnisses ersetzt (sowohl – als auch). Erst durch die Auflösung des Gegenübers – die entwertende Übertreibung – wird der jeweilige Wert zu einem Unwert. Auf der Seite der Unwerte besteht kein positives Spannungsverhältnis zwischen den Extremen mehr, sondern sie sind ausschließlich konstruiert (entweder – oder). Dies beinhaltet auch, dass auf der Seite der Unwerte die versuchte Vermeidung des einen unweigerlich in einer Flucht in den anderen Unwert resultiert (Überkompensation). Dieses Modell kann auf die Krankheitsverarbeitung der Patienten angewandt werden: Während sich die Erfahrungen selbst auf der Seite des »sowohl – als auch« abspielen (bzw. die Patienten nach Darstellungen suchen, die ein »sowohl – als auch« beinhalten), sind viele der zur Verfügung stehenden Konzeptionen auf der Seite des »entweder – oder« angesiedelt.

Der Widerspruch zwischen der Komplexität der Erfahrungen auf der einen und deren Auflösung durch die zur Verfügung stehenden dichotomen Konzepte auf der anderen Seite zieht sich durch alle beschriebenen Herausforderungen der biografischen Krankheitsverarbeitung, und betrifft auch und insbesondere die Aushandlung des Verhältnisses von Selbst und Erkrankung bzw. die zur Verfügung stehenden Konzeptionen zum Verhältnis von Person und (schizophrener) Erkrankung (vgl. BOCK 2005; ESTROFF 1989; ESTROFF et al. 1997; LOVELL 1997; ROE & DAVIDSON 2010; SASS 2007; SELLS et al. 2004; TOPOR 2001; WILLIAMS & COLLINS 2002). LEFERINK (1997) fasst dies wie folgt zusammen:

Für die Vermittlung einer »Krankheit des Geistes« mit dem Konzept der »Person« fehlt im Grunde ein geeignetes Repertoire an symbolischen Modellen, eine taugliche »Sprache«, die diesen Gegensatz überbrücken könnte. Das Problemkonzept der modernen Gesellschaft erlaubt es ferner dem psychisch kranken Menschen nur begrenzt, eine konsistente Position zu sich und seinen Problemen einzunehmen, eine Position, die gleichzeitig individuell und sozial akzeptabel wäre. Der Betroffene ist *entweder* »Person« *oder* »Kranker«, kann sich aber nicht als »kranke Person« denken und erfahren. Und selbst wenn er dies könnte, würden die anderen ihn auf das eine oder andere festlegen. (S. 251–252; Hervorhebung F.S.)

In den Aushandlungsprozessen der Patienten in dieser Untersuchung zeigt sich ihr Bemühen, eine Position zwischen den Extremen zu finden, die es ermöglicht, die eigenen Krankheit(erfahrungen) in ihre Biografie, ihr Selbstbild und ihre Zukunftsperspektive zu integrieren, ohne dass die eigene Identität dabei vollständig infrage gestellt und allein durch die Erkrankung definiert wird –

also eine Position die sowohl Person als auch Erkrankung beinhaltet und somit sowohl die Integration und Verarbeitung der Krankheit(erfahrungen) als auch die Aufrechterhaltung krankheitsunabhängiger Identitätsansprüche ermöglicht. Dies ist in Abbildung 21 als Wertequadrat dargestellt.

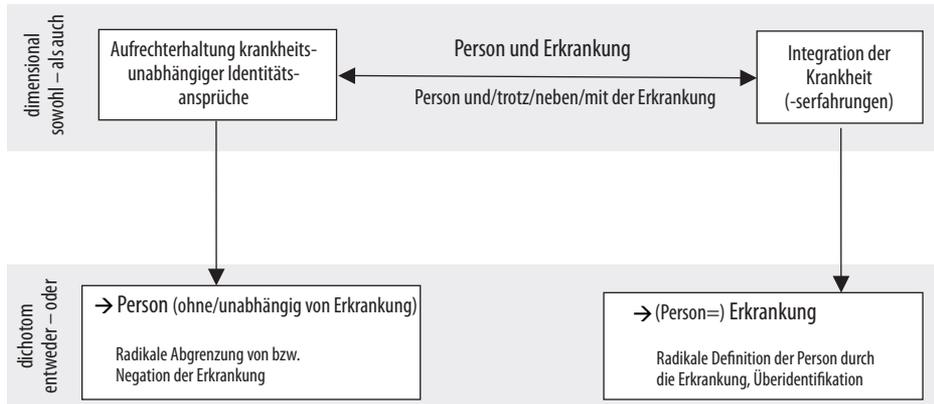


Abb. 21: Aushandlung des Verhältnisses von Person und Erkrankung im Wertequadrat (nach SCHULZ VON THUN 2008)

Im oberen dimensionalen Teil des Wertequadrats stehen Person und Erkrankung in einer dynamischen Balance bzw. einem positiven Spannungs-/Ergänzungsverhältnis (s. o.). Von diesem Spannungsverhältnis zwischen Integration der Krankheitserfahrungen und Aufrechterhaltung krankheitsunabhängiger Identität, in dem sich die Patienten in ihren Selbst- und Krankheitsdarstellungen bewegen, werden auf der dichotomen Seite – der »entwertenden Übertreibung« – nur noch die Extreme als Alternativen sichtbar: totale Abgrenzung von bzw. Negation der Erkrankung auf der einen und absolute Gleichsetzung von Person und Erkrankung auf der anderen Seite: entweder Person oder Erkrankung.

Anhand dieses Modells kann auch der Einfluss psychoedukativer Interventionen und des dort vermittelten Krankheitskonzepts beschrieben werden. In der Psychoedukation liegt der Fokus auf der Vermittlung eines biomedizinischen Krankheitsmodells, was insbesondere durch die vermittelte – oder erlebte – Ausschließlichkeit dieses Erklärungsmodells problematisch ist. Andere Erklärungsansätze werden dadurch relativiert, infrage gestellt oder als bedeutungslos erlebt. Diese Tendenz wird durch die oben beschriebene Autorität des medizinischen Fachwissens verstärkt. Während sich die Patienten mit ihren Selbst- und Krankheitserfahrungen in einem mehrdimensionalen Raum bewegen, und durch unterschiedliche Konzepte versuchen, der Komplexität der Erfahrungen und den unterschiedlichen teilweise widersprüchlichen Anforderungen der biografischen Krankheitsverarbeitung gerecht zu werden, beinhaltet das in der Psychoedukation vermittelte Krankheitskonzept eine Komplexitätsreduktion, die als Fokussierung eines Extrems auf der

Seite der entwertenden Übertreibung verstanden werden kann. Auf diese Weise wird der Widerspruch zwischen der Komplexität der Erfahrungen auf der einen und deren Auflösung durch die zur Verfügung stehenden dichotomen Konzepte auf der anderen Seite durch das in der Psychoedukation vermittelte Krankheitskonzept zusätzlich verstärkt, was die Verarbeitung und Integration der Erfahrungen zusätzlich erschweren kann. Gerade die Fokussierung der einen Seite (und die damit beinhaltete Auflösung der anderen) scheint dazu zu führen, dass nur noch die Extreme als Alternativen sichtbar werden, sodass sich die Patienten eher verstärkt zu diesen Extremen bewegen, welche jeweils mit negativen Konsequenzen für die biografische Krankheitsverarbeitung der Person einhergehen.

Dies macht deutlich, dass die beschriebenen Risiken psychoedukativer Interventionen entstehen, wenn darin ein biomedizinisches Krankheitsmodell fokussiert und als »ausschließlicher« Erklärungsansatz vermittelt wird bzw. einer ausschließlichen Interpretation nicht explizit entgegengewirkt wird. Die Vermittlung eines biomedizinischen Krankheitsmodells wird in vielen Anti-Stigma-Kampagnen aber auch als Möglichkeit gesehen, den mit der Erkrankung einhergehenden (Selbst-)Stigmatisierungsprozessen entgegen zu wirken (vgl. Kap. 3.4).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung belegen den weitreichenden Einfluss des mit der Erkrankung assoziierten Stigmas auf die biografische Krankheitsverarbeitung der Patienten, welches bei allen hier beschriebenen Schwierigkeiten eine zentrale Rolle spielt. Bei vielen Patienten spielen Schuldgefühle und das Gefühl, versagt zu haben, eine große Rolle in der Auseinandersetzung nicht nur mit der Entwicklung der Erkrankung, sondern auch mit der eigenen Lebensgeschichte, die für die Betroffenen eng miteinander verbunden sind. Einige Patienten berichten, dass sie die biomedizinische Erklärung für die Erkrankung als entlastend erlebt haben, weil sie (eigene) Schuldzuweisungen reduziert. Allerdings übernehmen nur wenige Patienten diese Erklärung in ihr eigenes Krankheitsverständnis und einige grenzen sich explizit davon ab. Für viele ist dabei insbesondere die genetische Erklärung schwierig, weil sie eine deterministische Betrachtung der Erkrankung und damit einhergehend ein negatives Selbstkonzept fördert. Durch die Attribution der Erkrankung auf körperliche, biochemische Prozesse wird zwar die »Schuldzuweisung« an der Erkrankung reduziert, diese aber gleichzeitig in einem Defekt in der Person lokalisiert. Gerade die Attribution auf Faktoren innerhalb der Person aber außerhalb ihrer Kontrolle kann dann zu verstärkter Unsicherheit, Infragestellung der eigenen Zurechnungsfähigkeit und Angst vor (erneutem) Kontrollverlust führen. Dies korrespondiert mit Befunden aus Studien zur Evaluation von Anti-Stigmakampagnen in der Allgemeinbevölkerung. Auch hier führte die Vermittlung eines biomedizinischen Krankheitsmodells in einigen Studien zwar zu einer reduzierten Schuldzuweisung, ging allerdings gleichzeitig mit einer Zunahme der Überzeugung einher, die Betroffenen seien gefährlich und unkontrollierbar. Insgesamt zeigen auch diese Studien, dass insbesondere

genetische Erklärungen eher eine fatalistische und deterministische Betrachtung der Erkrankung fördern (ANGERMEYER & MATSCHINGER 2005; BENNETT et al. 2008; LINCOLN et al. 2008; READ et al. 2006). Für die Betroffenen hat aber gerade das Erleben von Selbstwirksamkeit und Handlungsmöglichkeiten eine zentrale Bedeutung für ihr Selbstkonzept und stellt eine wichtige Ressource zur Bewältigung der sozialen und biografischen Konsequenzen der Erkrankung dar (vgl. z. B. RITSNER et al. 2000). Auch in den vorliegenden Studien wird die Bedeutung eines derartigen Kontroll- und Selbstwirksamkeitserlebens in der Auseinandersetzung mit einer schizophrenen Erkrankung deutlich. Die Ergebnisse der qualitativen Studie verdeutlichen zum einen, wie das Kontrollerleben des Betroffenen durch die Erkrankung und die damit einhergehende Erfahrungen auf vielfältige Weise infrage gestellt werden und mit Gefühlen von Angst, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit bis hin zu Resignation einhergehen kann. Gleichzeitig zeigen sich aber auch bei allen Patienten Versuche, eigene Handlungsspielräume trotz Erfahrungen von Kontrollverlust, Hilflosigkeit oder Fremdbestimmung aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten. Dies bezieht sich nicht allein auf den Umgang mit der Erkrankung oder einzelnen Symptomen, sondern auch auf den Umgang mit den individuellen Lebensthemen – die in enger Verbindung mit der Erkrankung erlebt werden. In diesem Kontext können auch die Ergebnisse der quantitativen Studie interpretiert werden, wengleich Selbstwirksamkeitserwartungen oder Kontrollüberzeugungen hier nicht direkt erfasst wurden. Die meisten Aspekte des Krankheitskonzepts der Patienten, die einen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität und den Selbstwert ausübten, beinhalten Annahmen über die eigenen Kontroll- und Einflussmöglichkeiten der Person. Eine negative Einschätzung der eigenen Krisenfestigkeit und damit der Fähigkeit, psychische Krisen selbst zu bewältigen, geht mit einer allgemein geringeren Selbstwertschätzung einher. Die externale Attribution der Erkrankung auf zwischenmenschliche Schwierigkeiten, die einen negativen Prädiktor für die subjektive Lebensqualität darstellt, beinhaltet implizit eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung bezogen darauf, soziale Beziehungen gestalten zu können (vgl. Kap. 6.1 sowie ZENZ et al. 1996). Dies entspricht Befunden anderer Studien, in denen die Selbstwirksamkeitserwartung einen Prädiktor für die subjektive Lebensqualität (BECHDOLF et al. 2003) oder einen Moderator bezüglich des Einflusses des Stigmas auf das Selbstkonzept, die Lebensqualität oder das Bewältigungsverhalten von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen darstellte (KLEIM et al. 2008; VAUTH et al. 2007). Auch der Befund, dass das Medikamentenvertrauen einen negativen Prädiktor für den Selbstwert darstellt, kann in diesem Kontext verstanden werden: In einem hohen Medikamentenvertrauen drücken sich positive Erwartungen an die medikamentöse Behandlung aus. In der qualitativen Studie zeigte sich, dass derartige positive Erwartungen häufig mit einer Vernachlässigung oder Relativierung weiterer Bewältigungsmöglichkeiten einhergehen. Die medikamentöse

Behandlung kann zwar ein Gefühl von Kontrolle über die Erkrankung vermitteln, gleichzeitig aber auch den erlebten Kontrollverlust stärken, weil diese Kontrolle außerhalb der eigenen Person liegt. Dies kann mit der Überzeugung einhergehen, wenig subjektive Einflussmöglichkeiten auf den Krankheitsverlauf zu haben (vgl. WALTHER 2011, S. 33). Auch hier zeigt sich, dass eine Konzeption in Extremen nicht hilfreich sein kann, denn »beide Extreme, die volle subjektive Verantwortung und die volle Hilflosigkeit, können in der Wirkung ähnliche Lethargie und Lähmung mitbedingen und verstärken« (BOCK 2005, S. 19).

Zur Erklärung der Befunde, dass die Vermittlung eines biomedizinischen Krankheitsmodells nicht die erwartete entstigmatisierende Wirkung erzielt, kann die Definition von Stigmatisierung von LINK und PHELAN (2001) herangezogen werden (vgl. Kap. 2.2). Demnach sind die ersten Komponenten des Stigmatisierungsprozesses die Hervorhebung von Unterschieden zwischen Gruppen sowie die Vergabe eines Labels für diese Unterschiede, das die Existenz distinkter Kategorien und deren essenzialistische Begründung in biologisch determinierten Merkmalen der Personen nahelegt. Die Betonung einer biologischen Essenz der Erkrankung verstärkt dann sowohl die Annahme diskreter, qualitativ unterschiedlicher Kategorien, als auch die Annahme, dass die Auswirkungen dessen unausweichlich, unveränderbar und für das Individuum nicht kontrollierbar sind (READ & HASLAM 2004, S. 141; vgl. READ et al. 2006). In der Psychoedukation wird den Patienten darüber hinaus, durch die Vermittlung der die Erkrankung kennzeichnenden Symptome die *wissenschaftliche* Begründung für ihre Zuweisung zu dieser Gruppe vermittelt (die einige Patienten selbst als »lernen, wo ich einzuordnen bin«, verstehen). Es wird deutlich, dass psychoedukative Interventionen auf diese Weise die Gefahr bergen, (Selbst-)Stigmatisierungsprozesse eher zu fördern, als ihnen entgegenzuwirken.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass psychoedukative Interventionen grundsätzlich das Potenzial haben, die Betroffenen bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung zu unterstützen, indem sie Informationen vermitteln und die Möglichkeit bieten, (mit anderen Betroffenen) über die Krankheit(erfahrungen) zu sprechen, was in der klinischen Behandlung ansonsten leicht zu kurz kommen kann. Dabei scheinen sie insbesondere medikationsbezogene Einstellungen beeinflussen zu können und sind in besonderem Maße geeignet, die Betroffenen bei der Akzeptanz der medikamentösen Behandlung zu unterstützen. Je stärker die Interventionen allerdings ausschließlich auf eine Förderung der Medikamentencompliance ausgerichtet sind und zu diesem Zweck die Vermittlung eines biomedizinischen Krankheitskonzepts im Vordergrund steht, bergen sie die Gefahr, die konfliktreichen Prozesse der Auseinandersetzung mit den verwirrenden Erfahrungen einer Psychose und deren Integration in das eigene Selbstkonzept zu erschweren. Damit einhergehend besteht das Risiko, Selbststigmatisierungsprozesse in der Krankheitsverarbeitung zu verstärken statt ihnen entgegenzuwirken. Durch die starke

Fokussierung und Ausschließlichkeit in der Gestaltung werden dabei wichtige für die individuelle Krankheitsverarbeitung relevante Aspekte zu wenig berücksichtigt. Die Realisierung der ehrgeizigen Zielsetzungen, etwa die emotionale Entlastung der Teilnehmer durch die Reduktion von Versagens- und Schuldvorwürfen oder die Förderung der Autonomie der Patienten, wird damit infrage gestellt. Aus diesen Befunden können Implikationen für die Behandlung abgeleitet werden.

9.3 Implikationen für (teil-)stationäre Behandlungsprogramme

Im Folgenden werden Überlegungen zur Neuorientierung und Weiterentwicklung von Behandlungsprogrammen für schizophrene Erkrankungen beschrieben. Entsprechend dem Fokus dieser Arbeit auf psychoedukative Gruppeninterventionen im Rahmen der stationären oder teilstationären Behandlung beziehen sich diese Überlegungen vornehmlich auf diese Art der Intervention in diesem Kontext. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die (teil-)stationäre Behandlung (meist) nur einen kurzen begrenzten Zeitraum umfasst, während Adaptation und Anpassung an eine schwere Krankheit einen langen Prozess darstellen (vgl. MCGORRY 1995). Kurze (Gruppen-)Interventionen während der (teil-)stationären Behandlung können keine individuelle Behandlung oder Begleitung bei dem Prozess der biografischen Krankheitsverarbeitung ersetzen. BÄUML und Mitarbeiter (2005, 2006) sehen psychoedukative Interventionen demnach auch als Vorläufer und Katalysator für darauf aufbauende psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen. Entscheidend ist dabei, sowohl sicherzustellen, dass eine weitere Behandlung auch wirklich gewährleistet wird (was in der Praxis noch vielfältigen Hindernissen gegenübersteht, vgl. KLINGBERG 2010, 2011; KNUF 2005 a), als auch zu berücksichtigen, »wie die Weichen gestellt werden«. Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen auf Risiken psychoedukativer Interventionen für die biografische Krankheitsverarbeitung hin, die eine Neuorientierung notwendig machen. Diesbezügliche Vorschläge werden im Folgenden vorgestellt.

9.3.1 Die eigene Rolle reflektieren

Psychoedukation soll bei den Betroffenen Empowerment-Prozesse fördern. Empowerment-Förderung bezeichnet Behandlungsansätze, »die Menschen zur Entwicklung eigener Stärken ermutigen und Hilfestellung geben bei der Ent-

wicklung von Selbstbestimmung und Selbsthilfe« (KNUF 2005 b, S. 1). In den Schilderungen vieler Patienten spielt die erlebte Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung sowohl in der Behandlung allgemein als auch in der Psychoedukation eine Rolle. So werden die Gruppensitzungen beispielsweise als »Vorträge über das, was Ärzte wissen« erlebt, die dazu dienen, den Patienten »einzuordnen« und von der Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung zu überzeugen, während die Individualität des Einzelnen außer Acht gelassen wird. Eine starke Asymmetrie der Beziehung und die Reduktion der Behandlung auf die Medikamente können aber gerade zu einem »Disempowerment« der Patienten beitragen und der Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartung entgegenwirken (KILIAN et al. 2003). In diesem Kontext können auch die Ergebnisse der quantitativen Studie bezüglich des Arztvertrauens der Patienten interpretiert werden. Das Arztvertrauen stellte einen bedeutsamen positiven Prädiktor sowohl für die subjektive Lebensqualität als auch für die Selbstwertschätzung dar. Allerdings zeigte sich bei den Patienten, die im Rahmen der Evaluationsstudie an der Psychoedukation teilgenommen hatten, zwar eine Zunahme des Medikamentenvertrauens, nicht aber des Arztvertrauens. Die Vermittlung medizinischer Informationen scheint nicht ausreichend, das Vertrauen in den Arzt zu fördern. Dies entspricht Befunden von TERZIOGLU (2005), dass wissenschaftlich-medizinische Informationen für Betroffene in der Beziehung zu Ärzten, denen sie vertrauen, eine nachrangige Bedeutung haben. Eine vertrauensvolle Beziehung ist für die Betroffenen dadurch gekennzeichnet, dass ihr Selbstbestimmungsrecht weitestmöglich akzeptiert wird, die Ärzte in Krisensituation aber durchaus auch stellvertretende Entscheidungen treffen (ebd.).

Als zentrale Voraussetzung für die Empowerment-Förderung von professioneller Seite aus bezeichnet KNUF (2005 b) die »wirkliche Bereitschaft, Macht zu teilen« und die Definitionsmacht abzugeben (S. 1). Für die Psychoedukation wird argumentiert, dass diese durch Wissensvermittlung eine Strategie zur Teilhabe an der Macht und zur Förderung von Empowerment darstelle (BÄUML et al. 2005). Ohne an dieser Stelle grundsätzlich in eine erkenntnistheoretische Diskussion einzusteigen, soll hier zumindest auf zwei Aspekte hingewiesen werden. Zum einen besteht in der Forschung um die Ursachen der Erkrankung zumindest dahingehend Konsens, dass die endgültige Erklärung nicht bekannt ist – und eine einzige allgemeingültige Erklärung der Komplexität des Phänomens nicht gerecht werden kann (vgl. Kap. 2.1). Daran anknüpfend argumentiert FINZEN (2001), dass sich im Verlauf der Schizophrenieforschung immer »jene Erklärungsansätze als am wenigsten tragfähig erwiesen haben, die eine einheitliche Entstehungsursache angenommen hatten« (S. 122) und dass es gerade jene vereinfachten Erklärungsansätze sind, die zu Vorurteilen und Stigmatisierungsprozessen beitragen (die »Vorurteile von heute sind Lehrmeinungen von gestern« [S. 43]). Die dabei in einem biomedizinischen Erklärungsmodell enthaltenen Implikationen über die

Person wurden oben schon diskutiert. Auch die vermittelte Diagnose ist weniger eindeutig als es nahegelegt wird. SHEAN (2004) resümiert diesbezüglich, »[that] there is a surprising amount of dissent in the professional literature given the uniformity of opinion presented to the public [and the patients, eigene Ergänzung]« (S. 28). Wissensvermittlung bedeutet dann nicht unbedingt Teilhabe an der Macht, sondern Machtausübung. Teilhabe würde vielmehr bedeuten, »to reflect out loud with our clients on the sources of our knowing, to articulate how we know what we know, or reveal the areas of our own uncertainty and the dilemmas we experience in constructing our practice world« (McKee Sellick et al. 2002, zitiert nach FARDELLA 2008, S. 119). Dies bedeutet auch, die Begrenztheit und möglicherweise schädigenden Konsequenzen der eigenen »wissenschaftlichen« Konzepte zu berücksichtigen, und eine Abkehr der Betroffenen davon möglicherweise als Schutz zu verstehen und nicht als individuelles Defizit zu pathologisieren. Es würde bedeuten, sich jeweils neu darauf einzulassen, gemeinsam aus der Komplexität der erlebten Wirklichkeit und der Vielfalt der zur Verfügung stehenden Konzeptionen und Konstruktionen, Vorstellungen, Meinungen etc. die herauszufiltern, die für die individuelle Person hilfreich oder erschwerend sind, auf der Basis eines gemeinsamen – individuellen und professionellen – Wissensstandes.

9.3.2 Prämissen und Zielsetzungen hinterfragen

Die Konzeption des Spannungsverhältnisses, in dem sich die Patienten bewegen, anhand eines Wertequadrats bietet einen Ansatzpunkt dafür, Prämissen und Zielsetzungen psychoedukativer Praxis zu reflektieren. In der Psychoedukation liegt der Fokus auf der Krankheit und der Krankenrolle des Patienten und damit eher auf der Seite der Unwerte bzw. der entwertenden Übertreibung. Dieser Fokus scheint auf bestimmten Prämissen zu beruhen, die es zu hinterfragen gilt. Zum einen wird eher davon ausgegangen, dass die Patienten ihre Krankheit abwehren, negieren oder nicht annehmen und daher ein Bewusstsein für die Bedeutung der Erkrankung für ihr Leben gefördert werden müsse. Bei vielen Patienten besteht aber gerade ein sehr starkes Bewusstsein dafür, dass »etwas nicht stimmt«, dass die Krankheitserfahrungen einen Einbruch in das eigene Erleben bedeuten und die Erkrankung mit schwerwiegenden biografischen und sozialen Konsequenzen verbunden ist (vgl. WITTMANN & KASHAVAN 2007). Zum anderen scheint, während das mit der Negation oder Abwehr der Erkrankung assoziierte Risiko für die Krankheitsbewältigung außer Frage zu stehen scheint, das andere Extrem als unproblematisch erachtet zu werden. Das bedeutet, dass das mit der Überidentifikation mit der Erkrankung verbundene Risiko für die

biografische Krankheitsverarbeitung nicht (ausreichend) berücksichtigt wird. Schließlich kann auch die Annahme, die Übernahme eines biomedizinischen Krankheitskonzepts sei grundsätzlich und für alle Patienten »funktional« nicht gehalten werden. Vielmehr kann gerade auch die Abgrenzung von diesem Krankheitskonzept teilweise »funktional« für die biografische Krankheitsverarbeitung der Patienten sein (vgl. COOKE et al. 2007; SASS 2007; SAYRE 2000).

Dabei erscheint insbesondere das Konzept der (fehlenden) Krankheitseinsicht schwierig. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen erneut, dass es viele »unterschiedliche Arten gibt, sich einer psychischen Krankheit bewusst zu sein« (ROE & KRAVETZ 2003, S. 417; vgl. auch GREENFELD et al. 1989; LEFERINK 1997). »Krankheitseinsicht« ist kein statisches Geschehen oder eine Frage des Entweder-oder. Vielmehr können Aussagen, die als (fehlende) Krankheitseinsicht gewertet werden können, als Teil eines andauernden Aushandlungsprozesses verstanden werden. In diesem Prozess dienen unterschiedliche Positionen bezüglich des Verhältnisses von Selbst und Erkrankung der Aushandlung unterschiedlicher Fragen und Herausforderungen in der Auseinandersetzung mit und Verarbeitung der Erkrankung. Bestimmte Bezeichnungen oder Erklärungen nicht zu übernehmen, muss nicht bedeuten, dass die Person kein Bewusstsein für ihre Probleme hat; vielmehr kann gleichzeitig gerade eine umfassende »Einsicht« in krankheitsbedingte Veränderungen und deren (potenzielle) Auswirkungen auf das eigene Leben bestehen.

Die vorliegenden Studien bestätigen weiterhin Befunde, dass Krankheitseinsicht im Sinne der Übernahme eines biomedizinischen Krankheitsmodells nicht als grundsätzlich positives Zielkriterium verstanden werden kann, sondern auch mit negativen Konsequenzen für das Selbstkonzept und die Krankheitsverarbeitung des Betroffenen einhergehen kann. In der quantitativen Studie stellt Krankheitseinsicht einen negativen Prädiktor für die subjektive Lebensqualität der Patienten dar, was Befunden anderer Studien entspricht (HASSON-OHAYON et al. 2006; KAROW et al. 2008). In der qualitativen Studie zeigt sich, dass bei dem Versuch, sowohl die Krankheitserfahrungen zu integrieren als auch krankheitsunabhängige Identität aufrechtzuerhalten, die Förderung von Krankheitseinsicht im Sinne der Übernahme eines biomedizinischen Modells beiden Seiten entgegenwirken kann: auf der einen Seite kann die Entkoppelung von der Person und ihren individuellen Lebensthemen gefördert werden (*sealing over*, vgl. Kap. 3.4), während auf der anderen Seite gerade die Fokussierung der Krankenrolle zu einem Fügen in die Krankenrolle, der Abgabe von Verantwortung, einer resignativen Sicht auf die Zukunft und einem negativen Selbstkonzept beitragen kann (*engulfment*, vgl. Kap. 7.4).

Zum anderen zeigt die Untersuchung, dass eine Konfundierung von Krankheitseinsicht und Compliance, wie sie in einigen Definitionen von Krankheitseinsicht und in der psychiatrischen Praxis häufig vorherrscht, problematisch ist. Die

Übernahme des biomedizinischen Krankheitsmodells und der psychiatrischen Bezeichnungen für die Erkrankung ist weder eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für Compliance. Die Tendenz, mangelnde Compliance mit fehlender Krankheitseinsicht gleichzusetzen, birgt dann die Gefahr, im Umkehrschluss bei Compliance-Problemen auf ein fehlendes Bewusstsein für die Erkrankung zu schließen und dementsprechend vornehmlich auf eine Förderung der Krankheitseinsicht abzielen. Mangelnde Compliance oder eine ablehnende Haltung gegenüber den Medikamenten kann sehr unterschiedliche Gründe haben. Das heißt ein Patient, der seine Medikamente nicht nimmt oder nehmen will, befindet sich nicht notwendigerweise an dem einen Extrem, sondern kann trotzdem oder gerade sehr stark auf die Identität des psychisch Kranken fokussiert sein. Dies macht deutlich, dass es notwendig ist, alternative Strategien zu überdenken, wenn man die Compliance mit der Behandlung fördern will (McGorry 1995).

9.3.3 Entwicklungsrichtung individuell definieren

Die Konzeption als Wertequadrat ermöglicht es auch, eine Entwicklungsrichtung zu bestimmen. Es wird deutlich, dass es nicht darum gehen kann, die eine Seite zu tilgen – sonst befindet man sich unmittelbar auf der Seite der Unwerte. Vielmehr geht es darum, den jeweils fehlenden Wert unter Beibehaltung des jeweils anderen Wertes zu fördern (Schulz von Thun 2008) – die Entwicklungsrichtung geht damit nicht von rechts (oder links) unten nach links (oder rechts) unten, sondern jeweils von rechts unten nach links oben bzw. von links unten nach rechts oben. In Abbildung 22 sind jeweils die Entwicklungsrichtungen – in den Diagonalen – eingezeichnet.

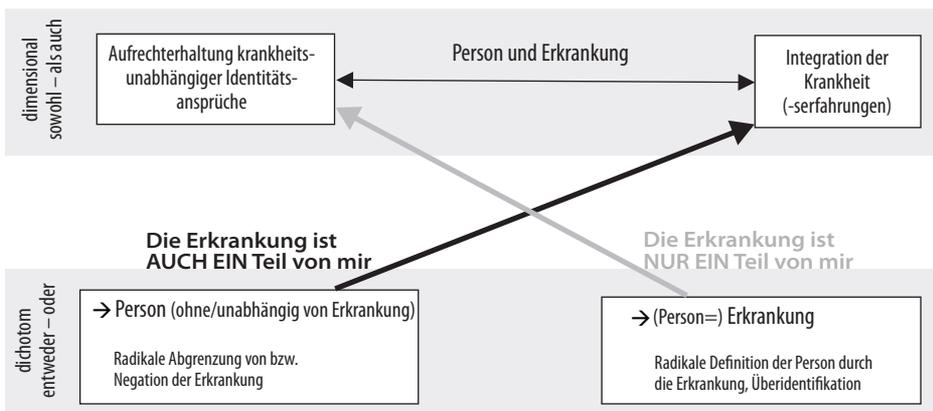


Abb. 22: Entwicklungsrichtungen im Wertequadrat zur Aushandlung des Verhältnisses von Person und Erkrankung (nach Schulz von Thun 2008)

Die jeweilige Entwicklungsrichtung muss dann individuell und unter Einbeziehung unterschiedlicher Aspekte differenziert beurteilt werden, d.h. sie ist weder für alle Patienten gleich noch darf sie vorschnell an Konzepten wie Krankheitseinsicht oder Medikamenten-Compliance festgemacht werden (vgl. 9.3.2). Bevor die individuelle Entwicklungsrichtung aber bestimmt wird, ist es wichtig, »zunächst das Vorhandene zu würdigen und die biografische Leistung darin zu erkennen«, weil es uns davor bewahrt, »vorschnell und einseitig die pathologische Brille aufzusetzen« (SCHULZ VON THUN 2008, S. 70).

Die Ergebnisse der qualitativen Studie zeigen, dass für viele Patienten insbesondere während eines Klinikaufenthaltes durch die aktuellen Krankheitserfahrungen und gegebenenfalls die Diagnosestellung die Erkrankung im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Der Wunsch, die »Krankheit so schnell wie möglich zu vergessen oder ungeschehen zu machen«, kann gerade aus den (antizipierten) einschlägigen sozialen und biografischen Konsequenzen resultieren. Auch wenn zunächst kontraintuitiv, kann gerade die Förderung der Wahrnehmung von Aspekten der Person, die nicht von der Erkrankung betroffen sind, die fortbestehen oder möglicherweise wiedererlangt werden können, die Akzeptanz und Integration der Erkrankung als einen (aber auch *nur* einen) Teil der Person erleichtern.

Mehr noch als für die Betroffenen kann dieses Modell dazu dienen, psychoedukative Praxis allgemein und jeweils das eigene (therapeutische) Handeln im Besonderen zu reflektieren. Wo liegt der eigene Fokus im Kontakt mit und der Behandlung der Betroffenen? Auf welcher Seite befinde ich mich und was fördere ich auf diese Weise bei den Betroffenen? Wo denke ich in Dichotomien, die der Komplexität der Erfahrungen nicht gerecht werden und als Sinnstiftungsangebote die Krankheitsverarbeitung eher erschweren? Für psychoedukative Interventionen kann basierend auf den Ergebnissen dieser Studien die notwendige Entwicklungsrichtung aufgezeigt werden: die Förderung der Wahrnehmung der Person (mit, trotz und neben der Erkrankung) im eigenen Denken und Handeln und die Ermutigung der Patienten, dies selbst wahrzunehmen, sowie dessen Berücksichtigung in der Gestaltung der Behandlungsangebote. Schulz von Thun macht deutlich, dass es Kraft kostet, sich von der Seite der »Unwerte« in das Spannungsverhältnis auf der Seite der »Werte« zu begeben. BOCK (2005) weist darauf hin, dass bei der Behandlung schizophrener Patienten immer auch das Gegenteil stimmt. »So wie die Psychose als ein Seiltanz angesehen werden kann, ist auch der psychotherapeutische Umgang mit ihr ein Balanceakt zwischen Über- und Unterstimulierung, zwischen Nähe und Distanz, zwischen Stärkung der Identität und Infragestellung letztlich untauglicher Problemlöseversuche.« (ebd., S. 40)

9.3.4 Ein positives Selbstkonzept und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stärken

Entsprechend der für psychoedukative Interventionen identifizierten Entwicklungsrichtung sollte ein Fokus darauf liegen, die Person nicht nur auf die Erkrankung reduziert zu betrachten – wodurch sie selbst ermutigt und unterstützt wird, dies auch zu tun. Ziel sollte es sein, die Patienten bei der Aufrechterhaltung oder Stabilisierung eines positiven Selbstkonzepts zu unterstützen (vgl. MANCINI 2007; MCCAY & BEANLANDS 2006; SHEAN 2009). Die mit der Erkrankung einhergehenden Erfahrungen von Kontrollverlust und Selbstwirksamkeitserleben (s. o.) weisen darauf hin, dass ein zentraler Bestandteil dabei sein sollte, das Vertrauen der Patienten in die eigenen Fähigkeiten zu stärken. Die Vermittlung von Coping-Strategien wird als eine Möglichkeit angesehen, den Betroffenen Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung zu ermöglichen (z. B. SCHAUB 2003; SCHAUB et al. 1996). Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass sich dies nicht allein auf den Umgang mit den Symptomen bzw. der Gefahr von Rückfällen beschränken darf. Eine negative Selbsteinschätzung bezüglich der eigenen Kompetenz, Anforderungen bewältigen zu können, bezieht sich bei vielen Patienten ebenso auf den Umgang mit ihren Lebensthemen bzw. den damit assoziierten Problemen und Konflikten. Neben der betonten »Stressvermeidung« sollten dementsprechend Strategien zur Stressbewältigung vermittelt werden. Eine differenzierte Betrachtung im Kontext der biografischen Entwicklung der Betroffenen sowie die daran anknüpfende biografische Verankerung individueller Bewältigungsstrategien und -ressourcen kann in einem kurzen Gruppensetting sicherlich nicht realisiert werden. Wichtig erscheint es aber, den Blick hier nicht einseitig zu beschränken und auf diese Weise die Sorge zu verstärken, Herausforderungen des Lebens aufgrund der damit einhergehenden erhöhten Stressgefahr grundsätzlich vermeiden zu müssen (vgl. BOCK 2008, S. 14). Dies wird auch durch den Befund der quantitativen Studie bestärkt, dass die Attribution der eigenen Beschwerden auf einen Lebensstil, bei dem die eigenen Grenzen missachtet werden, einen positiven Prädiktor für den Selbstwert der Patienten darstellt. In der qualitativen Studie zeigt sich darüber hinaus, dass gerade die starke Assoziation der »Schonhaltung« mit der Erkrankung dazu führen kann, dass ein achtsamer Umgang mit sich selbst als notwendige Konsequenz der Erkrankung verstanden wird, was wiederum dessen Umsetzung erschwert. Daraus lässt sich schließen, dass Strategien von Selbstachtsamkeit und Selbstfürsorge für die Patienten möglicherweise leichter anzunehmen sind, wenn sie eher als generelle gesundheitsfördernde Faktoren vermittelt werden, und weniger als eine aus der besonderen Vulnerabilität der Erkrankung notwendig werdende »Schonhaltung« (vgl. auch AMERING et al. 2002).

Ein ressourcenorientiertes Vorgehen ermöglicht es zum einen, dass die Patienten erleben können, dass ihre Fähigkeiten und Kompetenzen durch die Erkrankung

nicht für immer verschwunden sind, und zum anderen dass der ausschließliche Fokus auf Krankheit und Probleme vermieden wird (vgl. BEHRENDT 2003; SELLS et al. 2004). AMERING et al. (2002) realisieren diesen Ansatz beispielsweise in dem von ihnen entwickelten Programm für Menschen mit Psychoseerfahrungen (vgl. Kap. 3).

9.3.5 Die Krankheitserfahrungen normalisieren

Die Ergebnisse der Untersuchung weisen darauf hin, wie schwierig für die Betroffenen der Umgang mit den eigenen Krankheitserfahrungen sein kann. Durch Anteilnahme und Interesse für die Inhalte der Psychose kann den Betroffenen vermittelt werden, dass über das Erlebte gesprochen werden kann und darf und dass auch die Rationalität der Psychose für den Betroffenen selbst aber auch für das Gegenüber nachvollziehbar werden kann (vgl. KOKAI 2006). Der Bezug zu individuellen Lebensthemen, durch die den Symptomen ein individueller Sinn oder eine Bedeutung beigegeben wird, beispielsweise indem sie als individuelle Versuche der Lebens- oder Konfliktbewältigung verstanden werden, wird von vielen Patienten entlastend erlebt (vgl. auch BOCK et al. 2010; BRYZINSKY 2007; KLAPPHECK 2009; BOCK et al. 1998) und stellt einen zentralen Bestandteil unterschiedlicher psychotherapeutischer Konzepte dar (z. B. BECK et al. 2009; CHADWICK 2006). Eine zentrale Herausforderung ist es dabei, eine kreative Sprache zu finden, die über die wissenschaftlich-medizinischen Begriffe hinausgeht, und den Betroffenen die Kommunikation ihrer Erfahrungen erleichtern kann.

Darüber hinaus können durch »normalisierende Strategien« die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen der Patienten in einem normalpsychologischen Kontext interpretiert werden. Ziel normalisierender Strategien ist es zu verdeutlichen, dass psychotische Symptome sich lediglich quantitativ von normalpsychologischen Erlebnissen unterscheiden, aber keine qualitativ anderen Phänomene darstellen (LINCOLN 2006; KINGDON & TURKINGTON 1994; KLINGBERG et al. 2009; MORITZ et al. 2010; VAUTH & STIEGLITZ 2007). Die zentrale zu vermittelnde Botschaft lautet: »Jeder kann schizophran werden, es ist eine allgemeinhin menschliche Möglichkeit.« (DÖRNER & PLOG 1996, S. 174) Die von den hier interviewten Patienten selbst eingesetzten Strategien zur Normalisierung der Erkrankung verdeutlichen deren Bedeutung für die Betroffenen und zeigen gleichzeitig auf, wie professionelles Wissen genutzt werden kann, um die Patienten bei der Realisierung intuitiv gewählter Strategien zu unterstützen.

Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass allein die Thematisierung der Erfahrungen für einige Patienten extrem belastend sein kann, weil sie mit schambesetzten Erinnerungen verbunden ist oder mit der Angst verbunden sein kann,

wieder in das psychotische Erleben abzugleiten (vgl. Ergebnisse von SIBITZ et al. 2007 a). Es sollte daher individuell geprüft werden, inwieweit der Einzelne von einer Auseinandersetzung oder einem Austausch über die Erfahrungen profitieren kann oder eher zusätzlich belastet wird. Eine mögliche Verweigerung der Teilnahme kann in diesem Zusammenhang auch Ausdruck eines begründeten Selbstschutzes sein und sollte akzeptiert werden.

9.3.6 Individuelle Strategien der Stigmabewältigung unterstützen

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, welche einschneidende Wirkung die Diagnosestellung und der (erste) Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik für die Betroffenen haben. Durch die Krankheitserfahrungen befinden sich die Betroffenen meist in einer sehr sensiblen Phase existenzieller Verunsicherung, wenn sie in die Klinik kommen, allein die Tatsache, in einer psychiatrischen Klinik zu sein – möglicherweise auf einer geschlossenen Station – kann zusätzlich bedrohlich und verunsichernd wirken. Einen weiteren Schock kann dann die klinisch-diagnostische Einschätzung des eigenen Befindens auslösen. Diese Erfahrungen stellen Belastungen dar und deren Verarbeitung und Integration in das eigene Selbstkonzept eine (zusätzliche) Herausforderung für die biografische Krankheitsverarbeitung (vgl. auch LALLY 1989; SASS 2000; WILLIAMS 2008).

In Bezug auf die Diagnosestellung wird diskutiert, inwieweit diese den Betroffenen unmittelbar vermittelt werden oder mit der Präsentation des diagnostischen Labels eher vorsichtig und zurückhaltend umgegangen werden sollte. Argumente für die letzte Position stützen sich dabei zum einen auf die Vielzahl diagnostischer Missklassifizierungen sowie die diagnostische Instabilität, durch die eine kategoriale Diagnose »Schizophrenie« grundsätzlich infrage gestellt wird (vgl. KOKAI 2006; MCGORRY 1995; VAN OS 2010). Zum anderen wird gerade die Vergabe des diagnostischen Labels als ein Schritt im Stigmatisierungsprozess betrachtet, der wiederum Selbststigmatisierungsprozesse nach sich ziehen kann (LINK & PHELAN 2001; PHELAN & LINK 1999).

In der vorliegenden Arbeit wurde deutlich, dass viele Patienten schon vor der Teilnahme an der Psychoedukation mit der Diagnose in Kontakt gekommen sind, und es dabei als zusätzliche Verunsicherung und Belastung erlebt haben, wenn nicht darüber gesprochen wurde. Gerade das Schweigen, Verheimlichen oder Abwiegeln kann dazu führen, dass die Bedeutung der Diagnose aufgeladen und zu etwas »Unsäglichem« wird (vgl. LEFERINK 1997). Die Erfahrung in der Psychoedukation, dass über die Diagnose gesprochen wird, kann dann entlastend sein. Dabei sollte sich die Psychoedukation nicht darauf beschränken, den

»wissenschaftlichen Beweis« der Einordnung in die Diagnose zu liefern, sondern eher die damit verbundenen Schwierigkeiten thematisieren – sowohl auf der medizinisch-diagnostischen Ebene als auch auf der sozialen Ebene.

Letzteres betrifft die explizite Thematisierung von Selbst- und Fremdstigmatisierung und die Erarbeitung von Strategien zur individuellen Stigmabewältigung. Dabei können zum einen die »Mythen über die Schizophrenie« thematisiert und widerlegt werden sowie Anregungen erarbeitet werden, wie man mit Vorurteilen und Benachteiligungen umgehen und auf diese reagieren kann (z. B. AMERING et al. 2002). Darauf aufbauend können negative Selbsteinschätzungen als Teil von Selbststigmatisierungsprozessen identifiziert und psychotherapeutische Techniken vermittelt werden, dem etwas entgegenzusetzen (z. B. BECK et al. 2009; KNUF 2005 a; ROE et al. 2010). Darüber hinaus können auch die »normalisierenden Strategien« sowie die Unterstützung dabei, ein komplexes und positives Selbstkonzept zu entwickeln, als Strategien zur Förderung der individuellen Stigmabewältigung verstanden werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit machen deutlich, dass dabei insbesondere einer »ausschließlichen Konzeption« der Krankenrolle entgegengewirkt werden sollte.

9.3.7 Eine hoffnungsvolle Zukunftsperspektive fördern

In ihren Selbst- und Krankheitsdarstellungen setzen sich viele Patienten mit ihrer biografischen Entwicklung auseinander. In den rückwärtsgerichteten Auseinandersetzungsprozessen kommt dabei häufig die Überzeugung zum Ausdruck, versagt zu haben. Wichtig ist dabei zu berücksichtigen, dass diese Überlegungen der Patienten sich nicht allein auf die Erkrankung beziehen, sondern ebenso auf die mit ihren Lebensthemen einhergehenden Probleme und Konflikte, die sie als eng mit der Erkrankung verwoben erleben, und welche häufig mit Abbrüchen und gescheiterten Identitätsentwürfen einhergehen. Eng damit zusammenhängend sind zukunftsgerichtete Zweifel an den eigenen Fähigkeiten sowie die drohende Gefahr der zunehmenden Entmutigung und Resignation. Neben dem Ziel, das Vertrauen der Patienten in die eigenen Fähigkeiten zu stärken, sollte die Hoffnung und Zuversicht gestärkt werden, dass ein sinnerfülltes und zufriedenes Leben auch mit und trotz der Erkrankung möglich ist. Insbesondere im Recovery-Ansatz wird immer wieder betont, dass die Hoffnung darauf, dass Veränderung möglich ist, den Motor oder Antrieb dafür darstellt, diese Veränderung überhaupt anzugehen.

Auch hier handelt es sich um ein Spannungsverhältnis zwischen der Gefahr der Hoffnungslosigkeit und der Gefahr, zu große Hoffnungen zu machen und dabei die mögliche Schwere der Erkrankung zu unterschätzen. Dementsprechend muss immer wieder individuell und kontextspezifisch eine Balance gefun-

den werden, auf deren Basis Entscheidungen getroffen werden. AMERING & SCHMOLKE (2007) weisen darauf hin, dass diese Entscheidungen letztendlich nur jeder Mensch für sich treffen kann, es aber die Aufgabe der Forscherinnen und Ärzte ist, »das Wissen, das es gibt, so darzustellen, dass Menschen solche eigenständigen Entscheidungen treffen können« (S. 35).

Eine hoffnungsvolle Zukunftsperspektive zu entwickeln, bedeutet allerdings nicht nur zu realisieren, dass Aspekte des Selbst und eigene Fähigkeiten erhalten geblieben sind, sondern auch zu akzeptieren, dass bestimmte Aspekte des Selbst oder der Aktivität verloren oder nicht mehr möglich sind, und diese Aspekte loszulassen (vgl. CORBIN & STRAUSS 2004). Für viele der hier untersuchten Patienten stellt auch das »Loslassen« eine besondere Herausforderung dar. Wo dies nicht gelingt, kann die Person in einem ständigen Hadern mit ihren biografischen Entwicklungen oder einem ständigen Vergleich mit sich selbst vor der Erkrankung oder anderen Menschen gefangen bleiben, wodurch eine Orientierung von der Vergangenheit hin zu Gegenwart und Zukunft erschwert wird (vgl. KNUF 2005 a). Über vergangene Möglichkeiten oder aktuelle Einschränkungen zu trauern, macht einen wichtigen Bestandteil des Heilungsprozesses aus, der die Prozesse des Akzeptierens und Loslassens erleichtert (vgl. KNUF & BRIDLER 2008; WITTMANN & KESHAVAN 2007). Auch hier spielt Hoffnung eine zentrale Rolle, denn »ohne Hoffnung besteht kein Anreiz, loszulassen und zu einem gewissen Maß an Akzeptanz zu finden« (CORBIN & STRAUSS 2004, S. 96).

Insgesamt ist eine hoffnungsfördernde Grundhaltung zentral, um den vielfältigen mit der Erkrankung einhergehenden Entmutigungsprozessen entgegenzuwirken – bzw. diese nicht selbst anzustoßen. Das bedeutet nicht, dass die Erkrankung und ihre Auswirkungen bagatellisiert werden sollen. Vielmehr geht es darum, die Krankheit mit ihren starken Beeinträchtigungen und persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Konsequenzen ernst zu nehmen, aber dies nicht zur Grundlage für Hoffnungslosigkeit werden zu lassen, sondern die Kräfte zu fokussieren und zu fördern, die ermöglichen, mit diesen Beeinträchtigungen und Konsequenzen umzugehen.

9.3.8 Zu den Rahmenbedingungen

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass insbesondere die gängige Praxis, möglichst alle Patienten von Beginn an an psychoedukativen Interventionen teilnehmen zu lassen, modifiziert werden muss. Dies erfordert nicht nur eine Umorientierung in der Gestaltung der Sitzungen, sondern auch eine individuelle Analyse und Definition der Zielrichtung (vgl. 9.3.3), auf deren Basis auch die individuelle Indikation abgeschätzt werden kann.

Es ist vielfach betont worden, dass einige (psychoedukative) Themen, wie z. B. die Auseinandersetzung mit der Diagnose oder die Entwicklung eines individuellen Krankheitsverständnisses, insbesondere bei ersterkrankten Patienten dem Einzelsetting vorbehalten bleiben sollten (BÄUML et al. 2005, 2006; MCGORRY 1995). Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen noch einmal die Bedeutung dieser Forderung. Darüber hinaus machen sie deutlich, dass, wenn dieses Ideal aufgrund begrenzter personaler Ressourcen im klinischen Alltag nicht realisiert werden kann, eine psychoedukative Gruppenintervention keinen Ersatz bieten und für den Betroffenen auch mit zusätzlichen Belastungen verbunden sein kann.

Neben den schon beschriebenen Risiken muss auch bedacht werden, dass das Gruppensetting für einige Teilnehmer eine zusätzliche Belastung darstellen kann. Während viele Patienten hier berichten, dass sie in der Psychoedukationsgruppe die positive Erfahrung gemacht haben, »nicht allein zu sein« und zu sehen, »dass es auch andere gibt«, werden gleichzeitig auch gewisse Probleme des Gruppensettings deutlich. Beispielsweise wird die durch den Vergleich mit anderen hergestellte »Normalität der Erkrankung« (vgl. KILIAN et al. 2001) von einigen Patienten auch als unangenehm erlebt, weil sie das Gefühl der Zuweisung und Beschränkung auf die Krankheitskategorie verstärken kann (was Frau Toma als »Schubladenmentalität« bezeichnet). Darüber hinaus wird die Gruppe oft als etwas erlebt, bei dem nur eine oberflächliche Vermittlung von Informationen möglich ist und weniger auf die individuellen Bedürfnisse und Erfahrungen der einzelnen Teilnehmer eingegangen werden kann. Die Anwesenheit der anderen Patienten kann auch Gefühle von Scham und Peinlichkeit bezüglich der eigenen Krankheitserfahrungen verstärken und deren Kommunikation erschweren. Schließlich kann die Auseinandersetzung mit den Erfahrungen und Erlebnissen der anderen Patienten als beängstigend und emotionale Überforderung wahrgenommen werden. Die Umsetzung der in diesem Kapitel beschriebenen Implikationen kann zu einer stärkeren Ressourcen- und Bewältigungsorientierung in den Gruppensitzungen beitragen. So kann möglicherweise den beschriebenen Risiken psychoedukativer Interventionen entgegengewirkt werden und gleichzeitig das Potenzial des Gruppensettings im Hinblick auf Austausch und gegenseitige Unterstützung unter den Gruppenteilnehmern besser genutzt werden.

9.4 Ausblick

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit und den beschriebenen Beschränkungen ihres Geltungsbereichs lassen sich Fragestellungen für weitere Forschungsarbeiten ableiten. In der vorliegenden Arbeit konnten beispielsweise nur erste Hinweise

auf Einflussfaktoren auf den Prozess der biografischen Krankheitsverarbeitung abgeleitet werden. Interessant wäre daran anknüpfend eine genauere Untersuchung von Einflussfaktoren, die neben und in Wechselwirkung mit psychoedukativen Interventionen die biografische Krankheitsverarbeitung erleichtern oder erschweren können – indem sie etwa die Tendenz zu einem der Extreme fördern. Eine derartige Untersuchung könnte möglicherweise auch Hinweise darauf geben, welche Patientenmerkmale eher die Förderung der einen oder anderen Seite notwendig erscheinen lassen. In der quantitativen Studie zeigte sich, dass das Geschlecht der Patienten oder die genaue Diagnose – schizophrene oder schizoaffektive Erkrankung – im Zusammenhang mit bestimmten Aspekten des Krankheitsverständnisses von Bedeutung sein könnten. In der qualitativen Studie wurde darüber hinaus deutlich, dass Unterschiede bezüglich der Erkrankungsdauer und des -verlaufs unterschiedliche Implikationen für die Behandlung nach sich ziehen sollten.

Weiterhin müsste auch der Einbeziehung der Angehörigen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, deren Bedeutung in zahlreichen Studien bestätigt werden konnte (BERGER et al. 2004; LINCOLN et al. 2007; PITSCHEL-WALZ 1997; WIEDEMANN 2003). Es stellt sich die Frage, wie die Angehörigen gängige psychoedukative Interventionen erleben und welche Bedeutung psychoedukative Erklärungsangebote für die Angehörigen im Umgang mit den Betroffenen haben (und umgekehrt). Zeigen sich hier ähnliche Befunde? Und wie können diese jeweils in eine kombinierte Behandlungspraxis integriert werden?

Die vorliegende Arbeit kann nur ansatzweise das komplexe Zusammenspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren auf die biografische Krankheitsverarbeitung der Patienten vergegenwärtigen. Auch wenn eine gezielte Untersuchung psychoedukativer Interventionen Aufschluss über genaue Wirkmechanismen und potenzielle Risiken geben kann, erscheint es für eine grundlegende und andauernde Veränderung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen notwendig, einen größeren sozialen Rahmen zu berücksichtigen. Dazu gehören neben individuellen Patientenmerkmalen auch gesellschaftliche Aspekte. Ein intersektionaler Ansatz bzw. eine Mehrebenenanalyse ermöglicht es beispielsweise, neben der hier fokussierten individuellen Ebene auch die Ebenen der sozialen Strukturen und der symbolischen Repräsentationen stärker einzubeziehen (vgl. WINKLER & DEGELE 2009). Im Zusammenhang mit Stigmatisierungsprozessen muss beispielsweise berücksichtigt werden, dass, solange diese noch eine ideologische Funktion erfüllen und in den institutionellen Strukturen verankert sind, individuelle Veränderungen kaum lang anhaltenden Erfolg haben werden. Die Reflexion und Umorientierung psychoedukativer Praxis kann zwar einen Beitrag leisten, muss aber, um Menschen mit Psychoseerfahrung bei der Auseinandersetzung mit und Verarbeitung ihrer Krankheitserfahrungen effektiv zu unterstützen, in eine umfassendere Reflexion und Veränderung der therapeutischen Praxis eingebettet sein.

Des Weiteren stellt sich die Frage, inwieweit die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit auf andere (psychische) Erkrankungen übertragbar sind. Dabei gilt es zum einen zu untersuchen, welche der hier beschriebenen Herausforderungen der biografischen Krankheitsverarbeitung für die Auseinandersetzung mit einer schizophrenen (oder schizoaffektiven) Erkrankung spezifisch sind oder sich in ähnlicher Form auch bei anderen psychischen Erkrankungen zeigen. Zum anderen beinhaltet dies die Frage, inwieweit sich ähnliche Befunde bezüglich des Einflusses psychoedukativer Interventionen finden lassen – was sowohl eine Untersuchung der jeweils gängigen psychoedukativen Praxis als auch deren Auswirkung auf die biografische Krankheitsverarbeitung einschließen würde. Diese Untersuchungen könnten zum einen wertvolle Hinweise für die jeweilige Behandlungspraxis liefern und zum anderen einen Beitrag zur Diskussion um die Frage leisten, wieweit und in welchem Rahmen krankheitsspezifische oder diagnoseübergreifende Behandlungsangebote sinnvoll erscheinen.

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht erneut die Notwendigkeit und Fruchtbarkeit der Einbeziehung der subjektiven Perspektive der Betroffenen dafür, therapeutisches Handeln zu reflektieren und zu hinterfragen. Evidenzbasierung muss dementsprechend um Erfahrungsbasierung und Betroffenenorientierung ergänzt werden, um wirklich zu einer besseren Versorgung für die Betroffenen zu führen. Dies beinhaltet beispielsweise die Überprüfung der jeweiligen Zielkriterien und die Reflexion der Bedeutung und Zusammenhänge unterschiedlicher Zielkriterien (ROSE et al. 2006; SLADE & HAYWARD 2007). In der vorliegenden Untersuchung konnte eine dabei anzustrebende Einbeziehung der Betroffenen als Forschungs-*Subjekte* allerdings nur bedingt umgesetzt werden. Ziel weiterer Forschung müsste es dementsprechend sein, den Betroffenen eine aktive Rolle über den gesamten Forschungsprozess zuzusprechen, wie es beispielweise in der »betroffenenkontrollierten« Forschung realisiert wird (AMERING & SCHMOLKE 2007, S. 227). Auch die Einbeziehung von aktuell oder ehemals Betroffenen in die psychiatrische Behandlungspraxis im Rahmen von Peer-to-Peer-Ansätzen gewinnt zunehmende Beachtung (z. B. CHAMBERLIN 2004; UTSCHAKOWSKI et al. 2009). Derartige Konzepte können auch für die Gestaltung und Durchführung psychoedukativer Interventionen nützlich sein. Andere Betroffene, die als Vorbild und Modell fungieren, können auf besondere Weise Hoffnung vermitteln (vgl. KNUF 2008). Die vielfältigen, kreativen Strategien, die die hier interviewten Patienten einsetzen, um mit den verschiedenen Anforderungen der biografischen Krankheitsverarbeitung umzugehen, verdeutlichen zudem, dass von einem solchen Modell nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Behandelnden lernen und profitieren können.

Literaturverzeichnis

- ADDINGTON, D., ADDINGTON J. & MATICKA-TYNDALE, E. (1993) Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 163 (suppl. 22): 39–44.
- ADDINGTON, D., ADDINGTON J. & MATICKA-TYNDALE, E. (1994) Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 11: 239–244.
- ADDINGTON, D., ADDINGTON J., MATICKA-TYNDALE, E. & JOYCE, J. (1992) Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 6: 201–208.
- ADDINGTON, D., ADDINGTON, J. & SCHISSEL, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3: 247–251.
- ADDINGTON, D., BOUCHARD, R.-H., GOLDBERG, J., HONER, B., MALLA, A., NORMAN, R., TEMPIER, R. & BERZINS, S. (2005). Clinical practice guidelines: Treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (suppl. 1).
- AMADOR, X.F. & DAVID, A.S. (2004). *Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2nd ed.). Oxford: University Press.
- AMADOR, X.F. & KRONENGOLD, H. (2004). Understanding and assessing insight. In X.F. AMADOR & A.S. DAVID (Eds.), *Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2nd ed.; pp. 3–30). Oxford: University Press.
- AMADOR, X.F., FLAUM, M., ANDREASEN, N. C., STRAUSS, D. H., YALE, S. A., CLARK, S. C. & GORMAN, J.M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51: 826–836.
- AMADOR, X.F., STRAUSS, D.H., YALE, S.A. & GORMAN, J.M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17: 113–132.
- AMERING, M. & SCHMOLKE, M. (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- AMERING, M. (2008). Recovery – warum nicht? *Psychiatrische Praxis*, 35: e9–e11
- AMERING, M., KRAUSZ, M. & KATSCHNIG, H. (Hrsg.). (2008). *Hoffnung Macht Sinn. Schizophrene Psychosen in neuem Licht*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- AMERING, M., SIBITZ, I., GÖSSLER, R. & KATSCHNIG, H. (2002) *Wissen – genießen – besser leben. Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- ANDRES, K., PFAMMATTER, M., GARST, F., TESCHNER, C. & BRENNER, H.D. (2000). Effects of a coping-orientated group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: a pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 318–322.
- ANDRESEN, R., OADES, L. & CAPUTI, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37: 386–594.
- ANGERMEYER, M. C. (2004). Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. *Psychiatrische Praxis*, 31 (Suppl. 2): 246–250.
- ANGERMEYER, M. C. & MATSCHINGER, H. (2005). Labeling – stereotype – discrimination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40: 391–395.

- ANGERMEYER, M. C. (1991). »Zuviel Stress!« Vorstellungen von Patienten mit funktionellen Psychosen über die Ursachen ihrer Krankheit. In U. FLICK (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* (S. 116–126). Heidelberg: Asanger.
- ANGERMEYER, M. C., BECK, M., DIETRICH, S. & HOLZINGER, A. (2004). The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50 (2): 153–162.
- ANTONOVSKY, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2007). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (8., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitsgruppe Psychoedukation (2003). Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen. In J. BÄUML & G. PITSCHER-WALZ (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (S. 2-35). Stuttgart: Schattauer.
- ASCHER-SVANUM, H. (1989). A psychoeducational intervention for schizophrenic patients. *Patient Education and Counseling*, 14: 81–87.
- ATKINSON, J. M., COIA, D. A., GILMOUR, W. H. & HARPER, J. P. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 186: 199–204.
- BARHAM, P. & HAYWARD, R. (1997). »Ich will einfach, dass meine Krankheit vergessen wird«. Die Schwierigkeiten von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 86–101). Bonn: Ed. das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.
- BARKER, S., LAVENDER, T. & MORANT, N. (2001). Client and family narratives on schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 10 (2): 199–212.
- BARROWCLOUGH, C., TARRIER, N., HUMPHREYS, L., WARD, J., GREGG, L., & ANDREWS, B. (2003). Self-Esteem in Schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (1): 92–99.
- BÄUML, J. & PITSCHER-WALZ, G. (2005). Allgemeine Einführung zur Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. In J. BÄUML et al. (Hrsg.), *Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES)* (S. 7–16). Stuttgart: Schattauer.
- BÄUML, J. & PITSCHER-WALZ, G. (2003 b). Psychoedukative Informationsvermittlung: »Pflicht und Kür«. In J. BÄUML & G. PITSCHER-WALZ (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (S. 101–123). Stuttgart: Schattauer.
- BÄUML, J. & PITSCHER-WALZ, G. (2003 c). Zur Geschichte der Psychoedukation. In J. BÄUML & G. PITSCHER-WALZ (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (S. 39–44). Stuttgart: Schattauer.
- BÄUML, J. & PITSCHER-WALZ, G. (Hrsg.). (2003 a). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Schattauer: Stuttgart.
- BÄUML, J. (1994). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Berlin: Springer-Verlag.

- BÄUML, J. (2003). Vorwort. Zur Entstehung der Arbeitsgruppe Psychoedukation. In J. BÄUML & G. PITSCHEL-WALZ (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (S. VII–XII). Stuttgart: Schattauer.
- BÄUML, J., FROBÖSE, T., KRAEMER, S., RENTROP, M. & PITSCHL-WALZ, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (suppl. 1): 1–9.
- BÄUML, J., FROBÖSE, T., RENTROP, M., RUMMEL-KLUGE, C. & PITSCHEL-WALZ, G. (2008). Psychoedukation bei Schizophrenie – Teil 2. Ein hilfreiches Konzept. *NeuroTransmitter*, 9: 43–50.
- BÄUML, J., PITSCHEL-WALZ, G. & KISSLING, W. (1997). Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen: Spezifische Auswirkungen eines bifokalen Ansatzes auf Krankheitsbewältigung und Rezidivraten im 4-Jahreszeitraum. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. In V. DITTMAR, H. E. KLEIN, & D. SCHÖN (Hrsg.), *Die Behandlung schizophrener Menschen. Integrative Therapiemodelle und ihre Wirksamkeit* (S. 169–196). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- BÄUML, J., PITSCHEL-WALZ, G., BERGER, H., GUNIA, H., HEINZ, A. & JUCKEL, G. (2005). *Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES)*. Stuttgart: Schattauer.
- BECHDOLF, A., KLOSTERKÖTTER, J., HAMBRECHT, M., KNOST, B., KUNTERMANN, C., SCHILLER, S. & PUKROP, R. (2003). Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253: 228–235.
- BECK, A. T., RECTOR, N. A., STOLAR, N. & GRANT, P. (2009). *Schizophrenia. Cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford.
- BEHRENDT, B. (2001). »Meine persönlichen Warnsignale«. Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Rezidivprophylaxe bei schizophrener und schizoaffektiver Erkrankung. *Manual für Gruppenleiter*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- BEHRENDT, B. (2003). Bilder, Metaphern und Materialien bei der Vermittlung zentraler psychoedukativer Themen. In J. BÄUML & G. PITSCHEL-WALZ (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (S. 67–73). Stuttgart: Schattauer.
- BENNETT, L., THIRLAWAY, K. & MURRAY, A. J. (2008). The stigmatizing implications of presenting schizophrenia as a genetic disease. *Journal of Genetic Counseling*, 17: 550–559.
- BERGER, H., FRIEDRICH, J. & GUNIA, H. (2004). *Psychoedukative Familienintervention. Manual zu Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- BOCK, T. & NABER, D. (2003). Antistigmakampagnen von unten – an Schulen. Erfahrungen der Initiative »Irre menschlich Hamburg«. *Psychiatrische Praxis*, 30: 402–408.
- BOCK, T. (2005). *Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie* (4. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- BOCK, T. (2008). *Eigensinn und Psychose. Non-Compliance als Chance* (2. Aufl.). Neumünster: Paranus Verlag.
- BOCK, T., BRYNSKI, T., KLAPHECK, K., BENING, U., LENZ, A. & NABER, D. (2010). Zum subjektiven Sinn von Psychosen. Erstellung, Validierung und erste Anwendung eines Fragebogens – Das Hamburger SuSi-Projekt. *Psychiatrische Praxis*, 37 (6): 285–291.

- BOCK, T., DERANDER, J.E. & ESTERER, I. (1998). *Im Strom der Ideen: Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- BÖHM, A. (2005). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In U. FLICK, E. v. KARDORFF & I. STEINKE (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Aufl., S. 475–485). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- BRENNER, H.D. & PFAMMATTER, M. (2000). Psychological therapy in schizophrenia: What is the evidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (suppl. 407): 74–77.
- BRENNER, H.D. (2002). Vorwort. In V. RÖDER, P. ZORN, K. ANDRES, M. PFAMMATTER & H.D. BRENNER. *Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter*. Bern: Hans Huber.
- BREUER, F. (1996). Schritte des Arbeitsprozesses unter unserem Forschungsstil. In F. BREUER (Hrsg.), *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils* (S. 79–175). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BRYNSKI, T. (2007). *Erfassung der subjektiven Bedeutung von Psychosen: Erstellung, Überprüfung und erste Anwendung des Hamburger SuSi-Fragebogens*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- BUSCHMANN-STEINHAGE, R. (1987). »Wenn das Selbst zerbricht ...« *Selbstkonzept und Einstellung zur Erkrankung bei schizophrenen Patienten*. Europäische Hochschulschriften, Bd. 216. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- CAPLETON, R. A. (2001). Awareness of illness in psychotic disorders: A treatment intervention to increase illness awareness, improve quality of life, and prevent recidivism in psychiatric patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (2-B): 1069.
- CARON, J., LECOMTE, Y., STIP, E. & RENAUD, S. (2005). Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 41 (4): 399–417.
- CHADWICK, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley.
- CHAMBERLIN, J. (2004). User-run services. In J. READ, L.R. MOSHER & R.P. BENTALL (Eds.), *Models of Madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia* (pp. 283–290). Hove: Brunner-Routledge.
- CHARMAZ, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- COOKE, M. A., PETERS, E. R., GREENWOOD, K. E., FISHER, P. L., KUMARI, V. & KUIPERS, E. (2007). Insight in psychosis: influence of cognitive ability and self-esteem. *British Journal of Psychiatry*, 191: 234–237.
- COOKE, M. A., PETERS, E. R., KUIPERS, E. & KUMARI, V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112: 4–17.
- COOKE, M., PETERS, E., FANNON, D., ANILKUMAR, A.P.P., AASEN, I., KUIPERS, E. & KUMARI, V. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94: 12–22.
- CORBIN, J.M. & STRAUSS, A.L. (2004). *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit* (2. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- CORIN, E. (1997). Die Dichte des Seins. Intentionale Welten, Identitätsstrategien und die Erfahrung von Personen mit der Diagnose Schizophrenie. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 166–205). Bonn: Ed. das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.

- CRUMLISH, N., WHITTY, P., KAMALI, M., CLARKE, M., BROWNE, S., MCTIGUE, O., LANE, A., KINSELLA, A., LARKIN, C. & O'CALLAGHAN, E. (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112: 449–455.
- CUNNINGHAM OWENS, D. G., CARROLL, A., FATTAH, S., CLYDE, Z., COFFEY, I. & JOHNSTONE, E. C. (2001). A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103: 362–369.
- DAVID, A. S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 161: 599–602.
- DAVID, A. S. (2004). The clinical importance of insight: An overview. In X. F. AMADOR & A. S. DAVID (Eds.), *Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2nd ed., pp. 359–392). Oxford: University Press.
- DAVIDSON, L. (2003): *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- DAVISON, G. C. & NEALE, J. M. (1998). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Beltz PVU.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. (Hrsg.). (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). *Klinisch-diagnostische Leitlinien* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- DÖRNER, K. & PLOG, U. (1996). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- DUMAN, Z. C., YILDIRIM, N. K., UCOK, A., ER, F. & KANIK, T. (2010). The effectiveness of a psychoeducational group program with inpatients being treated for chronic mental illness. *Social Behavior and Personality*, 38 (5): 657–666.
- EHL, A., HERFURTH, L., LÖSER, T., MATHIS, A. & RETTNER, J. (1999). *Psychopharmaka zum Thema machen. Entwicklung und Evaluation eines Bildungsprogramms für Psychoseerfahrene zum selbstbestimmteren Umgang mit Medikamenten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freie Universität Berlin.
- ERIKSON, E. H. (1966). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- ERTUGRUL, A. & ULUĞ, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39: 73–77.
- ESTROFF, S. (1989). Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2): 189–196.
- ESTROFF, S. E., LACHLOTTE, W. S., ILLINGWORTH, L. C. & JOHNSTON, A. (1997). »Jeder ist ein bisschen psychisch krank« Die Krankheits- und Selbstdarstellungen von Menschen mit schweren, langwierigen psychischen Krankheiten. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 102–165). Bonn: Ed. das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.
- FARDELLA, J. A. (2008). The recovery model: Discourse ethics and the retrieval of the self. *Journal of Medical Humanities*, 29: 111–126.
- FENTON, W. S., BLYLER, C. R. & HEINSEN, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23 (4): 637–651.
- FERRING, D. (1997). Psychometrische Konzepte: Datengewinnung am und mit dem Individuum. In R. WEITKUNAT, HAISCH, J. & KESSLER, M. (Hrsg.), *Public health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik* (S. 94–106). Bern: Hans Huber.

- FIELD, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage.
- FILIPP, S.-H. & AYMANN, P. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. In R. SCHWARZER (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch* (2. Aufl.; S. 3–22). Göttingen: Hogrefe.
- FINZEN, A. (2001). *Psychose und Stigma: Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung* (2. korrigierte Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- FLICK, U. (1997 a). Entwürfe des Ver-rückten als subjektive und soziale Konstruktion. Theoretische und methodische Zugänge zu Alltagsvorstellungen. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 28–48). Bonn: Ed. das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.
- FLICK, U. (1997 b). Gesundheitsvorstellungen im Alltag: Forschungsansätze und ihre Bedeutung für Psychologie und Gesundheitswissenschaften. In R. WEITKUNAT, HAISCH, J. & KESSLER, M. (Hrsg.), *Public health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik* (S. 191–200). Bern: Hans Huber.
- FLICK, U. (2005). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. FLICK, E. v. KARDORFF & I. STEINKE (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Aufl., S. 309–318). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- FLICK, U. (Hrsg.). (1991). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.
- FLICK, U., v. KARDORFF, E. & STEINKE, I. (2005). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. FLICK, E. v. KARDORFF & I. STEINKE (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Aufl., S. 13–29). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- FRESE III, F. J. (2004). Inside »Insight« – a personal perspective on insight. In X. F. AMADOR & A. S. DAVID (Eds.), *Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2nd ed.; pp. 351–358). Oxford: University Press.
- FREUDENREICH, O., DECKERSBACH, T. & GOFF, D. C. (2004) Insight into current symptoms of schizophrenia: Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110: 14–20.
- FUNG, K. M. T. & TSANG, H. W. H. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32 (2): 95–104.
- GAEBEL, W. & FALKAI, P. (Hrsg.). (2006). *S3 – Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff.
- GAITE, L., VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., ARRIAGA ARRIZABALAGA, A., SCHENE, A. H., WELCHER, B., THORNICROFT, G., RUGGERI, M., VÁZQUEZ-BOURGON, E., RETUERTO, M. P., LEESE, M. & the EPSILON Study Group (2000). Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile-European Version. EPSILON Study 8. *British Journal of Psychiatry*, 177 (suppl. 39): 49–54.
- GAITE, L., VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., BORRA, C., BALLESTEROS, J., SCHENE, A. H., WELCHER, B., THORNICROFT, G., RUGGERI, M., HERRÁN, A. & the EPSILON Study Group (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105: 283–292.
- GEEKIE, J. (2004). Listening to the voices we hear. Clients' understandings of psychotic experiences. In J. READ, L. R. MOSHER & R. P. BENTALL (Eds.), *Models of Madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia* (pp. 147–160). Hove: Brunner-Routledge.

- GLASER, B. G. (2007). Remodeling grounded theory. In G. MEY & K. MRUCK (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 47–68). (Reihe: HSR Supplement 19). Köln: Zentrum für Historische Sozialforschung.
- GOFFMAN, E. (1967). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- GONZÁLEZ-TORRES, M. A., ORAA, R., ARÍSTEGUI, M., FERNÁNDEZ-RIVAS, A. & GUIMON, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42: 14–23.
- GREENFELD, D., STRAUSS, J. S., BOWERS, M. B. & MANDELKERN, M. (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2): 245–252.
- GUY, W. (1976). Clinical Global Impressions. In ECDEU *Assessment Manual for Psychopharmacology* (revised, pp. 217–221). Rockville, MD: National Institute for Mental Health.
- GUYER, M. E. (2002). Cognitive factors contributing to adaptive coping and quality of life in individuals with schizophrenia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (10-B): 4786.
- HASSON-OHAYON, I., KRAVETZ, S., ROE, D., DAVID, A. S. & WEISER, M. (2006). Insight into psychosis and quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47: 265–269.
- HEINZE, M., TAYLOR, R., PRIEBE, S. & THORNICROFT, G. (1997). The quality of life of patients with paranoid schizophrenia in London and Berlin. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32: 292–297.
- HEWITT, J. (2007). Critical evaluation of the use of research tools in evaluating quality of life for people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16: 2–14.
- HILGER, E. & KASPER, S. (2002). Kognitive Symptomatik bei schizophrener Erkrankung: Diagnostik und Pharmakotherapie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 3 (4): 17–22.
- HOFER, E., WANCATA, J. & AMERING, M. (2001). »Ich bin ein unverstandenes Wesen auf Erden«. Krankheitskonzepte von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie vor und nach Psychoedukation. *Psychiatrische Praxis*, 28: 287–291.
- HOLZINGER, A., KILIAN, R., LINDENBACH, I., PETSCHLEIT, A. & ANGERMEYER, M. C. (2003). Patients' and their relatives' causal explanations of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38: 155–162.
- HOLZINGER, A., LÖFFLER, W., MÜLLER, P., PRIEBE, S. & ANGERMEYER, M. C. (2002). Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (9): 597–603.
- HOLZINGER, A., MÜLLER, P., PRIEBE, S. & ANGERMEYER, M. C. (2001). Die Ursachen der Schizophrenie aus der Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 28: 174–179.
- HORNUNG, W. P. (1999). Psychoedukative Interventionen. In KRAUSZ, M. & NABER, D. (Hrsg.), *Integrative Schizophrenie* (S. 113–147). Basel: Karger.
- HORNUNG, W. P. (2003). Kooperative Pharmakotherapie und Mitbestimmungsaspekte im Rahmen psychoedukativer Interventionen. In J. BÄUML & G. PITSCHEL-WALZ (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (S. 45–66). Stuttgart: Schattauer.

- HORNUNG, W.P., KIESERG, A., FELDMANN, R. & BUCHKREMER, G. (1996). Psycho-educational training for schizophrenic patients: background, procedure and empirical findings. *Patient Education and Counseling*, 29: 257–268.
- HORNUNG, W.P., FRANZEN, U., LEMKE, R., WIESEMANN, C. & BUCHKREMER, G. (1993). Kann Psychoedukation bei chronisch schizophrenen Patienten kurzfristig medikationsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen beeinflussen? *Psychiatrische Praxis*, 20: 152–154.
- HORNUNG, W.P., SCHONAUER, K., FELDMANN, R. & SCHULZE MÖNKING, H. (1998). Medikationsbezogene Einstellungen chronisch schizophrener Patienten. Eine Follow-up-Untersuchung 24 Monate nach psychoedukativer Intervention. *Psychiatrische Praxis*, 25: 25–28.
- HORVATH, C. (2007). Ohne Recovery kein Empowerment. In M. AMERING & M. SCHMOLKE. *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* (2. Aufl.; S. 194–197). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- HORWITZ, A.V. (2003). *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- JENKINS, J.H. & CARPENTER-SONG, E. (2009). Awareness of stigma among persons with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197 (7): 520–529.
- JODELET, D. (1997). Soziale Repräsentation psychischer Krankheit in einem ländlichen Milieu in Frankreich. Entstehung, Struktur, Funktionen. In M.C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 262–298). Bonn: Ed. das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.
- KAMALI, M., KELLY, B.D., CLARKE, M., BROWNE, S., GERVIN, M., KINSELLA, A., LANE, A., LARKIN, C. & O'CALLAGHAN, E. (2006). A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. *European Psychiatry*, 21: 29–33.
- KAROW, A. PAJONK, F.-G., REIMER, J., HIRDES, F., OSTERWALD, C., NABER, D. & MORITZ, S. (2008). The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expert-rated insight and quality of life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258: 152–159.
- KAY, S.R., FISZBEIN, A. & OPLER, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13 (2): 261–276.
- KAY, S.R., OPLER, L.A. & FISZBEIN, A. (1992). *SCI-PANSS*. (dt. Übersetzung von GERHOLD, M., HUSS, M. & LUECKE, M.) Multi-Health Systems: North Tonawanda, NY.
- KELLE, U. (1999). Integration qualitativer und quantitativer Methoden. Beitrag für die »CAQD 199 – Computergestützte Analyse qualitativer Daten«, Marburg. Verfügbar unter: <http://www.maxqda.de/download/VTKelle.pdf>. [07.01.2008].
- KELLE, U. (2001). Sociological explanations between micro and macro and the integration of qualitative and quantitative methods. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2 (1).
- KEMP, R., HAYWARD, P., APPLEWHAITE, G., EVERITT, B. & DAVID, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312: 345–349.
- KEUPP, H., AHBE, T., GMÜR, W., HÖFER, R., MITZSCHERLICH, B., KRAUS, W. & STRAUS, F. (2008). Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne (4. Aufl.). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

- KIESERG, A. & HORNING, W.P. (1996). *Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS)* (2. Aufl.). Tübingen: dgvt-Verlag.
- KILIAN, R., LINDENBACH, I., LÖBIG, U., UHLE, M., PETSCHLEIT, A. & ANGERMEYER, M. C. (2003). Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: A qualitative and quantitative analysis. *Social Science & Medicine*, 57: 1127–1142.
- KILIAN, R., HOLZINGER, A. & ANGERMEYER, M. C. (2001). »Das ist zwar ein bisschen anstrengender manchmal, aber auch interessanter«. Psychiaterinnen und Psychiater beurteilen die Wirkung von Psychoedukation auf die ambulante Schizophreniebehandlung. *Psychiatrische Praxis*, 28: 209–213.
- KILIAN, R., LINDENBACH, I. & ANGERMEYER, M. C. (2001). »(...) manchmal zweifle ich an mir, wenn es mir nicht gut geht«. Die Wirkung eines ambulanten psychoedukativen Gruppenprogramms aus der subjektiven Perspektive von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis*, 28: 168–173.
- KILIAN, R., ROICK, C., BERNERT, S., MORY, C., MATSCHINGER, H., BECKER, T. & ANGERMEYER, M. C. (2001). Die europäische Standardisierung und die deutschsprachige Adaptation von Instrumenten zur Erfassung der Ergebnisse und der Kosten von Versorgungsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. *Gesundheitswesen*, 63 (S1): 27–31.
- KIM, C., JAYATHILAKE, K. & MELTZER, H. Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behaviour. *Schizophrenia Research*, 60: 71–80.
- KINGDON, D. G. & TURKINGTON, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove: Guilford.
- KISSLING, W., RUMMEL-KLUGE, C. & PITSCHEL-WALZ, G. (2003). *Psychoedukation für Patienten mit schizophrenen Psychosen und deren Angehörige (Alliance-Programm)*.
- KLAPHECK, K. (2009). *Der subjektive Sinn von Psychosen im Zusammenhang mit Krankheitskonzepten und Krankheitsverarbeitung. Validierung des Hamburger SuSi-Fragebogens*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- KLEIM, B., VAUTH, R., ADAM, G., STIEGLITZ, R.-D., HAYWARD, P. & CORRIGAN, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 17 (5): 482–491.
- KLEINING, G. (2003). Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34, 224–253 (durchgesehene Version). Verfügbar unter: <http://www.heureka-hamburg.de/UmrissaufsatzKleining.PDF>. [28.7.2008].
- KLIMITZ, H. (1997). Psychoedukative Familienarbeit bei Schizophrenen – ein populäres Konzept? Eine kritische Würdigung unterschiedlicher Modelle. *Psychiatrische Praxis*, 24: 110–116.
- KLIMITZ, H. (2006). Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder »Unterwanderung«? *Psychiatrische Praxis*, 33: 372–379.
- KLINGBERG, S. (2010). Kognitive Verhaltenstherapie zur Reduktion von Positiv- und Negativsymptomatik. Beitrag präsentiert beim 8. Internationalen Schizophreniesymposium, Bern.
- KLINGBERG, S. (2011). Integrierte Versorgung – Chance für eine verbesserte psychosoziale Therapie? Beitrag präsentiert bei der 13. Tagung »Die subjektive Seite der Schizophrenie«, Hamburg.

- KLINGBERG, S., WITTDORF, A., SICKINGER, S. & JAKOBI, U. (2009). *Kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Patienten mit persistierenden psychotischen Symptomen. Behandlungsmanual zur Durchführung der POSITIVE-Studie*. Verfügbar unter: http://www.psychose-ychotherapieforschung.de/ppp/files/POSITIVE_KVT_Manual_V3.pdf. [20.01.2011].
- KNIGHT, M. T. D., WYKES, T. & HAYWARD, P. (2003). ›People don't understand‹: An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Journal of Mental Health*, 12 (3): 209–222.
- KNUF, A. & BRIDLER, S. (2008). Recovery konkret. *Psychosoziale Umschau*, 4: 26–29.
- KNUF, A. (2004). Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. *Soziale Psychiatrie*, 1. Verfügbar unter: <http://www.beratung-und-fortbildung.de/Recovery.pdf>. [25.5.2009].
- KNUF, A. (2005 a). Das Stigma auf der Innenseite der Stirn. *Soziale Psychiatrie*, 4: 41–44.
- KNUF, A. (2005 b). Empowerment-Förderung: Zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit. *Kerbe*, 2: 4–7.
- KNUF, A. (2008). Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus. *Kerbe*, 1: 8–11.
- KOKAI, J. (2006). Psychoedukation bei Psychosen als interaktiver, psychotherapeutischer Prozess. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 2: 49–52.
- KOMMER, K. (2005). *Krankheits- und Behandlungsverlauf schizophrener Patienten unter Berücksichtigung der subjektiven Sichtweise. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsstudie über 4 Jahre*. Dissertation, Eberhardt-Karls-Universität Tübingen.
- KONNOPKA, A., KLINGBERG, S., WITTORF, A. & KÖNIG, H. H. (2009). Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: Ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 36: 211–218.
- KÖRTNER, K. & SCHMIDT, F. (2008). Psychoedukation am Beispiel der Schizophrenie. In P. NEU (Hrsg.), *Akutpsychiatrie. Das Notfall-Manual*. Stuttgart: Schattauer.
- KRAPPMANN, L. (1982). *Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- KRAUS, W. (2000). Identität als Narration. Die narrative Konstruktion von Identitätsprojekten. *Berichte aus dem Colloquium Psychologie und Postmoderne* Nr. 3. Verfügbar unter: <http://web.fu-berlin.de/postmoderne-psych/berichte3/kraus.htm>. [12.04.2009].
- KRAUS, W. (2003). *Vom Identitätspanzer zur Patchwork-Identität*. Vortrag bei den TOPS-Tagen. Verfügbar unter: <http://www.ipp-muenchen.de/texte/tops.pdf>. [12.04.2009].
- LACRO, J. P., DUNN, L. B., DOLDER, C. R., LECKBAND, S. G. & JESTE, S. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (10): 892–909.
- LALLY, S. J. (1989). ›Does being in here mean there is something wrong with me?‹ *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2): 253–265.
- LARSEN, J. A. (2004). Finding Meaning in First Episode Psychosis: Experience, Agency, and the Cultural Repertoire. *Medical Anthropology Quarterly*, 18 (4): 447–471.
- LEFERINK, K. (1997). Die Person und ihre Krankheit. Mangelnde Einsicht als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 206–261). Bonn: Ed. das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.

- LEUCHT, S. & HERES, S. (2006). Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (Suppl. 5): 3–8.
- LIBERMAN, R. P. (1986). *Social and independent living skills. The Symptom Management Module. Trainer's manual and patient's handbook*. Los Angeles: Psychiatric Rehabilitation Consultants.
- LIEBERMAN, P. B. (1989). »Objective« methods and »subjective« experiences. *Schizophrenia Bulletin*, 15: 267–275.
- LINCOLN, T. M. (2006). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Ein individuenzentrierter Ansatz zur Veränderung von Wahn, Halluzinationen und Negativsymptomatik*. Göttingen: Hogrefe.
- LINCOLN, T. M., ARENS, E., BERGER, C. & RIEF, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs. psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (5): 984–994.
- LINCOLN, T. M., LÜLLMANN, E. & RIEF, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (6): 1324–1342.
- LINCOLN, T. M., WILHELM, K. & NESTORIUC, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96: 232–245.
- LINDEN, M. & GODEMANN, F. (2007). The differentiation between »lack of insight« and »dysfunctional health beliefs« in schizophrenia. *Psychopathology*, 40: 236–241.
- LINDEN, M. & SEIDEL, K. (1998). Krankheitseinsicht und Krankheitskonzepte von Patienten in der Behandlung schizophrener Psychosen. In H.-J. MÖLLER & N. MÜLLER (Hrsg.), *Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie* (S. 299–306). Wien: Springer.
- LINDEN, M., NATHER, J. & WILMS, H. U. (1988). Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 56: 35–43.
- LINK, B. G. & PHELAN, J. C. (1999). The Labelling Theory of Mental Disorder (II): The Consequences of Labeling. In A. V. HORWITZ & T. L. SCHEID (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 361–376). Cambridge: Cambridge University Press.
- LINK, B. G. & PHELAN, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363–385.
- LINK, B. G., MIROZNIK, J. & CULLEN, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior*, 32 (3): 302–320.
- LINK, B. G., STRUENING, E. L., RAHAV, M., PHELAN, J. C. & NUTTBROCK, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnosis of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 177–190.
- LIVINGSTON, J. D. & BOYD, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71: 2150–2161.

- LÖFFLER, W., KILIAN, R., TOUMI, M. & ANGERMEYER, M. C. (2003). Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and non-compliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, 36: 105–112.
- LOVELL, A. (1997). Die Stadt ist meine Mutter: Erzählungen von Schizophrenie und Obdachlosigkeit. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 49–85). Bonn: Ed. das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.
- LUCIUS-HOENE, G. & DEPPERMAN, A. (2004a). Narrative Identität und Positionierung. *Gesprächsforschung*, 5: 166–183.
- LUCIUS-HOENE, G. & DEPPERMAN, A. (2004b). *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS-Verlag.
- LUCIUS-HOENE, G. (2000). Konstruktion und Rekonstruktion narrativer Identität. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1 (2). Verfügbar unter: <http://qualitative-research.net/fqs/fqsd/2-00inhalt-d.htm>. [15.2.2009].
- LÜTJEN, R. (2007). *Psychosen verstehen. Modelle der Subjektorientierung und ihre Bedeutung für die Praxis*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- LYSAKER, P. H., ROE, D. & YANOS, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1): 192–199.
- MANCINI, M. (2007). The role of self-efficacy in recovery from severe psychiatric disabilities: A qualitative study with fifteen psychiatric survivors. *Qualitative Social Work*, 6 (1): 49–74.
- MARKARD, M. (2000). Kritische Psychologie: Methodik vom Standpunkt des Subjekts. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1 (2): Art. 19. <http://nbn-resolving.de>. [12.04.2009].
- MARSCHESKI, M.-A. (2007). *Narrative Identitätskonstruktionen und subjektives Krankheitserleben in den Tagebuchaufzeichnungen erkrankter Menschen. Eine textrekonstruktive Analyse von Krankheitstagebüchern*. Dissertation. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. Verfügbar unter: <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/3139/pdf/Abschlussfassung.pdf>. [27.01.2008].
- MARTENS, W. H. J. (2009). The role of self-complexity in reducing harmful insight among persons with schizophrenia. Theoretical and therapeutic implications. *American Journal of Psychotherapy*, 63 (1): 53–68.
- MAYRING, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2 (1).
- MCCABE, R., QUAYLE, E., BEIRNE, A. & DUANE, M. (2000). Is there a role for compliance in the assessment of insight in chronic schizophrenia? *Psychology, Health & Medicine*, 5 (2): 173–178.
- MCCAY, E. & BEANLANDS, H. (2006). A group intervention to promote healthy self-concepts and guide recovery in first episode schizophrenia: a pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30 (2): 105–111.
- MCCAY, E. A. & SEEMAN, M. V. (1998). A Scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (1): 41–49.
- McEVOY, J. P. (2004). The relationship between insight into psychosis and compliance with medications. In X. F. AMADOR & A. S. DAVID (Eds.), *Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2nd ed., pp. 311–334). Oxford: University Press.

- MCGLASHAN, T. H., LEVY, S. T., CARPENTER, W. T. Jr. (1975). Integration and sealing over: Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32: 1269–1272.
- MCGLASHAN, T. H. (1987). Recovery style from mental illness and long-term outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (11): 681–685.
- MCGORRY, P. D. (1995). Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process. *Psychiatry*, 58: 313–128.
- MEAD, G. H. (1968). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- MECHANIC, D., MCALPINE, D., ROSENFELD, S. & DAVIS, D. (1994). Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Social Science and Medicine*, 39 (2): 155–164.
- MEIJER, C. J., SCHENE, A. H. & KOETER, M. W. J. (2002). Quality of life in schizophrenia measured by the MOS SF-36 and the Lancashire Quality of Life Profile: A comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105: 293–300.
- MERINDER, L. B. (2000). Patient education in schizophrenia: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 98–106.
- MERINDER, L.-B., VIUFF, A. G., LAUGESSEN, H. D., CLEMMENSEN, K., MISFELT, S. & ESPENSEN, B. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34: 287–294.
- MERKENS, H. (2005). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. FLICK, E. v. KARDORFF & I. STEINKE (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Aufl., S. 286–299). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- MESSER, T. & SCHMAUß, M. (2009). Therapieresistenz in der Behandlung der Schizophrenie. In M. SCHMAUß & T. MESSER (Hrsg.), *Therapieresistenz bei psychischen Erkrankungen* (S. 59–86). München: Elsevier.
- MEY, G. & MRUCK, K. (2007a). Grounded Theory Methodologie – Bemerkungen zu einem prominenten Forschungsstil. In G. MEY & K. MRUCK (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 11–39). (Reihe: HSR Supplement 19). Köln: Zentrum für Historische Sozialforschung.
- MEY, G. & MRUCK, K. (Hrsg.) (2007b). *Grounded Theory Reader*. (Reihe: HSR Supplement 19). Köln: Zentrum für Historische Sozialforschung.
- MEY, G. (1999). *Adoleszenz, Identität, Erzählung. Theoretische, methodologische und empirische Erkundungen*. Berlin: Köster.
- MINTZ, A. R., DOBSON, K. S. & ROMNEY, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61: 75–88.
- MORITZ, S., VITZTHUM, F., RANDJBAR, S., VECKENSTEDT, R., WOODWARD, T. S. & Metacognition Study Group (2010). *Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT)* (4. Aufl.). Hamburg: VanHam Campus Verlag.
- MRUCK, K. & BREUER, F. (2003). Subjektivität und Selbstreflexivität im qualitativen Forschungsprozess – Die FQS-Schwerpunktausgaben. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 4 (2): Art. 23. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/696/1502>. [23.11.2008].
- MRUCK, K. & MEY, G. (1996). Qualitative Forschung und das Fortleben des Phantoms der Störungsfreiheit. *Journal für Psychologie*, 4 (3): 3–21.
- MUCKEL, P. (1996). Selbstreflexivität und Subjektivität im Forschungsprozess. In F. BREUER (Hrsg.), *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils* (S. 61–78). Opladen: Westdeutscher Verlag.

- MUCKEL, P. (2007). Die Entwicklung von Kategorien mit der Methode der Grounded Theory. In G. MEY & K. MRUCK (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 211–231). (Reihe: HSR Supplement 19). Köln: Zentrum für Historische Sozialforschung.
- MÜLLER, M. J., ROSSBACH, W., DAVIDS, E., WETZEL, H. & BENKERT, O. (2007). Evaluation eines standardisierten Trainings für die »Positive and Negative Syndrome Scale« (PANSS). *Nervenarzt*, 71 (3): 195–204.
- MÜLLER, P. (1999). *Therapie der Schizophrenie. Integrative Behandlung in Klinik, Praxis und Rehabilitation*. Thieme, Stuttgart, NY.
- MUESER, K. T., CORRIGAN, P. W., HILTON, D. W., TANZMAN, B., SCHAUB, A., GINGERICH, S., COPELAND, M. E., ESSOCK, S. M., TARRIER, N., MOREY, B., VOGEL-SCI-BILIA, S. & HERZ, M. I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53: 1272–1284.
- MULDOON, M. F., BARGER, S. D., FLORY, J. D. & MANUCK, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring? *British Medical Journal*, 316: 542–545.
- MUTSATSU, S. H., JOYCE, E. M., HUTTON, S. B., WEBB, E., GIBBINS, H., PAUL, S. & BARNES, T. R. E. (2003). Clinical correlates of early medication adherence: West London first episode schizophrenia study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108: 439–446.
- NUECHTERLEIN, K. H., DAWSON, M. E., VENTURA, J., GITLIN, M., SUBOTNIK, K. L., SNYDER, K. S., MINTZ, J. & BARTZOKIS, G. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapses: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl 382): 58–64.
- NUECHTERLEIN, K. H. & DAWSON, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 2: 300–312.
- OLBRICH, H. M., FRITZE, J., LANCIK, M. H. & VAUTH, R. (2000). Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 405–481). München: Urban und Fischer.
- PEKKALA, E. & MERINDER, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- PERKINS, D. O. (2002). Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63: 1121–1128
- PERKINS, D. O., JOHNSON, J. L., HAMER, R. M., ZIPURSKY, R. B., KEEFE, R. S., CENTORRHINO, F., GREEN, A. I., GLICK, I. B., KAHN, R. S., SHARMA, T., TOHEN, M., McEVOY, J. P., WEIDEN, P., LIEBERMAN, J. A. & HGDH Research Group (2006). Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *Schizophrenia Research*, 83: 53–63.
- PETERMANN, F. (1997). Patientenschulung und Patientenberatung – Ziele, Grundlagen, Perspektiven. In F. PETERMANN (Hrsg.), *Patientenschulung und Patientenberatung* (S. 3–23). Göttingen: Hogrefe.
- PFAMMATTER, M., JUNGHAN, U. M. & BRENNER, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (Suppl. 1): 64–80.
- PHELAN, J. C. & LINK, B. G. (1999). The Labelling Theory of Mental Disorder (I): The role of contingencies in the application of psychiatric labels. In A. V. HORWITZ & T. L. SCHEID (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 139–150). Cambridge: Cambridge University Press.
- PITSCHEL-WALZ, G. (1997). *Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung schizophrener Patienten und ihr Einfluss auf den Krankheitsverlauf*. Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Bd. 581. Frankfurt am Main: Lang.

- PITSCHEL-WALZ, G., BÄUML, J., BENDER, W., ENGEL, R.R., WAGNER, M. & KISSLING, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67: 443–452.
- POMPILI, M., RUPERTO, A., KOTZALIDIS, G.D., GIRARDI, P. & TATARELLI, R. (2004). Suicide and awareness of illness in schizophrenia: An overview. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68 (4): 297–318.
- PRINZ-KALTENBORN, R. (2003). *Subjektive Krankheitstheorien und Compliance in der Arzt-Patient-Beziehung. Eine Verlaufsstudie bei schizophren Erkrankten*. Dissertation, Universität Zürich. Verfügbar unter: <http://www.dissertationen.unizh.ch/2004/prinz/PrinzDIS.pdf> [07.04.2006].
- PUSCHNER, B., BORN, A., GIEßLER, A., HELM, H., BECKER, T. & ANGERMEYER, M.C. (2005). Compliance-Interventionen in der medikamentösen Behandlung Schizophrenieerkrankter. Befunde aktueller Übersichtsarbeiten. *Psychiatrische Praxis*, 32: 62–67.
- PUSCHNER, B., VAUTH, R., JACOBI, F. & BECKER, T. (2006). Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Deutschland. Wie evidenzbasiert ist die Praxis? *Nervenarzt*, 77: 1301–1309.
- RABOVSKY, K. & STOPPE, G. (2006). Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Eine kritische Übersicht. *Nervenarzt*, 77: 538–548.
- RALPH, R.O., RISMAN, J. & KIDDER, K. (1999). Recovery advisory group recovery model, a work in progress. Verfügbar unter: <http://www.mhsip.org/recovery/> [15.3.2010].
- READ, J. & HASLAM, N. (2004). Public opinion. Bad things happen and can drive you crazy. In J. READ, L.R. MOSHER & R.P. BENTALL (Eds.), *Models of Madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia* (pp. 133–145). Hove: Brunner-Routledge.
- READ, J., HASLAM, N., SAYCE, L. & DAVIES, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the ‘mental illness is an illness like any other’ approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114: 303–318.
- READ, J., MOSHER, L.R. & BENTALL, R.P. (Eds.) (2004). *Models of Madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. Hove: Brunner-Routledge.
- REMINGTON, G., FOUSSIAS, G. & AGID, O. (2010). Progress in defining optimal treatment outcome in schizophrenia. *CNS Drugs*, 24 (1): 9–20.
- RICKELMAN, B.L. (2004). Anosognosia in individuals with schizophrenia: Toward recovery from insight. *Issues in Mental Health Nursing*, 25: 227–242.
- RITSHER, J.B., OTILINGAM, P.G., & GRAJALES, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121 (1): 31–49.
- RITSNER, M., BEN-AVI, I., PONIZOVSKY, A., TIMINSKY, I., BISTROV, E. & MODAI, I. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of Life Research*, 12: 1–9.
- RITSNER, M., GIBEL, A., RATNER, Y. (2006). Determinants of changes in perceived quality of life in the course of schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15: 515–526.
- RITSNER, M., MODAI, I., ENDICOTT, J., RIVKIN, O., NECHAMKIN, Y., BARAK, P., GOLDIN, V. & PONIZOVSKY, A. (2000). Differences in quality of life domains and

- psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61: 880–889.
- RODER, V., BRENNER, H.D. & KIENZLE, N. (2008). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten IPT* (6. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- RODER, V., ZORN, P., ANDRES, K., PFAMMATTER, M. & BRENNER, H. D. (2002). *Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter*. Bern: Hans Huber.
- ROE, D. & DAVIDSON, L. (2010). Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. *Journal of Medical Ethics, Medical Humanities*, 31: 89–94.
- ROE, D. & KRAVETZ, S. (2003) Different ways of being aware of a psychiatric disability: A multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (7): 417–424.
- ROE, D., HASSON-OHAYON, I., DERHI, O., YANOS, P. T. & LYSAKER, P. H. (2010). Talking about life and finding solutions to different hardships: A qualitative study on the impact of narrative enhancement and cognitive therapy on persons with serious mental illness. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 198 (11): 807–812.
- ROESLER, C. (2001). *Individuelle Identitätskonstitution und kollektive Sinnstiftungsmuster. Narrative Identitätskonstruktionen in den Lebensgeschichten chronisch Kranker und Behinderter und die Bedeutung kultureller Sinngewinnungsangebote*. Dissertation. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. Verfügbar unter: <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/527/>. [28.10.2009].
- ROSE, D., THORNICROFT, G. & SLADE, M. (2006). Who decides what evidence is best? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (Suppl. 429): 109–114.
- RUMMEL-KLUGE, C., PITSCHEL-WALZ, G., BÄUML, J. & KISSLING, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia – Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4): 765–775.
- RUSCH, N. & CORRIGAN, P. W. (2002). Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (1): 23–32.
- SALIZE, H. J. (2004). Versorgungskosten von Patienten mit Schizophrenie in Deutschland im Langzeitverlauf. In H. VOGEL & J. WASEM (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung* (S. 174–182). Stuttgart: Schattauer.
- SARTORY, G., THOM, A., GRIESE, J., YOUNG, D., BUTORAC, M., POKRAJA-BULIAN, A. & SENDULA, M. (2001). Lack of insight and concomitant neuropsychological deficits in schizophrenia. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 12 (1): 54–60.
- SAß, H., WITTCHEM, H.-U., ZAUDIG, M. & HOUBEN, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- SASS, L. A. (2007). Schizophrenic person or person with schizophrenia? An essay on illness and the self. *Theory & Psychology*, 17: 395–420.
- SAYRE, J. (2000). The Patient's Diagnosis: Explanatory Models of Mental Illness. *Qualitative Health Research*, 10: 71–83.
- SCHAUB, A. (2003). Coping-Forschung und bewältigungsorientierte Therapien bei schizophrenen Störungen. In J. BÄUML & G. PITSCHEL-WALZ (Hrsg.), *Psychoeduka-*

- tion bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen (S. 173–191). Stuttgart: Schattauer.
- SCHAUB, A., ANDRES, K., BRENNER, H.D. & DONZEL, G. (1996). Entwicklung einer bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophrene Patienten. In W. BÖKER & H.D. BRENNER (Hrsg.), *Integrative Therapie der Schizophrenie. Internationale Schizophrenie Symposien Bern* (S. 330–352). Bern: Hans Huber.
- SCHMIDT, B. (2009). Den Anti-Bias-Ansatz zur Diskussion stellen. Beitrag zur Klärung theoretischer Grundlagen in der Anti-Bias-Arbeit. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- SCHMOLKE, M. (2003). Das Gesunde im Patienten entdecken. Eine salutogenetisch orientierte Untersuchung mit schizophrenen Patienten. *Verhaltenstherapie*, 13: 102–109.
- SCHÖNELL, H. (2003). Psychoedukation bei stationären Akutpatienten. In J. BÄUML & G. PITSCHEL-WALZ (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (S. 67–73). Stuttgart: Schattauer.
- SCHÜTZ, A. & SELLIN, I. (2006). *MSWS Multidimensionale Selbstwertskala. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- SCHULZ VON THUN, F. (2008). *Miteinander reden: 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation* (Sonderausg.). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- SCHWARTZ, R. & SMITH, S.D. (2004). Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *Journal of Psychiatric Research*, 38: 185–191.
- SCHWARTZ, R. C. (1998). The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 69 (1): 1–22.
- SEEMAN, M. V. (2009). Employment discrimination against schizophrenia. *Psychiatry Quarterly*, 80: 9–16.
- SELLS, D. J., STAYNER, D. A. & DAVIDSON, L. (2004). Recovering the self in schizophrenia: An integrative review of qualitative studies. *Psychiatric Quarterly*, (75): 87–97.
- SHAD, M. U., TAMMINGA, C. A., CULLUM, M., HAAS, G. L. & KESHAVAN, M. S. (2006). Insight and frontal cortical function in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Research*, 86: 54–70.
- SHADISH, W. R., COOK, T. D. & CAMPBELL, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- SHEAN, G. D. (2004). *What is schizophrenia and how can we fix it?* Lanham, MD: University Press of America.
- SHEAN, G. D. (2009). Evidence-based psychosocial practices and recovery from schizophrenia. *Psychiatry*, 72 (4): 307–320.
- SIBITZ, I., AMERING, M., GÖSSLER, R., UNGER, A. & KATSCHNIG, H. (2007 a). Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia. A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42: 909–915.
- SIBITZ, I., AMERING, M., GÖSSLER, R., UNGER, A. & KATSCHNIG, H. (2007 b). One-year outcome of low-intensity booster sessions versus care as usual in psychosis patients after a short-term psychoeducational intervention. *European Psychiatry*, 22: 203–210.

- SIBITZ, I., GÖSSLER, R., KATSCHNIG, H. & AMERING, M. (2006). »Wissen – genießen – besser leben« – Ein Seminar für Psychoseerfahrene zur Verbesserung der Lebensqualität und Verringerung der Verletzlichkeit. Erste Erfahrungen und Ergebnisse. *Psychiatrische Praxis*, 33: e13–e20.
- SIBITZ, I., KATSCHNIG, H., GÖSSLER, R., UNGER, A. & AMERING, M. (2005). Pharmacophilia and pharmacophobia: Determinants of patients' attitudes towards antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry*, 38 (3): 107–112.
- SLADE, M. & HAYWARD, M. (2007). Recovery, psychosis and psychiatry: Research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116: 81–83.
- SMITH, J. & BIRCHWOOD, M. (1992). Informing people with schizophrenia about their illness: The effect of residual symptoms. *Journal of Mental Health*, 1 (1), 61–71.
- SMITH, T. E., HULL, J. W. & SANTOS, L. (1998). The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophrenia Research*, 33: 63–67.
- SMITH, T. E., HULL, J. W., ISRAEL, L. M. & WILLSON, D. F. (2000). Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1): 193–200.
- SPANIOL, L., WEWIORSKI, N. J., GAGNE, C. & ANTHONY, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14: 327–336.
- STARING, A. B., VAN DER GAAG, M., VAN DEN BERGE, M., DUIVENVOORDEN, H. J. & MULDER, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115: 363–369.
- STARK, F. M. & STOLLE, R. (1994). Schizophrenie: Subjektive Krankheitstheorien – eine explorative Studie. Teil 1: Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 21: 74–78.
- STEINKE, I. (2005 a). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. FLICK, E. v. KARDORFF & I. STEINKE (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Aufl., S. 319–331). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- STEINKE, I. (2005 b). Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung. In U. KUCKARTZ (Hrsg.), *Tagungsband zur CAQD 2005*, Marburg. Verfügbar unter: http://www.caqd.de/attachments/026_band2005.pdf. [07.01.2008].
- STRAUSS, A. L. & CORBIN, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz PVU.
- TAJFEL, H. (1982). *Gruppenkonflikt und Vorurteil. Entstehung und Funktion sozialer Stereotypen*. Bern: Hans Huber.
- TERZIOGLU, P. (2005). Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- THORNICROFT, G., ROSE, D., KASSAM, A. & SARTORIUS, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190: 192–193.
- TOPOR, A. (2001). *Managing the contradictions. Recovery from severe mental disorders*. Stockholm Studies of Social Work, 18. Stockholm University. Verfügbar unter: <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:302582/FULLTEXT01>. [14.10.2010].
- TRUSCHKAT, I., KAISER, M. & REINARTZ, V. (2005). Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 6(2): Art. 22. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/470/1007>. [05.03.2007].

- TSCHUSCHKE, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 2: 106–115.
- UTSCHAKOWSKI, J., SIELAFF, G. & BOCK, T. (Hrsg.) (2009). *Vom Erfahrenen zum Experten*. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- VAN OS, J. (2010). Are psychiatric diagnoses of psychosis scientific and useful? The case of schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 19 (4): 305–317.
- VAUTH, R. & STIEGLITZ, R.-D. (2007). *Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn*. Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 30. Göttingen: Hogrefe.
- VAUTH, R., KLEIM, B., WIRTZ, M. & CORRIGAN, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150: 71–80.
- WALTHER, C. (2011). *Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass*. Psychoedukation aus pädagogischer Sicht. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- WEINSTEIN, R. M. (1972). Patients' perceptions of mental illness: paradigms for analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 13 (1): 38–47.
- WHITE, R., BEBBINGTON, P., PEARSON, J., JOHNSON, S. & ELLIS, D. (2000). The social context of insight in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35: 500–507.
- WIEDEMANN, G., KLINGBERG, S. & PITSCHEL-WALZ, G. (2003). Psychoedukative Interventionen in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen. *Der Nervenarzt*, 74 (9): 789–808.
- WIENBERG, G. & SIBUM, B. (2003). Psychoedukation im gemeindepsychiatrischen Verbund. In J. BÄUML & G. PITSCHEL-WALZ (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen (S. 209–222). Stuttgart: Schattauer.
- WIENBERG, G. (1997). Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophoren und schizoaffektiv Erkrankten: Konzeption und erste Ergebnisse einer Nutzer- und Anwenderbefragung. In V. DITTMAR, H. E. KLEIN, & D. SCHÖN (Hrsg.), *Die Behandlung schizophrener Menschen*. Integrative Therapiemodelle und ihre Wirksamkeit. (S. 19–44). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- WILLIAMS, C. C. & COLLINS, A. (2002). Factors associated with insight among outpatients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 53: 96–98.
- WILLIAMS, C. C. (2008). Insight, stigma, and post-diagnosis identities in schizophrenia. *Psychiatry*, 71 (3): 246–256.
- WINKLER, G. & DEGELE, N. (2009). *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. Bielefeld: transcript Verlag.
- WITT, H. (2001). Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2 (1).
- WITTMANN, D. & KASHAVAN, M. (2007). Grief and mourning in schizophrenia. *Psychiatry*, 70 (2): 154–166.
- WITZEL, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Frankfurt a. Main: Campus Verlag.
- WITZEL, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1). Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520>. [09.11.2006].
- YAMADA, K., WATANABE, K., NEMOTO, N., FUJITA, H., CHIKARAISHI, C., YAMAUCHI, K., YAGI, G., ASAI, M. & KANBA, S. (2006). Prediction of medication noncompli-

- ance in outpatients with schizophrenia: 2-year follow-up study. *Psychiatry Research*, 141: 61–69.
- YOUNG, I. M. (1996). Fünf Formen der Unterdrückung. In H. NAGL-DOCEKAL & H. PAUER-STUDER (Hrsg.), *Politische Theorie – Differenz und Lebensqualität* (S. 99–140). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- ZAUMSEIL, M. & ANGERMEYER, M. C. (1997). Einleitung. Die (Wieder-)Entdeckung von Kultur und subjektiver Bedeutung in der Untersuchung von psychischer Gesundheit und Krankheit. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 9–27). Bonn: Ed. das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.
- ZAUMSEIL, M. (1997). Modernisierung der Identität von psychisch Kranken? In M. ZAUMSEIL & K. LEFERINK (Hrsg.), *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie* (S. 145–200). Bonn: Ed. das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.
- ZENZ, H., BISCHOFF, C. & HRABAL, V. (1996). *Patiententheoriefragebogen (PATEF)*. Göttingen: Hogrefe.
- ZUBIN, J. & SPRING, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103–126.
- ZYGMUNT, A., OLFSON, M., BOYER, C. A. & MECHANIC, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159 (10): 1653–1664.

Die Autorin



Friederike Schmidt, geb. 1977, Diplom-Psychologin. Promotion 2011 an der Freien Universität Berlin. Studium der Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie in Freiburg, Adelaide (Australien) und Berlin. Seit 2006 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und Forschungstätigkeit an der Freien Universität Berlin. Seit 2008 einzel- und gruppenpsychotherapeutische Tätigkeit an der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie und der Psychiatrischen Klinik der Charité, Berlin. Arbeits- und Forschungsschwerpunkt Psychotherapie von Psychosen.

