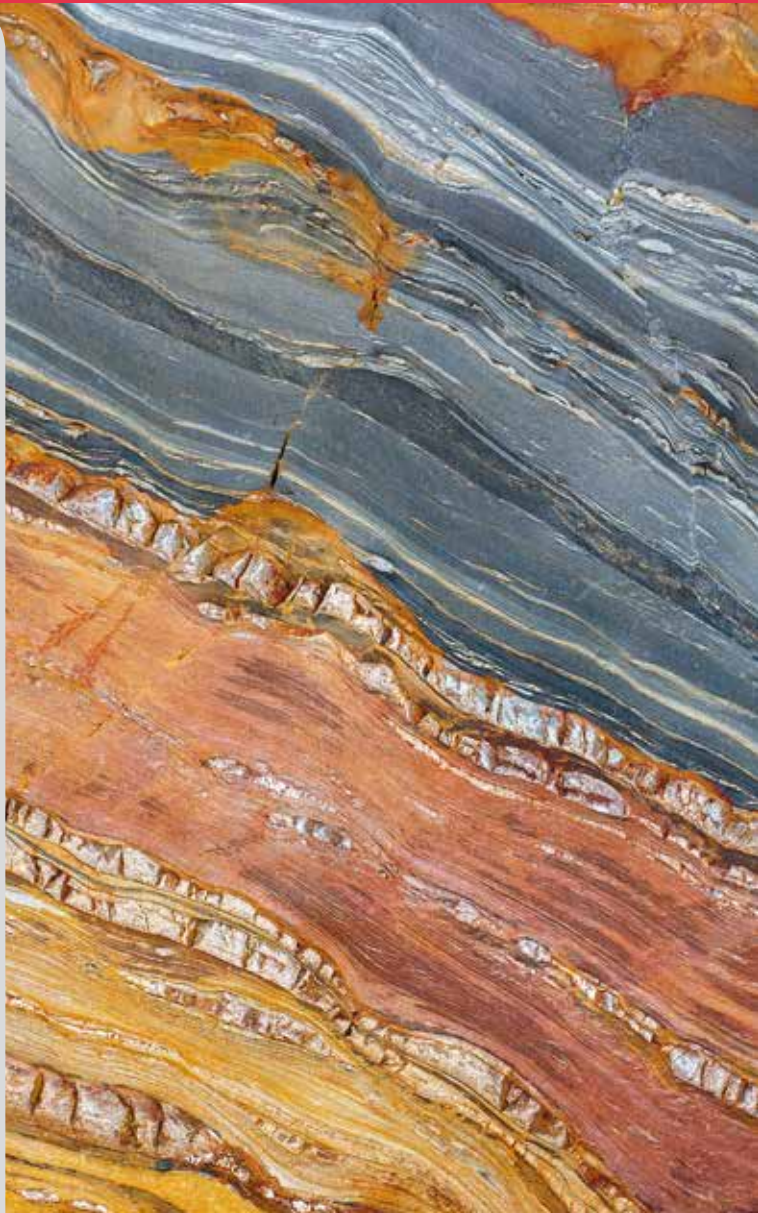


Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie

Eine Einführung in Methodik und Praxis

Silvia Krumm
Reinhold Kilian
Heiko Löwenstein
(Hg.)



Silvia Krumm, Reinhold Kilian, Heiko Löwenstein (Hg.)
Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie
Eine Einführung in Methodik und Praxis

Psychiatrie
Verlag 



Silvia Krumm, Dr. phil., Soziologin mit Krankenpflegeausbildung in der Psychiatrie, forscht seit 2003 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg zu sozialpsychiatrischen Themen.



Reinhold Kilian, Dr. rer. soc., ist Soziologe und Professor für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm.



Heiko Löwenstein, Dr. phil., ist Professor für Theorien, Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit mit Schwerpunkt Inklusion an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Standort Köln

Silvia Krumm, Reinhold Kilian, Heiko Löwenstein (Hg.)

Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie

Eine Einführung in Methodik und Praxis

Psychiatrie
Verlag 

Silvia Krumm, Reinhold Kilian, Heiko Löwenstein (Hg.)
Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie
Eine Einführung in Methodik und Praxis

1. Auflage 2019
ISBN Print: 978-3-88414-686-6
ISBN E-Book (PDF): 978-3-88414-972-0
DOI: 10.1486/9783884149720

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2019
Open Access © 2025
Dieses Werk ist im Psychiatrie Verlag unter der Creative Commons
Lizenz Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) erschienen.

Lektorat: Karin Koch, Köln
Umschlagkonzeption: GRAFIKSCHMITZ, Köln
unter Verwendung eines Fotos von brais seara / photocase.de
Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein
Satz: Psychiatrie Verlag
Druck und Bindung: Medienhaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

Einführung: Sinn-Verlust und Sinn-Rekonstruktion

Grundzüge, Methoden und Perspektiven qualitativer Forschung
in der Sozialpsychiatrie

9

SOZIALPSYCHIATRIE UND QUALITATIVE FORSCHUNG: GRUNDLAGEN UND VERKNÜPFUNGEN

Die drei Bedeutungskomponenten der Sozialpsychiatrie

20

Silvia Krumm

Charakteristika qualitativer Forschung

33

Silvia Krumm

Der blinde Fleck der empirischen Analyse sozialer Phänomene

Möglichkeiten und Grenzen von Mixed-method-Designs in der
sozialpsychiatrischen Forschung

46

Reinhold Kilian

Ethische Aspekte in der qualitativen sozialpsychiatrischen Forschung

64

Silvia Krumm

TIEFEN UND UNTIEFEN DER SINNREKONSTRUKTION: INHALTSANALYSE UND HERMENEUTIK

Rekonstruktive Forschung und methodisch kontrolliertes Fremdverstehen

74

Heiko Löwenstein

Inhaltsanalytische Ansätze

Grundlagen und Anwendung für die sozialpsychiatrische
Forschung und Praxis

89

Tobias Staiger, Silvia Krumm

DIE BEDEUTUNG DES GEWORDENSEINS: BIOGRAFISCHE ANSÄTZE IN DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN FORSCHUNG

»Das Fremdwerden der eigenen Biographie«

Eine persönliche Bilanz nach drei Jahrzehnten 100

Gerhard Riemann

Biografische Verläufe psychisch kranker Menschen nach beruflicher Rehabilitation

Zur qualitativen Analyse von Fallkonstellationen 114

Ernst von Kardorff, Alexander Meschnig, Sebastian Klaus

Forschung zur strukturellen Kopplung psychischer und sozialer Dynamiken bei Re-Integrationsprozessen psychisch Kranker

138

Peter Sommerfeld

Soziale Phänomene in ihrem Gewordensein verstehen und erklären

Eine biografietheoretische Analyse der Lebenssituation

von komplex traumatisierten Psychiatriepatientinnen 151

Ute Zillig

LEBENSWELTEN ERKUNDEN: ETHNOGRAFIE UND TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG

Teilnehmende Beobachtung im Kontext qualitativer sozialpsychiatrischer Forschung

162

Christine Schmid, Sebastian von Peter

Iterative Go-alongs

Eine ethnografische Methode zur Erforschung des Zusammenspiels

von psychischen Beeinträchtigungen und städtischer Umwelt 173

Patrick Bieler, Martina Klausner

SOZIALPSYCHIATRIE UND SYMBOLISCHE ORDNUNG: DISKURSANALYSE

Diskurs- und Dispositivanalyse in der sozialpsychiatrischen Forschung 184

Werner Schneider, Moritz Hillebrecht

Die Depression aus der Perspektive der Massenmedien und der Betroffenen

Eine Diskursanalyse und die intermediale Abhängigkeit zweier Diskursebenen 193

Nadja-Raphaela Baer, Claudia Luck-Sikorski, Georg Schomerus

ERFOLG UND MISSERFOLG PSYCHIATRISCHER VERSORGUNG AUS DER NUTZERPERSPEKTIVE: QUALITATIVE BEDARFSANALYSE UND EVALUATION

Qualitative Ansätze zur Analyse von Recoverythemen in der psychiatrischen Versorgung 205

Michaela Amering, Stefanie Süßenbacher

Was Angehörige bei Depression brauchen Eine Fokusgruppenuntersuchung zum Informationsbedarf 216

Fabian Frank, Eva-Maria Bitzer

»Ich kann nicht irgendwie noch mal so wie früher abstürzen, weil ich hier hingeh«

Hilfebedarf nach traumatischen Erfahrungen adäquat beantworten – ein Evaluationsprojekt der Opferhilfe Potsdam 229

Silke Birgitta Gahleitner, Christina Frank, Rosmarie Priet

Der Einsatz von Forschungstagebüchern am Beispiel der Evaluation eines Modellprojekts 246

Sebastian von Peter, Julian Schwarz

**VON DER FREMD- ZUR SELBSTBESCHREIBUNG
PSYCHIATRISCHER VERSORGUNG:
PARTIZIPATIVE FORSCHUNGSANSÄTZE**

Partizipativ forschen in der Forschungswerkstatt 258

Christel Achberger

Qualitative Forschung und Partizipation

Von der Evaluation der Peer-Arbeit zur Peer-Forschung 270

*Gwen Schulz, Candelaria Mahlke, Elena Demke,
Kolja Heumann, Thomas Bock*

Einführung:

Sinn-Verlust und Sinn-Rekonstruktion

Grundzüge, Methoden und

Perspektiven qualitativer Forschung

in der Sozialpsychiatrie

Qualitative Forschung ist im Kanon empirischer Sozialforschung weitestgehend etabliert. Die große Zahl qualitativ angelegter Forschungsprojekte zu verschiedensten Fragestellungen sowie die Angebote zu Methodenschulungen bis hin zu eigens dafür eingerichteten Studiengängen zeigen, dass qualitative Verfahren heute in vielen sozialwissenschaftlichen Fächern anerkannt sind. Lehrbücher zu den vielfältigen Methoden qualitativer Sozialforschung stehen Interessierten zur Verfügung und bieten einen guten Einstieg in die theoretischen Hintergründe und Anleitungen für die praktische Forschungsarbeit. Auch über die sozialwissenschaftlichen Disziplinen hinaus haben qualitative Methoden insbesondere in den gesundheitswissenschaftlichen bzw. medizinischen Fachgebieten einen Bedeutungszuwachs erfahren. Waren qualitative Methoden dort lange Zeit, sofern sie überhaupt Anwendung fanden, eher auf die Entwicklung von Hypothesen für nachfolgende, im Zentrum stehende quantitative Studien beschränkt, wird deren Potenzial als eigenständiger Forschungsansatz oder doch als unverzichtbare Ergänzung standardisierter Verfahren zunehmend anerkannt. Es geht also nicht mehr darum, eine Lanze für die qualitative Forschung allgemein zu brechen. Heute stellen sich vielmehr Fragen zur Bedeutung und das heißt nicht zuletzt zu den konkreten Anwendungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Themenfeldern und Fächern.

Dieses Buch thematisiert qualitative Forschung im Feld der Sozialpsychiatrie. Wir vertreten dabei die Ansicht, dass sozialpsychiatrische Problemstellungen eine besondere Affinität zu qualitativen, sinnverstehenden Ansätzen aufweisen. Qualitative Verfahren eignen sich für die Bearbeitung sozialpsychiatrischer Forschungsfragen, weil diese wie jene ein besonderes Interesse an Individualität und Subjektivität sowie an sozialen Kontextbezügen haben. Beide sind aufgrund ihrer prinzipiellen Offenheit gegenüber Neuem nicht zuletzt an der Überwindung tradierten Wissens interessiert.

An der Schnittstelle von Sozialwissenschaft und Medizin angesiedelt, kann die Sozialpsychiatrie an unterschiedliche Wissenschaftstheorien anknüpfen – wenn auch nicht widerspruchsfrei. Mit der Nutzung sinnverstehender Ansätze geht eine Sicht auf psychiatrische Phänomene einher, die jenseits des kritisch-rationalen Forschungsparadigmas zu besseren sozialpsychiatrischen Versorgungskonzepten beitragen kann. Gleichzeitig gehen sozialpsychiatrische Fragestellungen und Probleme mit besonderen An- und Herausforderungen für die Forschenden einher, die ihrerseits einen Beitrag zur Weiterentwicklung qualitativer Verfahren leisten können.

Unsere These, wonach sich qualitative Methoden für die Beantwortung sozialpsychiatrischer Forschungsfragen in einer besonderen Weise eignen, verfolgen wir im Rahmen dieses Buches anhand eines gleichzeitigen Blicks auf Theorie und Praxis. Damit setzen wir an dem häufig beklagten »Methoden-Praxis-Gap« qualitativer Forschung an und wollen eine Brücke schlagen zwischen den theoretisch-methodischen Ansätzen und der forschungspraktischen Anwendung qualitativer Methoden im Feld der Sozialpsychiatrie. Zum einen werden die methodischen Grundlagen und spezifischen Möglichkeiten qualitativer Methoden in den sozialpsychiatrischen Themenfeldern behandelt. Zum anderen legen wir einen Schwerpunkt auf die praktischen Perspektiven qualitativ-sozialpsychiatrischer Forschung. Forscherinnen und Forscher aus unterschiedlichen Professionen – Soziale Arbeit, Psychologie, Psychiatrie, Pädagogik, Soziologie – stellen ihre qualitativ-sozialpsychiatrischen Forschungsarbeiten vor und reflektieren dabei praxisnah die Bedeutung und das Potenzial qualitativer Forschung für sozialpsychiatrische Problemstellungen. Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie soll damit einerseits methodologisch begründet, vor allem aber konkret in der Anwendung nachvollzogen werden – vom theoretischen Problemhintergrund über die Wahl der Methoden bis zur Diskussion der Konsequenzen für die sozialpsychiatrische Versorgung.

Sozialpsychiatrie und qualitative Forschung: Grundlagen und Verknüpfungen

In einem einleitenden Beitrag stellt Silvia Krumm die Verbindungen zwischen Sozialpsychiatrie und qualitativer Forschung aus historischer und theoretischer Perspektive dar. Sie verweist dabei insbesondere auf die lange Tradition der Anwendung qualitativer Forschungsmethoden zur Analyse von Ursachen,

Manifestationsformen und Verlauf psychischer Erkrankungen einerseits und dem gesellschaftlichen Umgang mit psychischen Erkrankungen und den davon betroffenen Menschen andererseits. Zentrales Bindeglied zwischen Sozialpsychiatrie und qualitativer Forschung bildet dabei nach Ansicht der Autorin die Fokussierung auf die subjektive- und Alltagsperspektive der Betroffenen. Während die Rekonstruktion subjektiver Sinnwelten ein zentrales Ziel qualitativer Forschungsansätze darstellt, bildet das Verständnis von Prozessen der subjektiven Sinnkonstruktion eine zentrale Grundlage sozialpsychiatrischen Handelns.

Diese Gemeinsamkeit von qualitativer Forschung und Sozialpsychiatrie wird in dem zweiten Beitrag von Silvia Krumm vertieft. Die Autorin hebt hier insbesondere das Prinzip der Offenheit qualitativer Forschung hervor, die es ermöglicht, menschliches Handeln in seiner sozialen Sinnbezogenheit zu analysieren und dadurch Erkenntnisse über handlungs- und erlebensrelevante Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen der sozialen Organisation zu gewinnen.

Auf der Basis der dargestellten methodischen Grundlagen qualitativer Forschung erörtert Reinhold Kilian die wesentlichen Unterschiede zur quantitativen Sozialforschung und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten und Grenzen einer Verbindung beider methodischen Ansätze im Rahmen von Mixed-method-Studien. Der Autor geht dabei von der beiden Ansätzen gemeinsamen ontologischen Annahme der sinnhaften Orientierung menschlichen Handelns aus, die jede Form der Analyse der sozialen Beweggründe dieses Handelns vor das grundsätzliche epistemologische Problem des Zugangs zum Prozess der subjektiven Sinnkonstruktion stellt. Auch wenn diese gemeinsame ontologische Perspektive qualitative und quantitative Methoden verbindet, ist nach Ansicht des Autors dennoch in der Kombination beider Methoden eine vollständige Überwindung der jeweiligen Erkenntnisbeschränkungen nicht möglich.

Das abschließende Grundlagenkapitel widmet Silvia Krumm den ethischen Aspekten der qualitativen Forschung in der Sozialpsychiatrie. Die Autorin verweist hier insbesondere darauf, dass Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer im Rahmen qualitativer Studien häufig zu einer umfassenderen Preisgabe intimer Details subjektiver Sinngehalte motiviert werden, als dies bei standardisierten Befragungen der Fall ist. In der Folge können bei der Analyse qualitativer Daten auch unbewusste Sinngehalte zutage gefördert werden, die für die Befragten peinlich oder schmerzhaft sein können. Neben der Notwendigkeit der Beachtung von möglichen Belastungen durch die Erfragung oder Eruiierung derartiger Inhalte ergibt sich insbesondere die Notwendigkeit einer sorgfältigen Prüfung möglicher Verletzungen der Anonymität der Teilnehmer und Teilnehmerinnen.

Tiefen und Untiefen der Sinnrekonstruktion: Inhaltsanalyse und Hermeneutik

Ein Kennzeichen qualitativer Methoden der Sozialforschung besteht darin, dass eine klare Trennung von Datenerhebungsverfahren und Auswertungsmethoden nicht immer möglich oder sinnvoll ist. Aus diesem Grund haben wir in dem vorliegenden Band auf eine separate Darstellung von Methoden zur qualitativen Datenerhebung und Formen der qualitativen Datenanalyse verzichtet. Stattdessen werden die unterschiedlichen Grundlagen und Voraussetzungen inhaltsanalytischer und hermeneutischer Verfahren der Analyse qualitativer Befragungsdaten dargestellt.

Heiko Löwenstein geht in seiner Darstellung hermeneutischer Methoden der Sinnrekonstruktion insbesondere auf die Sequenzanalyse als konstitutives Grundprinzip rekonstruktiver Textanalysen ein. Der Autor verweist dabei auf die Voraussetzung der Verfügbarkeit von narrativen Texten, deren Generierung den Befragten die größtmögliche Offenheit abverlangt und deren Qualität sehr von der sprachlichen Gestaltung abhängt.

Im Unterschied dazu zeigen Tobias Staiger und Silvia Krumm, dass das breite Spektrum inhaltsanalytischer Verfahren auf sehr unterschiedliche Textformen angewendet werden kann, dass diese Flexibilität jedoch zulasten der sinnrekonstruierenden Analysetiefe geht. Im Gegensatz zu hermeneutischen Analyseverfahren erlauben inhaltsanalytische Verfahren aber die Verwendung computergestützter qualitativer Datenanalyseprogramme und machen so die Untersuchung größerer Textmengen möglich.

Die Bedeutung des Gewordenseins: Biografische Ansätze in der sozialpsychiatrischen Forschung

Wie bereits in dem Beitrag von Heiko Löwenstein ausgeführt, besteht eine enge erkenntnistheoretische Verbindung zwischen biografischer Methode und dem hermeneutisch-rekonstruktiven Analyseansatz. Die lange Tradition der Verbindung beider methodischen Zugänge im Rahmen der wissenschaftlichen Bearbeitung sozialpsychiatrischer Fragestellungen wird in diesem Buch durch den Beitrag von Gerhard Riemann gewürdigt, der in seiner 1987

veröffentlichten Dissertation das »Fremdwerden der eigenen Biografie« im Verlauf einer psychischen Erkrankung bei 33 Studienpersonen untersuchte. Für seinen Beitrag zu diesem Buch hat Gerhard Riemann, der nach dieser Studie das Feld der Psychiatrie verlassen hat, sein methodisches Vorgehen und seine Erkenntnisse vor dem Hintergrund seiner späteren Tätigkeit in Forschung und Lehre reflektiert.

Ein anderes, aktuelles Beispiel der Nutzung der biografischen Methode stellen Ernst von Kardorff, Alexander Meschnig und Sebastian Klaus vor. Sie haben die Erfolgsfaktoren beruflicher Rehabilitation nach einer psychiatrischen Krise untersucht. Von zentraler Bedeutung ist dabei das Konzept der biografischen Verlaufskurven und der rekonstruktiven Identifikation von Eckfällen, durch deren Kontrastierung die Autoren mehr oder weniger erfolgreiche Anpassungsstrategien an ein Leben mit einer psychischen Erkrankung unter spezifischen sozioökonomischen Rahmenbedingungen identifizieren.

Auch Peter Sommerfeld widmet sich in seinem Beitrag der Reintegration von Menschen mit psychischen Erkrankungen, allerdings steht hier der soziale Kontext im Mittelpunkt der Untersuchung. Der Autor verwendet dabei das Konzept der strukturellen Koppelung zur Analyse des Zusammenwirkens von sozialen und psychischen Prozessen. Dieses ursprünglich von Niklas Luhmann in die soziologische Systemtheorie eingeführte Konzept wurde von Luc Ciompi im Rahmen seiner Theorie der Affektlogik für die Analyse kollektiver emotionaler Prozesse und ihrer Bedeutung für die Sozialpsychiatrie weiterentwickelt. Aus dieser systemtheoretisch begründeten Analyse biografischer Interviews entwickelt der Autor den Begriff des Lebensführungssystems. Er bezeichnet damit den Versuch der Menschen, ihre biografische Entwicklung mit subjektiv erlebten gesellschaftlichen Erwartungen in Einklang zu bringen. Bei diesem Prozess kann es immer wieder zu Irritationen kommen, die sich in psychischen Krisen manifestieren können.

Ein weiteres Beispiel der biografischen Rekonstruktion stellt Ute Zilligs Analyse der Lebenssituation von gewaltbetroffenen Frauen mit Kindern dar. Die Autorin zeigt, wie die Gewalterfahrungen in die familiengeschichtlichen, reproduktiv-biografischen und institutionellen Verläufe aus der subjektiven Sicht der Erzählerinnen eingebettet sind. Besonders die Frage der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse rekonstruktiver Fallanalysen durch die Bildung von Verlaufstypen beschäftigt die Autorin. Ein zentrales Kontrastierungskriterium für die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychosozialer Hilfen ist die Bereitschaft der Untersuchungsteilnehmerinnen, die Etikettierung als psychisch krank zu akzeptieren.

Lebenswelten erkunden: Ethnografie und teilnehmende Beobachtung

Obwohl Erving Goffman weder der erste noch der letzte Wissenschaftler war, der die ursprünglich als Methode der empirischen Ethnologie entwickelte Technik der teilnehmenden Beobachtung zur Analyse der sozialen Organisation des psychiatrischen Anstaltslebens einsetzte, werden sein Name und der von ihm geprägte Begriff der totalen Institution bis heute als Sinnbilder sozialpsychiatrischer Forschung angesehen. Man könnte es nahezu als eine Ironie der Wissenschaftsgeschichte betrachten, dass mit der durch Goffmans Studie nicht unmaßgeblich vorangetriebenen Deinstitutionalisierung diesem für die historische Entwicklung der Sozialpsychiatrie so bedeutsamen Forschungszweig fast der Gegenstandsbereich verloren gegangen wäre. Glücklicherweise haben seit den 1980er-Jahren Sue Estroff und andere Forscherinnen und Forscher gezeigt, dass auch die außerhalb der Anstaltsmauern liegenden Lebenswelten von Menschen mit psychischen Erkrankungen lohnende Settings für ethnografische Studien sein können. Die Beantwortung der Frage, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen unter den jeweiligen Rahmenbedingungen ihr soziales Leben und ihre Erfahrungen sinnhaft organisieren und welche Bedeutung in diesem Prozess die jeweiligen Formen der psychiatrischen gesellschaftlichen und psychosozialen Versorgung haben, bildet dabei nach wie vor das zentrale Erkenntnisziel. Dennoch finden sich nur wenige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die diese Forschungstradition weiterführen. Eine Ursache dieser Entwicklung dürfte die Tatsache sein, dass die teilnehmende Beobachtung von Menschen in nichtkollektiven Settings erheblich aufwendiger ist als in kollektiven. Umso erfreulicher ist es, dass die beiden Beiträge zur teilnehmenden Beobachtung aktuelle Entwicklungen der ethnografischen Forschung sowohl in institutionellen als auch in nichtinstitutionellen Settings repräsentieren.

Christine Schmid und Sebastian von Peter stellen in ihrem Beitrag die historische Entwicklung und die methodischen Grundlagen der teilnehmenden Beobachtung und ihrer Anwendung in Feldern der sozialpsychiatrischen Forschung zusammenfassend dar und behandeln insbesondere die ethischen Aspekte beim Einsatz ethnografischer Methoden.

Mit der Methode der iterativen Go-alongs stellen Patrick Bieler und Martina Klausner eine Form der teilnehmenden Beobachtung vor, die sich in besonderer Weise für die Analyse außerhäuslicher nichtkollektiver Lebensräume eignet

und die es ermöglicht, die Bedeutung sozialer und physikalischer Umweltfaktoren – Architektur, Infrastruktur, auditive und visuelle Reize – für den Prozess der subjektiven Sinnkonstruktion unter der Bedingung der psychischen Erkrankung zu untersuchen.

Sozialpsychiatrie und symbolische Ordnung: Diskursanalyse

Mit der Diskursanalyse steht ein weiteres, im Kontext sozialpsychiatrischer Forschung leider nur selten genutztes Analyseinstrument zur Verfügung, das mittels qualitativer Verfahren interessante Einblicke in jene kollektiven Praxisformen und Wissensordnungen bieten kann, die den gesellschaftlichen wie auch individuellen Umgang mit Phänomenen wie etwa »Psychose« bestimmen. Werner Schneider und Moritz Hillebrecht stellen die Grundlagen der auf Foucault zurückgehenden Diskursanalyse für das Feld der Sozialpsychiatrie vor und zeigen ihr Potenzial. Die sozialpsychiatrische Praxis kann aus einer diskursanalytischen Forschungsperspektive als Macht-Wissen-Komplex verstanden werden, der gleichermaßen ihre Subjekte wie auch das Wissen über sie hervorbringt. Anhand zweier exemplarischer Studien skizzieren die Autoren, wie sich die in wissenschaftlichen Diskursen formierten symbolischen Ordnungen in die individuellen Selbstdeutungen einschreiben. In der Folge kann es dabei zur Konstitution eines »um sich selbst sorgenden Subjekts« kommen, aber auch zur Aneignung subjektiver Handlungsmacht.

Nadja Baer, Claudia Luck-Sikorski und Georg Schomerus wenden die diskursanalytische Perspektive auf die »Depression« als ein soziales Phänomen an. Sie beschreiben vor allem die »intermediale Abhängigkeit« zwischen massenmedialen Diskursen zu Depression einerseits und der subjektiven Ebene in Form von Erfahrungsberichten andererseits. Anhand der Analyse von Blogbeiträgen, Interviews und Fachliteratur zeigen die Autorinnen und der Autor, wie sich beide Diskursebenen wechselseitig konstituieren und dabei Stigmatisierungsprozesse begünstigen: Depression wird im medialen Diskurs als von einem bestimmten Wertekanon abweichend dargestellt, was sich in den individuellen Selbstbeschreibungen als schambesetzte Haltungen und defensive Handlungen ausdrückt, die wiederum durch ihre mediale Verbreitung den öffentlichen Diskurs zum Krankheitsbild Depression prägen.

Erfolg und Misserfolg psychiatrischer Versorgung aus der Nutzerperspektive: Qualitative Bedarfsanalyse und Evaluation

Die Grundlogik qualitativer Forschung besteht darin, Menschen offen und damit auch unabhängig von Krankheitsannahmen oder Patientenrollen in den Blick zu nehmen. Qualitative Forschung mit psychiatrischem Erkenntnisinteresse kann aber auch auf spezifische Perspektiven fokussieren, die abweichen vom dominierenden Verständnis von Betroffenen als passiv Erleidende, die Hilfen lediglich erhalten. Die psychiatrische Nutzer- oder Nutzungsforschung ist an dem Beitrag der Psychiatrieerfahrenen als Bewältigende und Co-Produzenten ihres je eigenen Krankheits- und Genesungsprozesses interessiert. Indem die subjektive Selbstsicht der Betroffenen auf ihren Hilfe- und Unterstützungsbedarf oder auf das, was sie als Erfolg und Misserfolg bewerten, systematisch aufbereitet wird, können professionelle Einschätzungen geerdet, infrage gestellt, aber auch unterstützt und ergänzt werden.

Diese subjektiven Seiten der Genesung, Wiederaneignung und Entwicklung der eigenen Geschichte sehen Michaela Amering und Stefanie Süssenbacher im Recoveryansatz konzeptionell berücksichtigt. Sie skizzieren Studien zu iatrogenen Effekten von Behandlungssituationen, zu psychiatrischen Voraussetzungen, zur Stigmaresistenz und zum Trialog. Dabei stehen die persönlichen Erfahrungen, die durch Einzelinterviews und Fokusgruppen erhoben und anschließend codiert wurden, im Mittelpunkt. Im Anschluss an diese vielfältigen Einblicke argumentieren sie, dass subjektives Erfahrungswissen der Betroffenen für die Erforschung von Recoveryprozessen unverzichtbar ist und diese des Einbezugs sozialwissenschaftlicher, insbesondere aber qualitativer Methoden bedarf.

Die nachfolgenden Beiträge verdeutlichen, wie sowohl bei der Entwicklung und Adaption von Leistungsangeboten als auch bei deren Evaluation mittels qualitativer Forschung die Nutzerperspektive systematisch eingebunden werden kann.

Ausgehend von der reziproken Interaktion zwischen der Belastung der Angehörigen und der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Depression nehmen Fabian Frank und Eva-Maria Bitzer die Angehörigen der Betroffenen als Nutzende des psychiatrischen Versorgungssystems in den Blick. Bei der Adaption eines japanischen Konzepts zur Angehörigenpsychoedukation für den deutschen Sprach- und Kulturkreis werden Angehörige als relevante Stakeholder mit ihren Informationsbedürfnissen und Belastungserfahrungen einbezogen. Als von

besonderer Bedeutung für das methodische Vorgehen mittels Fokusgruppen, die inhaltsanalytisch ausgewertet werden, erscheint das gegenstandsbezogene Abwägen zwischen Homogenitäts- und Heterogenitätskriterien wie auch Induktion und Deduktion.

Silke Birgitta Gahleitner, Christina Frank und Rosemarie Priet zeigen, wie anhand von offenen Einstiegsfragen und explorativen Erzählanstößen die Erfahrungen der Betroffenen wie auch der Fachkräfte einer multiprofessionell arbeitenden Traumaambulanz in die Evaluation einbezogen werden können, ohne dass Wirkungskriterien von außen gesetzt werden. Die stärker induktiv ausgerichtete inhaltsanalytische Auswertung des Materials wird an einem exemplarischen Fall nachvollziehbar. Auch fruchtbare Anschlussstellen dieses offenen Vorgehens zu standardisierten Anteilen des Mixed-methods-Designs werden sichtbar.

Mit dem Forschungstagebuch präsentieren Sebastian von Peter und Julian Schwarz einen trotz langer Historie bisher noch exotischen Zugang. Am Beispiel der Evaluation eines Modellprojekts zu integrativen Behandlungsformen in der psychiatrischen Versorgung nach § 64 b SGB V können sie verdeutlichen, wie Forschungstagebücher, angereichert um Introspektionen und Bewertungen und über einen längeren Erhebungszeitraum hinweg, direktere Zugänge zum Alltag herstellen. Auch schlägt dieser Beitrag eine Brücke zu den abschließenden partizipativen Forschungsansätzen, wenn die Autoren zeigen, dass Betroffenen, Angehörigen und Professionellen als den Verfassern von Forschungstagebüchern eine Doppelrolle als Forschungssubjekte und zugleich als Forschungsobjekte zukommt.

Von der Fremd- zur Selbstbeschreibung psychiatrischer Versorgung: Partizipative Forschungsansätze

Stellte bereits die Entdeckung der Bedeutsamkeit der subjektiven Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer einen wichtigen Schritt für die adäquate Beurteilung der Wirksamkeit und des Nutzens psychiatrischer Behandlung dar, so blieben einschlägige Studien doch weiterhin dem Prinzip der Fremdbeobachtung der Beforschten durch die Forschenden verhaftet. Mit der Etablierung partizipativer Forschungsansätze wird hier eine radikale Veränderung der

Praxis der sozialpsychiatrischen Evaluationsforschung eingeleitet. Auch wenn partizipative Ansätze nicht per se auf qualitative Methoden beschränkt sind, zeigt sich in der Praxis doch eine vergleichsweise häufige Nutzung sinnverstehender Ansätze.

Christel Achberger gibt in ihrem Beitrag einen Einblick in partizipative Forschungsansätze und stellt Modelle von Partizipationsprozessen sowie unterschiedlichen Beteiligungsstufen vor. Darüber hinaus berichtet sie von dem Projekt »Forschungswerkstatt«, in dessen Rahmen sie in der Arbeit mit psychiatrieerfahrenen Personen partizipative Forschungsansätze einsetzt und dabei insbesondere qualitative Verfahren für geeignet hält. Über die gemeinsame, wissenschaftliche Bearbeitung von Fragen zu Krankheitsverständnis und Krankheitssinn werden unterschiedliche Sichtweisen auf psychische Erkrankungen erarbeitet und tragen bei Forschenden und Mit-Forschenden zu einem besseren gegenseitigen Verständnis und so zu einem »Mehr« an Empowerment und Recovery bei.

Der Beitrag von Gwen Schulz, Candelaria Mahlke, Elena Demke, Kolja Heumann und Thomas Bock stellt die Entwicklung partizipativer Forschungsansätze am Beispiel der am Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf angesiedelten AG sozialpsychiatrische und partizipative Forschung dar. Am Beispiel der wissenschaftlichen Evaluation der Arbeit von Peer-Arbeiterinnen zeigen die Autorinnen den Übergang von einem partizipativen zu einem nutzerkontrollierten Forschungsansatz.

Der Erfahrungsbericht von Gwen Schulz ergänzt diese Darstellung und zeigt, dass mit der nutzerkontrollierten Forschung nicht nur andere Erkenntnisziele in den Blick genommen werden, sondern sich auch das Verhältnis zwischen Forschenden und Forschungsgegenständen verändert. Es ist nun nicht mehr als ein lineares, sondern ein wechselseitiges, in der sich beide nicht nur gegenseitig beobachten, sondern auch beeinflussen und verändern: Die Forschenden analysieren den Prozess der eigenen Diagnose durch die Behandelnden und die psychiatrisch behandelten Forschenden analysieren die Bedeutung der Biografie der Professionellen für den eigenen Behandlungsprozess und verändern dadurch die Differenz zwischen Professionellen und Behandelten.

In allen Beiträgen dieses Buches deuten sich die vielfältigen Möglichkeiten qualitativ-sozialpsychiatrischer Forschungsfragen lediglich an und können nicht einmal annäherungsweise abgedeckt werden. Die als exemplarisch zu betrachtende Auswahl qualitativ-sozialpsychiatrischer Studien zielt vielmehr auf ein »Lernen am Modell«. Im besten Fall regt es dazu an, eigene qualitativ-sozialpsychiatrische Studien durchzuführen. Das Buch richtet sich damit

an alle, die an qualitativer Forschung in sozialpsychiatrischen Feldern interessiert sind und sich einen Überblick zu den Methoden, den Anforderungen und zum Mehrwert qualitativ-sozialpsychiatrischer Forschung verschaffen möchten. Studierende und Nachwuchswissenschaftler in der Sozialen Arbeit, der Medizin, Psychologie und der Soziologie, die sich für qualitative Forschung interessieren, sind dabei ebenso angesprochen wie Praktiker, die z. B. im Rahmen von Qualitätsmanagement, Bedarfserhebung oder Evaluation eine qualitative Studie planen. Ihnen allen möchten wir mit den folgenden Beiträgen eine ebenso grundlegende wie praxisbezogene Orientierung im Feld qualitativ-sozialpsychiatrischer Forschung anbieten.

Ganz herzlich danken wir den Autorinnen und Autoren, die sich mit ihren Beiträgen an diesem Buch beteiligt haben. Wir wünschen den Leserinnen und Lesern eine interessante, anregende Lektüre.

Silvia Krumm, Reinhold Kilian und Heiko Löwenstein

SOZIALPSYCHIATRIE UND QUALITATIVE FORSCHUNG: GRUNDLAGEN UND VERKNÜPFUNGEN

Die drei Bedeutungskomponenten der Sozialpsychiatrie

Silvia Krumm

»Sozialpsychiatrie« ist ein vielschichtiger Begriff. Zunächst einmal betont er – in mehr oder weniger expliziten Gegenüberstellung zu den biologischen Grundlagen psychischer Störungen – die sozialen Bezüge der Psychiatrie als einer medizinischen Disziplin. Damit eröffnet sich ein weites Feld an relevanten Themen: angefangen bei den sozialen Ursachen und Auslösern psychischer Erkrankungen, ihrer Verbreitung, Prävention und Behandlung bis hin zur Evaluation und Finanzierung von medizinisch-psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Angeboten. Sozialpsychiatrie nimmt auch die soziokulturellen Rahmenbedingungen in den Blick, die nicht nur den individuellen Umgang mit psychischen Erkrankungen prägen, sondern auch das sich stetig wandelnde Verständnis von Phänomenen bestimmen, die je nach Epoche als »Besessenheit«, »Irresein« oder »psychische Störung« gelten und so den konstruktiven Charakter diagnostischer Kriterien bedingen.

Im Wesentlichen versammeln sich unter dem Begriff »Sozialpsychiatrie« drei ineinander verwobene Bedeutungskomponenten: eine kritisch-normative, eine versorgungspraktische und eine wissenschaftlich-empirische. Aus normativer Sicht impliziert Sozialpsychiatrie eine kritische Haltung, die auf einen an humanen Prinzipien ausgerichteten Umgang mit psychiatrisch behandelten Menschen zielt. Die versorgungspraktische Komponente verweist auf vorwiegend außerhalb der Anstalten, idealerweise im sozialen Umfeld der Personen angesiedelte Behandlungs- und Unterstützungsformen. Diese gründen wiederum in Annahmen zur Rolle der sozialen Faktoren im Verständnis psychischer

Erkrankungen und führen so zur wissenschaftlichen Komponente der Sozialpsychiatrie, die sich mit dem entsprechenden Methodeninventar den oben umrissenen, sozialen Fragestellungen zuwendet. Die normative, die versorgungspraktische und die wissenschaftliche Komponente der Sozialpsychiatrie sind auf das Engste miteinander verknüpft und lassen sich in der Geschichte der Sozialpsychiatrie als parallele Stränge nachzeichnen.

Kritik und Reform

Aus historischer Sicht liegt eine Wurzel der Sozialpsychiatrie in den von England und Frankreich ausgehenden Ansätzen einer »moralischen Behandlung« und des »Non Restraint« zur Mitte des 19. Jahrhunderts, die sich durch die Abkehr von Zwangsmaßnahmen und der Hinwendung zu einer von humanistischen Werten geprägten Behandlung auszeichneten.

Die Kritik am Umgang mit den betroffenen Menschen und die daraus erwachsenen sozialpsychiatrischen Reformen haben die Gestalt der psychiatrischen Versorgung seit Beginn in besonderer Weise geprägt (BRINK 2010). Diese kritische Haltung gegenüber dem Verwehrcharakter großer Anstalten weitab von Städten lässt sich schon in den frühen Konzepten und Arbeiten des reformorientierten Psychiaters Wilhelm Griesinger gegen Mitte des 19. Jahrhunderts nachweisen. Sie bildet sich teilweise in den Reformansätzen der Weimarer Republik ab, entwickelt sich in den 1960er-Jahren allmählich zu einer Protestbewegung gegen die Missstände in den Anstalten und leitet in den 1970er-Jahren die bis heute wirkenden Reformen der psychiatrischen Versorgung ein.

Sozialpsychiatrie als kritische Haltung institutionalisierte sich in der 1970 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., die sich als Fachverband für psychiatrisch Tätige für eine an humanen und moralischen Werten orientierte psychiatrische Versorgung einsetzt. Ebenso zielt die 1971 gegründete Aktion Psychisch Kranke (APK) mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland. Auch die Selbsthilfverbände, der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), das Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (NetzG) und der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK) treten für die Verbesserung von Rahmenbedingungen der familiären, sozialen und beruflichen Prävention und Rehabilitation ein.

Engagierte soziale Medizin

Die zweite Wurzel der Sozialpsychiatrie reicht bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts zurück und damit in eine Zeit, in der die »soziale Frage« in den europäischen Gesellschaften virulent wurde. Angesichts eines raschen Bevölkerungs- und industriellen Wachstums zeichnete sich ein tief greifender sozialer Wandel ab. Soziale Medizin, wie sie von reformorientierten Medizinern wie Rudolf Virchow seit Mitte des 19. Jahrhunderts vorangetrieben wurde, untersuchte die Rolle von Umweltfaktoren für die Gesunderhaltung sowie die Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten. In diesem Zusammenhang bezeichnete Georg Illberg, Oberarzt an der königlich-sächsischen Irrenanstalt zu Großschweidnitz, 1904 die soziale Psychiatrie als einen »besonderen Zweig« der Psychiatrie, die sich den Umständen, die zu geistigen Krankheiten führten, ebenso zu widmen hatte wie den Mitteln zu ihrer Vorbeugung und Bekämpfung (HOFFMANN-RICHTER 1995).

Ambivalente Praxis

Die theoretische Beschäftigung mit den sozialen Einflussfaktoren auf Geisteskrankheiten lenkte den Blick auf psychiatrische Tätigkeitsfelder jenseits der Anstaltsgrenzen und damit auf die soziale Umwelt der betroffenen Menschen. In der Praxis drückte sich dies durch den Aufbau erster gemeindenaher Versorgungsangebote aus. Bereits in den 1860er-Jahren forderte Wilhelm Griesinger die Einrichtung von Stadtasylen, die er allerdings aufgrund erheblicher Widerstände vonseiten konservativ eingestellter Psychiater nicht durchsetzen konnte. Erst in den 1920er-Jahren entstanden die ersten sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Form der offenen bzw. freien Irrenfürsorge. Sie wurden maßgeblich durch den Anstaltsdirektor in Kutzenberg und später Erlangen, Gustav Kolb (1870–1938), und den Direktor der Anstalt Wiesloch, Max Fischer (1862–1940), vorangetrieben.

Allerdings waren diese ersten psychiatrischen Reformkonzepte (gerade) auch durch die damit einhergehende Kostenersparnis motiviert: Kurze und damit kostensparende Aufenthaltsdauern sollten durch die soziale Wiedereingliederung in das Umfeld der Betroffenen erreicht werden. Hier zeigt sich der ambivalente Charakter der offenen Fürsorge: Einerseits stellte eine frühere Entlassung und Resozialisierung einen Gewinn für die Betroffenen dar. Andererseits

erstreckte sich damit das psychiatrische Tätigkeitsfeld in den unmittelbaren, privaten Lebensbereich der Menschen und beförderte so eine psychiatrische Haltung, die sich zunehmend in bevölkerungspolitischer Verantwortung sah und in der Übernahme der zu dieser Zeit virulenten eugenischen Gedanken den Kern späterer Radikalisierung bereits in sich trug (vgl. KRUMM & BECKER 2012).

Parallel zur Durchdringung weiter Teile der Wissenschaft mit eugenischen und rassenhygienischen Konzepten wurde auch die Praxis der Sozialpsychiatrie mehr und mehr durch eine völkische Politik bestimmt. Diese Entwicklung verhinderte, dass das große Potenzial sozialer Faktoren zum besseren Verständnis psychischer Erkrankungen zunächst ungenutzt blieb. Tatsächlich verkehrten sich die ersten sozialpsychiatrischen Ansätze mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten in ihr Gegenteil: in eine totale Abkehr vom Heil- und Fürsorgeprinzip, hin zum reinen Nützlichkeitsdenken. Nach der Machtergreifung Hitlers wurden durch die Anwendung des 1934 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses Menschen in und außerhalb der Anstalten identifiziert, die nicht den völkischen und rassenideologischen Maßstäben entsprachen. Bis 1945 wurden – mit tatkräftiger Unterstützung leitender Psychiater – zwischen 300.000 und 400.000 Menschen zwangssterilisiert (SCHOTT & TÖLLE 2006), 30.000 eugenisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt (BOCK 1986) und über 70.000 Patienten, darunter mehr als 10.000 Kinder (CASTELL 2008), ermordet.

Psychiatriereform in Deutschland

Doch auch nach dem Ende des nationalsozialistischen Regimes 1945 verbesserte sich die Situation für die Menschen in den Anstalten nur langsam. Viele verloren ihr Leben infolge der schlechten Versorgungslage nach Kriegsende, die sich in Hungersnot und tödlichen Infektionskrankheiten auswirkte (BRINK 2010). In den 1950er-Jahren etablierte sich vor dem Hintergrund der einsetzenden Menschenrechtsbewegung international eine reformpsychiatrische Bewegung, die die desolate Situation in den Anstalten öffentlich machte und Verbesserungen einforderte. Die westdeutsche reformpsychiatrische Bewegung fand den Anschluss an diese internationalen Entwicklungen vergleichsweise spät. Dies wird mit einem »betroffenen Unwissen« der Psychiater begründet, die sich erst allmählich mit der eigenen Schuld auseinandersetzten. Tatsächlich

waren viele der an den Mordaktionen beteiligten Ärzte nach dem Krieg in verantwortlichen Positionen (KULENKAMPFF 1984).

Auf Initiative des Bundestagsabgeordneten Walter Picard, eines Mitbegründers der Aktion Psychisch Kranke, wurde 1971 eine Expertenkommission einberufen mit dem Ziel, die Situation der Psychiatrie in der BRD kritisch zu untersuchen und Richtlinien zur Verbesserung der Situation auszuarbeiten. 1975 wurde der »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland« (Psychiatrie-Enquete) vorgelegt, der mit seinen Forderungen nach einer Verbesserung die folgenden vier Kernpunkte umfasste: gemeindenahe Organisation, bedarfsgerechte Versorgung, Koordination der Angebote, Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken – und das sowohl in akuten Stadien wie in der Rehabilitation und Behindertenfürsorge (SCHOTT & TÖLLE 2006, S. 313). Weitere Forderungen umfassten die Anbindung an die Allgemeinmedizin sowie eine verbesserte Ausbildung des psychiatrischen Fachpersonals.

Sozialpsychiatrie als Wissenschaft

Sozialpsychiatrie als wissenschaftlich-akademische Disziplin konnte in Deutschland erst später Fuß fassen als in den USA und England. In den USA wurde die Sozialpsychiatrie seit ihren Anfängen in den 1920er-Jahren als eine Domäne der Soziologie begriffen (HOFFMANN-RICHTER 1995), die mit ihren wegweisenden epidemiologischen Studien zur Etablierung einer sozialpsychiatrischen Wissenschaft und damit zum Verständnis der sozialen Faktoren in der Entstehung psychischer Erkrankungen beitrug. Wesentlichen Anteil daran hatte das Institut für Soziologie an der Chicagoer Universität, das sich als eine der ersten sozialwissenschaftlichen Universitätseinrichtungen in den USA mit stadtsoziologischen Themen beschäftigte und sich darüber hinaus mit der Entwicklung von Methoden der empirischen Sozialforschung profilierte. In der sogenannten »Chicagoer Schule« um Robert Ezra Park entstanden auch jene Theorien zur Rolle sozialer Zuschreibungsprozesse (Etikettierungstheorie, Stigmatisierung), die die sozialpsychiatrische Diskussion nachhaltig befruchteten und gleichzeitig den Ausgangspunkt für weitreichende gemeindepsychiatrische Reformen bildeten (HOFFMANN-RICHTER 1995).

Zu den bekanntesten Studien zählen »Mental disorders in urban areas« (FARRIS & DUNHAM 1939), die sich mit der regionalen Häufigkeit und Verteilung psychischer Erkrankungen beschäftigte, sowie »Social Class and Mental Illness«

(HOLLINGSHEAD & REDLICH 1958), die auf Basis von Zensusdaten im US-Bundestaat Connecticut den Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Prävalenz psychischer Erkrankungen untersuchte.

Die Entwicklung der Psychiatriereform in England wurde von Beginn an durch ein ausgeprägtes akademisches Interesse an sozialen und kulturellen Faktoren im Verständnis psychischer Erkrankungen begleitet. Im Unterschied zu den USA fand die akademische Verknüpfung von sozialwissenschaftlichen und psychiatrischen Ansätzen allerdings eher an medizinischen Fakultäten statt und war daher von Anfang auch stärker versorgungspraktisch ausgerichtet. Eine herausragende Stellung nimmt das Maudsley Hospital in London ein, das sich bereits im 20. Jahrhundert als Zentrale für Lehre und Forschung der englischen Psychiatrie etablierte (SCHOTT & TÖLLE 2006). Dessen Begründer, der Psychiater Henry Maudsley, betonte bereits in den 1880er-Jahren die Rolle sozialer Faktoren bei einer psychischen Erkrankung, die »nicht zufriedenstellend erforscht und verstanden werden kann, wenn sie nicht aus einem sozialen Blickwinkel gesehen wird« (Maudsley, in SHEPERT 1985, S. 428).

Unter Sir Audrey Lewis, der in der Nachkriegszeit am Maudsley Hospital die erste Forschungsabteilung für Sozialpsychiatrie gründete, wurden zahlreiche empirische Befunde zum Einfluss der Wohnumgebung erarbeitet und mit der Eröffnung von psychiatrischen Fallregistern die Etablierung epidemiologischer Forschung begünstigt (BECKER 1998). Das von Lewis vorgestellte Konzept der sozialpsychiatrischen Forschung beinhaltet neben der Anwendung epidemiologischer Prinzipien und der Berücksichtigung von sozialen Aspekten in den klinischen Konzepten auch die Notwendigkeit des Einsatzes sozialwissenschaftlicher Methoden und Theorien (SHEPERT 1985).

Zwar wurde auch in Deutschland eine wissenschaftliche Beschäftigung mit den sozialen Faktoren im Kontext psychischer Erkrankungen gefordert und eine Ausbildung in wissenschaftlicher Methodik verlangt. Allerdings fanden diese Ansätze in den vor allem ideologisch-politisch geführten Debatten der 1970er-Jahre wenig Beachtung. HOFFMANN-RICHTER (1995) sieht darin die Ursache dafür, dass in Deutschland nur wenige originär soziologische Beiträge zu psychiatrischen Problemstellungen entstanden sind.

Zu den wichtigsten Arbeiten zählte die von FENGLER und FENGLER vorgelegte ethnografische Studie »Alltag in der Anstalt« (1980), die anhand von teilnehmender Beobachtung die von den Pflegenden und Ärzten verwendeten Sanktionsmechanismen zur Herstellung sozialer Ordnung auf einer psychiatrischen Station untersuchte. Basierend auf ethnografischen Methoden der Feldforschung analysierte Bruno HILDENBRAND (1983) dysfunktionale

Interaktionsmuster in Familien psychisch erkrankter Menschen. Gerhard RIEMANN (1987) untersuchte in einer wegweisenden Studie das Verlaufskurvenpotenzial psychiatrischer Patienten und hat damit Chronifizierungsprozesse nachgezeichnet (vgl. seinen Beitrag in diesem Band). Ergänzend dazu finden sich in den 1990er-Jahren kulturwissenschaftlich inspirierte Arbeiten zur »Modernisierung der Schizophrenie« (ZAUMSEIL & LEFERINK 1997) und zur »Kulturellen und individuellen Verarbeitung psychischen Krankseins« (ANGERMEYER & ZAUMSEIL 1997). Innerhalb psychiatrischer Forschungseinrichtungen erfuhren diese sozial- und kulturwissenschaftlich argumentierenden Arbeiten aber nur eine begrenzte Rezeption.

Sozialpsychiatrische Forschung heute

Umgekehrt werden innerhalb der Soziologie heute kaum noch psychiatrische Themenstellungen bearbeitet. Während Asmus FINZEN (2017, S. 8 f.) die »Funkstille« zwischen Soziologie und Psychiatrie auf einen »abgründigen Horror vor der Soziologie« aufseiten der psychiatrisch Tätigen zurückführt, die sich durch die soziologischen Analysen »zu Unrecht kritisiert und an den Pranger gestellt« fühlten, vermutet Reinhold KILIAN (2017, S. 13), dass die Soziologen es weitgehend bei der Kritik an den psychiatrischen Missständen beließen und kaum daran interessiert waren, »funktionale Gegenentwürfe für den gesellschaftlichen Umgang mit den psychiatrischen Symptomen zu liefern, die nach einer Entlassung aus der Anstalt nicht von allein verschwanden«.

HOLZINGER und ANGERMEYER stellten in einer Übersichtsarbeit 2003 fest, dass sozialpsychiatrische Forschung in Deutschland überwiegend angewandte Versorgungsforschung sei, die sich vorwiegend mit dem Wandel der Versorgungsstrukturen und der Evaluation und Qualitätsentwicklung einzelner Einrichtungen befasse. Gleichzeitig erfolge grundlagenorientierte Forschung zu psychosozialen Einflüssen auf Entstehung und Verlauf psychischer Störungen vorwiegend im Rahmen biologisch argumentierender Ansätze. Damit, so die Autoren, »reduziert sich (...) die sozialpsychiatrische Forschung ohne Not auf angewandte Forschung und leistet damit dem weit verbreiteten Vorurteil Vorschub, demzufolge Grundlagenforschung in der Psychiatrie mit naturwissenschaftlicher Forschung gleichzusetzen sei« (HOLZINGER & ANGERMEYER 2003, S. 401).

Daran hat sich offenbar nur wenig geändert. In einer 2009 erschienenen Übersicht zur Entwicklung sozialpsychiatrischer Forschung der letzten zehn Jahre wird konstatiert, dass sozialpsychiatrische Forschung zu einem hohen Anteil aus rein deskriptiven Beiträgen zu Versorgungsstrukturen bestehe. Zwar sei eine Zunahme von Forschungsarbeiten zu den subjektiven Sichtweisen von Patienten, Angehörigen und Professionellen festzustellen, doch der Anteil soziologischer Forschungsansätze sei weiter gering (BORBÉ et al. 2009). Die Autoren vermissen dabei vor allem die »klassische« soziologisch-sozialpsychiatrische Grundlagenforschung mit dem Fokus auf Entstehung und soziostruktureller Verteilung psychischer Erkrankungen. Jenseits davon angesiedelte soziologisch-sozialpsychiatrische Fragestellungen werden dagegen nicht angemahnt. Hier ist mit SALIZE (2017) anzumerken, dass psychiatrische Themenstellungen nicht auf die Ursachenforschung beschränkt sind. Vielmehr reichen sie von der Beschäftigung mit Krankheits-, Gesundheits- und Identitätskonzepten über Fragen zu sozialer Teilhabe, Recovery- oder Peeransätzen bis hin zur Untersuchung von Zwangs- und Gewalterfahrungen oder den Auswirkungen eines beschleunigten sozialen Wandels.

Angesichts des breiten Themenspektrums der Soziologie lässt sich diese Aufzählung zweifellos fortführen. Um das Potenzial einer soziologischen Perspektive für die Bearbeitung aktueller psychiatrischer Probleme zu nutzen, müssten sich allerdings die »Soziologen (...) wieder trauen, in die Welt der Psychiatrie einzureisen und diese Welt mit ihren spezifischen Fragen und Instrumenten zu erkunden« (KILIAN 2017, S. 14). Der qualitative Ansatz scheint dabei in besonderer Weise geeignet.

Vom Nutzen qualitativer Forschung für die Sozialpsychiatrie

Ein zentrales Argument für die Nutzung qualitativer Methoden in der sozialpsychiatrischen Forschung gründet in der Möglichkeit des verstehenden Zugangs zu Subjektivität. Das Motiv des tieferen Verständnisses einer individuellen psychischen Erkrankung findet sich in den Konzepten der Anthropologischen Psychiatrie wieder, in der die »Begegnung mit dem Seelisch-Anderen« eine herausragende Rolle spielt. Die Anthropologische Psychiatrie formierte sich Anfang des 20. Jahrhunderts in Abgrenzung zu einem mechanistischen Verständnis psychischer Erkrankungen und gründet in »einem Unbehagen

an der naturwissenschaftlichen, sich positivistisch verstehenden Medizin« (SCHMIDT-DEGENHARD 2001). Dem wurde unter dezidierter Hinwendung zum Subjekt ein Verständnis psychopathologischer Phänomene gegenübergestellt als »regelhafte Abwandlungen menschlichen Sich-Befindens, Erlebens und Verhaltens, die sich annäherungsweise aus der Wesensart des Menschen ableiten lassen« (SCHMIDT-DEGENHARD 2011). Die anthropologische Grundannahme, wonach das Selbst- und Weltverständnis psychotischer Menschen einschließlich des Wahnerlebens auf der intersubjektiven Konstitution sozialer Wirklichkeit basiert, legt eine hermeneutisch-verstehende Annäherung nahe. Anthropologische Psychiatrie ist also eng mit dem Sinnverstehen psychotischen Erlebens verknüpft. Die sinnverstehenden Verfahren im Rahmen des qualitativen Methodenspektrums ermöglichen anhand spezifischer Instrumente wie z.B. dem narrativen Interview und der hermeneutisch-rekonstruktiven Analyse einen empirischen Zugang zum intersubjektiven Sinn psychotischen Erlebens.

Auch im Rahmen aktueller Gesundheitstheorien finden qualitative Verfahren ihren Platz. Mit dem empirischen Zugang zum subjektiven Erleben einer psychischen Erkrankung und der expliziten Berücksichtigung von Umweltfaktoren erlauben qualitative Methoden eine Untersuchung der Faktoren des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells. Qualitative Methoden eignen sich z. B. zur Erfassung der subjektiven Bedeutung des Lebens mit einer Depression und können so zu einer umfassenden Analyse biodirektionaler Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beitragen (HENNINGSEN & RIEF 2015).

Über den empirischen Zugang zu den subjektiven Erfahrungen kann die Perspektive der (potenziell) Nutzenden psychiatrischer Versorgungsangebote untersucht und dieses Wissen zur Entwicklung und Evaluation von subjektorientierten, bedürfnisangepassten Angeboten eingesetzt werden. Tatsächlich werden qualitative Verfahren in der psychiatrischen Versorgungsforschung sowohl zur Erfassung des subjektiven Bedarfs als auch in der Evaluation von Angeboten zunehmend eingesetzt. Dies ist der Einsicht geschuldet, dass standardisierte Erhebungen zur Identifizierung von Schwachstellen und Zugangshürden spezifischer Versorgungs- und Behandlungsangebote nur bedingt geeignet sind. Qualitative Ansätze sind daher unverzichtbar für eine »Patientenorientierung im Gesundheitswesen«, die seit den 1990er-Jahren verstärkt gefordert wird, um »durch mehr Unterstützung, Partizipation, Information und Integration der Betroffenen Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem zu korrigieren, gesundheitliche Versorgung an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten,

Präferenzen und Qualitätsmaßstäbe der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen und schließlich die Akzeptanz von Gesundheitszielsetzungen und Gestaltungsentscheidungen in der Bevölkerung zu erhöhen« (DIERKS et al. 2006). Die 2008 gegründete Arbeitsgruppe »Qualitative Methoden« des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung wirkt darauf hin, »das Wissen um qualitative Methoden in der Versorgungsforschung zu fördern, ihre Potenziale zu verdeutlichen und ihren Einsatz in der Versorgungsforschung zu fördern« (PFAFF et al. 2011).

Ein weiteres Argument für den Einsatz qualitativer Methoden in der sozialpsychiatrischen Forschung ist die zentrale Bedeutung sozialer Faktoren für das Verständnis psychischer Erkrankungen. Standardisierte Ansätze wie z. B. kontrollierte klinische Studien zur Wirkung eines psychotherapeutischen Angebots unterliegen hinsichtlich der Rolle sozialer Kontextfaktoren einem Dilemma: Einerseits müssen mögliche Einflussfaktoren weitestgehend kontrolliert werden, um signifikante Zusammenhänge freizulegen. Andererseits erschwert die mangelnde Berücksichtigung von Umweltfaktoren die Übertragung von Befunden in die Alltagsversorgung. Qualitative Studien können anhand des expliziten Einbezugs sozialer Kontextfaktoren aus subjektiver Sicht Hinweise darauf geben, welche Umweltfaktoren die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen beeinflussen können.

Schließlich kann qualitative Forschung auch einen konzeptionellen Beitrag zur Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Forschung leisten. Forschende können auf eine lange Tradition der Anwendung qualitativer Instrumente zur Bearbeitung sozialwissenschaftlicher Fragestellungen zurückgreifen. Qualitative Fragestellungen unterscheiden sich von standardisierter Forschung nicht nur durch ihre methodische Offenheit, sondern auch hinsichtlich der Art der Fragestellung und der zugrunde gelegten Theorieansätze. Qualitative Studien nehmen Phänomene in den Blick, die sich im Rahmen standardisierter Ansätze nicht oder nur bedingt untersuchen lassen.

Insbesondere die rekonstruktiven Ansätze setzen dort an, wo quantitative Forschungen häufig enden. Indem sie den Blick auf jene subjektive Sinnkonstruktionen richten, die hinter den statistischen Zusammenhangsbefunden liegen, leisten sie einen Beitrag zum Verständnis der Komplexität psychischer Erkrankungen jenseits statistischer Variablenzusammenhänge. So gestatten z. B. narrative Verfahren gegenüber standardisierten Skalen zu Krankheitstheorien einen vertieften Einblick in die subjektive Verknüpfung von »Krankheit« mit biografischen Erfahrungen. Indem sie einem soziologischen Verständnis von Biografie folgen, können sie über die Analyse der subjektiven »Verarbeitung«

sozialer Kontexte Rückschlüsse auf den Einfluss überindividueller Faktoren für die Identität von psychisch erkrankten Menschen ziehen. Gerade in den medizinisch-naturwissenschaftlich geprägten Fächern kann die Nutzung qualitativer Ansätze dazu anregen, sich mit sozialwissenschaftlichen Konzepten und Befunden auseinanderzusetzen und zu einer Perspektiverweiterung beitragen. Umgekehrt kann eine disziplinübergreifende Verständigung über die methodischen Konsequenzen quantitativer bzw. qualitativer Verfahren eine methodologische Weiterentwicklung im Rahmen von Mixed-method-Ansätzen begünstigen (vgl. dazu das Kapitel von Reinhold Kilian in diesem Buch).

Schließlich lassen sich qualitative Ansätze an die kritisch-normative Bedeutungskomponente von Sozialpsychiatrie anschließen. Standardisierte Fragen spiegeln das Vorwissen der Forschenden in Form der zugrunde liegenden Theorien, Konzepte oder heuristischen Annahmen. Die Forschenden erwarten von den Befragten, dass sie sich gegenüber den von ihnen gesetzten Konstruktionen positionieren. Diesem Ansatz liegt die implizite Annahme zugrunde, dass die in den Instrumenten abgebildeten Konstrukte einem prinzipiell geteilten Verständnis des Forschungsgegenstandes von Forschenden und Beforschten unterliegen. Standardisierte Forschung generiert damit ein Wissen, das sich innerhalb der Relevanzsysteme der Forschenden bewegt. Dagegen ermöglichen qualitative, explorative Ansätze auch das Erfassen von Phänomenen jenseits der Vorannahmen der Forschenden, von denen sich die qualitativ Forschenden im besten Sinne »überraschen« lassen können. Qualitative Forschung übt damit konstruktive Kritik an den blinden Flecken der in standardisierten, hypothesenprüfenden Verfahren erarbeiteten Befunde. Sie macht auf die Begrenzungen eines spezifischen Blicks aufmerksam, indem sie die implizite Annahme eines geteilten Verständnisses durch eine offene Haltung ersetzt, die es ermöglicht, andere oder neue Aspekte von Phänomenen zu explorieren.

Das für qualitative Forschung konstitutive Prinzip der Offenheit ermöglicht Einblicke in neue Phänomene und dient so der Generierung von Wissen jenseits des Etablierten. Der Fokus auf Neues, Überraschendes kann eine kritische Auseinandersetzung, Infragestellung und Überwindung tradierten Wissens in psychiatrischen Forschungsfeldern befördern und im besten Falle zu einer Verbesserung und Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Konzepte beitragen.

Zur Vertiefung

- SCHOTT, H.; TÖLLE, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: Beck.
- FINZEN, A.; HOFFMANN-RICHTER, U. (Hg.) (1995): Was ist Sozialpsychiatrie? Bonn: Psychiatrie Verlag.

Die Autorin

Dr. phil. Silvia Krumm, Soziologin mit Krankenpflegeausbildung in einem psychiatrischen Krankenhaus forscht seit 2003 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg zu sozialpsychiatrischen Themen.

Referenzen

- ANGERMEYER, M.; ZAUMSEIL, M. (Hg.) (1997): Verrückte Entwürfe. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- BECKER, T. (1998): Gemeindepsychiatrie: Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland. Stuttgart: Thieme Verlag.
- BOCK, G. (Hg.) (1986): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BORBÉ, R.; FLAMMER, E.; BORBÉ, S.; MÜLLER, T. (2009): Sozialpsychiatrische Forschung – Entwicklung über die letzten 10 Jahre im Spiegel deutschsprachiger Zeitschriften. Psychiatrische Praxis, 36 (8), S. 7–18.
- BRINK, C. (Hg.) (2010): Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft und Deutschland 1860–1980. Göttingen: Wallstein Verlag.
- CASTELL, R. (2008): Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen: V & R unipress.
- DIERKS, M. L.; SEIDEL, G.; HORCH, K.; SCHWARTZ, F. W. (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, Heft 32. Berlin: Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt.
- FARIS, R.; DUNHAM, H. W. (1939): Mental Disorders in Urban Areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses. Chicago: The University of Chicago Press.

- FENGLER, C.; FENGLER, T. (Hg.) (1980): Alltag in der Anstalt: Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Rehburg-Loccum: Psychiatrie Verlag.
- FINZEN, A. (2017): Soziologie und sozialpsychiatrische Forschung. Sozialpsychiatrische Informationen, 47 (2), S. 8–11.
- HENNINGSSEN, P.; RIEF, W. (2015): Was ist ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell? In: RIEF, W.; HENNINGSSEN, P. (Hg.) Psychosomatik und Verhaltensmedizin, S. 10–17. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- HILDENBRAND, B. (Hg.) (1983): Alltag und Krankheit. Ethnographie einer Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- HOLLINGSHEAD, A. B.; REDLICH, F. C. (1958): Social class and mental illness: Community study. Hoboken, NJ. US: John Wiley & Sons Inc.
- HOLZINGER, A.; ANGERMEYER, M. (2003): Aktuelle Themen sozialpsychiatrischer Forschung im deutschen Sprachraum: Eine Inhaltsanalyse wissenschaftlicher Zeitungen. Psychiatrische Praxis, 30 (8), S. 424–437.
- HOFFMANN-RICHTER, U. (1995): Sozialpsychiatrie – Spezialdisziplin oder Sichtweise? In: FINZEN, A.; HOFFMANN-RICHTER, U. (Hg.) Was ist Sozialpsychiatrie? Bonn: Psychiatrie Verlag.
- KILIAN, R. (2017): Zum Verhältnis von Soziologie und Psychiatrie in Vergangenheit und Gegenwart. Sozialpsychiatrische Informationen, (47) 2, S. 9–15.
- KRUMM, S.; BECKER, T. (2012): Historische Aspekte und Konzepte der Sozialpsychiatrie. In: SCHMID, M.; TETZER, M.; RENSCH, K.; SCHLÜTER-MÜLLER, S. (Hg.) Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik, S. 40–57. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KULENKAMPFF, C. (1984): Erkenntnisinteresse und Pragmatismus. In: DÖRNER, K. (Hg.) Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen. 36. Gütersloher Fortbildungswoche, S. 127–138. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis.
- PEAFF, H.; NEUGEBAUER, E.; GLAESKE, G. (2011): 5 Jahre Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (2006–2011): Entwicklung und Ausblick. Köln.
- RIEMANN, G. (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biografie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink-Verlag.
- SALIZE, H.-J. (2017): Welche Aufgaben hat sozialpsychiatrische Forschung im galoppierenden sozialstrukturellen Wandel? Sozialpsychiatrische Informationen, 47 (2), S. 3–7.
- SCHMIDT-DEGENHARD, M. (2001): Methoden und Themen der anthropologischen Psychiatrie. In: JACOBI, R.; CLAUSSEN, P.; WOLF, P. (Hg.) Die Wahrheit der Begegnung. Festschrift für Dieter Janz: Anthropologische

- Perspektiven der Neurologie. Beiträge zur medizinischen Anthropologie, Bd. 3. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- SCHMIDT-DEGENHARD, M. (2011): Anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: MÖLLER, H. J. (Hg.) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, S. 383–396. Berlin: Springer.
- SCHOTT, H.; TÖLLE, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: Beck.
- SHEPERT, M. (1985): Sozialpsychiatrie: die Geschichte eines Begriffs. Gesnerus, 42 (3–4), S. 425–431.
- ZAUMSEIL, M.; LEFERINK, K. (Hg.) (1997): Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Charakteristika qualitativer Forschung

Silvia Krumm

Qualitative Verfahren zeichnen sich zuvorderst durch ihre Offenheit aus. Als hypothesengenerierende Verfahren sind qualitative Verfahren gegenüber den hypothesenprüfenden, standardisierten Verfahren nicht durch spezifische Vorannahmen der Forschenden eingegrenzt, sondern offen für Erkenntnisse, die jenseits der von den Forschenden antizipierten Befunde liegen. So selbstverständlich uns heute eine solche induktive Herangehensweise erscheint, so progressiv war sie noch wenige Jahrzehnte zuvor.

Wesentlichen Anteil daran hatten Barney Glaser und Anselm Strauss, die sich mit ihrer Streitschrift »The Discovery of Grounded Theory« gegen den nomologisch-deduktiven Mainstream der nordamerikanischen Soziologie richteten. Tatsächlich übten in den 1950er-Jahren die »großen Theorien«, allen voran die Systemtheorie Talcott Parsons', einen großen Einfluss auf die gesamte soziologische Diskussion aus; gleichzeitig hatten sie mit ihrem Interesse an formaler Systematik keinerlei empirische Anbindung (PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR 2013). Glaser und Strauss kritisierten ebenso das Paradigma der quantitativen Forschung, in deren Rahmen sich die Datenerhebung a priori auf die Prüfung und Bestätigung bestehender Theorien beschränke und daher nicht in der Lage sei, von der Theorie abweichende, neue Erkenntnisse

zu erarbeiten. Die Grounded Theory sollte aber auch den umgekehrten Weg ermöglichen: eine in den Daten begründete Theorieentwicklung, bei der es notwendig ist, »ins Feld zu gehen, wenn man verstehen möchte, was geschieht« (STRAUSS & CORBIN 1996, S. 9). Im Kern geht es bei der Grounded Theory also um eine enge, prozesshafte Verknüpfung von empirischer Arbeit und einer parallel dazu sich entwickelnden Theorie: »Am Anfang steht nicht eine Theorie, die anschließend bewiesen werden soll. Am Anfang steht vielmehr ein Untersuchungsbereich – was in diesem Bereich relevant ist, wird sich erst im Forschungsprozess herausstellen.« (Ebd. S. 8) Der schrittweise Nachvollzug der theoretischen Schlussfolgerungen aus dem Datenmaterial zielt darauf, die Theorie empirisch zu belegen und damit nachvollziehbar, angemessen und gegenstandsbezogen zu entwickeln.

Offenheit als Haltung und Prozess

Offenheit meint nicht, dass die Forschenden »naiv« und ohne theoretisches Vorwissen ins Feld gehen und keinerlei Bemühungen erkennen lassen, die relevanten Theorien zu erschließen und als Hintergrundwissen zu nutzen. Die Kunst besteht vielmehr darin, die theoretischen Vorannahmen im gesamten Forschungsprozess so weit zu reflektieren und zurückzustellen, dass sie nicht den Blick auf jene soziale Wirklichkeiten verstellen, die diesen Erwartungen widersprechen könnten.

Das Prinzip der Offenheit impliziert eine Haltung der Forschenden, die sich sowohl in der Methodik der Datenerhebung wie der Datenauswertung spiegelt. So erfolgt etwa im datenerhebenden Interview eine Suspendierung der in »normalen« Alltagsgesprächen vorausgesetzten Erwartungen an die Gesprächspartner, sich gleichermaßen und wechselseitig am Gespräch zu beteiligen. Die Reziprozitätsnorm wird durch die Haltung der Forschenden bewusst verletzt (HELFFERICH 2011). Sie hält sich mit eigenen Deutungen und Bezugssystemen zurück und überlässt den Interviewten die »Bühne«: Diese sollen ihre Relevanzsysteme möglichst unbeeinflusst entfalten und selbst »offen legen, wie sie die Fragestellung interpretieren, damit die Art und Weise, wie sie die Frage übersetzen, erkennbar wird; und zugleich wird ihnen die Gelegenheit gegeben, das Thema in ihrer eigenen Sprache zu entfalten. Je umfassender dies geschieht, desto geringer ist die Gefahr, dass die Interviewenden oder auch diejenigen, die das Interview auswerten, die Befragten missverstehen« (BOHNSACK

2003, S. 20). Im Prozess der Datenanalyse ist die Offenheit der Forschenden ein grundlegendes Prinzip des methodisch-kontrollierten Fremdverstehens. Dieses äußert sich als eine besondere Haltung gegenüber qualitativen Daten in Form einer »nicht alltäglichen, sondern theoretischen Haltung, in einer Haltung des prinzipiellen Zweifels an sozialen Selbstverständlichkeiten – und an den Vor-Urteilen des Interpreten« (SOEFFNER & HITZLER 1994, S. 29).

Offenheit bezieht sich schließlich auch auf den Forschungsprozess selbst. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung, wo ein vorab fixiertes Studienprotokoll erstellt wird und jede Abweichung einen Qualitätsverlust nach sich zieht, ermöglichen qualitative Studiendesigns eine zirkuläre Forschungslogik, die den wechselseitigen Prozess von Datenerhebung und Theorieentwicklung betont und eine kontinuierliche Anpassung an bislang gewonnene Erkenntnisse einfordert – sei es in Form einer modifizierten Fragestellung, einer anderen Auswahl der Befragten oder eines verschobenen Befragungszeitpunkts: »Ein gewisses Maß an Offenheit und Flexibilität ist notwendig, um die Verfahren unterschiedlichen Phänomenen und Forschungssituationen anzupassen.« (STRAUSS & CORBIN 1996, S. 11).

Sinnverstehen

Qualitative Verfahren stellen mit ihrem subjektorientierten, sinnverstehenden Zugang zur sozialen Wirklichkeit das methodische Pendant einer handlungstheoretisch basierten Sozialforschung dar und sind in der Regel dem interpretativen Paradigma verpflichtet. Dieses umfasst vielfältige Theorieansätze, deren kleinster gemeinsamer Nenner in der Annahme gründet, dass sich soziale Ordnung weniger über überindividuelle Strukturen wie etwa Rollenvorgaben, Normen oder Wertvorstellungen herstellt als vielmehr über die kontinuierlichen Interpretationsleistungen der handelnden Subjekte in den sozialen Interaktionen. Der Ausgangspunkt allen sozialwissenschaftlichen Interesses ist nach Max Weber »zweifellos die wirkliche, also individuelle Gestaltung des uns umgebenden sozialen Kulturlebens in seinem Universellen, aber deshalb natürlich nicht minder individuell gestalteten Zusammenhänge und in seinem Gewordensein aus anderen, selbstverständlich wiederum individuell gearteten, sozialen Kulturzuständen heraus« (WEBER 1904, S. 66 f.). Soziale Wirklichkeit, so eine der Grundannahmen der durch Max Weber geprägten verstehenden Soziologie, ist kein objektiv zu messender Sachverhalt, sondern

lässt sich nur über das Verstehen des subjektiven Sinns sozialer Handlungen erschließen. Weber knüpft dabei an die Hermeneutik Wilhelm Diltheys an, der den verstehenden – hermeneutischen – Ansatz der Geisteswissenschaften von einem in den Naturwissenschaften vorherrschenden kognitiv-betrachtenden Ansatz abgrenzt (JUNG 2012).

Methodologisch wurzelt die qualitative Forschung neben der Hermeneutik in der Theorie des symbolischen Interaktionismus, demzufolge Gesellschaft als eine Zusammenfassung von Personen zu verstehen ist, die in einem »unermesslichen Interaktionsprozess eingefangen« sind (BLUMER 1969, S. 342). Jede Interaktion – auch in der Interviewsituation – muss von den Handelnden interpretiert werden und die Grundlage für weitere Interpretationen bilden. Soziale Wirklichkeit entsteht demnach aus sozialem Handeln in Form permanenter und sich wechselseitig bedingender Interpretationen der sinnhaften Äußerungen von Handelnden. Verstehen ist eine alltägliche Leistung, auf die Subjekte notwendigerweise in sozialen Interaktionen angewiesen sind (Verstehen erster Ordnung). Als Kern allen Verstehens finden diese Interpretationsleistungen ebenso im Alltag wie in den Sozialwissenschaften statt, »denn auch im täglichen Leben bin ich in gewissem Sinne ›Sozialwissenschaftler‹, nämlich dann, wenn ich meinen Mitmenschen und ihrem Verhalten nicht erlebend, sondern reflektierend zugewendet bin« (Schütz, in TREIBEL 2000, S. 121).

Während das Verstehen im Alltag allerdings weitestgehend unsystematisch erfolgt, besteht die wissenschaftliche Aufgabe darin, die Voraussetzungen und Methoden dieses Verstehens zu explizieren und zu rekonstruieren (Verstehen zweiter Ordnung). Der auf Alfred Schütz zurückgehende Begriff des »methodischen Fremdverstehens« beschreibt diese interpretierende Forschungshaltung als eine besondere Haltung der Forschenden gegenüber der sozialen Praxis: »Diese Haltung ist idealerweise dadurch gekennzeichnet, dass die Sorge um die pragmatischen Notwendigkeiten des Verstehens suspendiert ist zugunsten der Sorge um die Prinzipien der Auslegung selber (um das Verstehen des Verstehens).« (Zitiert nach SOEFFNER & HITZLER 1994, S. 29.)

Subjektivität

Die Orientierung auf das Subjekt und die Subjektivität dürfen daher nicht – wie dies bisweilen geschieht – als ein Schwachpunkt, als eine »Fehlerquelle« qualitativer Forschung missverstanden werden, die es im Forschungsprozess

so weit wie möglich zu begrenzen oder gar »auszuschalten« gilt, um sich dem Ideal der Objektivität anzunähern. Im Gegenteil wird das verstehende Subjekt zum zentralen Erkenntnismittel, über das jene subjektiven Sinnkonstruktionen erschlossen werden können, aus denen gesellschaftliche Wirklichkeiten bestehen. Die qualitative Forschung ermöglicht mit ihrem methodischen Werkzeug einen empirischen Zugang zum Verständnis der in Texten oder anderen Medien fixierten subjektiven Sinnkonstruktionen und nähert sich so dem Verständnis sozialer Wirklichkeiten an.

Ebenso wenig bedeutet die Konzentration auf einzelne Subjekte, dass qualitative Forschung keine über den Einzelfall hinausreichenden Aussagen zu treffen vermag. Tatsächlich zielt die Analyse auf die Freilegung von Regeln in ihrer konkreten empirischen Erscheinung, die über den Einzelfall hinausreichen. »Die Einzelfallanalysen dienen so der schrittweisen Entdeckung allgemeiner Strukturen sozialen Handelns, während der Einzelfall selbst als historisch-konkrete Antwort auf eine konkret-historische Situation und Strukturformation interpretiert wird.« (SOEFFNER & HITZLER 1994, S. 39) Sozialforschung mit den Mitteln der qualitativen Verfahren hat demnach den »Anspruch, Lebenswelten ›von innen heraus‹ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen« (FLICK et al. 2007, S. 14). Im Rahmen biografietheoretischer Konzepte erlaubt etwa die Untersuchung des individuell-biografischen Umgangs mit strukturellen Vorgaben eine über die Einzelfallanalyse hinausgehende Aussage über Produktion und Reproduktion objektiver Strukturmerkmale. Individualbiografische Erfahrungen werden hier als »realer Ausdruck allgemeiner Sozialität und Gesellschaft« gefasst (FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL 1997, S. 139).

Alltagshandeln

Die methodologischen Prämissen qualitativer Forschung beinhalten schließlich ein inhärentes Interesse an der Eingebundenheit sozialen Handelns in den umgebenden Kontext – sei es in Form der konkreten sozialen Umwelt, der Biografie oder soziokultureller Muster und normativer Vorgaben. Anstelle der weitgehenden Kontrolle des Kontextes mit dem Ziel der Standardisierung nimmt qualitative Forschung die konkrete Lebenswirklichkeit der sozial Handelnden in den Blick. Dies führt zum Begriff des Alltagshandelns und verweist darauf,

dass Routinehandeln und Selbstverständlichkeiten der Handlungen im Alltag bestimmten Ordnungsprinzipien, Regeln und Deutungsprozeduren folgen. Diese Regeln sind meist nicht explizit und den sozial Handelnden häufig auch nicht bewusst. Das hat einen guten Grund: Nur wenn Interaktionspartner im Alltag auf gemeinsame Handlungsregeln vertrauen können, ohne sie in jeder Aktion explizieren zu müssen, können Handlungen schnell und sicher erfolgen und einen störungsfreien Ablauf sozialer Interaktionen gewährleisten. Würden sich etwa Verkäufer und Kundin an der Supermarktkasse über den jeweiligen Sinngehalt ihrer Handlungen verständigen, würde dies nicht nur zu zähen Interaktionen, sondern auf lange Sicht auch zu ernststen Versorgungsengpässen führen. »Alltagshandeln und Alltagskommunikation funktionieren so durch die Annahme und Unterstellung von ›Selbstverständlichkeiten‹, die als solche nicht mehr artikuliert werden müssen und oft auch gar nicht mehr oder noch nicht artikulierbar sind oder sein dürfen.« (SOEFFNER 2004, S. 19) Über die Re-Konstruktionen von Sinn in den konkreten Alltagshandlungen können diese impliziten Regeln erfasst und damit Aussagen über soziale Wirklichkeiten getroffen werden.

Dimensionales Verständnis qualitativer Forschung

Die Bandbreite qualitativer Verfahren lässt sich anhand einer Dimension nachvollziehen, die durch die beiden Endpunkte Offenheit und Strukturiertheit gekennzeichnet ist. Offene Fragen am Ende eines Fragebogens stellen eine weitgehend strukturierte Form qualitativer Verfahren dar: Sollen z. B. Nutzende im Rahmen einer Bedarfsanalyse selbst hilfreiche Angebote nennen, erlaubt eine offene Frage auch das Erfassen solcher Angebote, die den Forschenden bis dahin nicht bekannt waren. Dennoch handelt es sich insofern um ein strukturiertes Vorgehen, als die Befragten weder darlegen können, was sie unter welchen Umständen, in welchen Bereichen als mehr oder weniger »hilfreich« verstehen, noch, was sie überhaupt unter »Hilfe« verstehen. Am anderen Ende des Spektrums sind die maximal offenen Ansätze verortet, bei denen sich die Forschenden bereits in der Fragestellung weitgehend zurückhalten und sich beispielsweise im Rahmen narrativer Interviews auf eine Erzählaufforderung beschränken. Jenseits sprachlich codierter Sinnzuschreibungen verzichten offene Verfahren, wie sie etwa in der Ethnologie angewandt werden, bisweilen

sogar ganz auf sprachliche Impulse und beschränken sich auf die teilnehmende Beobachtung.

Ein dimensionales Verständnis qualitativer Forschung eröffnet die Möglichkeit, die Unterschiede weniger zwischen qualitativen und quantitativen Ansätzen generell zu suchen, sondern anhand des Ausmaßes an Offenheit und Strukturiertheit bei der Erhebung und Auswertung von Daten. Soeffner unterscheidet etwa zwischen verstehenden und dem in den Naturwissenschaften vorherrschenden mathematisierenden Ansätzen (SOEFFNER 2004). In ähnlicher Weise grenzt Przyborski die rekonstruktiven gegen die nicht rekonstruktiven qualitativen Verfahren wie die qualitative Inhaltsanalyse ab. Letztere sei aufgrund ihrer klassifizierenden Vorgehensweise nicht darauf angelegt, »implizite Bedeutungen wie sie in der Art und Weise einer Formulierung oder einer Interaktionssequenz zum Ausdruck kommen, zu erfassen« (PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR 2013, S. 189).

So gesehen basieren die genannten Unterscheidungen auf jeweils gegensätzlichen Annahmen über die Möglichkeiten wissenschaftlicher Erkenntnis: Das naturwissenschaftliche Paradigma folgt dem Ideal der Objektivität und Wertfreiheit und zielt auf eine Analyse der kausalen Zusammenhänge zwischen klar definierten Variablen. Dieser Methodologie liegt die Annahme zugrunde, dass es eine Wahrheit gibt, der man sich durch exakte Messungen annähern kann. Demgegenüber folgen die rekonstruierenden Ansätze dem interpretativen Paradigma, wonach von einer prinzipiell sozial konstruierten Wirklichkeit auszugehen ist, zu der das methodisch kontrollierte Sinnverstehen den einzig möglichen Zugang darstellt.

Qualitätskriterien qualitativer Forschung

Eine der Schwierigkeiten, die (nicht nur) Neulingen in der qualitativen Forschung zu schaffen macht, ist die ausgeprägte »Vielfalt von Zugängen und Techniken« (HELFFERICH 2011, S. 9), die »weitgehende Unübersichtlichkeit« (LAMNEK 2010, S. 5) und die scheinbar fehlende Konsistenz qualitativer Ansätze. Tatsächlich gibt es nicht »die« qualitative Forschung, die klaren und übergreifenden Regeln folgt. Die zugrunde liegenden Theorien und methodologischen Prämissen weichen bisweilen gravierend voneinander ab.

Die mangelnde Konsistenz qualitativer Verfahren ist aber nicht mit methodischer Beliebigkeit zu verwechseln und stellt nicht unbedingt eine Schwäche

dar. Während sich die Güte standardisierter Verfahren auch daran bemisst, ob und wie sie den vorab fixierten und häufig in einem Studienprotokoll publizierten einheitlichen Regeln folgt, bemisst sich das methodische Vorgehen in der qualitativen Logik am spezifischen Forschungsgegenstand und muss daher notwendigerweise flexibel sein. Zwar werden für qualitative Verfahren einige »Kernkriterien« (STEINKE 2008) formuliert, sie sind aber eher »weich« und müssen im Forschungsverlauf konkretisiert und angepasst werden, z. B. können während der Erhebungsphase der Leitfaden erweitert, ein zusätzliches Erhebungsinstrument eingesetzt, die Stichprobenzusammensetzung verändert oder gar die Forschungsfrage modifiziert werden.

Fragen zur Notwendigkeit, Gültigkeit und konkreten Anwendung von Gütekriterien in der qualitativen Forschung werden lebendig und sicher nicht abschließend diskutiert (ausführlich dazu LAMNEK 2010). Dies spiegelt erneut die Vielfalt der unter dem Label »qualitative Forschung« versammelten Ansätze, die je nach Provenienz zu einer rigorosen Ablehnung, einer annäherungsweisen Übertragung der klassischen Prüfsteine oder einer alternativen Formulierung von Kriterien qualitativer Forschung neigen. Weitgehende Einigkeit herrscht immerhin dahin gehend, dass die in der standardisierten Forschung geltenden Gütekriterien Objektivität (»Messen die Forschenden wirklich unabhängig von subjektiven und anderen Einflüssen?«), Reliabilität (»Bringen wiederholte Messungen wirklich immer das gleiche Ergebnis?«) und Validität (»Misst das Messinstrument wirklich das, was es zu messen angibt?«) auf die qualitative Forschung nicht oder nur sehr eingeschränkt zu übertragen sind. Wie Helfferich ausführt, ist etwa die Irrelevanz des klassischen Gütekriteriums Objektivität »nicht ein Mangel, sondern Ausgangspunkt qualitativer Forschung, daher kann es nicht um anzustrebende Objektivität gehen, sondern um einen anzustrebenden angemessenen Umgang mit Subjektivität« (HELFFERICH 2011, S. 155). Methodisch-kontrolliertes Fremdverstehen ist hier ein wichtiges Stichwort.

Die mit den Begriffen Reliabilität und Validität einhergehenden Forderungen nach stabilen, konstanten und genauen Messungen von objektiv gegebenen Merkmalen stehen der qualitativen Forschung größtenteils gegenüber. Da qualitativ Forschende von einer prinzipiell sozial konstruierten Wirklichkeit ausgehen, interessieren sie sich ja gerade für den sozialen und situativen Kontext. Eine auf interne Validität zielende Standardisierung würde dieses zentrale Prinzip qualitativer Forschung unterlaufen. Mit ihrem Fokus auf jene interaktiven Prozesse, die den erhobenen Daten zugrunde liegen, kann sie den Reliabilitätsanspruch nicht einlösen. Im Gegenteil: Die identische

Wiederholung einer Erzählung im Rahmen narrativer Verfahren würde weniger auf die Verlässlichkeit des Erzählten verweisen als vielmehr auf eine »zurechtgelegte« Version mit nur bescheidenem Erkenntnisgewinn (FLICK 2010, S. 397). Qualitative Forschung verweist auf ein Wissenschaftsverständnis, wonach sich Annahmen über die Wirklichkeit zwar nicht mit Gewissheit bestimmen, aber hinsichtlich »sinnhafter« Plausibilität und Glaubwürdigkeit beurteilen lassen und wonach Annäherungen an eine unabhängig von den Subjekten existierende Wirklichkeit (nur) über die subjektiven Perspektiven der Betroffenen möglich sind. Vor diesem Hintergrund kann die zentrale Frage zur Beurteilung der Güte qualitativer Forschung nur lauten, inwieweit die Konstruktionen der Forschenden in den Konstruktionen der Beforschten begründet sind (vgl. KUCKARTZ 2014, S. 166).

Überlegungen zu den Gütekriterien im Rahmen qualitativer Forschung sind eng mit den für die qualitative Forschung vorgestellten Prinzipien der Offenheit, der Subjektzentrierung und des Kontexteinbezugs verknüpft. Demnach ist qualitative Forschung danach zu beurteilen, inwieweit es gelingt, das Prinzip der Offenheit in den konkreten Forschungsvorgehen umzusetzen, bestehende Vorannahmen und Erwartungen in der Entwicklung des Studiendesigns und der Datenerhebung zu suspendieren bzw. zu reflektieren und auch im Auswertungsprozess entsprechend zu berücksichtigen. Je offener die Forschenden an ihre Forschungspartnerinnen und -partner herangehen und je besser es ihnen gelingt, ihre eigene Subjektivität methodisch zu kontrollieren, desto »näher« sind sie an deren subjektiven Sinnkonstruktionen in den konkreten Alltagshandlungen und damit den (impliziten) Regeln der sozialen Wirklichkeit. Je reflektierter und transparenter die Forschenden mit eigenen Vorannahmen umgehen und je eher die Ergebnisse konsensuell erarbeitet werden, desto geringer ist das Risiko, dass die Befunde lediglich die eigenen subjektiven Perspektiven reproduzieren.

Das zentrale Mittel zur methodischen Kontrolle im Rahmen qualitativer Verfahren ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit: Das konkrete Vorgehen sollte so dargelegt werden, dass es Dritten prinzipiell möglich ist, die Ergebnisse und Interpretationen am konkreten Material nachzuvollziehen. Befunde müssen empirisch verankert (STEINKE 2008) bzw. datenzentriert erarbeitet werden (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002). Die transparente Darlegung des Datenmaterials ermöglicht es Außenstehenden nachzuvollziehen, aus welchen Daten die Ergebnisse und Interpretationen abgeleitet wurden (die damit einhergehenden ethischen Probleme werden in einem eigenen Beitrag in diesem Buch behandelt). Das transparente Vorgehen schließt auch die

Beantwortung der Frage ein, wie mit Befunden umgegangen wird, die nicht mit den Ergebnissen übereinstimmen. Ebenso gehört die Offenlegung des methodischen Vorgehens dazu. Dafür ist es nicht ausreichend, lediglich auf das in den Lehrbüchern dargestellte Methodenwissen zu verweisen. Vielmehr sollte die Methodenwahl am Forschungsgegenstand begründet und die konkrete Abfolge der Erhebung und Analyse des Datenmaterials dargelegt werden. So ist z.B. zu beschreiben, wer wann welche Daten erhoben und bearbeitet hat und welche Codierungen, Kategorien oder Lesarten entwickelt, modifiziert oder unter Umständen auch verworfen wurden.

Die intersubjektive, konsensuelle Erarbeitung von Ergebnissen und Interpretationen gilt als zentrales Gütekriterium für qualitative Verfahren (Steinke 2008). Insofern ist der Einsatz einer Interpretationsgruppe bei qualitativen Verfahren zwingend. Insbesondere sinnerschließende Rekonstruktionen werden im Rahmen eines gemeinsamen Verständigungsprozesses erarbeitet und so hinsichtlich ihrer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit geprüft. Aus methodologischer Sicht entspricht die intersubjektive bzw. konsensuelle Auswertung und Interpretation dem Prinzip der modernen Hermeneutik, die sich auf die universale Gültigkeit kommunikativer Regeln stützt und anhand sprachanalytischer Mittel die fallspezifische Ausgestaltung dieser Regeln rekonstruiert. Je nach Erkenntnisinteresse kann es sinnvoll sein, die Mitglieder einer Auswertungsgruppe oder Interpretationsgruppe nach speziellen Kriterien wie z. B. professionell disziplinärem Hintergrund oder Geschlecht auszuwählen. In den stärker strukturierenden Ansätzen wie z. B. den inhaltsanalytischen Verfahren kann die intersubjektive Überprüfung aber auch über die Befolgung von am Gegenstand erarbeiteten Codierungsregeln erfolgen. Dabei kann das Ausmaß der übereinstimmenden Codierungen von zwei unabhängigen Ratern als Inter-coder-Reliabilität berechnet und anhand eines zuvor festgelegten Grenzwerts beurteilt werden (MAYRING 2010).

Eine besondere Bedeutung im Rahmen der qualitativen sozialpsychiatrischen Forschung kommt der kommunikativen Validierung zu. Dabei werden die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer um eine kritische Sicht auf die Befunde der Studie gebeten und die Gültigkeit der Ergebnisse am Ausmaß der Zustimmung bestimmt. Die kommunikative Validierung knüpft damit an das Versprechen qualitativer Forschung in der Sozialpsychiatrie an, den Fokus auf die Nutzerperspektive zu legen und so zu einer subjektorientierten und bedürfnisangepassten Versorgung beizutragen.

Allerdings ergeben sich je nach verwendeter Methode Fragen zur Gültigkeit der im Rahmen der kommunikativen Validierung erarbeiteten Befunde. Welche

Konsequenz hat es für die Beurteilung der Gültigkeit von Studienergebnissen, wenn die von den Forschenden erarbeiteten Befunde von den Studienteilnehmern nicht bestätigt werden? Nach welchem Kriterium lässt sich Validität bestimmen und wie wäre ein bestimmtes Ausmaß an Zustimmung bzw. Ablehnung zu bewerten? Dabei erscheint die Frage der Übereinstimmung bei eher strukturierten, inhaltsanalytisch orientierten Verfahren noch relativ unkompliziert. Schwieriger gestaltet sich die Beurteilung der Ergebnisse einer kommunikativen Validierung im Rahmen von eher rekonstruktiv angelegten Verfahren, da die hier erarbeiteten Befunde, z. B. in Form latenter Sinngehalte, nicht unmittelbar mit dem subjektiven Sinn einzelner oder mehrerer Personen abgeglichen werden können. Probleme ergeben sich dort, wo »die Sicht des Subjekts systematisch überschritten wird – in Interpretationen, die ins soziale oder psychische Unbewusste vordringen wollen oder sich gerade aus der Unterschiedlichkeit verschiedener subjektiver Sichtweisen ableiten« (FLICK 2010, S. 400).

Schließlich liegt mit der Triangulation ein Verfahren vor, das durch die Verknüpfung von verschiedenen Theorieansätzen, Methoden, Instrumenten, Datenquellen und Forschenden die umfassende Betrachtung eines Forschungsgegenstands verspricht und aufgrund des Prinzips der Multiperspektivität eine gewisse Affinität zu den qualitativen Verfahren aufweist: Die Kombination verschiedener Verfahren zielt auf die Reduktion blinder Flecke, indem die jeweiligen Mängel einer bestimmten Betrachtungsweise durch die Stärken einer anderen ausgeglichen werden. In ähnlicher Weise wie für die kommunikative Validierung beschrieben, ergeben sich aber auch hier Fragen hinsichtlich der Vergleichbarkeit der in den Teilstudien erarbeiteten Befunde und der darauf basierenden Beurteilung der Gültigkeit (LAMNEK 2010).

FLICK (2010) verweist auf das Dilemma zwischen dem notwendigen, durchaus sinnvollen Ziel einer für qualitative Verfahren »gültigen Antwort auf die Qualitätsfrage« einerseits und dem Risiko des Qualitätsverlusts bei Anwendung allgemeingültiger Kriterien, die die Spezifik einzelner Forschungsansätze unterlaufen können. Qualitativ Forschende können dieses Dilemma konstruktiv nutzen, indem sie versuchen, die Güte der eigenen qualitativen Forschungsarbeit sicherzustellen. Unverzichtbar erscheint hierfür eine kritisch-reflektierende, sorgfältige und gewissenhafte Haltung, wie sie für die Grounded Theory beschrieben wurde: Forschende, die sich lange und intensiv mit der Entwicklung einer Theorie beschäftigen, die sich an jeden einzelnen Schritt erinnern können, den sie vollzogen haben und die systematisch über ihre eigenen Daten Bescheid wissen, können am Ende »mit Festigkeit und Vertrauen auf das von ihnen geschaffene Werk sehen« (LAMNEK 2010, S. 160).

Zur Vertiefung

LAMNEK, S.; KRELL, C. (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien. 6. überarb. Aufl. Stuttgart, Weinheim: Beltz.

Die Autorin

Dr. phil. Silvia Krumm, Soziologin mit Krankenpflegeausbildung in einem psychiatrischen Krankenhaus forscht seit 2003 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg zu sozialpsychiatrischen Themen.

Referenzen

- BOHNSACK, R. (2003): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen: Leske & Budrich.
- BLUMER, H. (1969): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: STRÜBING, J.; SCHNETTLER, B. (Hg.) Methodologie interpretativer Sozialforschung, S. 321–385. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- FLICK, U.; KARDORFF, E. VON; STEINKE, I. (2007): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- FLICK, U. (2010): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: MEY, G.; MRUCK, K. (Hg.): Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie, S. 395–407. Wiesbaden: VS.
- FISCHER-ROSENTHAL, W.; ROSENTHAL, G. (1997): Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In: HITZLER, R.; HONER, A. (Hg.) Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung, S. 133–165. Opladen: Leske + Budrich.
- HELFFERICH, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- JUNG, M. (2012): Hermeneutik zur Einführung. Hamburg: Junius.
- KUCKARTZ, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- LAMNEK, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. Stuttgart, Weinheim: Beltz Verlag.

- LUCIUS-HOENE, G.; DEPPEMANN, A. (2002): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Opladen: Leske + Budrich.
- MAYRING, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- PRZYBORSKI, A.; WOHLRAB-SAHR, M. (2013): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg Verlag.
- SOEFFNER, H. G.; HITZLER, R. (1994): Hermeneutik als Haltung und Handlung. Über methodisch kontrolliertes Fremdverstehen. In: SCHROER, N. (Hg.): Interpretative Sozialforschung, S. 28–54. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- SOEFFNER, H. G. (2004): Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- STEINKE, I. (2008): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: FLICK, U.; KARDORFF, E. VON; STEINKE, E. (Hg.) (2008): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, S. 319–331. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. (1996): Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- TREIBEL, A. (2000): Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart. Opladen: Leske + Budrich.
- WEBER, M. (1904): Die Objektivität sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: STRÜBING, J.; SCHNETTLER, B. (Hg.): Methodologie interpretativer Sozialforschung, S. 45–100. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Der blinde Fleck der empirischen Analyse sozialer Phänomene

Möglichkeiten und Grenzen von Mixed-method-Designs in der sozialpsychiatrischen Forschung

Reinhold Kilian

Obwohl die gemeinsame Anwendung qualitativer und quantitativer Methoden der Datenerhebung und der Datenauswertung seit den Anfängen der empirischen Sozialforschung praktiziert wird, finden sich systematische Auseinandersetzungen mit den methodischen Grundlagen dieser Ansätze mit wenigen Ausnahmen erst in diesem Jahrhundert (BAUER, KELLE & KUCKARTZ 2017; BURZAN 2016; CRESWELL 2015; CRESWELL & PLANO CLARK 2018; KUCKARTZ 2014; TASHAKKORI & TEDDLIE 2010). Grund der verzögerten Rezeption könnte die zunehmende Polarisierung des methodischen Diskurses zwischen Vertretern qualitativer und quantitativer Forschungsansätze in den 1980er-Jahren sein. In der Folge wurde die Entscheidung für einen der beiden Ansätze häufig bereits im Rahmen des sozialwissenschaftlichen Studiums zu einer Grundsatzfrage der späteren wissenschaftlichen Orientierung. Forschende, die beide methodischen Ansätze nutzten, bewegten sich zumindest in Deutschland lange Zeit in einem Graubereich der methodischen Legitimation.

Seit den späten 1990er-Jahren wird die strenge Polarisierung sozialwissenschaftlicher Methoden allmählich durch eine pragmatischere Sichtweise abgelöst, die eine gemeinsame Anwendung qualitativer und quantitativer Forschungsansätze zunehmend akzeptiert. Im Rahmen dieses Beitrags soll nun versucht werden auszuloten, welche Möglichkeiten die Anwendung von Mixed-method-Designs im Vergleich zu monomethodischen Ansätzen in der sozialpsychiatrischen Forschung bietet und wo die Grenzen und auch die Fallstricke derartiger Forschungsansätze liegen. Zu diesem Zwecke werden zunächst die wissenschaftstheoretischen Grundlagen quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden erörtert, um dann die sich daraus ergebenden Verbindungsmöglichkeiten, aber auch die potenziellen Kontradiktionen abzuleiten. Übertragen auf die sozialpsychiatrische Forschung werden schließlich die blinden Flecke beider Ansätze herausgearbeitet. Mit Blick auf die sozialpsychiatrische Forschung.

Wissenschaftstheoretische Voraussetzungen quantitativer Methoden

Gemeinsamkeit aller empirischen Forschungsmethoden ist die Annahme einer realen, d.h. unabhängig vom Forscher existierenden Welt, deren Phänomene entweder durch direkte Sinneserfahrungen oder durch methodische Hilfsmittel wahrgenommen bzw. erfahren werden können (KONEGEN & SONDERGELD 1985). Die Grundlage der qualitativen Forschungsmethoden besteht in der Annahme, dass sich soziales Handeln auf der Grundlage symbolisch vermittelter subjektiver Sinnkonstruktionen manifestiert, die sich einer Objektivierung in Form dauerhafter Strukturen oder messbarer Prozesse grundsätzlich entziehen.

Die quantitative Sozialforschung setzt demgegenüber soziale Phänomene als objektiv, d.h. unabhängig von einem beobachtenden Individuum existierende Strukturen und Prozesse, voraus, die in einem kausalen oder zumindest statistischen Zusammenhang mit menschlichem Erleben und Handeln stehen (SCHNELL, HILL & ESSER 2014). Die symbolische Vermittlung menschlichen Handelns auf der Grundlage subjektiver Sinnkonstruktionen wird dabei nicht infrage gestellt. Vielmehr besteht die Annahme, dass sich individuelle Sinnkonstruktionen unter bestimmten Bedingungen in Form überindividueller mehr oder weniger dauerhafter kognitiver Strukturen und Prozesse verfestigen und als Orientierungsmuster eine zentrale Grundlage der Organisation menschlicher Erfahrung bilden (BERGER & LUCKMANN 1977). Obwohl diese Orientierungsmuster einer direkten Beobachtung nicht zugänglich sind, wird angenommen, dass sie als überindividuelle handlungsleitende kognitive Strukturen existieren und als solche unabhängig von der Person des Beobachters objektiv empirisch nachweisbar sind. Während frühe Sozialwissenschaftler hofften, Gesetzmäßigkeiten gesellschaftlicher Prozesse zu entdecken, die ähnlich den Naturgesetzen universelle Gültigkeit haben, sind sich heute quantitative Sozialforscher darüber einig, dass Aussagen über das Zusammenwirken sozialer Phänomene lediglich auf der Basis von Wahrscheinlichkeitsannahmen getroffen werden können (KONEGEN & SONDERGELD 1985; POSER 2012). Wenn aber Wirkprinzipien nicht mehr universell gültig sind, lassen sich Hypothesen über soziale Prozesse auch nicht mehr deduktiv aus derartigen Prinzipien ableiten. Sozialwissenschaftliche Hypothesen lassen sich vielmehr nur auf der Basis bekannten Wissens im Sinne induktiver Verallgemeinerungen formulieren und auf ihren Wahrheitsgehalt prüfen.

Auch die Vorstellungen über den Prozess der wissenschaftlichen Hypothesenprüfung haben sich seit den Zeiten der frühen empirischen Sozialforscher erheblich verändert. Wenn Wissenschaftler immer nur über ein begrenztes Wissen über die Welt verfügen können, so lässt sich nach POPPER (1935) auch der Wahrheitsgehalt von induktiven Hypothesen nie endgültig feststellen, sondern nur unter dem Vorbehalt, dass zukünftige Forschungen sie nicht widerlegen. Aus dieser mit dem Begriff des kritischen Rationalismus verbundenen Einsicht hat sich das bis heute in der quantitativen Sozialforschung allgemein anerkannte Prinzip der Hypothesenfalsifikation entwickelt. Der Wahrheitsgehalt einer wissenschaftlichen Hypothese wird nach diesem Prinzip geprüft, indem man versucht, eine der Hypothese widersprechende Annahme zurückzuweisen. Auf diese Weise lässt sich zwar nie mit endgültiger Sicherheit sagen, ob eine wissenschaftliche Aussage über einen Sachverhalt wahr ist, es lässt sich aber immerhin feststellen, dass die Aussage zu den bisher über den Sachverhalt bekannten Tatsachen nicht im Widerspruch steht.

Aus der Anerkennung des Falsifikationsprinzips ergibt sich die Notwendigkeit, dass wissenschaftliche Hypothesen grundsätzlich falsifizierbar sein müssen und sich deshalb nur auf Sachverhalte beziehen können, die einer empirischen Feststellung durch Beobachtung grundsätzlich zugänglich sind. Da viele Bestandteile sozialwissenschaftlicher Theorien und Hypothesen einer direkten empirischen Feststellung nicht zugänglich sind, erfordert der Prozess der sozialwissenschaftlichen Hypothesenprüfung in der Regel nicht nur eine Definition zentraler Begriffe, sondern zusätzlich den Schritt der Operationalisierung, d.h. der Festlegung von Regeln für die empirische Erfassung der mit diesen Begriffen bezeichneten theoretischen Konstrukte. Im Rahmen der Operationalisierung wird festgelegt, welche beobachtbaren Phänomene als Indikatoren für nicht beobachtbare Tatbestände oder Prozesse verwendet werden können und welche Eigenschaften oder Zustände nicht beobachtbarer Konstrukte mit Eigenschaften oder Zuständen von Indikatoren korrespondieren (SCHNELL et al. 2014). Kompliziert wird der Prozess der Operationalisierung insbesondere dann, wenn die zu operationalisierenden Konstrukte selbst Bestandteile abstrakter theoretischer Konzepte sind, die ihrerseits der empirischen Prüfung bedürfen. Komplexe theoretische Begriffe werden dabei häufig über verschiedene Indexvariablen als mehrdimensionale Konstrukte abgebildet. So werden z.B. zur Erfassung der sozialen Schichtzugehörigkeit die Indexmerkmale Bildungsabschluss, Einkommensniveau und Berufsstatus verwendet (GEISLER 2014). Die mehrdimensionale Erfassung theoretischer Konstrukte wirft dabei die Frage auf, in welcher Weise die verwendeten Indexwerte

miteinander verknüpft werden können. Auch hierfür müssen Regeln definiert werden, welche wiederum eine wichtige Grundlage für die Auswertung und die Interpretation der jeweiligen Messergebnisse bilden.

Als Messung wird dabei allgemein jede Form der Zuordnung von Zahlen zu Objekten nach festgelegten Regeln verstanden (STEVENS 1946). Je nach den dabei verwendeten Regeln ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten der Interpretation und der statistischen Auswertung der Messergebnisse. Die Wahl der Methoden zur statistischen Analyse sozialwissenschaftlicher Messungen wird deshalb maßgeblich durch das Messniveau einer Skala bestimmt.

Grundsätzlich geht es bei der statistischen Datenanalyse darum, beobachtete soziale Phänomene im Hinblick auf ihre charakteristischen Merkmale zu beschreiben und eine Aussage darüber zu machen, in welchem Umfang von den Merkmalen in einer Untersuchungsgruppe (Stichprobe) auf ein allgemeines Merkmal in der Zielgruppe der Untersuchung (Grundgesamtheit) geschlossen werden kann. So könnte die Untersuchung der Patienten einer Behandlungseinrichtung für depressive Erkrankungen zu dem Ergebnis führen, dass diese aus 20 % Männern und 80 % Frauen besteht und dass 60 % der Patienten und Patientinnen einen Gymnasialabschluss und 40 % einen niedrigeren Schulabschluss aufweisen. Weiterhin könnte die Untersuchung ergeben, dass die 80 % der Männer dieser Population arbeitslos sind, während die Arbeitslosenquote der Frauen bei 30 % liegt, wohingegen die Frauen der Population zu einem Anteil von 70 % geschieden sind, während die Männer eine Scheidungsquote von 10 % aufweisen. Die vorgefundenen Merkmalsverteilungen liefern einerseits eine mehrdimensionale Beschreibung der untersuchten Personengruppe, andererseits liefern sie Hinweise für Hypothesen über mögliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Merkmalen in der Grundgesamtheit depressiver Patienten wie diese: Männer mit depressiven Erkrankungen sind häufiger arbeitslos als Frauen mit depressiven Erkrankungen. Oder: Arbeitslosigkeit bei Männern erhöht das Risiko einer psychischen Erkrankung. Beide Hypothesen stellen sogenannte Induktionsschlüsse dar, die im Rahmen von statistischen Prüfungen falsifiziert werden können.

Die grundsätzliche Möglichkeit statistischer Induktionsschlüsse ergibt sich daraus, dass die Variation der Merkmalsausprägungen natürlicher Phänomene theoretisch eine sogenannte Normalverteilung aufweist, d.h. die Dichte der Merkmalsausprägungen hat ihr Maximum am arithmetischen Mittelwert und nimmt mit zunehmender Entfernung vom Mittelwert ab. Aus dem zentralen Grenzwerttheorem ergibt sich weiterhin die Tatsache, dass die Summe einer gegen unendlich gehenden Zahl von identisch verteilten Zufallsvariablen

ebenfalls einer Normalverteilung entspricht. Da die Dichte der Normalverteilung näherungsweise durch eine mathematische Funktion bestimmt ist, lassen sich Aussagen darüber machen, mit welcher Wahrscheinlichkeit die in einer bestimmten Population vorgefundenen Verteilungsparameter mit der Annahme einer Zufallsverteilung vereinbar sind. Wegen der nur näherungsweise möglichen Bestimmung der Verteilungsdichte ist die Prüfung dieser Hypothese nur mit einer Wahrscheinlichkeit < 1 möglich. Um Aussagen auf einer vergleichbaren Basis treffen zu können, einigten sich Statistiker per Konvention auf 5 % als maximal zulässige Fehlerwahrscheinlichkeit für die Zurückweisung einer Nullhypothese (vgl. BORTZ & SCHUSTER 2016).

Die blinden Flecke qualitativer und quantitativer Untersuchungsmethoden

Geht man davon aus, dass jede sozialwissenschaftliche Forschung mit dem Ziel verbunden ist, wahre Aussagen über die soziale Beschaffenheit der Welt zu machen, die über die unmittelbare Beobachtung eines Phänomens hinausreichen, so ergeben sich sowohl aus der qualitativen als auch aus der quantitativen Forschungsperspektive grundlegende Probleme.

Während die qualitative Perspektive den Prozess der sinnhaften Orientierung aus den Aussagen und Handlungen von Individuen über den Prozess des Fremdverstehens zu rekonstruieren vermag, fehlt ihr eine Grundlage dafür, aus individuellen Sinnkonstruktionen auf allgemeine, empirisch überprüfbare soziale Handlungszusammenhänge schließen zu können. Wenn z. B. die Befragung eines arbeitslosen Mannes mit einer depressiven Erkrankung ergibt, dass der Befragte den Verlust seines Arbeitsplatzes als Ausdruck seiner individuellen Unfähigkeit deutet, die mit seiner männlichen Geschlechtsrolle subjektiv verbundenen gesellschaftlichen Erwartungen zu erfüllen, liefert die Rekonstruktion dieser subjektiven Sinnkonstruktion eine plausible Erklärung dafür, warum der Befragte als Folge der kognitiven Auseinandersetzung mit seiner individuellen Lage die Gefühlsregungen und Handlungsmuster zeigt, die für eine depressive Erkrankung als symptomatisch angesehen werden. Sie liefert aber keine Grundlage für die induktive Verallgemeinerung dieser Verbindung zu einer allgemeinen Aussage: Wenn Männer den Verlust ihres Arbeitsplatzes als Unfähigkeit deuten, ihre männliche Geschlechtsrolle zu erfüllen, dann entwickeln sie mit einer berechenbaren Wahrscheinlichkeit Symptome

einer depressiven Erkrankung. Das Problem besteht dabei nicht darin, dass Verfahren zur qualitativen Datenerhebung gegenüber quantitativen Verfahren eine geringere Genauigkeit bei der Erfassung sozialer Phänomene aufweisen, sondern vielmehr darin, dass qualitative Methoden keinen mathematischen Bezugsrahmen für den Umgang mit den bei jeder Form der Datenerhebung zwangsläufig auftretenden Ungenauigkeiten bieten.

Selbst wenn es qualitative Verfahren ermöglichen, Phänomene von der Ebene der Einzelfallanalyse zu lösen und z.B. durch Kontrastierung verschiedener Fälle allgemeine Strukturen und Prozesse zu rekonstruieren, so müssen auch diese Verfahren die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass sowohl auf der Seite der untersuchten Menschen als auch auf der Seite der Forscher Selektionsprozesse und Fehlwahrnehmungen wirksam sind, die sich zwar durch sorgfältiges Arbeiten reduzieren, aber niemals vollständig eliminieren lassen. Im Unterschied zur quantitativen Methode bietet der qualitative Bezugsrahmen jedoch keine Möglichkeit, dieses Fehlriskio zu quantifizieren und systematisch bei der Datenanalyse und der Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen.

Quantitative Untersuchungsmethoden basieren zwar auf der Annahme einer grundsätzlichen Möglichkeit der objektiven Messung sozialer Phänomene, im Gegensatz zu einer qualitativen Befragung lassen sich subjektive Sinninhalte allerdings nicht in ihrer aktuellen Form, sondern nur im Sinne dauerhafter Orientierungsmuster erfassen. Die Existenz derartiger Orientierungsmuster als Grundlagen der kognitiven Organisation von Erfahrungen lässt sich nur theoretisch begründen. Greifen wir zur Illustration wieder das Beispiel des vermuteten Zusammenhangs von männlichen Geschlechtsrollenerwartungen, Arbeitslosigkeit und Depression auf, so würden wir Geschlechtsrollenerwartungen als ein kognitives Orientierungsmuster definieren, dessen Vorhandensein bei jedem Menschen vorausgesetzt werden kann. Grund dieser allgemeinen Annahme ist die Tatsache, dass das Geschlecht in allen bekannten Gesellschaften eine zentrale Grundlage der biologischen und materiellen Reproduktion darstellt. Weiterhin nehmen wir an, dass sich geschlechtsrollenspezifische Orientierungsmuster in verschiedenen Gesellschaften unterscheiden und das in der Gesellschaft, in der wir unsere Untersuchung durchführen, bestimmte Ausprägungen geschlechtsrollenspezifischer Orientierungen eher vorkommen als andere. Um das Konstrukt eines geschlechtsrollenspezifischen Orientierungsmusters messbar zu machen, muss festgelegt werden, welche Indikatoren auf dieses theoretische Konstrukt verweisen. In der Regel werden die Zustimmung oder Ablehnung bestimmter Aussagen genutzt, die als Ausdruck einer spezifischen Rollenvorstellung angesehen werden. So würde z.B. die

Zustimmung zu der Aussage »Männer sind dafür verantwortlich, die Familie zu ernähren« als Ausdruck einer eher traditionellen Geschlechtsrollenorientierung betrachtet. Um die Präzision einer Messung zu erhöhen, werden in der Regel mehrere Aussagen zu einer erwarteten Form der Orientierung formuliert und die Antworten zu diesen Aussagen zu einem Index zusammengefasst. Geht man davon aus, dass die in einem derartigen Index zusammengefassten geschlechtsrollenspezifischen Orientierungsmuster unabhängig von der Aktivität eines Beobachters existieren, so lässt sich ebenfalls annehmen, dass die individuellen Ausprägungen dieses Index einer Zufallsverteilung unterliegen und deshalb theoretisch die Form eine Normalverteilung aufweisen. Damit sind grundsätzlich die Möglichkeiten für eine induktive Verallgemeinerung von auf dieser Messung basierenden Aussagen mit einer definierten statistischen Fehlerwahrscheinlichkeit gegeben.

Der blinde Fleck des so definierten quantitativen Forschungszugangs besteht darin, dass der Nachweis der sinnstiftenden und handlungsleitenden Relevanz der kognitiven Orientierungsmuster nicht erbracht werden kann. Auch wenn Untersuchungspersonen in großer Zahl alle Fragen eines Geschlechtsrollenfragebogens beantworten, lässt sich daraus nicht zwingend ableiten, dass es die vermuteten Ausprägungen der Geschlechtsrollenorientierung wirklich gibt. Die Beantwortung eines standardisierten Fragebogens ist grundsätzlich ohne jedes Verständnis der einzelnen Fragen möglich. Insbesondere muss immer damit gerechnet werden, dass Befragte zu dem Gegenstand einer Befragung keine spezifische Einstellung aufweisen und die aus der Beantwortung der Fragen generierten Indexwerte keine inhaltliche Bedeutung haben. Selbst dann, wenn Befragte in einem Fragebogen Angaben machen, die ihrer Einstellung entsprechen, ist damit nicht notwendigerweise eine handlungsleitende Bedeutung dieser Einstellung verbunden. So ist denkbar, dass sich ein Befragter bei einer anonymen Befragung gegen die Gleichberechtigung von Männern und Frauen ausspricht, diese Haltung aber in seinem täglichen Leben aus Furcht vor negativen Reaktionen niemals zeigt.

Worin könnte der Erkenntnisgewinn durch eine Verbindung qualitativer und quantitativer Zugänge bestehen?

Aus den Darstellungen der grundlegenden Eigenschaften und Voraussetzungen quantitativer und qualitativer Untersuchungsmethoden sollte deutlich geworden sein, dass ihre additive oder konkurrierende Verwendung nicht sinnvoll ist. Die mit einer der beiden Methoden gewonnenen Ergebnisse lassen sich mit der jeweils anderen Methode weder bestätigen noch widerlegen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob und in welcher Weise eine Methode zur Ausleuchtung der blinden Flecke der jeweils anderen Methode herangezogen werden kann.

Die Verwendung qualitativer Untersuchungsergebnisse zur Generierung von Hypothesen

Aus wissenschaftstheoretischer Sicht war der Stellenwert der Hypothesengenerierung im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess immer wieder Gegenstand intensiver Auseinandersetzungen, die ihren Ausgangspunkt im sogenannten Werturteilsstreit der Sozialwissenschaften haben. Ausgangspunkt des Werturteilsstreits war die Forderung Max Webers, dass die Beschreibung und die Erklärung sozialer Phänomene nicht von den subjektiven Wünschen und Wertvorstellungen des Wissenschaftlers beeinflusst werden sollen (WEBER et al. 1988). Allerdings bezog sich die Forderung nach Werturteilsfreiheit nicht auf die Auswahl von Forschungsgegenständen, Fragestellungen und Hypothesen. In Orientierung an Weber vertrat Popper aus der Perspektive des kritischen Rationalismus die Position, dass die Hypothesengenerierung der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung vorgelagert ist und für den Prozess der Wahrheitsfindung keine Relevanz hat (POSER 2012; SCHNELL et al. 2014). Eine Gegenposition vertritt die »kritische Theorie« der Frankfurter Schule mit ihren Hauptvertretern Adorno, Horkheimer und Habermas (POSER 2012). Mit ihrem Anspruch, dass insbesondere die Sozialwissenschaft allgemein anerkannten gesellschaftlichen Zielen dienen soll, wird die Auswahl von Forschungsthemen und der Prozess der Hypothesengenerierung zu einem zentralen Bestandteil des wissenschaftlichen Erkenntnisprozesses. Damit stellt sich die Frage nach der rationalen Begründung von Forschungsfragen und Hypothesen. Neben einer theoretischen Argumentation können die Auswahlkriterien bereits vorliegende Ergebnisse qualitativer Pilotstudien sein.

Ein Vorteil einer Hypothesengenerierung auf der Basis qualitativer Pilotstudien ist insbesondere die Möglichkeit der expliziten Bezugnahme auf Prozesse der subjektiven Sinnkonstruktion. So könnten im Rahmen qualitativer Befragungen von Patienten mit einer depressiven Erkrankung die Interpretationen des Befragten im Hinblick auf die psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit explizit erfragt werden. Aus den Ergebnissen dieser Befragung könnten dann Hypothesen abgeleitet werden, wie sie oben formuliert wurden. Die Hypothese, arbeitslose Männer mit bestimmten männlichen Rollenerwartungen haben ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken, kann dann im Rahmen einer repräsentativen Studie einem Falsifikationstest unterzogen werden.

Aus der Plausibilität der sequenziellen Kombination qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden ergibt sich allerdings nicht zwangsläufig die Praktikabilität dieser Vorgehensweise. So erhebt sich die Frage, wie man auf der Basis der Ergebnisse einer qualitativen Befragung nicht nur zu falsifizierbaren Hypothesen, sondern auch zu klar definierten messbaren theoretischen Konstrukten gelangt. Die Abfrage geschlechtsrollenspezifischer Orientierungen liefert ja allenfalls die Grundlage für die Definition von Konstrukten und Indikatoren, aber noch lange kein valides und reliables Instrument zur Erfassung dieser Indikatoren, d. h. unter Umständen sind zwischen der qualitativen Studie zur Hypothesengenerierung und der quantitativen Studie zur Hypothesenprüfung noch eine Reihe von mehr oder weniger aufwendigen Zwischenschritten notwendig. Deren Planbarkeit hängt unter anderem vom Grad der Offenheit der qualitativen Pilotstudie ab. Unter Umständen kann es im Rahmen eines derartigen Forschungsprozesses notwendig sein, einzelne Untersuchungsphasen ein- oder mehrfach zu wiederholen.

Die Nutzung qualitativer Untersuchungsmethoden zur Generierung theoretischer Konstrukte und Messindikatoren

Nehmen wir wiederum das Beispiel des vermuteten Zusammenhangs zwischen Geschlechtsrollenorientierung, Arbeitslosigkeit und Depression zum Ausgangspunkt, so könnte eine Strategie der Verbindung beider Forschungsansätze darin bestehen, mittels einer qualitativen Befragung zu untersuchen, ob arbeitslose Männer mit einer depressiven Erkrankung spezifische Geschlechtsrollenorientierungen aufweisen und welche Bedeutung diese Orientierungen für ihr Erleben und Handeln haben. Die Ergebnisse dieser Untersuchung könnten einerseits dazu verwendet werden, das theoretische Konstrukt der Geschlechtsrollenorientierung auf der Grundlage der Aussagen der Befragten

zu definieren. Damit ließe sich sicherstellen, dass nur die inhaltlichen Aspekte aufgenommen würden, die für die Befragten eine mehr oder weniger große erlebens- und handlungsleitende Relevanz aufweisen. Auf der Basis einer derartigen Definition könnten dann Aussagen formuliert werden, welche die Ausprägung der jeweiligen Orientierung indizieren und so als Grundlage für eine standardisierte Erfassung der Geschlechtsrollenorientierung dienen können.

Häufige Verwendung findet diese Form der sequenziellen Anwendung qualitativer und quantitativer Methoden bei der Entwicklung standardisierter Fragebögen. Als Beispiel für die Möglichkeiten und die Grenzen dieser Vorgehensweise lassen sich die WHO-Fragebögen zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität anführen (ANGERMEYER, KILIAN & MATSCHINGER 2000; The WHOQOL Group 1998 a, 1998 b; WINKLER, MATSCHINGER, ANGERMEYER & the WHOQOL-OLD Group 2006).

Als Grundlage der Entwicklung der WHO-Fragebögen zur subjektiven Lebensqualität dienten Fokusgruppen in verschiedenen Ländern. Ziel dieser Fokusgruppen war die umfassende Analyse der dimensional und kulturellen Struktur des Konstruktes und die Definition der aus dieser Struktur abgeleiteten Einzeldimensionen wie z. B. das Erleben positiver Gefühle als Teil der Dimension des psychischen Wohlbefindens. In einem weiteren qualitativen Schritt wurden ebenfalls mittels Fokusgruppen Fragebogenitems zu den jeweiligen Teildimensionen formuliert, z. B. »Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?«. An diese qualitativen Untersuchungsschritte schlossen sich dann jeweils zwei quantitative Befragungen an, die der Auswahl der Items und der Prüfung der psychometrischen Eigenschaften des Instrumentes dienten. Die für die Generierung des Ausgangsinstrumentes angewendete Kombination qualitativer Fokusgruppen und quantitativer Befragungsstudien wurde schließlich dazu verwendet, weitere länder- sowie zielgruppenspezifische Versionen der Instrumente zu entwickeln.

Die hier dargestellte Vorgehensweise zur Entwicklung von Fragebögen wird auch als Bottom-up-Methode bezeichnet und damit von Vorgehensweisen abgegrenzt, im Rahmen derer die Definition von Fragebogeninhalten und die Formulierung von Items ausschließlich auf der Basis theoretischer Überlegungen erfolgt. Der Vorteil der Bottom-up-Methode liegt in erster Linie in der Sicherstellung der Relevanz der mit den jeweiligen Instrumenten gemessenen Inhalte für die Betroffenen.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Auswahl der Teilnehmer qualitativer Untersuchungen in der Regel nicht nach Gesichtspunkten der Repräsentation

erfolgen kann, d. h. das Risiko von Selektionseffekten ist relativ hoch. Immer besteht die Gefahr, dass die sinnstiftende bzw. handlungsleitende Bedeutung inhaltlicher Aspekte für die Teilnehmer des qualitativen Untersuchungsteils nicht gegeben ist, für die Angehörigen der Zielgruppe insgesamt jedoch sehr wohl. Umgekehrt ist ebenso denkbar, dass inhaltliche Aspekte, die sich im qualitativen Untersuchungsteil als relevant erweisen, den Kriterien der quantitativen Prüfung psychometrischer Itemeigenschaften zum Opfer fallen. In beiden Fällen lassen sich mögliche Kontradiktionen qualitativer und quantitativer Untersuchungsergebnisse nicht empirisch auflösen, sondern es muss auf Grundlage theoretischer und pragmatischer Gesichtspunkte darüber entschieden werden, wie mit diesen Ergebnissen umzugehen ist.

Die Quantifizierung qualitativer Studienergebnisse als Grundlage für statistische Analysen

Eine Quantifizierung qualitativer Studienergebnisse ist in den meisten Fällen möglich, aber nur in den wenigsten Fällen sinnvoll. Möglich ist eine Quantifizierung qualitativer Studienergebnisse immer dann, wenn sinnstiftende Einheiten z. B. aus Leitfadeninterviews extrahiert und kategorisiert werden. Auch Typisierungen durch eine kategoriale Zuordnung der Untersuchungsteilnehmer können als Grundlage einer Quantifizierung dienen. Sinnvoll sind Quantifizierungen allerdings nur dann, wenn den Quantitäten, z. B. der Häufigkeit des Auftretens spezifischer Sinnkategorien oder Typen, tatsächlich eine statistische Bedeutung beigemessen werden kann. Formale Voraussetzungen dafür sind in der Regel die Repräsentativität sowie ein Mindestumfang der Untersuchungsstichprobe.

Inhaltlich ist eine Quantifizierung qualitativer Untersuchungsergebnisse dann sinnvoll, wenn diese Erkenntnisse liefert, die über die durch die qualitativen Ergebnisse gewonnenen Erkenntnisse hinausreichen. Wenn sich z. B. im Rahmen der Befragung arbeitsloser Depressionspatienten zeigt, dass die Befragten entweder eine traditionelle oder eine moderne Vorstellung männlicher Rollenerwartung aufweisen, so ist es durchaus von Interesse zu erfahren, wie sich die Befragten hinsichtlich dieser Orientierungsmuster verteilen. Allerdings liefert diese Information nur dann eine weitergehende Erkenntnis, wenn die Stichprobe ein Mindestmaß an Repräsentativität im Hinblick auf die Population aller männlichen Depressionspatienten aufweist. Sind in der Stichprobe in der Mehrzahl ältere und nur wenige jüngere Männern enthalten, müsste man davon ausgehen, dass die Verteilung hinsichtlich der Geschlechtsrollenorientierung auf

die Altersselektion der Stichprobe zurückzuführen ist und deshalb keine allgemeinen Erkenntnisse über die Verteilung von Geschlechtsrollenorientierungen unter arbeitslosen Männern mit depressiven Erkrankungen liefert.

Sinnvoll kann eine Quantifizierung qualitativer Untersuchungsergebnisse auch dann sein, wenn die qualitativen Ergebnisse eine Komplexität aufweisen, welche sich qualitativ nicht mehr angemessen darstellen lässt. Als Beispiel lässt sich hier eine Studie anführen, im Rahmen derer einhundert Personen mit einer chronischen schizophrenen Erkrankung mittels problemzentrierten Leitfadeninterviews zu ihrer aktuellen Lebenssituation befragt wurden (KILIAN et al. 2003; KILIAN, LINDENBACH, LOBIG, UHLE & ANGERMEYER 2001; KILIAN, LINDENBACH, LÖBIG et al. 2001). Ziel der Untersuchung war es, festzustellen, in welchem Umfang die Befragten ihre Ansprüche an die durch die Erkrankung bedingten Restriktionen angepasst haben. Als Ergebnis dieser Untersuchung wurden die Befragungsteilnehmer im Hinblick auf ihre berufliche Tätigkeit, ihre sozialen Beziehungen, ihre Freizeitgestaltung sowie ihre psychiatrische Behandlung typisiert. Insgesamt ergaben sich daraus sechs Dimensionen mit jeweils zwischen drei und fünf qualitativen Kategorien. Mittels einer Spezialform der multiplen Korrespondenzanalyse (GREENACRE 1993) war es möglich, die Zusammenhänge zwischen den qualitativen Kategorien quantitativ auf einer latenten Dimension abzubilden, die sich im Hinblick darauf interpretieren ließ, ob die Befragten sich eher resignativ, zufrieden und damit passiv zeigten oder eher kreativ, unzufrieden und aktiv (KILIAN et al. 2003). Dabei wurde eine resignativ zufriedene und passive Orientierung als niedrige Ausprägung individuellen Empowerments und eine kreativ unzufriedene und aktive Orientierung eher als hohe Ausprägung individuellen Empowerments interpretiert. Bei einer Wiederholung der Befragung nach zwei Jahren wurde deutlich, dass Befragte mit zunehmendem Grad von Empowerment eher eine Tendenz zeigten, positive Veränderungen ihrer Lebenssituation auch positiv zu bewerten und gegebenenfalls ihre Ansprüche inhaltlich zu verändern, während Befragte mit einem abnehmenden Grad an Empowerment eher dazu neigten, ihre Ansprüche zu reduzieren. Insgesamt zeigt die dargestellte Studie sehr gut die Möglichkeit eines Erkenntnisgewinns durch die Quantifizierung qualitativer Daten. Dieser Erkenntnisgewinn war allerdings mit einem hohen Aufwand für die Erhebung und Auswertung der Daten verbunden (KILIAN 2013).

Eine wichtige methodische Einschränkung der Quantifizierung qualitativer Untersuchungsergebnisse besteht darin, dass bei Kategorisierungen und Typisierungen nicht von zufallsverteilten Merkmalen ausgegangen werden kann. Bei der statistischen Weiterverarbeitung der Daten muss deshalb darauf

geachtet werden, dass die Voraussetzungen für die Verwendung deskriptiv- und inferenzstatistischer Auswertungsverfahren tatsächlich gegeben sind (KILIAN et al. 2003).

Die Vertiefung der Ergebnisse einer quantitativen Untersuchung durch eine qualitative Studie

Da im Rahmen quantitativer Studien der eigentliche Prozess der Sinnkonstruktion nicht erfasst werden kann, basieren Ergebnisinterpretationen in der Regel auf Annahmen darüber, dass die gewonnenen Daten tatsächlich auf sinnhafte Prozesse bei den Untersuchungspersonen verweisen. So wird der statistische Zusammenhang zwischen den Ausprägungen einer Skala für die Geschlechtsrollenorientierung und den Ausprägungen einer Skala für die Stärke depressiver Symptome als Indikator subjektiv sinnhafter, kausaler Prozesse interpretiert. Nun gibt es verschiedene Gründe dafür, warum der in den quantitativen Daten sichtbare Zusammenhang auf eine andere als die angenommene Weise zustande gekommen ist. Eine Möglichkeit, die bei Querschnittsdaten immer in Betracht gezogen werden muss, ist die, dass die als Zielkriterium angesehene Variable – im vorliegenden Fall der Grad der Depression – nicht die Folge, sondern die Ursache der vorgefundenen Assoziationen bildet, dass also mit zunehmendem Grad der Depressivität das Risiko des Arbeitsplatzverlustes steigt und dass die Depressivität gleichzeitig die Einschätzung der eigenen Fähigkeit zur Erfüllung von geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen beeinträchtigt. Neben dieser Möglichkeit der Fehlinterpretation ergeben sich zahlreiche weitere Gründe dafür, den durch quantitative Daten vermeintlich repräsentierten Prozess der Sinnkonstruktion genauer in Augenschein zu nehmen. So stellt sich vor dem Hintergrund der oben skizzierten Zusammenhänge die Frage, warum die betroffenen Männer ihre geschlechtsrollenspezifischen Orientierungsmuster angesichts deren negativer emotionaler Auswirkungen nicht verändern, wenn diese sich negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken.

Zur Klärung diesbezüglicher Fragen bietet sich die qualitative Untersuchung einer Auswahl der Teilnehmenden einer bereits abgeschlossenen quantitativen Studie an. Ein Vorteil einer derartigen sequenziellen Verbindung qualitativer und quantitativer Untersuchungsmethoden besteht darin, dass die Auswahl der Teilnehmer der qualitativen Befragung gezielt auf der Basis der Ergebnisse der quantitativen Befragung erfolgen kann. Als Beispiel einer derartigen Vorgehensweise lässt sich eine aktuelle Studie zur Geschlechtsrollenorientierung von

250 Männern mit depressiven Erkrankungen anführen. Die Männer wurden zunächst mittels einer latenten Profilanalyse im Hinblick auf ihre Geschlechts- und Berufsrollenorientierung analysiert. Es ergaben sich drei latente Klassen, nach deren Merkmalsausprägungen eine stärker ausgeprägte traditionelle Geschlechtsrollenorientierung mit hohen beruflichen Ambitionen und mit gering ausgeprägten Ressourcen zur Bewältigung beruflicher Belastungen assoziiert ist, während eine weniger starke traditionelle Geschlechtsrollenorientierung entweder mit hohen beruflichen Ambitionen und stärker ausgeprägten Belastungsbewältigungsressourcen oder mit geringen beruflichen Ambitionen und geringeren Belastungsbewältigungsressourcen verbunden ist. Ferner zeigte sich, dass Männer, die der latenten Klasse mit einer eher traditionellen Männlichkeitsorientierung, hohen beruflichen Ambitionen und geringen Belastungsbewältigungsressourcen zugewiesen wurden, nicht nur eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik hatten, sondern auch eine stärkere Tendenz zur Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen.

Diese Ergebnisse führten zu der Frage, welche Bedeutung geschlechts- bzw. berufsrollenspezifische Orientierungsmuster für das Erleben einer psychischen Erkrankung und die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfsangebote bei Männern mit einer depressiven Erkrankung haben. Zur Beantwortung dieser Frage werden im nächsten Untersuchungsschritt ausgewählte Teilnehmer der quantitativen Studie mittels biografischer Leitfadeninterviews befragt, um zu erforschen, wie sie die Entstehung ihrer Erkrankung und den Eintritt in das psychiatrische Hilfesystem erlebt haben. Die Fallauswahl auf der Basis der latenten Klassenanalyse dient dabei als Grundlage einer kontrastierenden inhaltsanalytischen Auswertung der biografischen Interviews.

Auch die vertiefende Kombination quantitativer und qualitativer Untersuchungsmethoden birgt eine Reihe von Problemen, die sich aus den unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Annahmen beider Ansätze ergeben. So wird durch die Auswahl der Teilnehmer für die qualitative Befragung auf der Grundlage der Ergebnisse der quantitativen Befragung die grundsätzliche Offenheit des qualitativen Zugangs gegenüber subjektiven Sinnkonstruktionen eingeschränkt. Dies gilt im Fall der vorliegenden Untersuchung z.B. für die Annahme der Existenz geschlechts- bzw. berufsrollenspezifischer Orientierungsmuster. Indem diese Differenzierung als Grundlage für eine Fallkontrastierung gewählt wird, wird bereits eine handlungsleitende Bedeutung dieser Orientierungsmuster vorausgesetzt. Unabhängig davon, welche Ergebnisse die qualitative Befragung zutage fördert, kann diese Annahme nicht aufgegeben werden, ohne das Gesamtkonzept der Studie infrage zu stellen. Sollten z.B.

die Ergebnisse der qualitativen Auswertung zu der Schlussfolgerung führen, dass die Klassifikation der Untersuchungsteilnehmer auf der Grundlage der quantitativen Daten gegenstandslos ist, weil die im Rahmen der quantitativen Messung erfassten Orientierungsmuster für die Befragten keine handlungsleitende Relevanz aufweisen, so ergibt sich zwangsläufig die Frage nach der Gültigkeit der qualitativen Daten, die auf der Basis der quantitativen Klassifikation gewonnen wurden.

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Die Tatsache, dass sich in den Sozialwissenschaften zwei auf unterschiedlichen epistemologischen und ontologischen Grundlagen basierende methodische Paradigmen der empirischen Forschung nicht nur erhalten haben, sondern systematisch weiterentwickelt werden, hat mit der Komplexität und der Dynamik subjektiver Sinnkonstruktionen als maßgeblicher Grundlage sozialen Handelns zu tun und dem gleichzeitigen Unvermögen, Prozesse der Sinnkonstruktion direkt zu beobachten oder gar zu messen (KONEGEN & SONDERGELD 1985). Qualitative und quantitative Forschungsansätze versuchen, dieses Dilemma auf unterschiedliche Weise zu lösen. Qualitative Methoden versuchen, den Prozess der subjektiven Sinnkonstruktion rekonstruierend zu verstehen und auf dieser Basis induktiv Hypothesen über Erscheinung und Bedeutung sozialer Phänomene zu generieren. Quantitative Methoden setzen den Prozess des Verstehens subjektiver Sinnkonstruktionen und ihre Messbarkeit in Form von idealtypisch definierten relativ dauerhaften kognitiven Orientierungsmustern voraus, um auf dieser Grundlage Hypothesen zu formulieren und diese mittels des statistischen Induktionsschlusses zu falsifizieren. Beide Ansätze leisten für sich einen Beitrag zur Beschreibung und zur Erklärung sozialer Phänomene und Forschende wählen einen dieser Ansätze im Bewusstsein des jeweils spezifischen blinden Fleckes. Während der qualitative Ansatz für sich beanspruchen kann, den Prozess des Sinnverstehens durch Rekonstruktion sichtbar zu machen, fehlt ihm ein epistemologischer Rahmen für die Prüfung von verallgemeinernden Hypothesen. Demgegenüber verfügt der quantitative Ansatz über eine mathematische Grundlage zur verallgemeinernden Prüfung von Hypothesen über die Erscheinung und die Erklärung sozialer Phänomene, es fehlt ihm

jedoch ein epistemologischer Rahmen für den Prozess der Rekonstruktion subjektiver Sinnkonstruktionen.

Dieser Beitrag sollte verdeutlichen, dass sich beide Ansätze sinnvoll verbinden lassen, auch wenn eine Methode die Blindstelle der anderen nicht gänzlich erhellen kann. Wäre dies der Fall, so müsste die Verbindung beider Ansätze eine notwendige Grundlage aller empirischen sozialwissenschaftlichen Untersuchungen sein. Da jedoch der Übergang von einem zum anderen Ansatz mit einem epistemologischen Perspektivenwechsel verbunden ist, entsteht bei der Verbindung beider Ansätze immer eine neue blinde Stelle, derer sich der oder die Forschende bewusst sein muss, um unzulässige Schlussfolgerungen zu vermeiden. Bei der Entwicklung eines Mixed-method-Designs sollte deshalb die Frage im Vordergrund stehen, welche Bedeutung der blinde Fleck der jeweiligen Forschungsmethode für die Beantwortung der Forschungsfrage hat und wie die jeweils andere Methode dazu beitragen kann, die in dieser Blindstelle verborgenen Aspekte eines sozialen Phänomens sichtbar zu machen. Gleichzeitig sollte jeweils dargelegt werden, wo im Hinblick auf die jeweilige Fragestellung die ebenfalls blinde Nahtstelle beider Methoden liegt und welche Unsicherheiten im Hinblick auf die Interpretation der Untersuchungsergebnisse daraus resultieren.

Zur Vertiefung

BAUER, N.; KELLE, U.; KUCKARTZ, U. (Hg.) (2017): *Mixed Methods*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderhefte: 57 (2). Wiesbaden: Springer VS.

Der Autor

Reinhold Kilian, Dr. rer. soc., ist Soziologe und Professor für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm.

Referenzen

- ANGERMEYER, M. C.; KILIAN, R.; MATSCHINGER, H. (2000): Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
- BAUER, N.; KELLE, U.; KUCKARTZ, U. (Hg.) (2017): Mixed Methods. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderhefte: 57 (2). Wiesbaden: Springer VS.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. (1977): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag.
- BORTZ, J.; SCHUSTER, C. (2016): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler: Extras online. Limitierte Sonderausgabe. 7., vollst. überarb. u. erweitert. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- BURZAN, N. (2016): Methodenplurale Forschung: Chancen und Probleme von Mixed Methods. Standards standardisierter und nichtstandardisierter Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- CRESWELL, J. W. (2015): A Concise Introduction to Mixed Methods Research. Los Angeles: Sage.
- CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. (2018): Designing and conducting mixed methods research. 3. Aufl. Los Angeles: Sage.
- GEISSLER, R. (2014): Die Sozialstruktur Deutschlands. 7., grundl. überarbeit. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- GREENACRE, M. (1993): Correspondence Analysis in Practice. London: Academic Press.
- KILIAN, R. (2013): Lebensqualität und Empowerment in der Psychiatrie. In GROENEMEYER, A.; WIESELER, S. (Hg.): Soziologie sozialer Probleme und sozialer Kontrolle: Realitäten, Repräsentationen und Politik : Festschrift für Günter Albrecht. Wiesbaden: VS.
- KILIAN, R.; LINDENBACH, I.; LOBIG, U.; UHLE, M.; ANGERMEYER, M. C. (2001): Self-perceived social integration and the use of day centers of persons with severe and persistent schizophrenia living in the community: a qualitative analysis. Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol., 36 (11), 545–552.
- KILIAN, R.; LINDENBACH, I.; LOBIG, 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. Soc.Sci.Med., 57 (6), 1127–1142.

- KILIAN, R.; LINDENBACH, I.; LÖBIG, U.; PETSCHLEIT, A.; SCHÜLER, G.; RIEDEL-HELLER, S.; ANGERMEYER, M.C. (2001): Subjektive Bedürfnisstrukturen und Lebensqualität chronisch schizophrener Patienten und ihrer Angehörigen. Abschlussbericht des Projekts C6 der ersten Förderphase des Forschungsverbundes Public Health Sachsen Förderkennzeichen 01 EG 9532/0. Bd. I: Theoretische und methodische Grundlagen der Untersuchung. Leipzig: Universität Leipzig.
- KONEGEN, N.; SONDERGELD, K. (1985): Wissenschaftstheorie für Sozialwissenschaftler: Eine problemorientierte Einführung. Opladen: Leske + Budrich.
- KUCKARTZ, U. (2014): Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Lehrbuch. Wiesbaden: Springer VS.
- POPPER, K. (1935): Logik der Forschung: Zur Erkenntnistheorie der Modernen Naturwissenschaft. Schriften zur Wissenschaftlichen Weltauffassung. Wien: Springer.
- POSER, H. (2012): Wissenschaftstheorie: Eine philosophische Einführung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Reclam.
- SCHNELL, R.; HILL, P.B.; ESSER, E. (2014): Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. Aufl. München: De Gruyter Oldenbourg.
- STEVENS, S.S. (1946): On the theory of scales and measurement. *Science*, 103 (2684), 677–680.
- TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. (2010): Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research. 2. Auflage. Los Angeles: Sage.
- WEBER, M.; WINCKELMANN, J.; WEBER, M. (Hg.) (1988): Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Fotomechanischer Nachdruck der 6. Auflage. UTB.
- The WHOQOL Group (1998 a): Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*, 28 (3), 551–558.
- The WHOQOL Group (1998 b): The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46 (12), 1569–1585.
- WINKLER, I.; MATSCHINGER, H.; ANGERMEYER, M.C.; WHOQOL-OLD Group (2006): Der WHOQOL-OLD. *Psych Psychosom Med Psychol*, 56 (20), 63–69.

Ethische Aspekte in der qualitativen sozialpsychiatrischen Forschung

Silvia Krumm

Wie jede Art von Forschung am Menschen steht auch die qualitative sozialpsychiatrische Forschung einem ethischen Grundkonflikt gegenüber: Einerseits soll durch Studien das Wissen um psychische Erkrankungen und deren Behandlung zum Wohle der Gesellschaft erweitert werden. Auch dem Einzelnen kann die Teilnahme an einem Studienprojekt nützen, z. B. in Form des Zugangs zu einem attraktiven soziotherapeutischen Angebot. Andererseits gilt es, das Wohl jeder einzelnen Person zu schützen und zu gewährleisten, dass durch die Teilnahme an einem Forschungsprojekt keine Nachteile entstehen.

Die erste Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten fängt damit schon vor Beginn der eigentlichen Studie in der Phase der Themenstellung an. Es muss abgewogen werden zwischen dem zu erwartenden Forschungsnutzen und den Risiken bzw. Nachteilen, die mit einer Studienteilnahme für die teilnehmenden Personen (z. B. Schädigung) und die Gesellschaft (z. B. hohe Kosten) verbunden sind. Da es kaum Studien geben dürfte, die ausschließlich Vor- oder Nachteile haben, müssen Forschende beide in ein vertretbares Gleichgewicht bringen. Dabei entstehen unvermeidlich mehr oder weniger ausgeprägte Spannungen. Forschende können diese zwar nicht vollständig auflösen. Sie müssen aber den ethischen Grundkonflikt in ihrer Forschungsarbeit und insbesondere ihre Verantwortung gegenüber den in die Forschung involvierten Personen reflektieren und die ethischen Aspekte in der Vorbereitung und Durchführung der Studie bestmöglich berücksichtigen.

Die in den qualitativ-sozialpsychiatrischen Forschungsfeldern relevanten ethischen Aspekte, die hier vorgestellt werden, leiten sich aus drei Bereichen ab: aus den allgemeingültigen ethischen Regeln zur Forschung am Menschen, aus den typischen ethischen Herausforderungen in der qualitativen Forschung sowie den besonderen ethischen Aspekten im Kontext psychiatrischer Forschung. Dabei wird kein vollständiger und in der Forschungspraxis abzuarbeitender Standard zur Berücksichtigung ethischer Aspekte formuliert. Der Forschungslogik qualitativer Verfahren folgend, erschweren vorab formulierte starre Regeln, methodisch flexibel und auf den Einzelfall ausgerichtet vorzugehen. Das Ziel des vorliegenden Beitrags ist es vielmehr, zu einem reflektierenden Umgang

mit möglichen ethischen Aspekten in der qualitativen sozialpsychiatrischen Forschung anzuregen.

Ethische Regeln in der Forschung am Menschen

Trotz der bis in die Antike zurückreichenden Geschichte von Forschungsversuchen an Menschen (MITSCHERLICH 1960; PETHES et al. 2008) finden sich erst in jüngster Zeit einheitliche Regeln und Standards, die den Schutz der Würde, der Gesundheit und der Rechte von in Forschung eingeschlossenen Personen sicherstellen sollen. Eine besondere Bedeutung kommt dem Nürnberger Kodex als der weltweit ersten Formulierung ethischer Grundsätze zur Durchführung von medizinischen und psychologischen Versuchen am Menschen zu. Der Nürnberger Kodex entstand 1947 als eine Konsequenz aus der Aufarbeitung der verbrecherischen Menschenversuche im Nationalsozialismus (SIEFERT 1996). Im Kern fordert er die freiwillige, informierte Zustimmung der Versuchspersonen, den Nachweis eines Forschungsnutzens zum Wohl der Gesellschaft, den Verzicht auf unnötige oder willkürliche Forschung am Menschen, die Vermeidung von Leiden und Schäden, die Studiendurchführung durch wissenschaftlich qualifiziertes Personal sowie die Möglichkeit des Studienabbruchs zu jedem Zeitpunkt sowohl durch die Probanden selbst als auch durch die versuchsleitenden Personen. Die informierte und freiwillige Einwilligung bildet auch das Herzstück der Deklaration von Helsinki, die 1964 durch den Weltärztebund für medizinische Forschung am Menschen formuliert wurde und ethische Standards für die klinische Forschung in zahlreichen Ländern setzte.

Um die ethischen Richtlinien und damit den Schutz von Probanden und Forschenden vor Ort zu überwachen, wurden seit den frühen 1970er-Jahren an den medizinischen Hochschulen Deutschlands Ethikkommissionen eingerichtet. Diese bewerten die Forschungsvorhaben aus ethischer, rechtlicher und sozialer Sicht. Ein »positives Ethikvotum« durch die zuständige Ethikkommission bildet heute eine zwingende Voraussetzung für die Durchführung einer an einer medizinischen Einrichtung durchgeführten Studie.

Die im Rahmen der biomedizinischen Forschung entwickelten ethischen Grundsätze der Freiwilligkeit, der informierten Einwilligung und der Vermeidung von Schaden bilden eine Art ethischen Mindeststandard für jedwede

Forschung am Menschen. Sie basieren auf den aus der ärztlichen Ethik heraus entwickelten medizinethischen Prinzipien, die den Respekt vor der Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit umfassen (BEAUCHAMP & CHILDRESS 1979). Konkret bedeutet dies, potenzielle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer angemessen schriftlich bzw. mündlich über die Studie zu informieren. Dazu gehören Hinweise zu Inhalt, Zielen, Methoden und Vorgehen, Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit, zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile die Teilnahme beenden zu können.

Von zentraler Bedeutung sind auch die Aufklärung über mögliche Risiken, Hinweise zur Anonymität und Vertraulichkeit sowie zum Umgang mit den erhobenen Daten. Mögliche Risiken müssen vorab identifiziert und zum Schutz der Person Maßnahmen ergriffen werden, die auf die Vermeidung von physischen oder psychischen Schädigungen im Rahmen der geplanten Studie zielen. Höchste Sorgfalt erfordert dabei auch der Umgang mit personenbezogenen Daten (Interviewdaten, Fragebögen, Transkripte etc.). Dazu zählen der Verzicht auf unnötige Datenerfassung, die Anonymisierung bzw. Pseudonymisierung, die Trennung von Kontakt- und Interviewdaten, eine sichere Verwahrung von Daten inklusive Zugangs- und Zugriffskontrollen sowie ggf. die Löschung personenbezogener Informationen nach Abschluss der Studie.

So notwendig und hilfreich diese Regelungen und Vereinbarungen für den Schutz von Probandinnen und Probanden im Rahmen der humanmedizinischen Forschung sind, so begrenzt ist deren Nutzen im Hinblick auf Studien, die nicht den Kriterien der Arzneimittelstudien bzw. klinischen Studien mit ihren in aller Regel quantitativen Designs folgen.

Ethische Aspekte in der qualitativen Forschung

Anders als die medizinischen und psychologischen Fakultäten haben sich die sozialwissenschaftlichen Disziplinen, in denen qualitative Forschung vorwiegend beheimatet ist, erst spät mit den ethischen Herausforderungen im Rahmen von Studien beschäftigt (VON UNGER et al. 2016). Im Gegensatz zu den medizinischen Fakultäten finden sich an den sozialwissenschaftlichen bis heute nur vereinzelt Ethikkommissionen zur Beurteilung von Forschungsvorhaben. Die auf Empfehlung des Deutschen Wissenschaftsrat eingerichtete

Arbeitsgruppe des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten legte 2017 einen Bericht vor, der auf eine fachweite und fächerübergreifende Verständigung über forschungsethische Grundsätze und Prüfverfahren in den deutschsprachigen Sozial- und Wirtschaftswissenschaften zielt (RatSWD 2017).

Gegenüber der quantitativen Forschungslogik, die auf einer größtmöglichen Kontrolle der Kontextfaktoren durch standardisierte Verfahren beruht und am Ideal der Objektivität ausgerichtet ist, zeichnen sich qualitative Verfahren durch ihre Subjekt- und Kontextbezogenheit aus. Die Erzählung spezifischer biografischer Erfahrungen ist ein Kernelement individueller Sinnkonstruktionen. Die »Einzigartigkeit« des qualitativen Datenmaterials ist als empirische Datenbasis von erheblicher Bedeutung für den Nachvollzug der Hypothesenformulierung. Gleichzeitig macht sie diese besonders anfällig für Missbrauch (HOPF 2013).

Meist reichen die in den biomedizinischen Ethikkodizes geforderten Verfahren zur Anonymisierung personenbezogener Daten (Name, Daten, Orte) nicht aus, um die Persönlichkeitsrechte insbesondere im Rahmen offener, z. B. narrativer Verfahren angemessen zu schützen. Qualitativ Forschende müssen die Persönlichkeitsrechte besonders sorgfältig schützen – gegebenenfalls auf Kosten des zur Transparenz notwendigen Nachvollzugs. Es müssen jeweils auf den Fall bezogene Entscheidungen darüber getroffen werden, ob und in welcher Form biografische Daten dargestellt bzw. verfremdet werden – und zwar nicht nur hinsichtlich Geburtsjahr, Geschlecht, Anzahl der Geschwister oder des eigenen, ggf. auch elterlichen Berufs, sondern auch bezogen auf zentrale Lebensereignisse wie z. B. biografische Krisenerfahrungen, besondere familiäre oder berufliche Erfahrungen. Im Rahmen der Aufklärung ist auch darüber zu informieren, in welcher Form die Projektergebnisse publiziert werden und welches Publikum dabei angesprochen wird. Möglich ist auch, das zur Veröffentlichung vorgesehene Manuskript vor der Einreichung den Studienteilnehmenden vorzulegen (KAISER 2009). Aktuell zunehmende Forderungen nach einer langfristigen Archivierung erhobener Daten mit der Option einer Sekundärnutzung (Data sharing) sind im Kontext qualitativer Forschung kritisch zu sehen (TSAI et al. 2016).

Auch die Offenheit qualitativer Verfahren stellt eine ethische Herausforderung für die Forschenden dar. Insbesondere die sinnrekonstruierenden Analyseverfahren wenden sich neben dem subjektiv gemeinten Sinn insbesondere auch jenen Sinnkonstruktionen zu, die den Erzählenden nicht unmittelbar bewusst sind. Ein z. B. in Form einer Fallstrukturhypothese vorliegendes Analyseergebnis wird auch nicht immer von ihnen geteilt werden. Und wenn sich eine

teilnehmende Person – ob durch explizit gewünschte oder durch zufällige Lektüre der Projektpublikation – wiedererkennt, können sich aus der Konfrontation mit dem Analyseergebnis nachteilige Konsequenzen in Form psychischer Belastungen ergeben, die mit dem Nichtschadensprinzip kollidieren. Auch können in den Erzählungen bzw. im Gespräch Informationen auftauchen, die auf eine Gefährdungssituation der Person selbst oder Dritter hinweisen oder die strafrechtlich relevant sind. Hier steht die zugesicherte Vertraulichkeit gegen die moralische Verpflichtung, z. B. im Fall eines Missbrauchs die erforderlichen Schritte einzuleiten. Auch bei Verdacht auf bestehende Gewaltsituationen ist die zugesicherte Vertraulichkeit nicht aufrechtzuerhalten.

Ethische Fragen können sich zudem aus der Interaktion zwischen Forschenden und Beforschten ergeben, der im Rahmen qualitativer Studien eine besondere Bedeutung zukommt. Beziehungen zwischen Interviewenden und Interviewten können durch Macht- oder Konkurrenzbeziehungen beeinflusst sein, insbesondere dann, wenn eine therapeutische Beziehung besteht oder die Forschenden ihrerseits in Kontakt mit den therapeutisch Tätigen stehen. Sind solche Konstellationen aus forschungspragmatischer Sicht nicht zu vermeiden, müssen die Forschenden den Rollenwechsel reflektieren, explizit erläutern und ggf. darüber aufklären, dass keinerlei Daten an Vorgesetzte oder therapeutisch Tätige weitergegeben werden.

Ethische Fragen in der psychiatrischen Forschung

Forschungsethische Grundsätze zum Umgang mit Menschen, zum Schutz der Menschenwürde, der Gesundheit und der Rechte gelten prinzipiell für alle Menschen gleichermaßen und unabhängig von einer psychischen Erkrankung. Gleichzeitig sind in den sozialpsychiatrischen Forschungsfeldern einige Besonderheiten hinsichtlich des Autonomie- und Nichtschadensprinzip zu beachten. Dazu zählen Fragen zur Einwilligungsfähigkeit und zur besonderen Vulnerabilität von Personen im Kontext der psychiatrischen Begleitung und Behandlung.

Um eine informierte Einwilligung erteilen zu können, muss Einwilligungsfähigkeit gegeben sein. Einwilligungsfähig sind Personen, die in der Lage sind, die Bedeutung und Konsequenzen einer Forschungsstudie zu verstehen und die Vor- und Nachteile einer Studienteilnahme abzuwägen, um hierüber zu einer

informierten, freiwilligen Entscheidung zu kommen. Kognitive Einschränkungen im Rahmen einer psychischen Störung können die Einwilligungsfähigkeit zeitweise einschränken und das Verstehen von Studieninformationen (Ziele, Methoden, Vorgehen) und der mit einer Studienteilnahme einhergehenden Risiken und Konsequenzen erschweren. Ein rationales Abwägen der Vor- und Nachteile einer Teilnahme ist dann nicht möglich. Als Eckpunkte zur Klärung der Einwilligungsfähigkeit werden vorgeschlagen, die Fähigkeit zum Verständnis der relevanten Information, zur adäquaten Bewertung der Situation und der Konsequenzen, der rationalen Urteilsbildung und der Fähigkeit, eine Entscheidung auszudrücken vorab zu prüfen (GADE & SCHULZE 2014).

Forschung mit nicht einwilligungsfähigen Personen ist nach Art. 15 der Biomedizinkonvention des Europarates 1997 nur unter bestimmten Bedingungen möglich (nach HELMCHEN 2013). Dazu gehört, dass die Person zustimmt bzw. zumindest nicht ablehnt, dass eine mit der Betreuung beauftragte bzw. vorsorgebevollmächtigte Person der Studienteilnahme zustimmt, dass die Forschung einen direkten Nutzen und nicht mehr als minimale Risiken oder Belastungen für die Person erwarten lässt und dass die Forschung nicht mit rechtlich einwilligungsfähigen Personen durchgeführt werden kann. Allerdings sind die rechtlichen Regelungen zum Umgang mit nicht einwilligungsfähigen Personen in der Regel an den Erfordernissen klinischer Medikamentenstudien ausgerichtet. Vor diesem Hintergrund wird aus juristischer Sicht angemerkt, dass für Befragungen zu psychosozialen Themenbereichen – in Abgrenzung zu Arzneimittelstudien – die Einwilligungsfähigkeit nicht zwingend erforderlich sei. Vielmehr reiche eine »auf freier Entscheidung beruhende datenschutzrechtliche Einwilligung, an einer solchen Untersuchung aktiv teilzunehmen. Hierfür genügt es, dass der Patient realisiert, dass er zu einer Mitwirkung nicht verpflichtet ist« (SCHÖCH 2014, S. 376). Für die Verwendung personenbezogener Daten ist die Einwilligungsfähigkeit allerdings zwingend erforderlich (ebd.). Aufgrund der subjektbezogenen Daten in qualitativen Studien müssen Notwendigkeit und Bedingungen des Einschlusses nicht einwilligungsfähiger Personen besonders sorgfältig geprüft werden. Im Falle einer gesetzlichen Betreuung sollte auch bei Vorliegen des Einverständnisses der teilnehmenden Person die betreuende miteinbezogen werden.

Bei der Aufklärung über die Risiken ist zu beachten, dass diese häufig nicht so unmittelbar sichtbar sind, wie dies etwa bei Medikamentenstudien der Fall ist. Mögliche Schäden finden sich weniger auf körperlicher als auf psychologischer Ebene. Sie sind deswegen aber nicht minder schwerwiegend. Dies gilt in besonderem Maße bei psychischen Problemen, die mit Suizidalität

oder Gewalt- bzw. Traumatisierungserfahrungen einhergehen. Gerade die narrativen Verfahren beinhalten die Möglichkeit, dass Studienteilnehmende aufgrund von »Erzählpwängen« (SCHÜTZE 1978) auf belastende Themen wie z. B. Gewalterfahrungen zu sprechen kommen, ohne dass dies zu Beginn des Interviews intendiert war. Im Vorfeld sollte daher ein vorsichtiges Ausloten und Ansprechen möglicher Risiken im Gespräch mit den Personen erfolgen, ggf. unter Einbezug von Behandelnden, Angehörigen oder den mit einer Betreuung beauftragten Personen. Befinden sich Personen in einer akuten Krankheitsphase oder psychosozialen Krise, sollte von einer Studienteilnahme abgesehen werden.

Die Pflicht zum Schutz der Person sollte allerdings nicht dazu führen, für das Erkenntnisinteresse wichtige Aspekte prinzipiell auszuklammern. Erfahrungsgemäß wird die Möglichkeit, z. B. im Rahmen eines Interviews über die eigene Situation zu sprechen, von den Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern geschätzt. Bei potenziell belastbaren Themen sollten die Themenimpulse bzw. Fragen aber besonders taktvoll formuliert werden. Es empfiehlt sich, im Vorfeld der Studie die möglichen Belastungsszenarien während und nach der Interviewsituation zu reflektieren und konkrete Vorsichtsmaßnahmen zu verabreden. Auch sollte die Möglichkeit von Nachbesprechungen sowie Hinweise auf weiterführende Hilfen verfügbar sein. Abhängig vom Forschungsthema kann auch eine Liste mit Beratungsstellen oder ansprechbaren Personen zusammengestellt werden, auf die im Falle einer akuten psychischen Belastung zurückgegriffen wird. Sinnvoll kann auch sein, die Studienteilnehmer im Rahmen der Aufklärung auf die Risiken hinzuweisen und gemeinsam entsprechende Vereinbarungen zum Umgang zu treffen, wie dies auch im Vorfeld einer Psychotherapie geschieht.

Qualitativ sozialpsychiatrisch Forschenden kommt die Aufgabe zu, über die potenziell negativen Konsequenzen einer Studienteilnahme aufzuklären, ohne übertriebene Befürchtungen zu schüren und damit Ablehnungen zu forcieren bzw. eine zu starke Beeinflussung der subjektiven Perspektive auf das Forschungsthema zu evozieren. Einerseits gilt das Recht auf Aufklärung, andererseits erhöht ein möglichst geringes Maß an themenbezogenen Vorinformationen die Wahrscheinlichkeit, dass teilnehmende Person eng an ihren eigenen Relevanzsystemen ansetzen und die Studie damit validere Ergebnisse hervorbringt.

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Die Berücksichtigung ethischer Fragen in der qualitativen sozialpsychiatrischen Forschung reicht über den Mindeststandard der allgemeinen forschungsethischen Prinzipien Freiwilligkeit, informierte Einwilligung und Schadensvermeidung hinaus und erfordert den Einbezug ethischer Aspekte, die sich sowohl aus der psychiatrischen Ethik wie der Ethik qualitativer Forschung ableiten. Da qualitativ sozialpsychiatrische Forschung im medizinisch-klinischen Kontext eher randständig vertreten ist, kann dies in der ethischen Beurteilung von Studienvorhaben dazu führen, dass z. B. die an Universitätskliniken eingerichteten Ethikkommissionen teilweise (noch) überfordert sind mit der ethischen Beurteilung qualitativer Studien. Außerhalb des klinischen Kontextes ist qualitative, sozialpsychiatrische Forschung dagegen häufig mit einem Mangel an zuständigen Ethikkommissionen bzw. fehlenden Standards zur Durchführung von Studien mit psychiatrischen Bezügen konfrontiert.

Über die rechtlich geregelten Mindeststandards hinaus müssen ethische Aspekte immer im Einzelfall sorgfältig reflektiert werden, um zum einen den Schutz der teilnehmenden Personen zu gewährleisten und gleichzeitig sozialpsychiatrische Forschung dort zu forcieren, wo sie einen Nutzen für die Gruppe der von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen verspricht. Bei dieser Aufgabe kommt den Forschenden das Prinzip der Offenheit im Forschungsprozess qualitativer Forschung zugute (vgl. das Kapitel »Methodologische Grundzüge qualitativer Forschung«). Qualitativ Forschende müssen das methodische Vorgehen kontinuierlich über den gesamten Forschungsprozess hinweg reflektieren und ggf. auch kurzfristig entsprechende Maßnahmen ergreifen. Tatsächlich gehen methodische Fragen häufig mit ethischen Überlegungen einher, z. B. bei Fragen zu Machtbeziehungen in der Interviewinteraktion.

Forschende im psychiatrischen Kontext sollten prinzipiell und in besonderer Weise ihre Rolle kritisch reflektieren. Die Psychiatrie trägt vor dem Hintergrund ihrer Geschichte eine besondere Verantwortung in ethischer Hinsicht, was sich prinzipiell günstig auf das Erkennen von und einen sensiblen Umgang mit ethischen Problemen in der psychiatrischen Forschung auswirken dürfte. Da sich sozialpsychiatrisch Forschende aufgrund der sozialwissenschaftlichen Bezüge häufig stärker mit gesellschaftlichen Wertorientierungen beschäftigt als etwa die rein biologisch ausgerichtete Psychiatrieforschung (BECKER et al. 2013), haben sie die besten Voraussetzungen, ethische Aspekte angemessen zu

reflektieren und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um den Schutz der involvierten Personen und den gewünschten Erkenntnisgewinn in ein vernünftiges Gleichgewicht zu bringen.

Zur Vertiefung

HELMCHEN, H. (Hg.) (2013): Ethik psychiatrischer Forschung. Heidelberg: Springer Verlag.

UNGER, H. VON; NARIMANI, P.; M'BAYO, R. (Hg.) (2014): Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen. Heidelberg: Springer VS.

Die Autorin

Dr. phil. Silvia Krumm, Soziologin mit Krankenpflegeausbildung in einem psychiatrischen Krankenhaus forscht seit 2003 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg zu sozialpsychiatrischen Themen.

Referenzen

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. (Hg.) (1979): Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press.

BECKER, T.; KILIAN, R.; KÖSTERS, M.; KRUMM, S. (2013): Ethische Implikationen der psychiatrischen Versorgungsforschung. In: HELMCHEN, H. (Hg.): Ethik psychiatrischer Forschung, S. 113–114. Heidelberg: Springer.

GADE, K.; SCHULZE, T. (2014): Besonderheiten medizinischer Forschung mit psychiatrischen Patienten. Ethische und medizinische Aspekte. In: LENK, C.; DUTTGE, G.; FANGERAU, H. (Hg.) Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen. Heidelberg: Springer Verlag.

HELMCHEN, H. (Hg.) (2013): Ethik psychiatrischer Forschung. Heidelberg: Springer Verlag.

HOPF, C. (2013): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: FLICK, U.;

- KARDORFF, E. VON; STEINKE, I. (Hg.): Qualitative Forschung – Ein Handbuch, S. 588–600. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- KAISER, K. (2009): Protecting Respondent Confidentiality in Qualitative Research. *Qual Health Res*, 19 (11), S. 1632–1641.
- MITSCHERLICH, A.; MIELKE, F. (Hg.) (1960): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- PETHES, N.; GRIESECKE, B.; KRAUSE, M.; SABISCH, K. (Hg.) (2008): Menschenversuche: Eine Anthologie 1750–2000. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- RatSWD – Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (2017): Forschungsethische Grundsätze und Prüfverfahren in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. 9. Output, 5. Berufungsperiode. Berlin: RatSWD. https://www.ratswd.de/dl/RatSWD_Output9_Forschungsethik.pdf (15.01.2019).
- SCHÖCH, H. (2014): Forschung bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Juristische Aspekte. In: LENK, C.; DUTTGE, G.; FANGERAU, H. (Hg.): Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen, S. 375–379. Heidelberg: Springer.
- SCHÜTZE, F. (1978): Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien Nr. 1. Universität Bielefeld: Fakultät für Soziologie.
- SIEFERT, H. (1996): Die Neubegründung der ärztlichen Ethik. Der ›Nürnberger Kodex‹ als Reaktion auf medizinische Verbrechen in der NS-Zeit. In: SCHOTT, H. (Hg.): Meilensteine der Medizin, S. 478–484. Dortmund: Harenberg.
- TSAI, A. C.; KOHRT, B. A.; MATTHEWS, L. T.; BETANCOURT, T. S.; LEEF, J. K.; PAPACHRISTOS, A. V.; WEISER, S. D.; DWORKIN, S. L. (2016): Promises and pitfalls of data sharing in qualitative research. *Social Science and Medicine*, 169 (8), S. 191–198.
- UNGER, H. VON; DILGER, H.; SCHÖNHUTH, M. (2016): Ethics Reviews in the Social and Cultural Sciences? A Sociological and Anthropological Contribution to the Debate. *Forum: Qualitative Social Research*, 17 (3), Art. 20.

TIEFEN UND UNTIEFEN DER SINNREKONSTRUKTION: INHALTSANALYSE UND HERMENEUTIK

Rekonstruktive Forschung und methodisch kontrolliertes Fremdverstehen

Heiko Löwenstein

Von allen qualitativen Ansätzen unterscheidet sich die rekonstruktive Forschung – auch interpretative, deutende, hermeneutische oder verstehende Forschung – wohl am deutlichsten von der klassischen psychiatrischen Forschung mit ihren hochstandardisierten und auf quantifizierende Vergleichbarkeit angelegten Designs. Aus dieser Unterschiedlichkeit ergeben sich zwar große Potenziale zur Erweiterung der bestehenden Erkenntnismöglichkeiten psychiatrischer Forschung, aber eben auch Verständnis-, Akzeptanz- und Anschlussprobleme zwischen beiden Paradigmen. Daher ist es hier meine Absicht, in das rekonstruktive Forschungsverständnis einschließlich der erkenntnistheoretischen Herleitungen grundlegend einzuführen und dabei den Bezug zu psychiatrischen Fragestellungen konsequent aufrechtzuerhalten.

Da rekonstruktive Verfahren hier nicht in ihrer gesamten Vielfalt und unter Berücksichtigung aller heuristischen Prinzipien erarbeitet werden können, erfolgt eine Fokussierung auf die Sequenzanalyse als ein alle rekonstruktive Verfahrensweisen verbindendes Charakteristikum. Gleichzeitig wird ihre Verankerung in der Phänomenologie beschrieben. Drei eindeutiger Beispiele rekonstruktiver Methodologien – die Rekonstruktion narrativer Identität, die objektive Hermeneutik und die Narrationsanalyse – werden zur Illustration des sequenzanalytischen Vorgehens an einer beispielhaften Interviewsequenz wie

auch zur Diskussion der benötigten Datenqualität ausgewählt. Erste Bezüge zwischen Sequenzanalyse und weiteren rekonstruktiven Prinzipien werden aufgezeigt und verdeutlicht. So soll es dem/der Leser/in ermöglicht werden, mit Gegenstandsbezug die für ihn/sie passende rekonstruktive Methode zu identifizieren und im weiteren Studium gezielt zu vertiefen. Diesem Zweck dient auch die abschließende Diskussion, die einen Blick über die hier notwendige Auswahl hinaus auf zentrale Kritiken an rekonstruktiver Forschung öffnet.

»Sinnvolle« psychiatrische Fragestellungen

Die »Rekonstruktion von Sinn« bezeichnet HELFFERICH (2011, S. 8) als die eigentliche, »die genuine Aufgabe und de[n] Kern der qualitativen Forschung«. Sie grenzt dabei die Sinnrekonstruktion von Verfahren wie der Inhaltsanalyse ab, bei denen es primär um die Sammlung von Informationen geht. Die zentrale methodologische Stellung des Konzeptes Sinn verweist auf die phänomenologischen Bezüge rekonstruktiver Forschung (MÜNCH 2007, S. 191–193). Demnach ist »Sinn (...) eine im Bewußtsein gestiftete Bezugsgröße, *nicht* eine besondere Erfahrung oder eine der Erfahrung selbst zukommende Eigenschaft. (...) Die gerade vergangene Erfahrung, deren Erlebnisevidenz noch nachhallt, wird mit Bezug auf jene nur erinnerte als gleich, ähnlich, entgegengesetzt usw. erfaßt« (SCHÜTZ & LUCKMANN 1975, S. 13).

Sinn ist also erstens nicht mit Erfahrung gleichzusetzen und zweitens relational zu begreifen (EMIRBAYER 2017, S. 53 f.), d. h. dass Erfahrungen und Inhalte nicht schon alleine für sich ihre Bedeutung offenbaren, sondern erst durch ihre Verkettung im zeitlichen Verlauf. Dabei liegt der Sinn »hinter« der explizit sichtbaren Inhaltsebene und verbindet deren Einzelsegmente auf spezifische Weise miteinander. Diese spezifische Weise ist interpretativ freizulegen – eben zu re-konstruieren als eine »invariante Struktur, die (...) durch alle verschiedenen Bewußtseinserlebnisse hindurch gegeben ist« (PRECHTL 1989, S. 120). Deswegen geht es rekonstruktiver Forschung in phänomenologischer Tradition auch nicht darum, ein bestimmtes Ereignis zu *erklären*, sondern den »Sinn der spezifischen Zusammenhänge ... [zu] verstehen« (HUSSERL 1913, S. 21; Hervorhebung HL).

Mittels rekonstruktiver Methoden soll (und kann) im Feld der Psychiatrie also nicht festgestellt werden, ob jemand psychisch krank ist und damit verbunden in welche Diagnosegruppen sich Menschen (oder wie viele) einkategorisieren

ließen, es wird nicht gemessen, wie stark die Symptomatik ausgeprägt ist, und es wird auch nicht erklärt, wie beispielsweise genetische Dispositionen oder neurophysiologische Abweichungen von der Norm zur Manifestation eines bestimmten Störungsbildes beitragen. Vielmehr wird rekonstruiert, was gesellschaftlich unter dem Begriff »psychisch krank« gefasst wird, welche subjektive Selbstsicht die Betroffenen demgegenüber einnehmen und welchen Sinn das alles vor dem Hintergrund des jeweiligen Biografieverlaufs wie auch der aktuell gültigen (oder auch vergangenen) Gesellschaftsordnung(en) erfüllt.

Dabei werden subjektiver Sinn und gesellschaftlicher Sinn keineswegs als unabhängig voneinander betrachtet (HUSSERL 1968, S. 289; SCHÜTZ & LUCKMANN 1975, S. 13), auch wenn im Rahmen von konkreten Forschungsvorhaben und Methodologien der Fokus mal mehr auf den einen oder den anderen Aspekt gelegt werden kann – wie wir später auch an den drei ausgewählten rekonstruktiven Analyseverfahren sehen werden. Beispielhaft für Erkenntnisinteressen, denen mittels einer Rekonstruktion von Sinn im Feld der Psychiatrie nachgegangen wird, können genannt werden:

- »Biografie und Kinderwunsch bei Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen« (KRUMM 2010; KRUMM et al. 2010);
- die Bedeutung von Spiritualität als Sinngebung bei der Bewältigung von Traumata (STARNINO 2016);
- die intersubjektive Identitätsarbeit von Menschen mit diagnostizierter Borderline-Persönlichkeitsstörung (HOFFMANN 2015; LÖWENSTEIN 2017);
- der Umgang von Paaren mit ersten Anzeichen von demenziellen Veränderungen (WAWRZICZNY et al. 2016);
- das Alltagswissen über psychische Erkrankung und die Interaktion zwischen psychologischen und sozialen Dimensionen (JODELET 1991) oder
- der »alltägliche Umgang mit Schizophrenie in Zentraljava« (ZAUMSEIL 2006).

Anhand solcher Fragestellungen lässt sich verdeutlichen: Rekonstruktive Methoden können für Forschung gerade mit explizit sozialpsychiatrischem Anspruch ergiebig sein, da ausgehend von einem Verstehen des subjektiven und gesellschaftlichen Sinns einer »Entsubjektivierung der ›Geisteskrankheit‹ als einer den ganzen Menschen in seiner sozialen Um- und Mitwelt betreffenden Problematik« (KARDORFF 1978, S. 555) begegnet werden kann. Sowohl die Eingrenzung des Gegenstandsbereichs auf Aspekte des Sinns als auch die grundsätzliche Forschungslogik rekonstruktiver Ansätze lassen sich mit phänomenologischen Bezügen erkenntnistheoretisch begründen; eine präzise

Gegenstandsbestimmung ist damit aber noch nicht geleistet. Auch bedarf es heuristischer Prinzipien und Werkzeuge, die es Forschenden ermöglichen, die erkenntnistheoretisch formulierten Ansprüche einzulösen und den Sinn zu erfassen, welcher der Inhaltsebene implizit ist.

Beiden Aufgaben stellen sich die konkreten Methoden (bzw. übergeordneten Methodologien) rekonstruktiver Sozialforschung, die das teils auf sehr unterschiedliche Weise lösen. Gerade in zentralen Bereichen weisen sie aber auch Gemeinsamkeiten auf, die in diesem Rahmen gewürdigt werden sollen, um den grundsätzlichen Ertrag rekonstruktiver Forschung für die sozialpsychiatrische Forschung aufzuzeigen und zu diskutieren.

Die Sequenzanalyse als konstitutives Grundprinzip und resultierende Anforderungen an das Datenmaterial

Bei aller bestehenden Vielfalt besteht mit der Sequenzanalyse eine so zentrale Gemeinsamkeit aller rekonstruktiven Ansätze, dass sie sogar als konstitutives Merkmal jeglicher rekonstruktiver Analyse gelten kann (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S. 100 f.; OEVERMANN 2000, S. 64–68; SCHÜTZE 1983, S. 284 f.). Weitere, darüber hinausgehende Prinzipien, die in verschiedenen Ansätzen unterschiedlich ausformuliert sind, haben im Verhältnis dazu eher die Funktion, die Sequenzanalyse zu unterstützen und die Umsetzung zu konkretisieren.

Wenn im Folgenden die Sequenzanalyse charakterisiert und anhand einer beispielhaften Interviewpassage illustriert wird, finden sich (in Klammern) auch Hinweise auf solche Prinzipien zweier rekonstruktiver Ansätze, die zwar noch vergleichbar erscheinen, aber bereits einen illustrativen Kontrast aufweisen: So fokussiert die Rekonstruktion narrativer Identität bei der Auswertung auf den konkreten intersubjektiven Bedeutungsgehalt der vorliegenden Daten (Datenzentrierung, LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S. 97 f.), während für die objektive Hermeneutik der darüber hinausgehende Bezug zu latenten Strukturen gesellschaftlichen Sinns kennzeichnend ist (Totalitätsaspekt der Extensivität, WERNET 2000, S. 32 f.). Der/die Leser/in erhält damit erste Anhaltspunkte für die vertiefende Auseinandersetzung mit den jeweiligen Ansätzen. Auch soll durch solche Bezüge die eingangs dieses Kapitels vorgenommene

Unterstellung eines übergeordneten Charakters der Sequenzanalyse für den Leser, die Leserin plausibel und nachvollziehbar werden. Im Anschluss daran findet zudem mit der Narrationsanalyse ein dritter Ansatz explizite Berücksichtigung, der sich wegen seiner erzähltheoretischen Fundierung anbietet, um Anforderungen zu diskutieren, die rekonstruktive Analyseansätze an das Datenmaterial stellen.

Die sequenzielle Entfaltung des Sinns

Der zentrale Stellenwert der Sequenzanalyse für unterschiedlichste rekonstruktive Verfahren ergibt sich unmittelbar aus der zu Beginn dargestellten Festlegung auf den Gegenstandsbereich Sinn:

- » Interpretieren ist Sequenzanalyse. Die Interpretation aus dem Kontext gerissener Einzelaussagen – ob sie nun sprechakttheoretisch, inhaltsanalytisch oder sonstwie durchgeführt wird – mag über viele Dinge etwas aussagen, kaum aber (...) über den spezifischen Sinn dieser Äußerung innerhalb ihres spezifischen Kontextes. « (SOEFFNER 1989, S. 69)

Die Sequenzanalyse verpflichtet dazu, das Datenmaterial als Sinnerzeugnis ernst zu nehmen und dem Prozess der Sinnerzeugung linear zu folgen: Wort für Wort und Satz für Satz (Wörtlichkeitsprinzip, WERNET 2000, S. 23–27, oder Sinnhaftigkeitsunterstellung, LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S. 99 f.). Man sucht nicht einfach passende Belegstellen für die eigenen Vorannahmen, nimmt keine Informationen vorweg, indem man von vorne nach hinten springt und wieder zurück, und entnimmt thematisch (scheinbar) zusammengehörige Passagen auch nicht ihren Kontexten, um sie neu zu sortieren, indem man sie unter Kategorien oder Codes subsumiert. Würden in der folgenden Einstiegspassage thematisch durchaus verwandte Aussagen zum Beispiel zum Elternhaus – als wohlbehütet, bei dem aber auch irgendwas nicht so richtig stimmt – unter einer Kategorie zusammengefasst, würde erstens der Bezug zu anderen Sinneinheiten, mit denen eine solche Einzelaussage in Zusammenhang steht, verloren gehen. Zweitens (und damit verbunden) ließe sich nicht mehr erschließen, wie der Erzähler mit solchen Widersprüchlichkeiten umgeht, daraus »Sinn macht« und Kohärenz erzeugt. Anstatt den Sinn zu rekonstruieren, würde er durch die Forschenden konstruiert, in der Regel, indem er wissenschaftlichen Sinnzusammenhängen entnommen und der

Sinnstruktur des Falls »übergestülpt« wird, um bei dem hier Interviewten mit Borderline-Diagnose (möglicherweise etwas vorschnell) eine Ambivalenz oder krankheitsbedingte Spaltungstendenz zu unterstellen. Dadurch würde das explorative Potenzial der Daten nicht ausgeschöpft und bestehendes Wissen lediglich reproduziert.

E: .hh ((schnieft)) Lebensgeschichte;

ich bin als EINzelkind Aufgewachsen,

I: mhm,

E: (1) hh. ((schnalzt mit der zunge)) .h (3) Ä:hm:-

im für MICH wohlbehüteten ELternhaus,

(1) bin zur grUndschule gegangen,

und hab dann IRgendwann mal fEstgestellt dass zuhAUse irgendwas nIch so richtig stImmt-¹

Folgt man dagegen der biografischen und textlichen Sequenzialität, bleibt die zeitliche Abfolge erhalten, wonach während der Grundschulzeit die von Geburt an unterstellte Annahme eines wohlbehüteten Elternhauses infrage gestellt wird, beide Sichtweisen also nicht gleichzeitig vorliegen – weder retrospektiv noch zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Erzählung. Was Grundschule hier im Zusammenhang mit der veränderten Wahrnehmung der Familie für den Erzähler genau bedeutet – zum Beispiel ein bestimmtes Alter oder Bildungsniveau erreicht zu haben, Freundinnen/ Freunde zu gewinnen etc. –, ist ebenso vielfältig wie das Sinnspektrum von der Selbsteinordnung als Einzelkind, das von der Erfahrung ungeteilter Liebe und Aufmerksamkeit bis hin zum Gefühl des Alleinseins, ohne Geschwister, reichen kann.

Zunächst werden alle denkbaren und potenziell möglichen Lesarten gleichberechtigt in Betracht gezogen – ohne willkürliche Selektion und Streichung (Prinzip der Extensivität, WERNET 2000, S. 32–35 oder der Rekonstruktionshaltung, LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S. 98 f.). Erst im weiteren Verlauf wird nur das, was sich bewährt und konsistent ohne willkürliche Zusatzannahmen einfügt, als mögliche Lesart aufrechterhalten (siehe auch Sparsamkeitsprinzip, WERNET 2000, S. 35–38). Denn die extensive Lesartenbildung führt nicht nur zu Hypothesen über den Fall, sondern wird (in ihrer scheinbaren Beliebigkeit) auch umgekehrt durch die sich sequenzanalytisch entwickelnde Fallstrukturhypothese

1 GAT-Transkription

kontrolliert – d. h. also: durch den nach und nach rekonstruierten Sinn selbst. Die Festlegung auf die Bedeutung, die in diesem Fall die relevante ist, lässt sich dann im Verhältnis der Sinneinheiten zueinander begründen, durch einen verbindenden Sinn, der sich durchgehend zeigt und zu einer Hypothese verdichtet werden kann. Das hat den Hintergrund, dass ausgehend von der phänomenologischen Grundlegung ein zirkuläres Verhältnis zwischen Allgemeinem und Besonderem angenommen wird (WERNET 2000, S. 32 f.), zwischen jedem einzelnen der Textsegmente und der sie auf kohärente Weise miteinander verbindenden Sinnstruktur (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S. 101–103).

In unserem Beispiel ist den Aussagen »Einzelkind« und »Grundschule« etwa gemein, dass sie Auskunft über die soziale Einbindung geben – hier alleine, dort in Gesellschaft von Gleichaltrigen. Die Möglichkeit, in einer Klasse Erfahrungen miteinander auszutauschen oder sich und die eigene Familie mit anderen zu vergleichen, bringen alternative Sichtweisen auf das eigene Elternhaus mit sich. Im weiteren Verlauf der Sequenzanalyse wird allerdings deutlich, dass über die informationelle Ebene hinaus eine wirkliche Integration in die Klasse als Klassengemeinschaft ausbleibt, wenn der Erzähler etwa beschreibt, dass er keine anderen Kinder mit nach Hause bringen durfte. Lesarten, die sich also nicht durch Redundanz erhärten, werden fallen gelassen und die Fallstrukturhypothese verschlankt sich auf die wesentlichen Aspekte des Falls, die zu diesem frühen Zeitpunkt der Rekonstruktion vorläufig umrissen werden können als: Verunsicherung des Vertrauens in emotional intensive Beziehungen durch den Kontakt zu Außenstehenden, ohne dass diese eine emotional unterstützende Alternative bieten könnten (zur vollständigen Rekonstruktion des Interviews siehe HOFFMANN 2015, S. 215–236).

Offenheit und Authentizität bei der Datenerhebung

Mit der Festlegung von Sinn als Gegenstand der Analyse, der zugleich als methodologischer Prüfstein bei der Lesartenbildung und Formulierung von Fallstrukturhypothesen fungiert, sind ganz spezifische Anforderungen an die Daten und ihre Erhebung zu stellen:

- » Die Befragten sollen ihren ›Sinn‹ – der ein anderer sein kann als der der Forschenden – entfalten können. Dazu brauchen sie einen offenen Äußerungsraum,

der gefüllt werden kann mit dem, was für sie selbst wichtig ist, und in der Art und Weise, wie sie selbst sich ausdrücken möchten. “ (HELFFERICH 2011, S. 24)

Stark strukturierte Leitfadeninterviews tragen mehr Konzepte der Forschenden in die Erhebungssituation ein als dass Forschende die Sinnkonzepte der Befragten erheben und freilegen könnten (z. B. wenn sie Krankheitserleben entlang diagnostischer Kategorien abfragen). Sie sind für eine rekonstruktive Analyse nur in Ausnahmefällen geeignet. Eine Interviewform, die dagegen durch ein monologisches Rederecht für die Befragten und damit durch ein Höchstmaß an Offenheit gekennzeichnet ist, stellt das narrative Interview dar.

Auch wenn diese Interviewform in der rekonstruktiven Forschung generell weit verbreitet ist (u. a. LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S. 77 f.), und daher hier exemplarisch gewürdigt wird, wurde die »Hervorlockung und Analyse von Erzählungen« im deutschen Sprachraum insbesondere durch Fritz SCHÜTZE (1976) entwickelt und verbreitet. Im Vergleich zu anderen rekonstruktiven Forschungsstrategien wie etwa der Gruppendiskussion und der Dokumentenanalyse nimmt bei der Narrationsanalyse die erzähltheoretische Fundierung einen großen Stellenwert ein – also die Frage, wie etwas dargestellt wird (und weniger was dargestellt wird). So begründet SCHÜTZE (1984, S. 83) das hohe Maß an Authentizität für erzählgenerierte Daten damit, dass die »Darstellungsprinzipien zugleich kognitive Ordnungsprinzipien der je aktuellen autobiographischen Orientierung und der faktischen Organisation des Lebensablaufs (...) darstellen«. Zudem bewirkten sogenannte Zugzwänge des Erzählens (KALLMEYER & SCHÜTZE 1977), dass sich Erzählende in der Reinszenierung verstricken: Das Erzählen selbst entfaltet eine Eigendynamik, sodass sich unweigerlich der Sinn in der Erzählung Bahn bricht.

An der Erzählung lässt sich zwar verdeutlichen, wie Offenheit im Erhebungsprozess die anschließende rekonstruktive Analyse grundsätzlich unterstützt. Narrative Interviews stellen aber nicht das einzige geeignete Datenmaterial dar; sie sind zudem vielfach kritisiert worden (u. a. BUDE 1985). Daher sollte auch die Wahl der passenden Erhebungsmethode grundsätzlich mit Gegenstandsbezug gegenüber Alternativen abgewogen werden (HELFFERICH 2011, S. 26).

Für das Feld der Psychiatrie ist dabei GOFFMANS (1973, S. 149) Hinweis nicht ganz unwesentlich, »daß ein Mensch, je mehr seine Vergangenheit ihn in Nicht-Übereinstimmung mit zentralen Werten seiner Gesellschaft bringt, offenbar eher gezwungen ist, seine traurige Geschichte in jeglicher Umgebung zum besten zu geben«. Man bedenke allein die große Zahl an Aufnahme-, Anamnese- und

Therapiegesprächen wie auch die mitunter umfangreiche Studienerfahrung, was insgesamt die Tendenz zu einer institutionell stark überformten »Bauchladenbiografie« oder Standarderzählung befördern kann. Dem mag möglicherweise gerade durch eine konsequente Offenheit des Erzählstimulus, der nicht psychiatriespezifisch formuliert ist, sondern neue Sichtweisen auf die Biografie (und nicht: Karriere) eröffnet, entgegengewirkt werden. Auch mögen institutionelle Einschreibungen und Überformungen durchaus auch Teil des Erkenntnisinteresses sein oder generell im Rekonstruktionsprozess als solche erkannt werden können. Einen anderen vielversprechenden Weg (nicht nur für die psychiatrische Forschung) zeigt OEVERMANN (2001, S. 53) auf; er argumentiert grundsätzlich für »von der zu untersuchenden Lebenspraxis selbst erzeugte, recherchierbare und nicht vom Sozialforscher selbst erst zu erhebende Ausdrucksgestalten«.

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschung, Praxis und Methodendiskussion

Rekonstruktive Forschungsansätze setzen nicht standardisierte Daten mit einem Höchstmaß an Offenheit bei deren Erhebung voraus. Diese werden extensiv auf ihren Bedeutungsgehalt hinterfragt, was als Kunstlehre verstanden wird und nicht standardisierbar realisiert werden kann. Damit stehen rekonstruktive Verfahren in krassem Gegensatz zu klassischer, naturwissenschaftlich orientierter psychiatrischer Forschung. Aus dem komplementären Verhältnis ergeben sich einerseits erweiterbare Möglichkeiten zur Triangulation (siehe den Beitrag von Reinhold Kilian in diesem Band); ebenso erschließen sich neue Zugänge zu Fragestellungen, die vom psychiatrischen Mainstream kaum beachtet werden oder mit dessen Methoden nur unzulänglich untersucht werden können. Durch den Fokus auf »die Fragen nach Sinn oder Sinnlosigkeit dieses ganzen menschlichen Daseins« (HUSSERL 1996, S. 3 f.) ergänzt rekonstruktive Forschung die »positiven« Wissenschaften gerade um solche Aspekte, die für eine explizit soziale Psychiatrie von Bedeutung sind.

Nichtsdestotrotz stellen rekonstruktive Verfahren für einen Großteil psychiatrischer Forschung nicht selten eine Provokation dar, gerade weil die wissenschaftstheoretischen Herleitungen nicht ohne Weiteres anschlussfähig erscheinen. Genereller Kritik an qualitativer Forschung, sie sei zu interpretativ oder zu

subjektiv, begegnen rekonstruktiv Sozialforschende eben nicht dadurch, dass der Stellenwert von Interpretation (durch ausschließlich naheliegende Lesarten) oder Subjektivität (durch ein eng theoriegeleitetes Vorgehen) reduziert würde; stattdessen werden Interpretation und Subjektivität gedankenexperimentell oder in Auswertungsteams so extensiv und konsequent vollzogen, dass für Willkürlichkeit und Beliebigkeit kein Platz mehr bleiben soll.

So konsistent das in diesem methodologischen Bezugsrahmen erscheinen mag, so distanziert diese Radikalität rekonstruktive Verfahren doch auch weiter von naturwissenschaftlich orientierter Forschung in der Psychiatrie, die sich im Spektrum qualitativer Verfahren eher für inhaltsanalytische Ansätze offen zeigt – möglicherweise auch wegen der vergleichbaren Zugänglichkeit und Niedrigschwelligkeit dieser Ansätze. Rekonstruktive Forschungsvorhaben, die nicht auf Techniken reduziert werden können, stellen nicht nur hohe Anforderungen an die Kompetenz der Forschenden, die sorgfältig in Methodologie und Kunstlehre einsozialisiert werden sollten. Sie sind gerade aufgrund der fortdauernden methodologischen Kontrolle forschungspragmatisch so aufwendig, dass sie nur mit geringer Stichprobengröße sauber durchführbar sind. Während deshalb von manchen Vertreterinnen/Vertretern quantifizierender Forschung Zweifel an der Verallgemeinerbarkeit rekonstruktiv gewonnener Erkenntnisse geäußert werden, formuliert etwa die objektive Hermeneutik den Anspruch, ausgehend vom manifesten Sinngehalt des Textes die latente Sinnebene zu erschließen und daher »prinzipiell an jeder Stelle eines Protokolls der sozialen Realität deren Struktur zu rekonstruieren« (WERNET 2000, S. 32), sodass Untersuchungsergebnisse auch bei geringem Stichprobenumfang generalisierbar erscheinen.

Hier ist eine tiefergehende und differenzierte Auseinandersetzung unverzichtbar – unter Berücksichtigung des konkreten Forschungsgegenstandes. Denn je nachdem, ob etwa eine allen Subjekten einer Grundgesamtheit gemeinsame objektive Sinnstruktur in ihrer Totalität zu rekonstruieren ist (z.B. die soziale Definition von Wahnerleben als eine Krankheit) oder ob dagegen die Besonderheiten des Falls interessieren, also wie Menschen daraus auf sehr unterschiedliche Weise Sinn machen (z.B. Entschuldigung des eigenen Verhaltens als krankheitsbedingt, Wiederaneignung von Kontrolle durch Medikamentengebrauch etc., HOFFMANN 2011), kann im ersteren Fall gerade wegen des allgemeinen Anspruchs eine kleine Stichprobe genügen, während im letzteren mehrere kontrastive Fälle die interessierenden Merkmalsausprägungen repräsentieren sollten. Eine vorschnelle Unterstellung von mangelnder Repräsentativität rekonstruktiver Forschung im Allgemeinen

greift hier jedenfalls zu kurz (siehe ausführlicher etwa PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR 2010, S. 311–350).

Was sich hier abzeichnet, ist die Notwendigkeit der Binnendifferenzierung sinnrekonstruktiver Verfahren (über die drei eindeutigeren, beispielhaft berücksichtigten Ansätze hinaus) und die Erweiterung der Perspektiven unter Berücksichtigung der erkenntnistheoretischen Rückbindungen. Während hier die phänomenologischen Wurzeln im Vordergrund standen, argumentiert etwa HILDENBRAND (2004, S. 185 f.), dass mit einer Übernahme konstruktivistischer Positionen der Anspruch, einen verbindenden Sinn aus den Daten zu rekonstruieren, in den Hintergrund trete gegenüber der Konzeptbildung durch die Forschenden als konstruierende Subjekte, die sich auf die Daten lediglich als Ankerbeispiele beziehen würden. Damit verbunden sei dann auch ein größerer Stellenwert der Bildung von Codes und Kategorien gegenüber der Sequenzanalyse.

Allerdings sind rekonstruktive Ansprüche und kategorienbildende Verfahren nicht gänzlich unvereinbar. Für die Grounded Theory nimmt HILDENBRAND (2004, S. 192) in Anspruch, dass es auch hier um »Rekonstruktionen von Sinnstrukturen in theoriebildender Absicht geht«, fügt aber auch einschränkend an, dass dafür »das Kodierparadigma (...) das schwächere Instrument im Vergleich zur Sequenzanalyse darstellt«. Im Rahmen von integrativen Ansätzen lassen sich Motive, »im Sinne von zentralen Strukturierungselementen« (HELFFERICH et al. 2010, S. 27) herausarbeiten, ohne die einzelnen Elemente in einer einheitlichen Fallstrukturhypothese auf einer dahinterliegenden Ebene (eines objektiven Sinns) aufgehen zu lassen. Dabei kann die Rekonstruktion auch auf »einzelne, ›dichte‹ Passagen [begrenzt] sein, aus denen zentrale Sinnstrukturen herausgearbeitet werden« (HELFFERICH u. a. 2010, S. 27). Solchen zentralen Strukturierungselementen entsprechen bei BOHNSACK (2000, S. 101) wiederum die »Fokussierungsmetaphern«.

Abschließend sei auf den praktischen Nutzen von rekonstruktiven Ansätzen für die Sozialpsychiatrie hingewiesen. So ließen sich beispielsweise, von einem Verstehen des Wahn-Sinns (HOFFMANN 2012) ausgehend, professionelle (Deutungs-)Angebote unterbreiten, die in der Lebenswelt der Adressatin oder des Adressaten und vor dem Hintergrund der bisherigen Biografie auch wirklich Sinn machen und angenommen werden können. Ansätze dazu finden sich in der Hermeneutik der geisteswissenschaftlichen Pädagogik (DILTHEY 1958) wie auch in phänomenologischen (FUCHS 2012) und existenzialistischen (TRENCKMANN 2006) Beiträgen zur Psychiatrie selbst. Insbesondere in der Sozialen Arbeit wurde die Sinnrekonstruktion als soziale Diagnostik kultiviert (SCHÜTZE

1994) und findet darüber auch Eingang in psychiatrische Handlungsfelder (HOFFMANN 2012).

Zur Vertiefung

- HELFFERICH, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3. Aufl. Wiesbaden: VS.
- PRZYBORSKI, A.; WOHLRAB-SAHR, M. (2013): Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch, 4. Aufl. München: Oldenbourg.

Der Autor

Heiko Löwenstein, Dr. phil., ist Professor für Theorien, Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit mit Schwerpunkt Inklusion an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Standort Köln.

Referenzen

- BOHNSACK, R. (2000): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in die Methodologie und Praxis qualitativer Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich.
- BUDE, H. (1985): Der Sozialforscher als Narrationsanimateur: kritische Anmerkungen zu einer erzähltheoretischen Fundierung der interpretativen Sozialforschung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 37 (2), S. 327–336.
- DILTHEY, W. (1958): Über die Möglichkeit einer allgemeingültigen pädagogischen Wissenschaft. In: Gesammelte Schriften. Einleitung in die Philosophie des Lebens. Abhandlungen zur Poetik, Ethik und Pädagogik. 3., unveränd. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- EMIRBAYER, M. (2017): Manifest für eine relationale Soziologie. In: LÖWENSTEIN, H.; EMIRBAYER, M. (Hg.): Netzwerke, Kultur und Agency. Problemlösungen in relationaler Methodologie und Sozialtheorie, S. 30–73. Weinheim: Beltz-Juventa.

- FUCHS, T. (2012): Das Gehirn – ein Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption, 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- GOFFMAN, E. (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- HELFFERICH, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3. Aufl. Wiesbaden: VS.
- HELFFERICH, C.; KAVEMANN, B.; RABE, H. (2010): Determinanten der Aussagebereitschaft von Opfern des Menschenhandels zum Zweck sexueller Ausbeutung: eine qualitative Opferbefragung. Köln: Luchterhand.
- HILDENBRAND, B. (2004): Gemeinsames Ziel, verschiedene Wege: Grounded Theory und Objektive Hermeneutik. Sozialer Sinn, 5 (2), S. 177–194.
- HOFFMANN, H. (2011): Das Handeln der Behandelten: Eine rekonstruktionslogische Analyse der Agency von Psychoseerfahrenen. Freiburg im Breisgau: FEL.
- HOFFMANN, H. (2012): Macht, Wahn, Sinn: Die sequenzielle Analyse von Agency am Beispiel der Darstellungen Psychoseerfahrener. In: BETHMANN, S.; HELFFERICH, G.; HOFFMANN, H.; NIERMANN, D. (Hg.): Agency, S. 181–209. Weinheim: Beltz-Juventa.
- HOFFMANN, H. (2015): Borderline-Interaktionen: Komplexe Verflechtungen der Agency in Netzwerken sozialer Unterstützung. Wiesbaden: Springer VS.
- HUSSERL, E. (1913): Logische Untersuchungen. 2. Bd. Untersuchungen zur Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis. 2. Aufl. Halle a. d. S.: Max Niemeyer Verlag.
- HUSSERL, E. (1968): Phänomenologische Psychologie: Vorlesungen Sommersemester 1925. 2. Aufl. Dordrecht: Kluwer.
- HUSSERL, E. (1996): Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie: eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie. 3. Aufl. Hamburg: Meiner.
- JODELET, D. (1991): Soziale Repräsentationen psychischer Krankheit in einem ländlichen Milieu in Frankreich: Entstehung, Struktur, Funktionen. In: FLICK, U. (Hg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit : subjektive Theorien und soziale Repräsentationen, S. 269–292. Heidelberg: Asanger.
- KALLMEYER, W.; SCHÜTZE, F. (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: WEGNER, D. (Hg.): Gesprächsanalysen. Vorträge, gehalten anlässlich des 5. Kolloquiums des Instituts für Kommunikationsforschung und Phonetik, Bonn, 14. – 16. Okt. 1976, S. 159–274. Hamburg: Buske.

- KARDORFF, E. VON (1978): Modellvorstellungen über psychische Störungen: Gesellschaftliche Entstehung, Auswirkungen, Probleme. In: KEUPP, H. (Hg.): Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens, Bd. 246. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- KRUMM, S. (2010): Biografie und Kinderwunsch bei Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen: eine soziologische und sozialpsychiatrische Studie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KRUMM, S.; KILIAN, R.; BECKER, T. (2010): »Ein Kind wäre schon ein Wunsch ...« – Psychische Erkrankung und Kinderwunsch aus der subjektiven Sicht betroffener Frauen – Eine qualitative Untersuchung. Psychiatrische Praxis, 37 (3), S. 134–141.
- LÖWENSTEIN, H. (2017): Identität als Scharnier zwischen Bewusstsein und Agency. Oder: Meads Sprachlosigkeit gegenüber geteilter Emotionalität. In: LÖWENSTEIN, H.; EMIRBAYER, M. (Hg.): Netzwerke, Kultur und Agency. Problemlösungen in relationaler Methodologie und Sozialtheorie, S. 210–224. Weinheim: Beltz-Juventa.
- LUCIUS-HOENE, G.; DEPPERMAN, A. (2004): Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. 2. Aufl. Wiesbaden: VS.
- MÜNCH, R. (2007): Handlungstheorie. Studienausgabe, Bd. 2. 2. korr. Aufl. Frankfurt am Main: Campus.
- OEVERMANN, U. (2000): Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie in der klinischen und pädagogischen Praxis. In: KRAIMER, K. (Hg.): Die Fallrekonstruktion, S. 58–156. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- OEVERMANN, U. (2001): Die Struktur sozialer Deutungsmuster. Versuch einer Aktualisierung. Sozialer Sinn, 2 (1), 35–81.
- PRECHTL, P. (1989): Die Struktur der »Intentionalität« bei Brentano und Husserl. In: BAUMGARTNER, W.; BURKARD, F.-P.; WIEDMANN, F. (Hg.): Brentano Studien II. Dettelbach: J. H. Röll Verlag.
- PRZYBORSKI, A.; WOHLRAB-SAHR, M. (2010): Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch, 3. Aufl. München: Oldenbourg.
- SCHÜTZ, A.; LUCKMANN, T. (1975): Strukturen der Lebenswelt, Bd. 2. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- SCHÜTZE, F. (1976): Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.):

- Kommunikative Sozialforschung: Alltagswissen und Alltagshandeln, Gemeindemachtforschung, Polizei, politische Erwachsenenbildung, S. 159–260. München: W. Fink.
- SCHÜTZE, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13 (3), S. 283–293.
- SCHÜTZE, F. (1984): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: KOHLI, M.; ROBERT, G. (Hg.): *Biographie und Soziale Wirklichkeit: neue Beiträge und Forschungsperspektiven*, S. 78–117. Stuttgart: Metzler.
- SCHÜTZE, F. (1994): Ethnographie und sozialwissenschaftliche Methoden der Feldforschung: Eine mögliche methodische Orientierung in der Ausbildung und Praxis Sozialer Arbeit. In: GRODDECK, N.; SCHUMANN, M. (Hg.): *Modernisierung Sozialer Arbeit durch Methodenentwicklung und -reflexion*, S. 189–297. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- SOEFFNER, H.-G. (1989): *Auslegung des Alltags – der Alltag der Auslegung: zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- STARNINO, V.R. (2016): When trauma, spirituality, and mental illness intersect: A qualitative case study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8 (3), S. 375–383.
- TRENCKMANN, U. (2006): Wie der sinnverstehende Zugang seinen Weg in die Sozialpsychiatrie fand. Geschichtlicher Rückblick auf die psychotherapeutischen Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie. *Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie*, 23 (4), S. 4–6.
- WAWRZICZNY, E.; PASQUIER, F.; DUCHARME, F.; KERGOAT, M.-J.; ANTOINE, P. (2016): From ›needing to know‹ to ›needing not to know more‹: an interpretative phenomenological analysis of couples' experiences with early-onset Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30 (4), S. 695–703.
- WERNET, A. (2000): *Einführung in die Interpretationstechnik der objektiven Hermeneutik*. Bd. 11. Opladen: Leske + Budrich.
- ZAUMSEIL, M. (2006): Der »alltägliche Umgang« mit Schizophrenie in Zentraljava. In: WOHLFAHRT, E.; ZAUMZEIL, M.: *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie*, S. 331–360. Berlin, Heidelberg: Springer.

Inhaltsanalytische Ansätze

Grundlagen und Anwendung für die sozialpsychiatrische Forschung und Praxis

Tobias Staiger, Silvia Krumm

Die qualitative Inhaltsanalyse gehört sicherlich zu den bekanntesten und den am häufigsten verwendeten sozialwissenschaftlichen Forschungsverfahren. Sie konzentriert sich auf den Inhalt von gesprochenen und geschriebenen Texten, seltener werden auch andere Datenmaterialien wie z. B. Dokumente, Bilder oder Filme bearbeitet.

Die Wurzeln der Inhaltsanalyse reichen bis zur Medienforschung des frühen 19. Jahrhunderts in den USA zurück, in deren Rahmen vor allem das quantitative Ausmaß ausgewählter Zeitungsnachrichten oder Radiobeiträge untersucht wurde (FRÜH 2017). In dieser Tradition dient die Inhaltsanalyse vorwiegend der Analyse von manifesten Kommunikationsinhalten und entspricht mit ihrem klassisch hypothetisch-deduktiven Ansatz eher dem normativen Forschungsparadigma der Naturwissenschaften. Wie LAMNEK und KRELL (2016) anmerken, geht es bei dieser Form der Inhaltsanalyse vorrangig um die Erhebung von Daten, ihre Auswertung erfolgt vor allem über statistische Analysen. Mit diesem Ansatz werden etwa Zeitungsartikel hinsichtlich Nennung und Häufigkeit zuvor festgelegter Unterasspekte analysiert. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt dann auf Basis der errechneten Häufigkeiten bestimmter Inhalte. Ein Beispiel dafür wäre die inhaltsanalytische Untersuchung von Zeitungsartikeln hinsichtlich der Häufigkeit des Wortes »schizo« in Zeitschriften und Zeitungen, wie sie HOFFMANN-RICHTER (2000) vorgenommen hat.

Ziele und Abgrenzung der qualitativen Inhaltsanalyse

Gegenüber den rein quantifizierenden Ansätzen von Inhaltsanalysen etablierte sich hierzulande insbesondere durch Philipp Mayring in den 1980er-Jahren das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse. Dieses versprach – neben den manifesten Informationsgehalten und deren quantifizierbarem Ausmaß –,

auch latente Sinngehalte zu erfassen. In dezidiert Abgrenzung zu den »freien« bzw. »heuristischen« Auswertungsstrategien stellt Mayring eine Technik vor, die einerseits »systematisch und intersubjektiv überprüfbar« sein, andererseits aber auch der »Komplexität, Bedeutungsfülle und Interpretationsfähigkeit sprachlichen Materials« Rechnung tragen sollte (MAYRING 2015). Tatsächlich bietet sich ein weites Anwendungsfeld für die qualitative Inhaltsanalyse an. Dieses reicht von eher auf den manifesten Inhalt bezogenen, quantifizierenden Analysen über Mischformen bis hin zu stärker interpretativen und an latenten Sinngehalten interessierten Ansätzen, sodass nicht von *der* qualitativen Inhaltsanalyse gesprochen werden kann (SCHREIER 2014).

Trotz aller Diversität zeichnen sich die Ansätze der qualitativen Inhaltsanalyse durch zentrale Vorgehensweisen aus. So erfolgt die Analysearbeit auf der Ebene von Codes und Kategorien, die hinsichtlich des Erkenntnisinteresses in ein nachvollziehbares Begriffssystem – das Kategoriensystem – transformiert werden. Das vorliegende Material, z. B. Textstellen aus Interviewtranskripten, wird dann den Kategorien zugeordnet.

Gegenüber den rekonstruktiven Verfahren (vgl. den Beitrag von Heiko Löwenstein), die mit ihrer sequenziellen, Wort-für-Wort bzw. Zeile-für-Zeile vorgehenden Arbeitsweise lange mit dem Text selbst arbeiten, wird in der qualitativen Inhaltsanalyse die Primärdatenebene durch Paraphrasierungen recht bald verlassen, d. h. nicht der ursprüngliche Wortlaut, sondern eine verkürzte Zusammenfassung in eigenen Worten dient der Erschließung des Datenmaterials (MAYRING 2015). Auf diese Weise wird eine Reduktion – also eine sukzessive Komprimierung aller Textstellen auf den wesentlichen Inhalt des Datenmaterials – vorgenommen. Weitere Analysen finden dann vor allem auf der Basis eines durch die Forschenden zugewiesenen Sinns statt: in einer schrittweisen Analyse auf immer höherem Abstraktionsniveau. Eine über den subjektiven Sinn hinausgehende, datenzentrierte Analyse latenter Sinngehalte ist daher mit der qualitativen Inhaltsanalyse kaum möglich – auch wenn MAYRING (2015) sprachliche Analyseebenen (Semantik, Syntax etc.) einschließt.

In der methodischen Auseinandersetzung wird diese Frage kontrovers diskutiert. So bezweifelt KRUSE (2014), dass mithilfe stark deduktiv zusammenfassender Ansätze der Aussagensinn von Texten überhaupt herausgearbeitet werden kann. Ein empirisches Beispiel zeigt, dass rein inhaltliche Paraphrasierungen zu Kürzungen von zentralen Textstellen führen können und damit die eigentliche Aussage konterkariert wird: »z. B., »ja wissen Sie, ich hab da eigentlich keine Belastungen im großen und ganzen damals gespürt« wird zu

›keine Belastungen gespürt‹ (zit. nach MAYRING 2008, S. 61). Obwohl in dem Beispiel die Einschübe »eigentlich« und »im großen und ganzen« auf eine Relativierung der zurückgewiesenen Belastung deuten, wird diese Aussage als »keine Belastung gespürt« codiert. Eine andere Interpretation bzw. Lesart dieser Textstelle wird damit ausgeschlossen. Insofern steht zu Beginn einer qualitativen Forschungsfrage stets die Frage, wie »tief« eine Analyse des empirischen Materials reichen soll, also ob der Fokus auf einer rein inhaltlichen oder einer rekonstruktiven, sinnverstehenden Analyse liegt.

Darüber hinaus versteht sich die qualitative Inhaltsanalyse als ein Verfahren, das sich zwar von den rein quantifizierenden Ansätzen abgrenzt, diese jedoch durchaus zu integrieren vermag. Folgt man der von HELFFERICH (2011) betonten Regel, wonach die erforderliche Fallzahl mit steigender Auswertungstiefe sinkt, dann ist die qualitative Inhaltsanalyse insbesondere bei höheren Fallzahlen und für solche Fragestellungen geeignet, die eine mittlere bis geringe Auswertungstiefe erfordern.

Anwendung inhaltsanalytischer Verfahren

Die Vorteile der qualitativen Inhaltsanalyse liegen in einem regelgeleiteten Vorgehen, das sie prinzipiell auch für weniger in der qualitativen Forschung Bewanderte leicht zugänglich macht. Dies ist insbesondere dort hilfreich, wo die qualitative Inhaltsanalyse als explorative oder ergänzende Methode zu quantitativen, aber auch rekonstruktiven Verfahren angewendet werden soll. Darüber hinaus ist die qualitative Inhaltsanalyse in der Regel sehr gut mit computergestützten qualitativen Auswertungsprogrammen kombinierbar, die heute leicht zu erlernen und benutzerfreundlich gestaltet sind. Mit deren Nutzung können zwei zentrale Ansprüche der qualitativen Inhaltsanalyse – Transparenz und Nachvollzug – eingelöst werden. Die Verlinkung der Transkripte mit den Codierungen ermöglicht über das schnelle Auffinden der zugrunde liegenden Textstellen eine schnelle, unkomplizierte Überprüfung der Codierungen und damit der Sinnzuschreibungen und trägt so wesentlich zur intersubjektiven Überprüfbarkeit als ein zentrales Gütekriterium qualitativer Forschung bei (STEINKE 2000). Ferner ist es über spezielle Features leicht möglich, die getrennt erarbeiteten Kategoriensysteme zusammenzuführen und diskrepante Codierungen konsensuell zu beheben.

Prinzipien und Vorgehensweisen der qualitativen Inhaltsanalyse

Obgleich in qualitativen Forschungsarbeiten die Auswertungsmethode häufig als »qualitative Inhaltsanalyse« bezeichnet wird, kann – wie einleitend bereits erwähnt – nicht von *einer* Herangehensweise gesprochen werden. Allen Ansätzen ist jedoch gemeinsam, dass eine zusammenfassende Beschreibung des empirischen Materials beabsichtigt wird, »indem relevante Bedeutungsaspekte als Kategorien eines Kategoriensystems expliziert und relevante Teile des Materials den Kategorien (...) zugeordnet werden« (SCHREIER 2014).

Im Wesentlichen lassen sich drei Techniken der Kategorienbildung in der qualitativen Inhaltsanalyse unterscheiden:

- die strukturierende, deduktive Inhaltsanalyse,
- die explizierende Inhaltsanalyse,
- die zusammenfassende, induktive Inhaltsanalyse.

Die strukturierende, deduktive Inhaltsanalyse zielt mithilfe einer zuvor festgelegten Fragestellung oder vorhandenen Theorie darauf ab, eine Struktur aus dem empirischen Material herauszuarbeiten. Auf dieser Basis wird ein Kategoriensystem entwickelt, das an das Material herangetragen wird und relevante Teile, z. B. eines Transkripts, unter die einzelnen Kategorien subsumiert.

Die explizierende Inhaltsanalyse versucht, interpretationsbedürftige Textstellen weiter zu erklären und verständlich zu machen, indem zusätzliches Material – wie z. B. lexikalisch-grammatikalische Definitionen, Kontextinformationen oder historische Quellen – in die Analyse eingeht.

Während die explizierende Inhaltsanalyse weiteres Material erschließt, paraphrasiert die zusammenfassende und induktive Kategorienbildung das Material, indem »weniger relevante Passagen und bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen (erste Reduktion) und ähnliche Paraphrasen gebündelt und zusammengefasst werden (zweite Reduktion)« (FLICK 2012, S. 410). Die zusammenfassende Kategorienbildung wird auch für ein induktives Vorgehen eingesetzt. Dieses besteht darin, Kategorien aus dem Material abzuleiten, ohne sich auf vorab formulierte Theorien oder Inhalte des Leitfadens zu beziehen (MAYRING 2015).

Die Technik der induktiven Kategorienbildung entspricht einem Vorgehen, das auch in anderen, theoriegenerierenden Verfahren wie der Grounded Theory als grundlegendes Werkzeug genutzt wird. Die Grounded Theory ist ein Forschungsansatz, bei dem die induktive, d. h. aus dem Datenmaterial heraus

erfolgende Entwicklung von Kategorien, im Zentrum steht (vgl. das Kap. »Methodologische Grundzüge«).

Zwar weisen WOLLNY und MARX (2009) auf zentrale Unterschiede zwischen der Grounded Theory und der qualitativen Inhaltsanalyse hin. So zielt die qualitative Inhaltsanalyse vorrangig auf die Strukturierung von Informationen im Text auf der Basis vorab bestehender Theorien und Kategorien, die Grounded Theory hingegen auf die »Entwicklung einer empirisch fundierten Theorie, indem sich die Bildung von Kategorien und Formulierung von Fragen und Antworten über eine vorsichtige und unvoreingenommene, aber gleichzeitig begründet-kreative Annäherung an den Untersuchungsgegenstand vollzieht« (ebd., S. 474). Gleichwohl bietet die Grounded Theory für die induktive Kategorienbildung bei inhaltsanalytischen Verfahren wertvolle Ansatzpunkte. Daher wird zunächst das Codierverfahren der Grounded Theory vorgestellt, ehe anhand der strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse die zentralen Elemente der qualitativen Inhaltsanalyse zusammengefasst werden.

Das Codierverfahren der Grounded Theory

Ein Grundprinzip der Grounded Theory ist das theorieorientierte Codieren (GLASER 2011; STRAUSS & CORBIN 1996). Hierbei werden drei Phasen unterschieden, die allerdings nicht in einer vorgegebenen Abfolge, sondern je nach Bedarf eingesetzt werden können:

1. offenes Codieren,
2. axiales Codieren und
3. selektives Codieren (GLASER 2011; STRAUSS & CORBIN 1996).

Zu Beginn steht das offene Codieren, das in Form einer extensiven, sequenziellen Analyse erfolgt (Zeile für Zeile, Wort für Wort). Ziel ist es, einen Zugang zum Material zu erhalten, indem die Daten »aufgebrochen« werden (STRAUSS & CORBIN 1996). Im Rahmen der Codierung werden an den Text spezifische Fragen gestellt, die von der Forschungsfrage abhängen und sich an den sieben W-Fragen orientieren (Abb. 1, S. 94): Auf dieser Grundlage werden Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen jedem Ereignis und zwischen dem Analysematerial (z.B. einzelnen Interview-Transkripten) verglichen, Codes gebündelt und zu ersten übergeordneten Kategorien gruppiert (STRAUSS & CORBIN 1996).

Das axiale Codieren dient der weiteren Ausarbeitung, Verfeinerung und dem Vergleich bereits erstellter übergeordneter Kategorien und deren Subkategorien. Hierbei werden auf Grundlage des offenen Codierprozesses wichtige

ABBILDUNG 1 Zentrale W-Fragen im Codierprozess der Grounded Theory (FLICK 2012)

Was?	Welches Phänomen wird angesprochen?
Wie?	Welche Aspekte des Phänomens werden angesprochen?
Wer?	Welche Akteure sind beteiligt? Welche Rollen spielen sie?
Wann?	Welche zeitlichen Zusammenhänge zeigen sich?
Warum?	Welche Begründungen werden gegeben oder lassen sich erschließen?
Wozu?	In welcher Absicht? Zu welchem Zweck?
Womit?	Welche Mittel, Taktiken, Strategien werden zum Erreichen des Ziels verwendet?

Kategorien (weiter)entwickelt und »um die Achse dieser Kategorie(n)« (PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR 2009, S. 205) herum codiert.

Das selektive Codieren ermöglicht schließlich die Herausarbeitung einer Schlüssel- oder Kernkategorie, die als das zentrale Phänomen die forschungsleitende Fragestellung beantwortet. Hierbei wird das in den vorhergehenden Schritten zusammengestellte Datenmaterial in Bezug auf die herausgearbeitete Schlüsselkategorie nochmals geprüft (STRAUSS et al. 1998). Das heißt, die erstellten Codes und Kategorien werden anhand weiterer Interview-Transkripte ggf. überarbeitet (»rekodiert« ebd.). Alle drei Codierschritte können in die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse einfließen.

Systematischer Ablauf der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse

Obgleich unterschiedliche Ansätze der qualitativen Inhaltsanalyse in der Methodenliteratur vorgestellt werden, stellt SCHREIER (2014) die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse als zentrale Variante inhaltsanalytischer Verfahren heraus, wie sie sowohl von MAYRING (2015) wie auch von KUCKARTZ (2012) beschrieben wird. Gemeinsamer Kern des Verfahrens ist es, ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material systematisch zu beschreiben – beispielsweise im Hinblick darauf, was zu bestimmten Themen im Rahmen einer Interviewstudie ausgesagt wird (SCHREIER 2014). Der konkrete – zum Teil sich wiederholende – Ablauf der strukturierenden Inhaltsanalyse besteht prinzipiell aus acht Schritten (Abbildung 2).

ABBILDUNG 2 Ablauf der strukturierenden Inhaltsanalyse

(KUCKARTZ 2012; MAYRING 2015)

1. Sich-vertraut-Machen mit dem Material
2. Ableitung von Oberkategorien aus der Fragestellung/dem Interviewleitfaden
3. Bestimmung von Fundstellen und Codiereinheiten
4. Definition von Kategorien und Entwicklung von Unterkategorien
5. Erprobung des Kategoriensystems
6. Modifikation des Kategoriensystems
7. Codieren des gesamten Materials mit dem überarbeiteten Kategoriensystems
8. Ergebnisdarstellung, Interpretation, Beantwortung der Forschungsfrage

Zunächst wird das Interviewmaterial zergliedert und schrittweise bearbeitet. Dazu werden die Themen der Textstellen in Form von Codes zusammengefasst. Diese werden dann Oberkategorien zugeordnet, die sich an den im Erhebungsinstrument konfigurierten Themenblöcken orientieren (z. B. an den Fragen halbstrukturierter Interviews). Nachdem weitere Fundstellen mit ähnlichen Themen bestimmt werden, erfolgt eine Zusammenführung aller Textstellen zu den formulierten Oberkategorien. Die sich daraus ergebenden inhaltlichen Ausdifferenzierungen der festgelegten Oberkategorie werden mithilfe von Unterkategorien strukturiert und definiert (für was steht jede einzelne Ober- und Unterkategorie?). Aus diesen »Vorarbeiten« entsteht sodann ein Kategoriensystem, das sich aus dem Interviewleitfaden und den theoretischen Vorüberlegungen entwickelt (deduktives Vorgehen).

Zur Erprobung des entstandenen Kategoriensystems werden alle gewonnenen Informationen aus den Interviewtranskripten unter die festgelegten Kategorien subsumiert. Wenn eine Zuordnung zu den bereits gebildeten Kategorien nicht möglich ist, wird eine neue Kategorie aus dem Transkript heraus formuliert (induktives Vorgehen). Bereits erstellte Kategorien werden verändert oder gestrichen, sobald sie sich im Laufe der Analyse nicht als aussagekräftig erweisen, sodass das Kategoriensystem ggf. in mehreren Schritten modifiziert und dann erneut auf das Material angewandt wird. In einem letzten Schritt erfolgt eine Interpretation des gesamten Kategoriensystems in Bezug auf die erkenntnisleitende Fragestellung.

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Die Nutzung qualitativer Forschungsmethoden im sozialpsychiatrischen Kontext ist mit Chancen, aber auch mit gewissen Risiken verbunden. Generell ermöglichen die Methoden der qualitativen Sozial- und Gesundheitsforschung, die subjektive Erfahrungsperspektive von Patientinnen und Patienten aus dem sozialpsychiatrischen Versorgungskontext stärker in den Mittelpunkt empirischer Forschung zu stellen. Nicht zuletzt aus ethischer Sicht bietet dieser Ansatz somit die Möglichkeit, Menschen mit psychischer Erkrankung als Expertinnen und Experten ihres Lebens im wahrsten Sinne »eine Stimme zu geben« und von ihren versorgungsbezogenen Bedürfnissen direkt zu erfahren. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen – die ja in der Regel von Professionellen entwickelt und angeboten werden – aus Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer zu gestalten, kritisch zu hinterfragen oder zu bewerten.

Qualitative Methoden der Pflege- und Gesundheitsforschung eignen sich, um beispielsweise Schnittstellenproblematiken im sozialpsychiatrischen Kontext besser verstehen zu können (Stichwort: Wartezeit auf einen Platz beim niedergelassenen Psychiater, bei der niedergelassenen Psychotherapeutin, Ergotherapeutin etc.). Aus einem klinisch-praxisbezogenen Blickwinkel sind Versorgungsrealitäten und -probleme sowie die sich daraus ergebenden Forschungsbedarfe häufig leicht zu identifizieren. Allerdings sind im klinischen Alltag die zeitlichen Ressourcen oftmals gering und es bleibt wenig Zeit für die Vorbereitung und Durchführung eigener Forschungsprojekte. Hier ermöglichen die Instrumente der qualitativen Inhaltsanalyse, die im Versorgungsalltag wahrgenommenen Probleme und Fragen mithilfe eines strukturierten Vorgehens und einer klar umrissenen Fragestellung innerhalb eines überschaubaren Zeitraums wissenschaftlich zu untersuchen.

Die Attraktivität der vergleichsweise schnell zu erlernenden Technik der qualitativen Inhaltsanalyse spiegelt sich in der Häufigkeit ihrer Anwendung in der psychiatrischen Forschung: So ergab eine bibliometrische Analyse der in einer deutschsprachigen psychiatrischen Fachzeitschrift publizierten Originalarbeiten, dass in aller Regel auf die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse zurückgegriffen wird (SIKORSKI & GLAESMER 2011). Die starke Verbreitung der qualitativen Inhaltsanalyse im Rahmen der Versorgungsforschung lässt sich auch daran ablesen, dass sie in einer Übersicht zu den methodischen

Grundlagen gar als einzige Analyseform qualitativer Daten vorgestellt wird (RIEDEL-HELLER & KÖNIG 2013).

Gerade aber aus dem pragmatischen Vorteil ergeben sich auch Risiken bei der Nutzung der qualitativen Inhaltsanalyse. So ist darauf zu achten, ob die Trennung der forschenden von der therapeutischen Rolle in der Durchführung von qualitativen Befragungen gelingt. Hier besteht insbesondere bei qualitativen Befragungen von Patientinnen und Patienten durch das professionelle Personal das Risiko, dass z. B. die subjektiven Bewertungen der psychiatrischen Behandlung durch die Art der therapeutischen Beziehung beeinflusst sind. Hier empfiehlt sich – wie generell in interpretativen Ansätzen – ein gemeinsames Auswerten von Datenmaterial in einer nach Möglichkeit interdisziplinären Forschungsgruppe, zusammengesetzt aus wissenschaftlichem und klinischem Personal (wenn möglich inklusive Peers), um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse, als Gütekriterium qualitativer Sozialforschung, zu erfüllen (STEINKE 2000).

Da gerade Forschungsneulinge dazu neigen, die Komplexität der qualitativen Inhaltsanalyse aufgrund des prinzipiell strukturierten Vorgehens zu unterschätzen, sollte nach Möglichkeit die Methode im Rahmen einer Schulung erlernt werden. Empfehlenswert ist auch die Teilnahme an Forschungswerkstätten mit der Möglichkeit zum Austausch mit anderen qualitativ Forschenden bzw. die Unterstützung durch eine in der qualitativen Forschung methodisch erfahrenere Person.

Zur Vertiefung

KUCKARTZ, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

MAYRING, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Der Autor und die Autorin

Dr. Tobias Staiger ist Sozialarbeiter und Gesundheitswissenschaftler. Er arbeitet derzeit in der Sektion Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm an den

Themen Depression und Männlichkeit sowie Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

Dr. phil. Silvia Krumm, Soziologin mit Krankenpflegeausbildung in einem psychiatrischen Krankenhaus forscht seit 2003 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg zu sozialpsychiatrischen Themen.

Referenzen

- FLICK, U. (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 5. Aufl. Reinbek: Rowohlt.
- FRÜH, W. (2017): Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. 9. Aufl. Konstanz: UVK.
- GLASER, B.G. (2011): Der Umbau der Grounded-Theory-Methodologie. In MEY, G.N.; MRUCK, K. (Hg.): Grounded Theory Reader. 2. Aufl., S. 137–161. Wiesbaden: VS.
- HELFFERICH, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: VS.
- HOFFMANN-RICHTER, U. (2000): Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- KRUSE, J. (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa.
- KUCKARTZ, U. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa.
- LAMNEK, S.; KRELL, C. (2016): Qualitative Sozialforschung. 6. Aufl. Weinheim: Beltz.
- MAYRING, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- MAYRING, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- PRZYBORSKI, A.; WOHLRAB-SAHR, M. (2009): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 2. Aufl. München: Oldenbourg.
- RIEDEL-HELLER, S.; KÖNIG, H.-H. (2013): Methodische Grundlagen psychiatrischer Versorgungsforschung: aktueller Stand der Forschung und Entwicklungen des Gebietes. In: RÖSSLER, W.; KAWOHL, W. (Hg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bd. 1: Grundlagen, S. 246–257. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- SCHREIER, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegweiser im

- Dickicht der Begrifflichkeiten. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research.15(1).<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/2043/3636> (29.06.2018)
- SIKORSKI, C.; GLAESMER, H. (2011): Qualitative Methoden in der aktuellen psychiatrischen Forschung. Neuropsychiatrie, 25 (3), S. 159–162.
- STEINKE, I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In FLICK, U.; KARDORFF, E. VON; STEINKE, I. (Hg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch, S. 319–331. Reinbeck: Rowohlt.
- STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. M. (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Juventa.
- STRAUSS, A. L.; HILDENBRAND, A.; HILDENBRAND, B. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. 2. Aufl. München: Fink.
- SCHREIER, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research.15(1).<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/2043/3636> (29.06.2018)
- WOLLNY, A.; MARX, G. (2009): Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 85 (11), S. 467–475.

DIE BEDEUTUNG DES GEWORDENSEINS: BIOGRAFISCHE ANSÄTZE IN DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN FORSCHUNG

»Das Fremdwerden der eigenen Biographie« Eine persönliche Bilanz nach drei Jahrzehnten

Gerhard Riemann

Als die Herausgeber dieses Bandes mit mir wegen eines möglichen Beitrags Kontakt aufnahmen, zögerte ich anfangs, weil ich seit dreißig Jahren keine eigenen – im engeren Sinne – psychiatriesoziologischen Forschungsbeiträge mehr vorgelegt habe. Als sie mir dann mitteilten, dass sie bei ihrer Anfrage daran gedacht hatten, dass ich mich in meinem Artikel mit einer (vor drei Jahrzehnten erschienenen) Studie beschäftigen könne, die für die Konturierung der qualitativen Forschung in der Sozialpsychiatrie nicht unwichtig gewesen sei, habe ich gerne zugesagt. Es handelt sich um die Untersuchung »Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten« (RIEMANN 1987). Mir wurde dann auch klar, dass ich während meiner gesamten Tätigkeit an Ausbildungsstätten der Sozialen Arbeit (von 1983 bis 2016) den Kontakt zu diesem Untersuchungsfeld nie verloren hatte – vor allem aufgrund meiner Betreuung studentischer (ethnografischer und biografieanalytischer) Forschungsarbeiten, in denen es um die Erfahrungen psychiatrieerfahrener Menschen und um die Praxis in psychiatrischen Kontexten ging.

Beschäftigung womit? Meine damalige Studie jetzt lediglich für die Nachwelt zusammenzufassen, erschien mir reichlich einfallslos. Ich habe mich stattdessen entschieden festzuhalten, was mir bei der erneuten Lektüre der Studie und mit Blick auf den spezifischen Kontext dieses Bands durch den Kopf gegangen ist – also eine Art persönliche Bilanz zu ziehen.

Der Entstehungskontext der Studie

Bevor ich zum »Fremdwerden revisited« überleite: ein paar Worte zum Entstehungskontext der Arbeit. Es kamen damals zwei Entwicklungen zusammen: Ich hatte zum einen schon sehr früh in meinem Bielefelder Soziologiestudium mit Fritz Schütze zusammengearbeitet, der damals als Assistent an der Bielefelder Fakultät für Soziologie tätig war – vor allem bei der Entwicklung einer neuen Interviewform (des sog. narrativen Interviews) und darauf bezogener Analyseverfahren (damals noch im Rahmen eines Forschungsprojekts über Gemeindemachtstrukturen). Am Ende der 1970er-Jahre hatte sich unser Interesse immer stärker auf die Durchführung und sequenzielle Analyse autobiografisch-narrativer Interviews verlagert. Dabei war es dann für uns spannend zu sehen, wie sich in den autobiografischen Stegreiferzählungen auf methodisch kontrollierte Weise bestimmte Prozessstrukturen des Lebensablaufs (SCHÜTZE 1981, 1995) entdecken ließen, u. a. Verlaufskurven des Leidens und Getriebenseins, ein Phänomen, das auch von interpretativen Soziologen mit ihrer Fokussierung auf intentionales Handeln nicht adäquat erfasst worden war.

Zum anderen verbrachte ich in dieser Zeit – im Anschluss an mein Diplom im Jahr 1977 – zwei Jahre als Pflegehelfer auf der Aufnahmestation einer psychiatrischen Männerklinik, weil es mich reizte, eine psychiatrische Einrichtung von innen und aus der Perspektive eines Praktikers kennenzulernen. Ich wollte diese Erfahrungen auch zur Entwicklung eines Dissertationsthemas nutzen und kam im Gespräch mit Fritz Schütze auf die Idee, auf der Basis narrativer Interviews eine biografieanalytische Studie zur Lebensgeschichte und den Leidensverstrickungen psychiatrischer Patienten durchzuführen: also eine Untersuchung, in der (in Abgrenzung zu einer psychiatrischen Betrachtungsweise) die soziologischen Analyseverfahren zur Anwendung kommen sollten, die sich in der sequenziellen und formal-inhaltlichen Auseinandersetzung mit autobiografischen Stegreiferzählungen herausgebildet hatten. Dabei stand ich

unter dem Eindruck, dass in der Psychiatrie Lebensgeschichten ganz stark hinter (durch diagnostische Zuschreibungen geprägten und entsprechend verengten) »Krankengeschichten« verschwanden. Auch in psychiatrisoziologischen Studien blieb das Phänomen der Lebensgeschichte als genuin soziologisches Thema ausgeklammert: sowohl in der Tradition der ätiologischen Forschung als auch in interaktionistischen Studien zu »moralischen Karrieren« und zu Etikettierungs- und Stigmatisierungsprozessen.

Der Forschungsprozess

Vor diesem Hintergrund führte ich mit 33 Patienten, von denen 31 Männer waren, autobiografisch-narrative Interviews, also Interviews, in denen ich die Informanten bat – wenn sie damit einverstanden waren und dies zu ihrer Sache machen konnten –, mir ihre Lebensgeschichte insgesamt zu erzählen und nicht nur das, was mit ihren Psychiatrieerfahrungen und den Prozessen, die dem vorausgegangen waren, zu tun hatte. Wenn ich allein danach gefragt hätte, hätte ich – das war meine Überlegung – bloß eine Vorlage für die Präsentation argumentativ geprägter »sad tales« (GOFFMAN 1968, S. 141) oder Entschuldigungs- und Rechtfertigungssequenzen geliefert, wie sie sich im Laufe der psychiatrischen Prozessierung oft herausbilden und verfestigen. Nach der von mir nicht unterbrochenen Eingangserzählung folgte jeweils ein ausführlicher (narrativer, beschreibender und argumentativer) Nachfrageteil, vorrangig mit Fragen, die an die Erzählung anknüpften.

Die meisten meiner Informanten waren ehemalige und »Langzeit«-Patienten der psychiatrischen Männerklinik, die mir aus meiner Zeit als Pflegehelfer vertraut war; vier Informanten lernte ich über eine Universitätsklinik kennen und vier weitere, die Aktivisten der antipsychiatrischen Ex-Patientenbewegung waren, während eines USA-Aufenthaltes. In den Auswahlentscheidungen orientierte ich mich an Strategien des »theoretical sampling« nach GLASER und STRAUSS (1967), d. h. die Auswahlentscheidungen waren fortlaufend und flexibel vom Prozess der Datenanalyse und Theoriebildung während der Feldforschung geprägt. Wie die Betroffenen diagnostiziert worden waren, spielte für die Auswahl keine Rolle. (Die meisten Informanten waren im Verlauf ihrer Karrieren als – in der einen oder anderen Form – »schizophren« diagnostiziert worden, aber es tauchten auch andere Diagnosen auf: »endogen depressiv«, »manisch-depressiv«, »atypische Psychose« etc.)

Das Besondere des Untersuchungsgangs lässt sich so kennzeichnen, dass zunächst detaillierte Einzelfallstudien (auf der Basis formal-inhaltlicher struktureller Beschreibungen) von »Eckfall«-Interviews durchgeführt wurden, die unter wichtigen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der sich abzeichnenden theoretischen Varianz miteinander kontrastierten. Durch die kontrastiven Vergleiche unterschiedlicher Fälle gelang es nach und nach, ein theoretisches Modell zu entwickeln, das in der Konfrontation mit den weiteren Interviews überprüft, ausdifferenziert und verdichtet wurde. In dem theoretischen Modell (das in weiteren Kapiteln im Anschluss an die Einzelfallstudien ausbuchstabiert wurde) ging es um einige Phasen und Auswirkungen von Verlaufskurven (d.h. Leidensprozessen) psychiatrischer Patienten, um Erfahrungen damit, wie die Beziehung zur eigenen Biografie verloren geht oder aber wiedergewonnen und bekräftigt wird, und um die Rolle von Professionellen und signifikanten anderen in der psychiatrischen Prozessierung.

»Das Fremdwerden der eigenen Biographie« war eine der ersten Studien mit einer solchen Untersuchungs- und Darstellungsarchitektur, die auch in den seitdem entstandenen biografieanalytischen Untersuchungen auf der Basis narrativer Interviews erhalten blieb.

Eine Wiederbegegnung

Als ich nun nach langer Zeit meine Studie wieder las, war ich eigentümlich davon berührt, wie sehr die Lebens- und Familiengeschichten der Menschen, mit denen ich mich so intensiv beschäftigt hatte, von den Katastrophen des 20. Jahrhunderts geprägt und beschädigt worden waren. (Natürlich hatte ich das auch damals schon gesehen, aber noch nicht in dieser Klarheit.) In vielen Erzählungen spielten die Folgen von Krieg, Flucht und Vertreibung eine zentrale Rolle, auch die Versuche von entwurzelten Familien, sich als Außenseiter in der Fremde etwas aufzubauen und ihre Kinder (von denen einige als Psychatriepatienten meine Informanten wurden) entsprechend einzuspannen: mit der Folge, dass die Entwicklung einer eigenständigen biografischen Linie durch die Einbindung in ein Familienprojekt (etwa den Bau eines Hauses) verhindert oder verzögert wurde oder die Betroffenen übermächtigen Erwartungen ausgesetzt waren, eine Familientradition fortzusetzen, die durch die kollektiven Katastrophen von Krieg und Vertreibung abgerissen war.

Der Tod des im Krieg gefallenen Vaters («Mein Vater eh ... war Hauptmann. Und eh ... war schon Amtsgerichtsrat ... Und ist dann gefallen.») ist in der Lebensgeschichte von Heinz Kaminski¹, um den es in einem meiner beiden Porträtkapitel geht, ein ganz zentrales und folgenreiches Ereignis. Und die Leidensgeschichte und Psychiatrisierung von Günter Bruckner, dem Protagonisten des anderen Porträtkapitels, ist nicht zu verstehen ohne die Berücksichtigung des frühen biografischen Bruchs, der mit der plötzlichen Rückkehr des fremden – und fremd gebliebenen – Vaters aus der Kriegsgefangenschaft verbunden war. Solche Beobachtungen zum Zusammenhang von kollektiven und biografischen Verlaufskurven können dafür sensibilisieren, welche Bedeutung Katastrophen des 21. Jahrhunderts und heutige Flucht- und Vertreibungsbewegungen für die Entstehung von Leidens- und Vereinsamungsprozessen haben können, die z. T. zu psychiatrischen Interventionen führen.

Bei der erneuten Lektüre der Untersuchung wurde mir eindringlich bewusst, wie eine solche Form von Biografieforschung genaue Einblicke in die Wechselbeziehungen von Gesellschafts- und Lebensgeschichte ermöglicht, generationsspezifische Zusammenhänge und Erfahrungen beleuchtet und geeignet ist, den Graben von Makro- und Mikroanalysen zu überwinden. Zugleich ließen sich Aspekte der Psychiatriegeschichte entdecken – wenn es etwa um das Leben im sogenannten »Langzeitbereich« psychiatrischer Kliniken und Anstalten geht oder um Spuren der nationalsozialistischen »Rassenhygiene« in Familienwissenssystemen und die Bedeutung, die dies für Ausschluss- und Klientifizierungsprozesse hatte.

Wenn ich gerade auf Besonderheiten der Lebensgeschichten und Generationenprägungen meiner Informanten hinwies, die ich am Ende der 1970er- und in den frühen 1980er-Jahren interviewt hatte, könnte das möglicherweise als Eingeständnis verstanden werden, dass man es mit einem veralteten Datenmaterial zu tun hat und das Haltbarkeitsdatum der auf dieser Grundlage gewonnenen Einsichten doch schon seit Längerem abgelaufen ist. Um nur einige neuere Entwicklungen anzudeuten: Haben sich nicht inzwischen – auch mit freundlicher Unterstützung der psychiatrischen Profession – bestimmte soziale Arrangements wie »Psychoseseminare« und »Trialog« verbreitet, in denen sich Psychiatrieerfahrene, Familienangehörige und Professionelle »auf Augenhöhe« begegnen und in denen ganz persönliches Sprechen ermutigt wird (PETER et al. 2015)?

¹ Bei den Namen, die in diesem Text zur Bezeichnung von Informanten auftauchen, handelt es sich natürlich um Maskierungen.

Dass Betroffene heutzutage eine gewichtige Stimme haben und ihre schwierigen Erfahrungen offiziell als wertvolle Ressourcen für die Mitarbeit in der psychiatrischen Versorgung anerkannt werden, kommt doch auch – so könnte man argumentieren – in der EX-IN-Bewegung zum Ausdruck (AMERING 2016; UTSCHAKOWSKI et al. 2016).

Dass es solche Veränderungen gegeben hat, ist unbestritten. Ich habe nur meine leisen Zweifel (und diese Zweifel wurden durch viele studentische qualitative Datenmaterialien – ethnografische Protokolle und narrative Interviews mit psychiatrienerfahrenen Menschen – genährt), wie viel im Alltag der psychiatrischen Prozessierung davon zu spüren ist.

Was bleibt?

Bei der erneuten Lektüre meiner Studie stand ich nicht nur oder in erster Linie unter dem Eindruck von historischen, generationsspezifischen, familiengeschichtlichen und biografischen Besonderheiten, die in den narrativen Interviews mit meinen Informanten sichtbar wurden. Vieles bleibt aktuell. Ich habe für mich die folgende Bilanz gezogen.

Die Bedeutung biografieanalytischer Verfahren für einen Zugang zu fremdartig erscheinenden Lebensgeschichten

Ich konnte mir wieder vor Augen führen, wie es mit den Verfahren der sozialwissenschaftlichen Biografieanalyse auf der Basis narrativer Interviews, die sich am Ende der 1970er- und in den frühen 1980er-Jahren herausgebildet hatten, möglich ist, zu einem vertieften Verständnis besonders schwieriger, chaotischer und z. T. undurchsichtiger Lebensgeschichten von Menschen zu gelangen, die schließlich psychiatrische Patienten geworden waren. Ein solcher Analysezugang unter besonderer Berücksichtigung textformaler Auffälligkeiten autobiografischer Stegreiferzählungen – etwa ungeplanter Selbstkorrekturen und Hintergrundkonstruktionen, auffälliger Vagheiten, der Verdrängung von Erzähl- durch Argumentationssequenzen usw. – war damals etwas Neues (vgl. SCHÜTZE 1987, 2016 a; RIEMANN 1986).

Es war auch keineswegs ausgemacht, wie es gelingen könnte, eine angemessene Präsentationsform für die Fallanalysen und darauf aufbauenden theoretischen Modelle zu finden. In der damaligen Untersuchung entschied ich mich

noch – im Unterschied zu einer späteren professionsanalytischen Studie auf der Basis interaktionsgeschichtlich-narrativer Interviews (RIEMANN 2000) – zur vollständigen Präsentation formal-inhaltlicher struktureller Beschreibungen (Segment für Segment) von autobiografischen Erzählungen, die im Zentrum von Einzelfallstudien standen. Dadurch war es interessierten Leserinnen und Lesern möglich, den gesamten Verlauf der Analyse einzelner Interviews nachzuvollziehen und auch kritisch zu überprüfen. Eine solche Darstellungsvariante war zur damaligen Zeit auch deshalb sinnvoll, weil der Analysestil formal-inhaltlicher struktureller Beschreibungen noch unbekannt war. Ich glaube, die Studie hat einen nicht ganz unwichtigen Beitrag zur Entwicklung solcher Präsentationsformen geleistet. Die Diskussion über angemessene Darstellungsformate geht weiter.

In dem hier relevanten Analyseverfahren ist die Unterscheidung unterschiedlicher Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung (KALLMEYER & SCHÜTZE 1977; SCHÜTZE 1978) – Erzählung, Beschreibung und Argumentation –, die von spezifischen Aktivitäten und Zugzwängen geprägt sind, zentral. Dass sich die mit psychiatrieerfahrenen Menschen durchgeführten autobiografisch-narrativen Interviews mit den gleichen erzähl- und argumentationsanalytischen Mitteln analysieren ließen wie »andere« narrative Interviews, war damals eine Einsicht, die auch vielen Soziologinnen und Soziologen schwer vermittelbar war: Sie beharrten darauf, dass die Analyseprozeduren doch dem Umstand Rechnung zu tragen hätten, dass die Informanten »psychisch krank« seien. Das erzähl- und argumentationsanalytische Instrumentarium bewährte sich auch im Umgang mit diesen Darstellungen – vollständigen autobiografischen Erzählungen, aber auch Stegreifdarstellungen, in denen Argumentationssequenzen narrative Passagen immer mehr verdrängten. Letzteres geschah dann, wenn sich Informanten primär expertenhaft diagnostizierend zu ihren Erfahrungen äußerten und z. T. wie ihre eigenen Psychiater klangen; wenn sie sich mit schuldhaften Verstrickungen auseinandersetzten und daran verzweifelten oder wenn sie sich darum bemühten, ungewöhnliche und eigenwillige wahnhafter Vorstellungssysteme zu explizieren und zu verteidigen (RIEMANN 1986).

Erfahrungen des Verlusts und der Wiederaneignung einer Beziehung zur eigenen Lebensgeschichte

In der Studie standen vor allem Phänomene im Mittelpunkt, die ich als Erfahrungen des Verlusts im Verhältnis zur eigenen Lebensgeschichte ansah – daher der Titel »Das Fremdwerden der eigenen Biographie«. Solche

Verlusterfahrungen zeigten sich in vielerlei Weise in den Lebensgeschichten der Betroffenen (und ebenfalls in formalen Auffälligkeiten der Interviewdarstellung).

Eine Variante ist beispielsweise die Herausbildung der Haltung eines »Memoirenauteurs«, der sich nur noch anekdotenhaft auf bestimmte lebensgeschichtliche Phasen beziehen kann, ohne dass etwas von seiner biografischen Erfahrungsaufschichtung und seiner Identitätsentwicklung erkennbar würde. In vielen Interviews tauchen rätselhafte »weiße Flecken« in der Vergangenheitsdeutung auf. Ganz häufig gab es das Phänomen der Verdrängung einer eigenen Sprache für sehr persönliche Erlebnisse durch höherprädikative psychiatrische Begriffe. Eine sehr weitreichende Form von Verlusterfahrung ist die Auflösung des narrativen Bezugs auf die eigene Biografie im Zuge des Übergangs in Wahnvorstellungen.

Um ein Beispiel für Verlusterfahrungen aus dem Datenmaterial herauszugreifen: In der detaillierten Rekonstruktion der Lebensgeschichte des oben erwähnten Heinz Kaminski wird deutlich, dass er – nach einem letzten Aufbegehren gegen die Fremdbestimmung durch seine Mutter während seiner Adoleszenz – eine völlig indifferente Haltung gegenüber seiner Lebensgeschichte entwickelt und seiner Mutter auch nichts mehr entgegensetzt, als sie im Anschluss an seinen Orientierungszusammenbruch seine lebenslange Unterbringung in einer Anstalt organisiert. Es gibt bei ihm spätere Versuche des Widerstands gegen die psychiatrische Prozessierung und Ansätze zu einer eigenständigen biografischen Arbeit (BETTS et al. 2008; SCHÜTZE 2015), die in der Klinik schnell als psychotische Episoden eingeordnet und pharmazeutisch bearbeitet werden – und auch von dem Betroffenen selbst als »Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor« reinterpretiert werden (RIEMANN 1984). Der Widerstand wird von ihm im Rückblick als solcher gelöscht oder »nihilisiert« (BERGER & LUCKMANN 1970, S. 123 f.).

Ebenso reizvoll fand ich Darstellungen, in denen sichtbar wurde, wie die Betroffenen in unterschiedlicher Weise um die Wiederaneignung ihrer Biografie kämpften. In den Analysen ließ sich etwa zeigen, dass auch ein Wahn die Funktion haben kann, die Biografie zu erhalten – im Unterschied zu Fällen, in denen das Besondere der eigenen Biografie im Wahn verloren geht und sich damit auch der narrative Bezug auf die ganz eigene Geschichte auflöst. Eine besondere Rolle bei der Wiederaneignung der eigenen Biografie oder von Teilen, für die man die Zuständigkeit verloren hatte, kommt (auch in der Interviewsituation) dem autobiografischen Stegreiferzählen zu – eben einem Erzählen, das auf lebensgeschichtliche Zusammenhänge insgesamt ausgerichtet ist und nicht bloß

auf die problematisch gewordenen oder rätselhaften Episoden, für die die psychiatrische Profession eine besondere Expertise beansprucht. Wie folgenreich ein solcher Anspruch für die autobiografische Theoriebildung der Betroffenen ist, zeigt sich in bestimmten Spuren der psychiatrischen Prozessierung: wenn Erzähler Diagnosen in einer ganz eigenwilligen Form interpretieren oder den Kampf um ihre Selbstbestimmung in diagnostischen Termini austragen (z. B. dass man im Unterschied zu dem, was die Ärzte meinen, »neurotisch« und nicht »psychotisch« sei).

Als ich bei der erneuten Lektüre der Studie auf vielfältige Formen des Fremdwerdens der eigenen Biografie stieß, erinnerte ich mich daran, dass ich ganz ähnliche Phänomene in den narrativen Interviews entdeckt hatte, die von mir betreute Studierende der Sozialen Arbeit in den letzten drei Jahrzehnten durchgeführt hatten – häufig Interviews mit psychiatrikerfahrenen Menschen oder anderen Personen, die intensive Erfahrungen des Prozessiert-Werdens gemacht hatten oder in deren Lebensgeschichte übermächtige und prestigereiche Theoriegebilde eine besondere Rolle gespielt hatten, die ihr eigenes Selbst betrafen. Ich denke etwa an Erzählungen junger Menschen, die mit der ADHS-Diagnose aufgewachsen waren und sie sich zu eigen gemacht hatten. Gleichzeitig lässt sich auch beobachten, dass der narrative Bezug zur eigenen Geschichte ebenso durch biografische Beratung (SCHÜTZE 2015) und sensible Therapien bekräftigt werden kann. »Das Fremdwerden der eigenen Biographie« bleibt ein aktuelles Thema und gehört nicht bloß zu einer früheren Psychiatrieepoche.

Ansätze einer fallbezogenen Psychiatriekritik

Es fiel mir wieder auf, dass ich auf eine zurückhaltende und fallspezifische Weise Kritik an psychiatrischen Prozessierungen geübt hatte. Die Kritik richtete sich zum einen darauf, dass solche Prozesse, wie ich sie eben mit Blick auf die Lebensgeschichte von Heinz Kaminski angedeutet hatte – nämlich die frühe Ausbildung einer Haltung, dass letztlich ein anderer zuständig ist für »meine« Lebensplanung –, aber auch *andere* Erscheinungsformen des Fremdwerdens der eigenen Biografie im Rahmen der psychiatrischen Behandlung nicht registriert und als etwas Problematisches erkannt wurden. Dazu gehört als Extremform die Verwandlung der eigenen Lebensgeschichte in die Naturgeschichte einer »Krankheit«, die der eigenen Kontrolle und dem eigenen Verständnis völlig entzogen ist (was darin zum Ausdruck kommt, dass eine eigene Sprache für sehr Persönliches und Autobiografisches verloren geht und durch eine psychiatrische Sprache ersetzt wird). Zum anderen ließ

sich feststellen, dass psychiatrische Interventionen oft zu einer Verschärfung solcher Problemlagen der Selbstentfremdung beitragen. Aber es lässt sich auch herausarbeiten, dass Angehörige ganz unterschiedlicher Berufsgruppen in der Psychiatrie durch ihre Einsicht in lebensgeschichtliche Zusammenhänge, ihre Ratschläge und ihre Initiativen als verlässliche biografische Begleiter fungieren konnten. Insgesamt drängte sich beim Lesen der Eindruck auf, wie sehr sich solche Analysen für fallspezifische professionelle Selbstreflexion und -kritik eignen (RIEMANN 2002, 2015). Das wurde mir auch von einigen Psychiatern bestätigt, die die Studie, die in der psychiatrischen »Szene« ansonsten kaum beachtet wurde, gelesen hatten.

Die Anregung und Begleitung biografischer Arbeit

Am Schluss meiner Studie (RIEMANN 1987, S. 505) war ich darauf eingegangen, dass meine Informanten die Erzählung ihrer Lebensgeschichte als etwas »Befreiendes« erlebt hatten, und hatte hinzugefügt: »aber dies sollte nicht so verstanden werden, als könne man diese Wirkung planmäßig herbeiführen«. Mir war damals schon klar, dass die Erfahrungen, die ich in diesem Feld mit autobiografisch-narrativen Interviews gesammelt hatte, eine große Bedeutung für die Gestaltung der professionellen Praxis haben könnten: indem Professionelle ihre Klientinnen und Klienten – nicht nur in psychiatrischen Zusammenhängen – in schwierigen Lebenssituationen darin ermutigen und dabei begleiten, biografische Arbeit (BETTS et al. 2008; SCHÜTZE 2015) zu leisten. Dazu gehört auch immer, dass die Betroffenen sich erinnern und darüber erzählen, wie in ihrer Lebensgeschichte eins zum anderen gekommen ist. »*Biografische Arbeit*«, so Fritz SCHÜTZE (2015, S. 32), »ist die bewusste Zuwendung zur eigenen biografischen Identität in ihrer Gewordenheit und Veränderbarkeit. Sie bezieht sich auf Probleme und Entfaltungspotenziale der betroffenen Person bzw. des ›Biografieträgers‹ und der ›Biografieträgerin‹ und bezweckt diesen Problemen und Entfaltungspotenzialen gegenüber eine gestaltende Haltung. *Biografische Arbeit* ist besonders dann wichtig, wenn Menschen nicht oder nur ungenügend gelernt haben, sich selbst als sich entfaltende Persönlichkeiten zu betrachten, deren Entfaltungsprinzipien von ihnen selbst entdeckt und gefördert werden müssen.« (Kursivsetzung im Original)

Dieses Thema hat mich während der Zeit, in der ich in Kassel, Bamberg und Nürnberg in der forschungsbezogenen Ausbildung von Studierenden der Sozialen Arbeit tätig war, ständig begleitet (RIEMANN 2016). Für mich war es wichtig, dass Studierende in der Durchführung selbstreflexiv-ethnografischer

und biografieanalytischer Studien auch Impulse für ihre professionelle Praxis bekommen: vor allem ein Gespür dafür entwickeln, wie wichtig es ist, in der Interaktion mit Klientinnen und Klienten Räume dafür zu schaffen, dass biografisches Sprechen (insbesondere auch in Form von Erzählungen) möglich ist und wertgeschätzt wird.

In dem Studienschwerpunkt »Soziale Arbeit mit psychisch kranken und suchtkranken Menschen«, den ich gemeinsam mit dem Psychiater Jörg Wolstein am Fachbereich Soziale Arbeit der Universität Bamberg organisierte, stieß ich dabei – auch unter Studierenden, die ihre praktischen Studiensemester in der Psychiatrie verbracht hatten – auf anfängliche Vorbehalte: Sich auf lebensgeschichtliche Erzählungen von psychiatrischen Patientinnen und Patienten einzulassen und sie behutsam dazu zu ermutigen – das erschien als etwas, was zur Domäne von Psychiatern und Psychologen gehörte, da sollte man sich besser heraushalten. Biografisches Sprechen wurde sofort mit »Therapie« assoziiert. Solche Vorbehalte haben sich nach einiger Zeit – vor allem auch unter dem Einfluss selbstreflexiver ethnografischer Praxiserkundungen – meist aufgelöst.

Von Cosimo Mangione erhobene Daten – Praxiserzählungen von Sozialpädagoginnen, die in psychiatrischen Zusammenhängen arbeiten und während ihres Studiums eigene rekonstruktive Forschungsprojekte durchgeführt haben – bestärken mich in der Auffassung, dass solche Forschungserfahrungen zur Ausbildung von professionellen Praxisstilen beitragen können, in denen dem biografischen Erzählen von Klientinnen und Klienten ein besonderes Gewicht beigemessen wird – und damit auch der Relevanz ihrer Perspektiven und ihrer Stimme überhaupt. Damit können auch Konflikte mit anderen Praktikerinnen und Praktikern verbunden sein, die Irritationen des »thinking as usual« und Verzögerungen im psychiatrischen »Normalbetrieb« befürchten und solche Versuche von biografischer Beratung und Begleitung als Zeitverschwendung oder als Grenzüberschreitungen gegenüber vermeintlich »zuständigen« Professionen, also Psychiatern oder Psychologen, delegitimieren. Es erscheint mir wichtig, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, aber auch andere Professionelle, ihre hier relevanten Erfahrungen in selbstreflexiven ethnografischen Protokollen dokumentieren oder darüber mündlich erzählen – gerade auch dann, wenn die Ermutigung zu biografischer Arbeit und biografische Beratung in manchen psychiatrischen Kontexten alles andere als selbstverständlich sind und sie stattdessen oft eher entmutigt werden.

Zur Vertiefung

Die Publikation »Das Fremdwerden der eigenen Biographie« ist im Buchhandel nicht mehr erhältlich, aber als eingescannte Version (mit kleinen Fehlern) im Social Science Open Access Repository zugänglich: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssolar-10330> (13.11.2018)

Der Autor

Gerhard Riemann, Prof. Dr. rer. pol. habil., ist Soziologe und war bis zu seiner Pensionierung Professor für Soziale Arbeit an der Technischen Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm. Seine Forschungsschwerpunkte sind Biografie-forschung, Narrations- und Argumentationsanalysen, Analysen professionellen Handelns und Ethnografie.

Referenzen

- AMERING, M. (2016): »Kunst ist schön, macht aber viel Arbeit«. Hindernisse und Widerstände gegen Peearbeit aufseiten der professionellen Helferinnen und Helfer. In: UTSCHAKOWSKI, J. u. a. (Hg.): Experten aus Erfahrung. Peearbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 60–71.
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. (1970): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt: Fischer.
- BETTS, S.; GRIFFITHS, A.; SCHÜTZE, F.; STRAUS, P. (2008): Biographical Counselling: An Introduction. European Studies on Inequalities and Social Cohesion, 1–2, S. 5–58. <http://www.uni-magdeburg.de/zsm/projekt/biographical/1/0.pdf> (13.11.2018).
- GLASER, B.; STRAUSS, A. (1967): The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine.
- GOFFMAN, E. (1968): Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Harmondsworth: Penguin.
- KALLMEYER, W.; SCHÜTZE, F. (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. Dargestellt am Beispiel von Erzählungen und Beschreibungen. In: WEGNER, D. (Hg.): Gesprächsanalysen, Reihe I, Band 65, S. 159–274. Hamburg: Buske.

- PETER, S. V.; SCHWEDLER, H.-J.; AMERING, M.; MUNK, I. (2015): »Diese Offenheit muss weitergehen«. Wie erleben Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle den Dialog? *Psychiat Prax*, 42 (7), S. 384–391.
- RIEMANN, G. (1984): »Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor«. Zum Umgang psychiatrischer Patienten mit übermächtigen Theorien, die ihr eigenes Selbst betreffen. In: KOHLI, M.; ROBERT, G. (Hg.): *Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven*, S. 118–141. Stuttgart: Metzler.
- RIEMANN, G. (1986): Einige Anmerkungen dazu, wie und unter welchen Bedingungen das Argumentationsschema in biographisch-narrativen Interviews dominant werden kann. In: SOEFFNER, H.-G. (Hg.): *Sozialstruktur und soziale Typik*, S. 112–157. Frankfurt, New York: Campus.
- RIEMANN, G. (1987): *Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten*. München: Fink.
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-10330> (13.11.2018).
- RIEMANN, G. (2000): *Die Arbeit in der sozialpädagogischen Familienberatung. Interaktionsprozesse in einem Handlungsfeld der sozialen Arbeit*. Weinheim und München: Juventa.
- RIEMANN, G. (2002): Biographien verstehen und missverstehen – Die Komponente der Kritik in sozialwissenschaftlichen Fallanalysen des professionellen Handelns. In: KRAUL, M. u. a. (Hg.): *Biographie und Profession*, S. 165–196. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- RIEMANN, G. (2015): Kritikpotenziale der rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung. In: RÄTZ, R.; VÖLTER, B. (Hg.): *Wörterbuch Rekonstruktive Soziale Arbeit*, S. 270–275. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- RIEMANN, G. (2016): Annäherungen an das Biografische in der Praxis der Sozialen Arbeit. Überlegungen zu zentralen Aufgabenstellungen und Elementen im professionellen Handeln und zu Formen ihrer Entdeckung und Rekonstruktion. *Zeitschrift für Pädagogik*, 62 (2), S. 199–214.
- SCHÜTZE, F. (1978): Strategische Interaktion im Verwaltungsgericht – eine soziolinguistische Analyse zum Kommunikationsverlauf im Verfahren zur Anerkennung als Wehrdienstverweigerer. In: HASSEMER, W. u. a. (Hg.): *Interaktion vor Gericht. Schriften der Vereinigung für Rechtssoziologie*, Bd. 2, S. 19–100. Baden-Baden: Nomos.
- SCHÜTZE, F. (1981): Prozeßstrukturen des Lebensablaufs. In: MATTHES, J. u. a. (Hg.): *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*, S. 67–156. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung.

- SCHÜTZE, F. (1987): Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien: Erzähltheoretische Grundlagen. Teil I: Merkmale von Alltagserzählungen und was wir mit ihrer Hilfe erkennen können. Studienbrief der Fernuniversität Hagen.
- SCHÜTZE, F. (1995): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: KRÜGER, H. H.; MAROTZKI, W. (Hg.): Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung, S. 116–157. Opladen: Leske + Budrich.
- SCHÜTZE, F. (2015): Biografische Beratung und biografische Arbeit. In: RÄTZ, R.; VÖLTER, B. (Hg.): Wörterbuch Rekonstruktive Soziale Arbeit, S. 33–35. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- SCHÜTZE, F. (2016): Biographieforschung und narratives Interview. In: Schütze, F. (2016): Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse. Grundlagen der qualitativen Sozialforschung, hg. von FIEDLER, W.; KRÜGER, H.-H., S. 55–73. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- UTSCHAKOWSKI, J.; SIELAFF, G.; BOCK, T.; WINTER, A. (Hg.) (2016): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag.

Biografische Verläufe psychisch kranker Menschen nach beruflicher Rehabilitation

Zur qualitativen Analyse von Fallkonstellationen

Ernst von Kardorff, Alexander Meschnig, Sebastian Klaus

Daten der gesetzlichen Krankenkassen belegen eine seit über zehn Jahren im Verhältnis zu körperlichen Erkrankungen überproportional ansteigende Zunahme an Krankschreibungen wegen psychischer Krankheiten, vor allem aufgrund von Ängsten und Depressionen. Besondere Relevanz und Brisanz erhalten diese Ergebnisse durch die Krankheitsdauer, also die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Krankheitsfall. Bei als psychisch bedingt diagnostizierten Krankheitsfällen ist sie mit durchschnittlich 36 Tagen dreimal höher als bei anderen Erkrankungen mit zwölf Tagen (Knieps & Pfaff 2016, S. 47). Darüber hinaus stellen sie inzwischen die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen dar: zwischen 1993 und 2015 stieg ihr Anteil von 15,4 % auf 42,9 % (DRV-Bund 2016, S. 111). Berentungsfälle wegen »Psychischer und Verhaltensstörungen« treten im Vergleich zu (chronischen) körperlichen Krankheiten zudem deutlich früher im Lebensverlauf auf; das Durchschnittsalter liegt hier bei 48,1 Jahren, während es bei anderen (körperlichen) Erkrankungen 51,1 Jahre beträgt (DRV-Bund 2014, S. 24).

Bei der Zunahme (diagnostizierter) psychischer Erkrankungen handelt es sich vor allem um F3-Diagnosen (affektive Störungen, insbesondere verschiedene Formen der Depression) und F4-Diagnosen (neurotische, Belastungs- und Anpassungsstörungen, insbesondere Angststörungen) der ICD-10. Anders als etwa Menschen mit Psychosen, Suchtkranke oder Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen taucht diese Gruppe nur selten im akut- oder im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem auf, sondern eher bei niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten sowie bei Psychotherapeuten, in psychosomatischen Rehakliniken oder – oft nach längeren Zeiten krankheitsbedingter Erwerbslosigkeit – in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Die Mehrzahl dieser wenig auffälligen und damit in der Öffentlichkeit weitgehend unsichtbaren Klientel erscheint kaum im sozialpsychiatrischen Diskurs, weil

viele der Betroffenen trotz hoher Belastungen (noch) genügend Ressourcen besitzen, um nicht auf komplexe sozialpädagogische oder sozialpsychiatrische Hilfen angewiesen zu sein oder weil sie aufgrund ihrer langen Berufsbiografien und ihres Alters beim erzwungenen Ausstieg aus dem Erwerbsleben oft noch über eine ausreichende finanzielle Eigensicherung und soziale Einbindung verfügen.

Einer manifesten seelischen Krise oder einem Zusammenbruch, der zur Arbeitsunfähigkeit führt, geht zumeist eine über viele Jahre andauernde Vorgeschichte mit wechselnden Krisen und Krankheitsphasen, mit Präsentismus und Versuchen der Selbstbehandlung voraus. Vielfach gelangen diese nach außen oft wenig auffälligen psychisch beeinträchtigten Menschen entweder gar nicht oder erst relativ spät in das System der Rehabilitation; so haben nur 50 % der Bezieher von Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Krankheit vor Eintritt in die Rente eine Rehamassnahme in Anspruch genommen. Anders als in der sozialpsychiatrischen Praxis oft diskutiert, geht die Versorgungsforschung (SVR Gesundheit 2000/2001) davon aus, dass die psychiatrischen Krankheitsbilder im Spektrum der Psychosen eher übertversorgt, besonders Depressionen, Angsterkrankungen, aber auch somatoforme bzw. psychosomatische Störungen und Suchterkrankungen hingegen strukturell unterversorgt sind oder fehlversorgt werden. Hinzu kommt, dass betroffene Menschen besonders in ländlichen Regionen aufgrund des zu geringen Angebots oft keinen Zugang zu Fachärzten oder Psychotherapeuten haben, über lange Zeit Symptome umdeuten oder verdrängen und spät Hilfe suchen, teils aufgrund von Stigmatisierungsängsten (KARDORFF 2016, 2018), teils aufgrund fehlender Information. Hiermit werden auf makro- und mesosozio-logischer Ebene versorgungsbezogene Aspekte angesprochen. In unserer Studie haben wir uns hingegen auf die *mikrosoziologische Ebene* konzentriert und dabei die Wege von körperlich wie psychisch kranken Menschen von der beruflichen Rehabilitation in nachhaltige Beschäftigung rekonstruiert. Konzeptionell ging es darum, das komplexe Zusammenspiel individueller Biografieverläufe und Entscheidungsprozesse mit den äußeren Bedingungen in Arbeit und Familie sowie den Abläufen in der Rehabilitationsmaßnahme aus der subjektiven Sicht der Studienteilnehmer zu rekonstruieren. Praxisbezogen stand die Frage nach begünstigenden und hemmenden Faktoren im Vordergrund, die eine gelingende Rückkehr und einen nachhaltigen Verbleib in Arbeit wahrscheinlicher machen können.

An einer dieser Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, der zweijährigen beruflichen Neuqualifizierung (Umschulung) mit einem IHK-Abschluss, setzt unsere Studie ein, deren Methoden und Ergebnisse hier unter dem Gesichtspunkt

biografischer Verlaufskurven der psychisch beeinträchtigten Rehabilitanden und der sie bestimmenden Konstellationen dargestellt werden. Dabei kamen sowohl quantitative wie qualitative Methoden zum Einsatz. Es handelt sich also um eine Mixed-method-Studie (vgl. den Beitrag von Reinhold Kilian in diesem Buch), die im quantitativen Teil auf einer Fragebogenerhebung und auf episodisch-narrativen Interviews im qualitativen Teil beruht. Dort stehen das subjektive Erleben und die individuellen Sichtweisen und Zukunftsperspektiven der Rehabilitanden im Mittelpunkt, so wie sie kurz vor Ende der Maßnahme sowie 6 und 18 Monate später erinnert und bewertet wurden. Nach einem Kurzüberblick über die quantitativen Ergebnisse werden die Überlegungen zum qualitativen Teil sowie die Generierung von theoretischen Konzepten aus dem empirischen Material ausführlich vorgestellt.

Überblick über die quantitativen Ergebnisse

Konzeptionell stand im Mittelpunkt der von der Deutschen-Rentenversicherung Bund von 2014 bis 2017 geförderten Untersuchung die Identifikation von charakteristischen Konstellationen, die einen Erfolg bei der Rückkehr in Arbeit begünstigen oder aber zu einem Scheitern führen. Die mithilfe episodisch-narrativer Interviews (FLICK 2011) erhobenen individuellen (Berufs-)Biografien wurden dabei nicht mit Blick auf die Identifikation von »Typen« gelesen, sondern als charakteristische lebensphasen- und lebenslagen-spezifische Konstellationen in einem zeitlichen, sozialen und räumlichen Ereignisraum. Dabei interessierte uns insbesondere das Zusammenspiel zwischen der individuellen (Berufs-)Biografie, kritischen Lebensereignissen und äußeren Umständen und ihrer subjektiven (Be-)Deutungen mit der durch das eigene Bewältigungshandeln beeinflussten Krankheitsverlaufskurve im Verlauf des Rehabilitationsgeschehens. Im Folgenden konzentrieren wir uns auf die subjektiven Formen der Krisenbearbeitung, den Umgang mit den auch nach der Rehabilitation verbleibenden gesundheitlichen und leistungsbezogenen Beeinträchtigungen, wir kommen aber auch auf die Versuche der Renormalisierung und der Veränderung von Zukunftserwartungen zu sprechen.

An der Studie nahmen berufliche Rehabilitanden zweier Ausbildungskohorten von jeweils drei Berufsförderungswerken und freien Bildungsträgern in Baden-Württemberg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern aus unserer vorausgegangenen »Abbrecher«-Studie (MESCHNIG et al. 2015) teil.

Von den ursprünglich 454 Teilnehmenden zum ersten Erhebungszeitpunkt (t_0) während der Umschulung konnten zum zweiten Zeitpunkt (t_1), sechs Monate nach Ende der Umschulung, von 214 Teilnehmern, die einer Nachuntersuchung zugestimmt hatten, noch 155 und schließlich nach 18 Monaten (t_2) noch 94 Personen mittels eines Fragebogens zu ihren beruflichen Verläufen, zu Veränderungen im Gesundheitsstatus und -erleben, zur sozialen Einbindung und zum Umgang mit ihrer Krankheit sowie zu ihrer nachträglichen Einschätzung der Maßnahme befragt werden. Unsere Stichprobe war hinsichtlich des Altersmedians, der Geschlechterverteilung und der formalen Bildungsabschlüsse annähernd repräsentativ für die gesamte Teilnehmerstruktur bei entsprechenden Bildungsmaßnahmen (vgl. KARDORFF 2016; MESCHNIG et al. 2018). Fast ein Viertel der Teilnehmer (24,7 %; $n = 20$) konnte direkt nach dem Ende der Maßnahme einen Arbeitsplatz finden, 88,9 % ($n = 73$) der Erwerbstätigen fanden innerhalb eines halben Jahres eine Stelle. Immerhin 30 % der Teilnehmer fanden eine Anstellung in ihrem Praktikumsbetrieb. So ist es nicht verwunderlich, dass die Teilnehmenden insgesamt die Maßnahme positiv bewerteten, übrigens auch, wenn sie (noch) keine Arbeit gefunden hatten.

Ein Überblick über die Hauptergebnisse der Mixed-method-Studie findet sich in der Übersicht auf S. 118 f.

Der Erfolg der Maßnahme hing nicht von der Krankheitsdiagnose ab, wohl aber von der subjektiven Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes. Eine positive Einschätzung stellte zu beiden Erhebungszeitpunkten einen relevanten Prädiktor für eine Rückkehr in Arbeit dar. Dieses Bild verschiebt sich etwas im qualitativen Studienteil. Hier hängt der Erfolg einer nachhaltigen Wiedereingliederung individuell von der Stabilität des Gesundheitszustands und eventuell vorhandenen chronischen Schmerzen und nicht zuletzt von der psychischen Vulnerabilität, vor allem von Arbeitsplatzängsten (vgl. auch LINDEN & MUSCHALLA 2007), Ängsten vor Stigmatisierung und depressiven Episoden ab. Dass in unserem Sample insgesamt – quantitativ wie qualitativ – der Einfluss der diagnostizierten psychischen Krankheit im Verhältnis zur zentralen Bedeutung der in der Lebensspanne entwickelten biografischen Konstellationen eher gering ist, liegt auch daran, dass es sich bei Rehabilitanden in den zweijährigen Qualifizierungsmaßnahmen in der Mehrzahl um Menschen handelt, denen eine gewisse Stabilisierung schon gelungen ist. Ein weiterer Grund ist, dass Menschen mit sehr schweren stark chronifizierten psychischen Erkrankungen wie etwa Psychosen oder Borderline-Störungen (vgl. SCHUBERT et al. 2013; OSCHIMANSKY et al. 2017) nur selten in den anstrengenden und

ABBILDUNG 1 Quantitative und qualitative Ergebnisse im vergleichenden Überblick

	Quantitative Ergebnisse	Qualitative Ergebnisse
Rolle des Umschulungsberufs	Kein Einfluss auf Rückkehr in den Beruf	Das Gefühl biografischer Passung der Umschulung erhöht die Chancen auf Rückkehr in den Beruf Die Identifikation mit dem Umschulungsberuf ist subjektiv bedeutsam für Motivation zur Rückkehr in den Beruf
Beurteilung der Auswirkung der Maßnahme	Insgesamt positive Bewertung der Maßnahme, selbst bei umschulungsfremder Beschäftigung oder noch bestehender Arbeitslosigkeit nach Ende der Maßnahme Positive Beurteilung des Wiedereinstiegs in Arbeit und des aktuellen Arbeitsplatzes	Stärkung des Selbstvertrauens durch Zuwachs an Kompetenzen Verbesserter Umgang mit der Krankheit in der Reha-Maßnahme Bereitschaft, Hilfe anzunehmen und Lernangebote als Chance zu nutzen als Erfolgsfaktor
Rückkehr und Verbleib in Arbeit	18 Monate nach der Maßnahme sind 75 % der Teilnehmer in Arbeit	Teilnehmende außerhalb »riskanter« Konstellationen sind in der Regel finanziell unabhängig, erleben betriebs-internen Aufstieg nach Rückkehr in den Beruf und haben gute Aussichten, in Arbeit zu bleiben
Einfluss des Arbeitsmarkts	Mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit nach der Umschulung steigt der Einfluss des regionalen Arbeitsmarkts und des Wohnorts auf die Chance zur Rückkehr in den Beruf	Als bedeutsam für die Rückkehr in den Beruf erweisen sich: berufsspezifischer regionaler Arbeitsmarkt, persönliche Flexibilität, der Grad der lokalen sozialen Verankerung und die Stärke der regionalen Bindung

	Quantitative Ergebnisse	Qualitative Ergebnisse
Einfluss der Krankheit	Weder Krankheitsdiagnose (psychische oder körperliche Krankheit) noch Multimorbidität haben signifikanten Einfluss auf die Rückkehr in den Beruf Die subjektiv positive Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands stellt zu beiden Erhebungszeitpunkten einen relevanten Prädiktor für gelingende Rückkehr in den Beruf dar	Ein akzeptierender Umgang mit der Krankheit, ein fortgeschrittener Stand der Krankheitsbearbeitung und die Integration der Krankheit in das Selbst sind entscheidende Faktoren für gelingende und dauerhafte Rückkehr in den Beruf Hinzu kommen die Bereitschaft zur Veröffentlichung der Krankheit, Akzeptanz geringerer Leistungsfähigkeit und ein aktives Gesundheitsverhalten Rückfälle und Schmerzen wirken negativ auf Rückkehr in den Beruf
Einfluss der Lebensorientierung	Positive Zukunftserwartungen sind zu beiden Erhebungszeitpunkten relevante Prädiktoren für gelingende Rückkehr in den Beruf	Rehabilitanden mit dem Bedarf nach festen »Leitplanken« im Leben, der Nutzung der Reha als Schutzraum und der Erwartung an ein Fortbestehen des Schonraums nach Ende der Maßnahme schaffen Probleme bei der Rückkehr in den Beruf
Partnerschaft, soziale Einbindung und soziale Unterstützung	Eine vorhandene Partnerschaft ist ein hoch signifikanter positiver Faktor für die Rückkehr in den Beruf Soziale Einbindung wirkt als Resilienzfaktor	Über das Verantwortungsgefühl gegenüber Familie und Partnerschaft steigt die Rehamotivation Danach dominiert das Gefühl, durch eigenes Bemühen bei der Arbeitsplatzsuche die empfangene Unterstützung zurückzugeben

fordernden Vollqualifizierungsmaßnahmen vertreten sind. Rehabilitanden mit diesen Diagnosen finden sich eher in Maßnahmen der Beruflichen Trainingszentren (BTZ) oder in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK).

Zum qualitativen Studienteil: Zur Analyse von Fallkonstellationen

Hier wurden dreißig Fallstudien mithilfe ausführlicher episodisch-narrativer Interviews ca. 18 Monate nach Ende der Umschulung erstellt; dort kamen die berufsbiografischen Verläufe vor und nach der Rehabilitation ebenso zur Sprache wie die je nach Lebensphase unterschiedlichen beruflichen und privaten Zukunftsperspektiven. Bei der vergleichenden Fallanalyse und der Verknüpfung mit den quantitativen Daten lag der Schwerpunkt auf den Bedingungen für eine gelingende Rückkehr in Arbeit, aber auch auf den Barrieren und Gründen für ein Scheitern, um sensible Veränderungsphasen und spezifische Unterstützungsbedarfe identifizieren sowie Empfehlungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges entwickeln zu können. Hierzu ist ein frühzeitiges Erkennen von Anzeichen für Risikokonstellationen erforderlich; diese lassen sich nur sehr begrenzt aus den in Sozialisationsprozessen stabil entwickelten Personenmerkmalen (»Risikopersonlichkeit«) ableiten, sondern sie ergeben sich vor allem aus dem Zusammenspiel zwischen Biografie, Person, Diagnose, Maßnahme und Umfeld (Wohnort, regionaler Arbeitsmarkt).

»Biografische Gesamtformung« und Entscheidungspfade

Um herauszuarbeiten, an welchen Punkten der individuellen Verlaufskurven (SCHÜTZE 2006), auf welche Weise und unter welchen Bedingungen Belastungen in Arbeit und Familie zu gesundheitsrelevanten Beanspruchungen werden, die zu schweren persönlichen und familiären Krisen, chronischen bzw. chronifizierten Erkrankungen, zu Erwerbslosigkeit und in der Folge zu sozialen Abstiegsprozessen führen, erweist sich der methodische Zugang über die Rekonstruktion von Lebensgeschichten als geeignet. Dabei werden die aus den Prozessen der subjektiven Wahrnehmungen, Deutungsmuster und Begründungen resultierenden und retrospektiv über »Weil«- und »Um zu«-Motive (SCHÜTZ 1932) begründeten Entscheidungen und Handlungsmuster besser

verständlich. Mithilfe des von Fritz Schütze entwickelten Analysekonzepts der »biografischen Gesamtformung«, das »die lebensgeschichtliche Abfolge der erfahrungsdominanten Prozeßstrukturen in den einzelnen Lebensabschnitten bis hin zur gegenwärtig dominanten Prozeßstruktur« (SCHÜTZE 1983, S. 286) sichtbar macht, haben wir Muster lebensgeschichtlicher, teils familial tradierter, teils in Beruf und Partnerschaft erworbener »Handlungsprogramme« identifizieren können. Dabei konnten wir charakteristische – erfolgreiche wie auch weniger erfolgreiche – Bearbeitungsformen alltäglicher und besonderer Krisen in Alltag, Familie und Beruf erkennen, die auch Ansatzpunkte für rechtzeitige, und vor allem individuell passfähige Hilfeangebote liefern können.

Entscheidungspfade und Trajectories

Entscheidungen von Personen werden zwar im Sinne eines rahmenden Horizonts durch Lebenspläne, Familientraditionen, Berufs- und Leistungsorientierung der Eltern, milieuspezifische Normalitätserwartungen, die jeweilige Generationenlagerung (MANNHEIM 1964) und nicht zuletzt durch individuelle oder in einer Partnerschaft und Familie gemeinsam entwickelte Zukunftsperspektiven geleitet. Im Verlauf der Lebensgeschichte müssen sie jedoch häufig auf unvorhergesehene äußere Ereignisse, z. B. Arbeitsmarktkonjunkturen, gesellschaftliche Großereignisse wie etwa die »Wende« und persönliche Krisen (Unfall, Krankheit, Trennung) reagieren, die das bis dahin Selbstverständliche infrage stellen, gefasste Pläne durchkreuzen, neue Überlegungen und oft rasche Entscheidungen erforderlich machen, die sich dann als folgenreich etwa für eine krankheitsbedingte Abstiegskarriere oder für eine beruflich erfolgreiche Neuorientierung erweisen. Um dies vor dem Hintergrund der biografischen Gesamtformung sichtbar zu machen, wurden die chronologischen Lebensgeschichten und die erzählten Biografien systematisch miteinander in Beziehung gesetzt (vgl. FISCHER & FISCHER-ROSENTHAL 2000). Dabei wurde deutlich, wie die Rehabilitanden unter dem Eindruck von Krisen die Übergänge im gesamten Lebens-, Krankheits- und Rehabilitationsverlauf (»trajectories«, vgl. RIEMANN & SCHÜTZE 1991) selbst gestaltet haben, welche Einflüsse sie dabei als wesentlich betrachten und wie sie ihre Entscheidungen im Nachhinein beurteilen. Aus dieser Analyse lassen sich die weiteren Verlaufskarrieren in den unterschiedlichen »Arenen« (STRAUSS 1998) Arbeitswelt, Familie, Freizeit und Öffentlichkeit rekonstruieren und »verstehend erklären« (WEBER 1904/1995).

Arbeitslinien zur Bewältigung des Wiedereinstiegs in Arbeit trotz bedingter Gesundheit

Mit Blick auf die Einordnung des Handelns der von uns befragten Personen haben wir auf das von CORBIN und STRAUSS (1988/2004) entwickelte »sensibilisierende Konzept« (BLUMER 1954) der *Arbeitslinien* zurückgegriffen. Dieses heuristische Konzept, das die mit den Folgen einer chronischen Krankheit verbundenen Aufgaben beschreibt, die von den Betroffenen in verschiedenen Bereichen geleistet werden müssen, um das »Leben wieder zu einem Ganzen« zusammenzusetzen (CORBIN & STRAUSS 1988/2004, S. 85), hilft dabei, die Verbindungslinien zwischen diesen Aufgabenbereichen, aber auch die Widersprüche in der Bearbeitung zwischen diesen für den Einzelnen ja ganz neuen Anforderungen aufzuzeigen. Wir gehen in Erweiterung von Corbin und Strauss von fünf Arbeitslinien aus, die sich im Interviewmaterial zeigen lassen:

Biografiearbeit Hier müssen, abhängig vom Lebensstadium und Krankheitsverlauf, neue Selbstpositionierungen, ein verändertes Selbst- und Körperbild sowie individuelle und familiäre Zukunftsentwürfe aktiv um- und neu gestaltet werden.

Balancearbeit Dabei geht es um Verschiebungen in den Prioritäten zwischen Familie und Arbeit und innerhalb der Arbeit (weniger, schonender, usw.) sowie ggf. um neue Zielsetzungen in der individuellen und familialen Lebenskonstruktion.

Krankheits-, Gesundheits- und Selbstsorgearbeit Dies betrifft den Umgang mit Belastungen und Krankheit im Kontext beruflicher und alltagsbezogener Anforderungen und die (veränderte) subjektive Bedeutung von Gesundheit. Mental und psychisch geht es vor allem darum, sich nach der Rehabilitation mit den verbleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu »versöhnen«. Dieser letztlich unabschließbare Prozess wird mit dem klinisch-psychologischen Konzept der Bewältigung, des »Copings« (LAZARUS & FOLKMANN 1984) nur unzureichend abgebildet (vgl. HILDENBRAND 2009).

Alltagsarbeit Sie umfasst ein weites Spektrum, das von der persönlichen Hygiene über die Selbstversorgung bis zur Mobilität, vom Umgang mit finanziellen Einschränkungen bis zur innerfamiliären Neuaufteilung von Rollen und Verantwortlichkeiten reicht (vgl. CORBIN & STRAUSS 2004, S. 110).

Berufsbezogene Arbeit Hier geht es z.B. um Aushandlungsprozesse über veränderte Rollen und Verantwortlichkeiten im Betrieb, um den Abschied von eigenen Anspruchsniveaus (»downgrading«). Die betroffenen Menschen müssen Strategien für eine veränderte oder neue berufliche Positionierung und

einen schonenden Ressourceneinsatz am Arbeitsplatz entwickeln. Sie müssen Wege finden, die Krankheit gegenüber dem Arbeitgeber und den Kollegen und Kolleginnen zu kommunizieren und Formen des Umgangs mit der bedingten Gesundheit in den Arbeitsroutinen erlernen.

Unter der doppelten Perspektive einer Außenwahrnehmung seitens der Umwelt, der Fachkräfte in der Rehabilitation und der Arbeitgeber sowie der Kollegen auf der einen und der subjektiven Binnensicht der Betroffenen auf der anderen Seite hängt das Gelingen der beruflichen und der sozialen Wiedereingliederung von der Agency (LOEWENSTEIN 2016) der Betroffenen in der Bearbeitung der Arbeitslinien ab. Im positiven Sinne einer Kongruenz beider Perspektiven spricht Hildenbrand von einer »gelungenen Transformation« (HILDENBRAND 2006).

Zur vergleichenden Analyse von Fallkonstellationen und zur Auswahl von »Eckfällen«

Im Verlauf des beständigen Vergleichens der Fallkonstellationen konnte eine Zuordnung der Personen mit minimalen Kontrasten zu Clustern in einem aus drei Hauptdimensionen bestehenden Raum vorgenommen werden:

- »Rückkehr in Arbeitskonstellationen«, d.h. gelungene, bedingt erfolgreiche, bislang nicht gelungene und unwahrscheinliche Rückkehr in Arbeit;
- »Gesundheitskonstellationen«: salutogenetische, förderliche Ressourcen und Bedingungen im Gegensatz zu erworbenen oder konstitutionellen Vulnerabilitäten;
- »Zufriedenheitskonstellationen«, z.B. positive Bewertung des Neuanfangs, Hoffnung auf weitere Besserung und Stabilisierung, Arrangement mit dem Erreichten, Hinnahme der gescheiterten Rückkehr in Arbeit, Hoffnungslosigkeit.

Anhand der folgenden Abbildung kann das Vorgehen der komparativen Analyse beispielhaft für die »Gesundheitskonstellationen« verdeutlicht werden. Wie man sieht, konnten sechs unterschiedliche Konstellationen identifiziert werden, die sich in der Bedingungsanalyse in zwei maximal kontrastierenden Reaktionsweisen zeigen: in einem für die Rückkehr in Arbeit günstigen situationsangemessen Umgang mit der »bedingten Gesundheit« und in einem kräftezehrenden und grüblerischen Kreisen um die Krankheit, das die Rückkehr in Arbeit blockiert.

ABBILDUNG 2 Umgang mit der Krankheit in vergleichender Perspektive



Herr Castella, Herr Pohl und Frau Krause wurden von Bunderagentur für Arbeit ohne zugrunde liegende chronische Erkrankung in die Umschulung vermittelt

Die im weiteren Verlauf der komparativen Analyse ermittelten Cluster (vgl. Abb. 3, S. 126) repräsentieren maximale Kontraste und minimale Differenzen zwischen den Fällen. Die im Konzept des *theoretical sampling* (GLASER & STRAUSS 1967/1998) darüber hinaus angestrebte maximale Variation zur Erreichung einer theoretischen Sättigung (STRÜBING 2004) wurde durch eine literaturgestützte und auf Expertengesprächen basierende Fallauswahl aus den Fragebogendaten der Studienteilnehmer gewonnen, die sich zum Interview bereit erklärt hatten. Während in der Kontrastierung maximaler Unterschiede charakteristische, auch quantitativ bedeutsame Variationen dargestellt werden können, liefern die in zentralen Aspekten ähnlich gelagerten Fälle, die innerhalb der Cluster erscheinen minimale, aber besonders erkenntnisreiche Differenzen, die zu einem verbesserten Verständnis der sozialen Probleme bei der Rückkehr in Arbeit beitragen.

Zur Veranschaulichung der Attribute des jeweiligen Clusters werden besonders markante und inhaltsreiche Fälle als Eckfälle ausgewählt und zu einer Fallkonstellation verdichtet. Als Rekonstruktion eines »natürlichen« Falls bilden Eckfälle die jeweils charakteristischen Merkmale des jeweiligen Clusters ab. Eckfälle stehen damit für charakteristische, d. h. in der Empirie immer wieder ähnlich vorkommende Problemkonstellationen, hier: bei der beruflichen Wiedereingliederung. Der Vorteil einer solchen von der konkreten Person abstrahierten charakteristischen Fallkonstellation liegt in der Nachvollziehbarkeit der Entwicklungs- und Entscheidungsgeschichte des realen Falls, die eine Generalisierung innerhalb des begrenzten Ereignisraums in der beruflichen Rehabilitation ermöglichen.

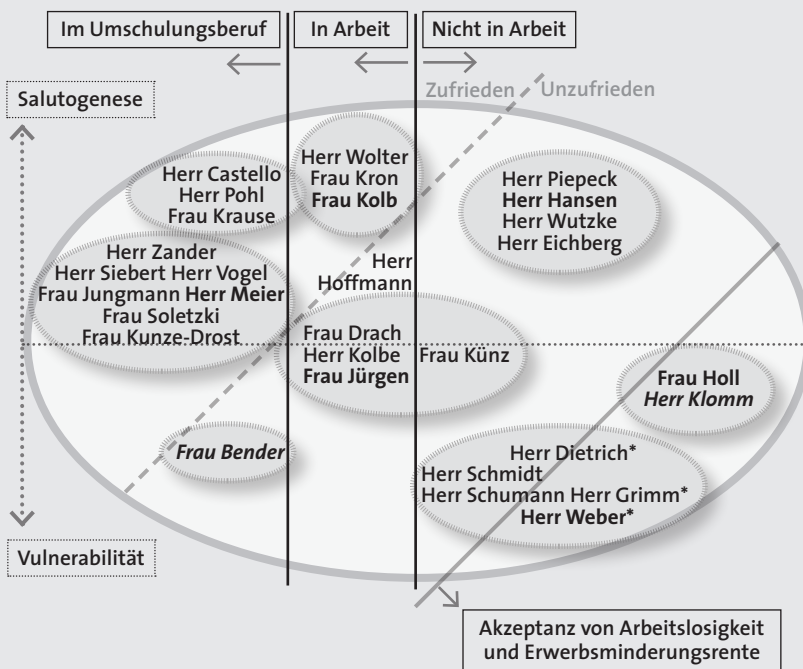
Für jede Fallkonstellation kann darüber hinaus eine charakteristische »conditional matrix« (Bedingungszusammenhänge, die die Lage der untersuchten Person[engruppe] aufklären; vgl. STRAUSS 1998) aufgestellt, sogenannte »conditional paths« (aus vorgegebenen Bedingungen und akuten Krisen resultierende Entscheidungswege und »Karrieren«) nachgezeichnet und unterschiedliche relevante »Arenen« (wie Arbeitswelt, Familie, Freundeskreis, Öffentlichkeit) benannt werden (CORBIN et al. 2009). Ebenso können immer wiederkehrende kritische Situationen (vgl. CLARKE 2012) und Übergänge (z. B. Trajectories von der Umschulung auf den Arbeitsmarkt; nach Krankheitsrückfällen in die Erwerbsminderungsrente) spezifiziert werden. *Eckfälle* sind also Fallkonstellationen, die das jeweilige Cluster repräsentieren.

Im Unterschied zum Weberschen Idealtypus (WEBER 1904/1995) ist der Eckfall keine theoretische Abstraktion eines bestimmten Teilnehmertypus und auch kein Prototyp für eine »erfolgreiche Rückkehr in Arbeit«. Eckfälle stehen

vielmehr für das Zusammenspiel einer *bestimmten Konstellation aus begrenzten Elementen* mit *bestimmten berufsbiografischen* Entscheidungswegen, Haltungen und Strategien. Der Erkenntnisgewinn dieses Vorgehens besteht darin, dass für bestimmte Konstellationen geeignete oder weniger geeignete Strategien, Entscheidungen, Haltungen identifiziert und dementsprechend Formen der Unterstützung entwickelt werden können.

Eckfälle sind ein Produkt der komparativen Analyse; sie bilden nicht das »Typische« ab, sondern die Spannweite der gesamten Einzelfälle bezüglich des Forschungsinteresses. Sie sind damit eine Form der »dichten Beschreibung« (GEERTZ 2003) der für die Fragestellungen der Studie relevanten (Problem-, Risiko- Erfolgs-)Konstellationen. In diesem Sinne stehen sie für die charakteristischen Merkmale, die für eine bestimmte empirische Konstellation entscheidend sind; im vorab eingegrenzten und in diesem Rahmen empirisch gefüllten Merkmalsraum repräsentieren sie ein Cluster aus Fällen minimaler Kontraste (vgl. Abbildung 3).

ABBILDUNG 3 Verteilung der Teilnehmenden (Pseudonyme) in Clustern



Die **fett** markierten Fälle sind *Eckfälle*; die (zusätzlich) *kursiv* gesetzten Fälle werden im Text behandelt.

*Abbruch oder kein Abschluss

In der oberen Hälfte der Grafik befinden sich alle Rehabilitanden, die über positive salutogenetische Ressourcen verfügen. In der unteren Hälfte finden sich jene mit negativen Gesundheitserwartungen, geringer Selbstsorge, starken Beschwerden oder Krankheitsrückfällen. Auf der linken Hälfte befinden sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, denen eine Rückkehr in Arbeit gelungen ist. Eine eigene Trennungslinie differenziert hier noch zwischen denjenigen, die eine Stelle in ihrem Umschulungsberuf gefunden haben und denjenigen, die eine andere Beschäftigung gefunden haben oder entgegen ärztlichem Rat wieder im alten Beruf arbeiten.

Auf der rechten Hälfte finden sich alle Personen, die 18 Monate nach Ende der Maßnahme noch keinen Arbeitsplatz haben. Im rechten oberen Quadranten sind die Befragten, die selbst aktiv nach Arbeit suchen und sich insgesamt wenig gesundheitlich eingeschränkt fühlen; es sind vor allem Personen, die mit einem schwierigen regionalen berufsspezifischen Arbeitsmarkt konfrontiert sind. Nur teilweise aktiv auf Arbeitsuche sind die Personen im unteren rechten Quadranten. Einige Personen haben bereits resigniert. Die Trennungslinie in diesem Quadranten unterscheidet zwischen Personen, die ihre Arbeitslosigkeit bereits akzeptiert haben oder selbst einen Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente gestellt haben (rechts unten), und Personen, die noch die Hoffnung auf einen Arbeitsplatz hegen (links oberhalb der Trennlinie).

Die unterschiedlichen Positionen der Rehabilitanden in der Grafik verteilen sich entlang der für eine Rückkehr in Arbeit bedeutsamen Dimensionen Erwerbssituation, Gesundheitsverhalten und -empfinden sowie Zufriedenheit. Die im Fallvergleich entstandenen Cluster repräsentieren unterschiedliche biografische Konstellationen, Entscheidungs- und Entwicklungswege, Handlungs- und Deutungsmuster, Identitätskonstruktionen und Selbstpositionierungen sowie ähnliche Hilfebedarfe während und nach der Reha. Dies wird im nächsten Abschnitt an zwei Fallkonstellationen verdeutlicht werden.

Gelungene und gescheiterte Rückkehr in Arbeit

Die beiden Fallkonstellationen, für die Frau Bender und Herr Klomm stehen, weisen mit Blick auf ihre Krankheit minimale Kontraste auf. Gemeinsam ist ihnen eine diagnostizierte psychische Erkrankung, jedoch leidet Frau Bender unter einer sozialen Phobie, bei der sich mit der Zeit zusätzlich eine Angst vor

der Angst entwickelt hat: als psychisch krank entdeckt und stigmatisiert zu werden. Herr Klomm hat wiederkehrende schwere reaktive Depressionen. Bei Alter, Geschlecht und beruflicher Qualifikation vor der Umschulung zeigen sich hingegen große Unterschiede: Frau Bender ist 26 Jahre und musste ihre erste Ausbildung abbrechen, Herr Klomm, 58 Jahre alt, ist Facharbeiter mit Meisterprüfung.

Bezogen auf das Verhalten während und nach der Qualifizierungsmaßnahme zeigen sich wiederum große Ähnlichkeiten: hohe Motivation, aktive Teilnahme an Zusatzangeboten und starker Bedarf nach einem Halt und Orientierung vermittelnden »Schonraum« auch nach Ende der Maßnahme. Nach der Umschulung werden hingegen große Unterschiede sichtbar, wie aus Abbildung 3 hervorgeht: Frau Bender hat vorläufig eine, wenn auch prekär bleibende Arbeit im Umschulungsberuf gefunden, Herr Klomm nicht. An beiden Fallkonstellationen lassen sich in der Gesamtschau der biografischen Gesamtformung (SCHÜTZE 1983) die mit der spezifischen Generationenlagerung verbundenen Erwartungen und deren Einfluss auf selbst getroffene wie auch von den Umständen nahegelegte bzw. erzwungene Entscheidungen nachzeichnen.

Gelungene Rückkehr in Arbeit durch den Umschulungsberuf – Unzufriedenheit und fortbestehende Vulnerabilität

Der mit 26 Jahren sehr jungen Rehabilitandin – der Altersmedian in unserer Stichprobe betrug 38,5 Jahre – wurde vom Reha-Fachberater der Arbeitsagentur nach einer mehr als zwölfmonatigen Arbeitslosigkeit eine berufliche Qualifizierung als Bürokauffrau, präziser eine Erstausbildung empfohlen, da Frau Bender ihre ursprüngliche Lehre als Kinderpflegerin aus nicht näher bekannten Gründen abgebrochen hatte. Aufgrund ihrer sozialen Ängste wurde ihr »Bürokauffrau« als Beruf ohne viel Kundenkontakt vorgeschlagen. Der Maßnahme waren verschiedene Reha-Vorbereitungskurse vorgeschaltet. Während der Maßnahme muss Frau Bender Stützunterricht nehmen, sie hat aber auch Erfolgserlebnisse und findet Kontakt zu anderen Kursteilnehmerinnen. In der Umschulung fühlt sie sich wohl und sie entwickelt zum ersten Mal in ihrem Leben eine Identifikation mit einem Beruf. Nach erfolgreichem Abschluss ist Frau Bender erst einmal sechs Monate arbeitslos, bevor sie von ihrer Praktikumsstelle schließlich doch noch ein Übernahmeangebot erhält, jedoch zunächst im Niedriglohnsektor als »Aufstockerin«. Im Nachhinein beklagt Frau Bender, dass man sie beim Übergang auf den Arbeitsmarkt seitens des Berufsförderungswerks »alleingelassen« habe. Die stark emotional

vorgebrachte Enttäuschung verweist auf ein externalisierendes Erwartungsmuster, das sich u. a. im Interview in einer von vielen Passivkonstruktionen gekennzeichneten Sprachform niederschlägt, was als Anzeichen für geringe eigene Agency gewertet werden kann.

Mit Blick auf die biografische Gesamtformung stellt sich die Frage, warum es Frau Bender, obwohl sie nach eigener Aussage in einem behüteten Elternhaus und mit der Verantwortung für einen sieben Jahre jüngeren Bruder aufgewachsen ist, nicht gelungen ist, den von ihr selbst so sehr gewünschten Einstieg in die »Normalität« zu finden. Vermutet werden kann, dass der im Interview nicht aufzuklärende Abbruch des eigentlich gewünschten Berufs der Kinderpflegerin die Krise und den Wendepunkt darstellt, der in der Folge zu einem ruhelosen »Trudeln« (SCHÜTZE 2006) in der (berufs-)biografischen Entwicklung wird. Die durch soziale Ängste, Scham vor Entdeckung ihrer Erkrankung und Selbststigmatisierung erzeugten Blockaden haben nicht nur einen negativen Einfluss auf Frau Benders Selbstbild; sie lähmen auch eigene Aktivitäten und führen zu angstvollem Abwarten. Diese Situation wird in der internatsförmigen Umschulung im Berufsförderungswerk durch den dort gegebenen Schonraum und die beständige Verfügbarkeit von Fachkräften abgemildert, führt aber zu erneutem kurzfristigen »Trudeln« nach dem Ende der Maßnahme und zu einer externalisierenden Schuldzuweisung an die Einrichtung. Auch wenn aus Sicht des Kostenträgers Frau Bender als Erfolg verbucht werden kann, bleibt der nachhaltige Verbleib in Arbeit doch stark gefährdet und Frau Bender insgesamt in einem »labilen Gleichgewicht« (vgl. SCHÜTZE 1981, S. 98), nicht zuletzt wegen der nicht abgeschlossenen Krankheitsverarbeitung und einer geringen Lernkurve im Bereich sozialer Anpassungsstrategien.

Gescheiterte Rückkehr in Arbeit und resignatives Sich-Abfinden mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben

Herrn Klomms (Berufs-)Biografie in der DDR ist charakteristisch für das mit der Etablierung der industriellen Moderne verknüpfte »Normalarbeitsverhältnis« eines mit mittlerem Bildungsabschluss qualifizierten Facharbeiters (Elektromonteur). Die biografische Gesamtformung weist zunächst eine in sich stimmige aufwärtsgerichtete Verlaufskurve auf (Meisterabschluss) und folgt auch privat mit Eheschließung und Familiengründung unspektakulär den milieuspezifischen gesellschaftlichen Erwartungen; beides liefert eine verbindliche soziale Rahmung durch Aufgaben und Abläufe in einer Betriebsorganisation und vermittelt einen anerkannten sozialen Status und soziale Einbindung am

Wohnort. Noch über die »Wende« hinaus ist Herr Klomm bis 1997 in einem regionalen Betrieb als Elektriker beschäftigt, wird dann aber betriebsbedingt gekündigt. Er erhält eine vom Arbeitsamt finanzierte Fortbildung zum Gebäudesystemelektroniker und kann aufgrund seiner guten Qualifizierung in eine Firma vermittelt werden, die jedoch nach einem Jahr in Insolvenz geht.

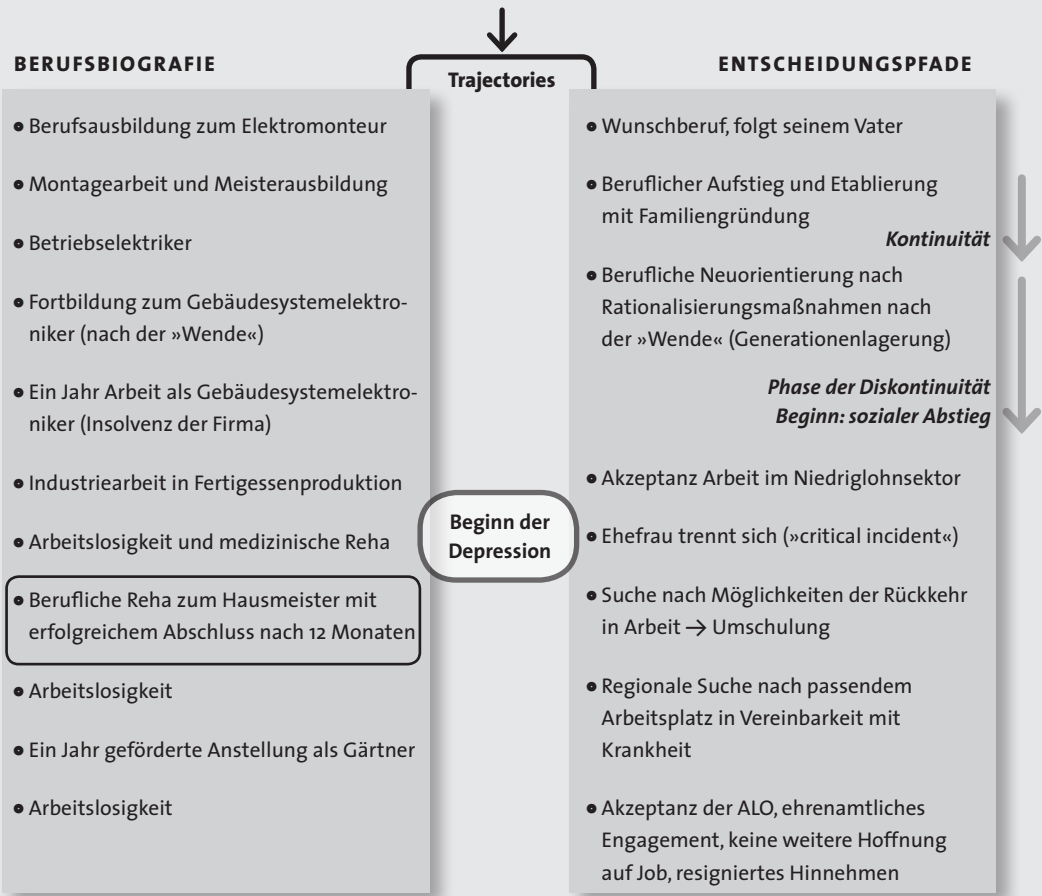
Die mit der wiederholten Arbeitslosigkeit ausgelösten Krisen und damit der Wegfall fester Strukturen und erwartbarer Zukunftsperspektiven führen zur Aufschichtung eines abwärts gerichteten Verlaufskurvenpotenzials: Um den Lebensunterhalt für seine Familie und sich selbst zu sichern, nimmt er eine Stelle in einem Betrieb der industriellen Fertigstellungsproduktion am Fließband an. Nach einem Eigentümerwechsel verschärfen sich die Arbeitsbedingungen und es kommt zu Konflikten und einer Kündigung trotz hohen Arbeitseinsatzes. Darauf folgt eine mehr als zwölfmonatige Erwerbslosigkeit, in deren Verlauf Herr Klomm depressiv wird. In dieser Zeit kommt es zur Scheidung, nach weiteren sechs Monaten Krankschreibung wegen fortbestehender starker Depression wird Herr Klomm auf Anraten seines Hausarztes in eine stationäre psychosomatische Reha vermittelt, an die sich ein zehnwöchiger Aufenthalt in einer Tagesklinik anschließt. Da Herrn Klomm ein Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt nicht gelingt, wendet er sich an den zuständigen Reha-Fachberater, der ihm eine zwölfmonatige Umschulung zum Hausmeister empfiehlt, die zu seinen handwerklichen Fähigkeiten passt. Während der Reha fühlt er sich gut sozial eingebunden, nimmt an vielen Zusatzangeboten teil und schließt die Umschulung auch hoch motiviert und erfolgreich ab. Er fühlt sich auch nicht mehr krank und schöpft neue Hoffnung.

Besonders die feste Tagesstruktur vermittelt Herrn Klomm ein Gefühl der Sicherheit, das ihm wieder Selbstvertrauen gibt und der Rahmen der Umschulung bietet auch soziale Einbindung. Nach Abschluss der Maßnahme ist Herr Klomm zunächst wieder arbeitslos. Er fühlt sich alleingelassen, seine Erwartungen an Unterstützung werden, wie bei Frau Bender, enttäuscht.

Der Wegfall orientierender Leitplanken und Gewissheiten, die Sicherheit vermittelt hatten, wirkt sich auch auf seinen Alltag aus: Herr Klomm wird erneut depressiv. Erst nach ca. anderthalb Jahren erhält er ein Stellenangebot als Gärtner, das er mit jetzt 58 Jahren als Glücksfall bezeichnet. Nach der Probezeit wird er zu seiner eigenen Überraschung nicht übernommen; er führt dies darauf zurück, dass die Kollegen zu wenig Rücksicht auf seine seelischen Probleme genommen hätten. Einen Ausweg aus der erneuten Arbeitslosigkeit sieht er nicht, er möchte aus Furcht vor einer erneuten Depression nicht wieder auf den Arbeitsmarkt zurück. Stattdessen – seit der Scheidung immer noch allein

lebend – engagiert er sich ehrenamtlich und hat damit eine für sich passfähige Form gefunden, die einerseits ein Sich-Abfinden mit einem beruflichen Abstiegsprozess darstellt, andererseits eine vom Druck entlastete Alternative, die zugleich als gesundheitliche Stabilisierung wahrgenommen wird.

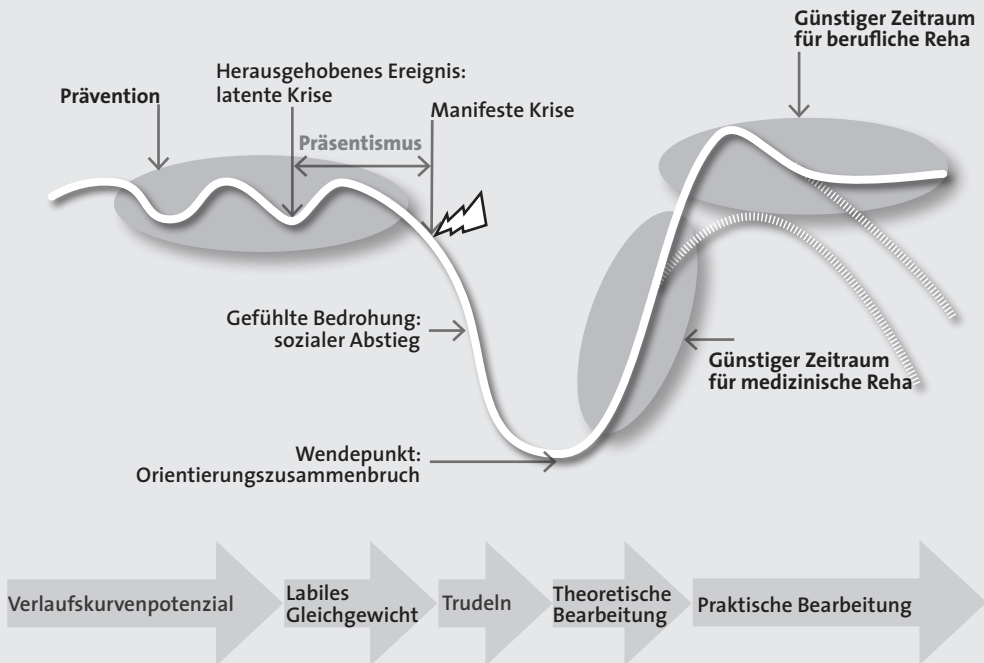
ABBILDUNG 4 Berufsbiografie und Entscheidungspfade:
kritische Übergänge (Trajectories)



In der Konstellation, für die Herr Klomm steht, zeigt sich, dass die mit der Generationenlagerung der beruflichen Sozialisation in der DDR verbundenen Erwartungen an Kontinuität an der mit der Wende einhergehenden Transformation des Arbeitsmarkts und der Arbeitswelt scheitern. Herr Klomm hat nur eine geringe Resilienz gegenüber den »Dominoeffekten« (SCHÜTZE 2006) des Verlaufskurvenpotenzials, das durch die Trennung seiner Frau und die schwierige Arbeitsmarktlage der späten 1990er- und der frühen 2000er-Jahre noch gesteigert wird. Die gute berufliche Qualifikation und die Motivation zu Fortbildung und Umschulung können in einer derartigen Fallkonstellation nur mit externer Unterstützung als Potenziale wirksam werden (vgl. Abb. 4, S. 131)

Die Belastungen, die sich im Zeitverlauf aufgeschichtet haben, können durch ein sogenanntes Verlaufskurvenpotenzial (SCHÜTZE 2006) abgebildet werden, das durch äußere Einflüsse – seien es Großereignisse wie die »Wende«, persönliche Katastrophen wie eine Scheidung oder eine Abwertung durch den Chef – leicht irritiert werden und zu Abstiegskarrieren wie bei Herrn Klomm oder zu einem prekären Gleichgewicht wie bei Frau Bender führen kann (vgl. Abb. 3, S. 126), lassen sich in folgendem allgemeinen Schema gut fassen.

ABBILDUNG 5 Biografische Verlaufskurven und Verlaufskurvenpotenziale



Schlussfolgerungen für die Forschungspraxis

In der mikrosoziologischen Perspektive der Grounded Theory werden die beschriebenen Prozesse des kontinuierlichen Zusammenspiels zwischen biografisch aufgeschichteten individuellen Erfahrungen und den Interaktionen mit anderen in definierten sozialen (Sinn-)Welten und in konkreten »Arenen« (STRAUSS 1998) situiert: das bedeutet in sozio-kulturell definierten, mit organisierten Abläufen, Strukturen und mit normativen Erwartungen versehenen Handlungszusammenhängen. Da Rehabilitation auf eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt zielt, ist der Betrieb die zentrale »Arena«, in der sich nach der beruflichen Rehabilitation der Umgang mit einer bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigung am Arbeitsplatz, in den Arbeitsroutinen, im Kontakt mit Vorgesetzten und Kollegen bewähren muss. Die andere Arena ist das Arrangement des Lebens mit beeinträchtigter Gesundheit zu Hause und in der Familie und verweist damit auf die andere Seite der Work-Life-Balance. Arbeitsplatzprobleme im Kontext von Krankheit berühren darüber hinaus immer Aspekte der sozialen Wahrnehmung, der Kommunikation und der Unsicherheit darüber, ob man im Betrieb noch als »vollwertig« anerkannt bleibt, eine Belastung für die Kollegen darstellt oder das Stigma des weniger Leistungsfähigen, des Sonderlings oder des Simulanten zugeschrieben erhält und in der Folge benachteiligt, ausgegrenzt oder gar offen diskriminiert wird (KARDORFF 2016); dies ist auch ein Grund für eine vielfache Tabuisierung des Themas Krankheit in der Arbeitswelt (KARDORFF 2018).

Besonders bei psychischen Erkrankungen wird sichtbar, inwiefern Ängste vor Stigmatisierung und die Übernahme des ja durchaus realistisch eingeschätzten Fremdstigmas (vgl. FINZEN 2013; KARDORFF 2016) wie etwa die oft vorgenommene Gleichsetzung von Krankheit mit geringerer Leistungsfähigkeit sowohl den Rückkehrprozess als auch das konkrete Verhalten im Betrieb bestimmen. Darüber hinaus zeigt sich, wie sich ein geringes Selbstwertgefühl durch die Unsicherheit über die Außenwahrnehmung stabilisiert und wie sich Arbeitsplatzängste (MUSCHALLA 2014) und das Risiko der Selbststigmatisierung (vgl. CORRIGAN & RAO 2015) durch einen »geschlossenen Bewusstheitskontext« (GLASER & STRAUSS 1967) erhöhen und eine stabile Rückkehr in Arbeit bedrohen.

Qualitative Forschung kann nicht nur die subjektiven Sichtweisen der betroffenen Menschen zur Geltung bringen und damit die bedeutenden, im salutogenetischen wie auch iatrogenen Potenziale subjektiven Gesundheitserlebens, die Rolle aktiven individuellen Gesundheitshandelns oder die Mikrologiken der

Interaktionen zwischen Rehabilitanden und Behandlungssystem und Behandelnden herausstellen. Vermittelt über eine biografisch-narrative Perspektive kann es gelingen, wie wir in unserem Beitrag zu zeigen versuchen, charakteristische Fallkonstellationen zu identifizieren, die für bestimmte Arenen, hier die Arena der beruflichen Rehabilitation, eine dichte Beschreibung von Fällen mit einer Generalisierung von Strukturvariablen verbindet.

Zur Vertiefung

Der Gesamtbericht ist abrufbar unter dem Link:

www.reha.hu-berlin.de/lehrgebiete/rhs/forschung/wege-von-der-beruflichen-qualifizierungsmassnahme-in-das-beschaeftigungssystem/view.
Dort finden sich auch die detaillierten quantitativen Ergebnisse.

SCHÜTZE, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. Neue Praxis, 13 (3), S. 283–293.

Die Autoren

Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff, Dipl.-Psych., Dipl.-Soz., bis zur Pensionierung 2016 Leiter der Abt. Soziologie der Rehabilitation am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität Berlin; seither dort Senior Researcher und Projektleiter für Forschungsprojekte im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Rückkehr in Arbeit und Beschäftigungssicherung gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter. Weitere Arbeitsgebiete: sozialpsychiatrische Versorgung, Stigmatisierung psychisch kranker Menschen, Leben mit chronischer Krankheit, soziale Unterstützungsnetze und qualitative Methoden.

Dr. phil. Sebastian Klaus, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin, Studium und Promotion in der Soziologie sowie der Berufs- und Betriebspädagogik. Forschungsschwerpunkte: Biografieforschung, Rehabilitations- und Gesundheitsforschung, Berufsbildungsforschung, Ethnografie.

Dr. phil. Alexander Meschnig, Mag. phil., Studium der Psychologie und Pädagogik in Innsbruck, Promotion in Politikwissenschaften an der Humboldt-Universität Berlin, zahlreiche Bücher und Aufsätze zu kulturwissenschaftlichen und mentalitätsgeschichtlichen Themen, langjährige Forschungstätigkeiten im

Bereich Gesundheits-, Bildungs- und Rehabilitationswissenschaften, seit 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Humboldt-Universität Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften.

Referenzen

- BLUMER, H. (1954): What is wrong with Social Theory? In: *American Sociological Review*, 19 (1), S. 3–10.
- CLARKE, A. E. (Hg.): *Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem postmodern turn*. Heidelberg: Springer VS.
- CORBIN, J. M.; STRAUSS, A. L. (1988/2004): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Huber.
- CORBIN, J.; HILDENBRAND, B.; SCHAEFFER, D. (2009): Das Trajekt-Konzept. In: SCHAEFFER, D. (Hg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*, S. 55–74. Bern: Huber.
- CORRIGAN, P. W.; RAO, D. (2015): On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian J Psychiatry*, 57 (8), S. 464–469.
- DRV-Bund (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf (24.11.2017).
- DRV-Bund (2016): Reha-Bericht. Update 2016. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2016.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (24.11.2017).
- FINZEN, A. (2013): *Stigma psychische Krankheit: Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FISCHER, W.; FISCHER-ROSENTHAL, G. (2000): Analyse narrativ-biographischer Interviews. In: FLICK, U.; KARDORFF, E. VON; STEINKE, I. (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, S. 456–468. Reinbek: Rowohlt.
- FLICK, U. (2011): Das episodisch-narrative Interview. In: OELERICH, G.; OTTO, H.-U. (Hg.): *Empirische Forschung und Soziale Arbeit*, S. 273–280. Wiesbaden: VS.

- GEERTZ, C. (2003): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. (1967/1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Göttingen: Huber.
- HILDENBRAND, B. (2006): Resilienz, Krise und Krisenbewältigung. In: WELTER-ENDERLIN, R.; HILDENBRAND, B. (Hg.) Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände, S. 205–239. Heidelberg: Carl Auer.
- HILDENBRAND, B. (2009): Die »Bewältigung« chronischer Krankheit in der Familie – Resilienz und professionelles Handeln. In: SCHAEFFER, D. (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, S. 133–158. Bern: Huber.
- KARDORFF, E. VON (2016): Stigma/Stigmatisierung. In: HEDDERICH, I.; BIEWER, G.; HOLLENWEGER, J.; MARKOWETZ, R. (Hg.): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik, S. 407–412. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- KARDORFF, E. VON (2018): Illness narratives in the workplace. In: LUCIUS-HOENE, G.; HOLMBERG, C.; MEYER, T. (Hg.): Illness Narratives in Practice. Oxford: Oxford University Press.
- KNIEPS, F.; PFAFF, H. (Hg.) (2016): Gesundheit und Arbeit. BKK-Gesundheitsreport. Berlin: MWV.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. (1984): Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer.
- LINDEN, M.; MUSCHALLA, B. (2007): Anxiety disorders and workplace-related anxieties. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (3), S. 467–474.
- LOEWENSTEIN, H. (2016): »Agency: Handlungs- und Gestaltungsmacht«. In: KRAUS, B.; KRIEGER, W. (Hg.): Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung, S. 155–174. Lage: Jacobs.
- MANNHEIM, K. (1928/1964): Das Problem der Generationen. In: MANNHEIM, K.; WOLFF, K. H. (Hg.): Wissenssoziologie. Auswahl aus dem Werk, S. 509–565. Neuwied, Berlin: Luchterhand.
- MESCHNIG, A.; BARTEL, S.; KARDORFF, E. VON (2015): Individuelle und kontextbezogene Ursachen von Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen. *Die Rehabilitation*, 54 (3), S. 184–189.
- MESCHNIG, A.; KARDORFF, E. VON; KLAUS, S. (2018): Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit. Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. *Rehabilitation*, 57 (1), S. 1–10.
- MUSCHALLA, B. (2014): Arbeitsbezogene Ängste in Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 58, S. 206–214.

- OSCHIMANSKY, F.; POPP, S.; RIEDEL-HELLER, S.; SCHWARZBACH, M.; GÜHNE, U.; KUPKA, P. (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. Nürnberg: iab-Forschungsbericht.
- RIEMANN, G.; SCHÜTZE, F. (1991): »Trajectory« as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. In: MAINES, D. R. (Hg.): Social organization and social process: essays in honor of Anselm Strauss. New York: de Gruyter.
- SCHUBERT, M.; PARTHIER, K.; KUPKA, P.; KRÜGER, U.; HOLKE, J.; FUCHS, P. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. Nürnberg: iab-Forschungsbericht.
- SCHÜTZ, A. (1932/2004): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Wien: Springer.
- SCHÜTZE, F. (1981): Prozessstrukturen des Lebenslaufs. In: MATTHES, J.; PFEIFENBERGER, A.; STOSBERG, M. (Hg.): Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive, S. 67–156. Nürnberg: Nürnberger Forschungsvereinigung.
- SCHÜTZE, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. Neue Praxis, 13 (3), S. 283–293.
- SCHÜTZE, F. (2006): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: KRÜGER, H.-H.; MAROTZKI, W. (Hg.): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biografieforschung, S. 205–237. 2. Aufl. Wiesbaden: VS.
- STRÜBING, J. (2004): Grounded Theory. Wiesbaden: VS.
- STRAUSS, A. L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Wilhelm Fink Verlag.
- WEBER, M. (1904/1995): Die Objektivität sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. Schutterwald: Wissenschaftlicher Verlag.

Forschung zur strukturellen Kopplung psychischer und sozialer Dynamiken bei Re-Integrationsprozessen psychisch Kranker

Peter Sommerfeld

In Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen lässt sich festhalten, dass die Bedeutung sozialer Merkmale und Einflussfaktoren für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiedererlangung psychischer Gesundheit nachgewiesen ist (z. B. BAER et al. 2013). Sozialpsychiatrie insgesamt ist nicht denkbar, ohne dass die Zusammenhänge zwischen sozialen und psychischen Prozessen in Betracht gezogen werden (HEISE 1994). Dementsprechend formulierte Luc Ciompi im Hinblick auf die Zukunft der Psychiatrie bereits vor 17 Jahren die folgenden, meines Erachtens immer noch gültigen Aussagen:

- » In erster Linie hoffe ich, dass alle künftige Psychiatrie sich auf ein ganzheitlich-integratives Verständnis psychischer Störungen abstützen wird, das sowohl psychologische wie soziale und biologische Aspekte gleichgewichtig berücksichtigt. – Die Vorbedingung hierfür sind präzisere Modellvorstellungen über psycho-sozio-biologische Wechselwirkungen als bisher, m. E. am ehesten im Sinn des Konzepts der *reziproken strukturellen Koppelung*. « (CIOMPI 2001, S. 763, Hervorhebung im Original)

In dem Forschungsprojekt, das die Grundlage für die folgenden Ausführungen bildet, haben wir uns genau mit dieser von Ciompi angesprochenen »strukturellen Koppelung« beschäftigt (vgl. SOMMERFELD et al. 2011). Der Fokus wurde auf die psychischen und sozialen Dynamiken und die damit zusammenhängenden Strukturbildungsprozesse gelegt. Mit anderen Worten: Wir untersuchten Re-Integrationsprozesse von psychisch kranken Menschen in ihr soziales Umfeld.

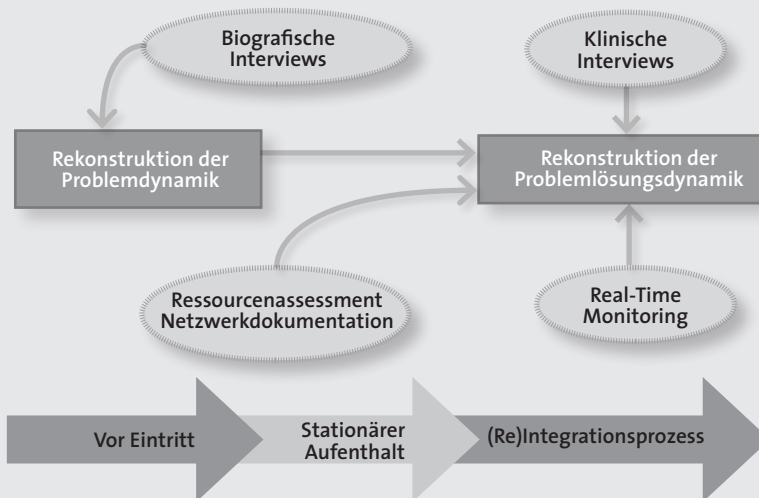
Wir haben dazu 16 Menschen unterschiedlichen Alters und sozialen Hintergrundes nach einem stationären Aufenthalt bis zu einem Jahr begleitet und dabei u. a. die beiden folgenden Fragen bearbeitet: Wie gestaltet sich die Bewältigung des Übergangs zurück in die Lebenswelt im zeitlichen Verlauf und im Detail? Welche dynamischen Muster im Zusammenspiel zwischen individuellen Dispositionen und sozialen Systemen lassen sich beobachten?

Methode

Durch die Dokumentation der Übergangsverläufe wollten wir der psychosozialen Dynamik der Re-Integrationsprozesse auf die Spur kommen. Es ging darum, besser zu verstehen, wie sich psychische und soziale Prozesse gegenseitig beeinflussen bzw. wie beschrieben und erklärt werden kann, wie das eine (psychische Prozesse) Voraussetzung des anderen (soziale Prozesse) werden kann und umgekehrt, denn das ist die Definition von struktureller Koppelung, wenn man Niklas LUHMANN (1995) folgt.

Die Frage nach dem Verlauf und dessen Dynamik erfordert ein längsschnittliches Design. Doch damit sind strukturelle Koppelungen noch nicht unmittelbar zu beobachten. Die explorative Suche nach der Form, welche das interessierende Zusammenspiel annimmt, zusammen mit der Suche nach Erklärungen, wie sich dieses Zusammenspiel konkret strukturiert, wie also eine solche Koppelung funktioniert, legt ein in die Tiefe gehendes, rekonstruktives Verfahren nahe. Diese grundsätzlichen Anforderungen an das Design haben zur Entwicklung eines Mixed-method-Designs geführt (Ausführungen zu Mixed-method-Ansätzen gibt Reinhold Kilian in diesem Buch; GREENE et al. 2010). Das Studiendesign ist in der folgenden Grafik im Überblick dargestellt.

ABBILDUNG 1 Methoden im Überblick



Wie im Überblick in Abbildung 1 ersichtlich, baute die Studie im Wesentlichen auf vier unterschiedlichen Verfahren der Datenerhebung auf, die auf unterschiedliche zeitliche Perioden in der Fallgeschichte abstellen und auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten während der Untersuchung zum Einsatz kamen. Der Untersuchungszeitraum begann in der Regel während des stationären Aufenthaltes und setzte sich dann über die Phase der Re-Integration fort.

Da wir davon ausgegangen sind, dass wir die Prozesse der Re-Integration (die »Problemlösungsdynamik«) nicht verstehen könnten, wenn wir nicht das psychosoziale Gewordensein der Person und ihrer psychischen Erkrankung (die »Problemdynamik«) kennen würden, war ein Verfahren notwendig, mit dem wir in die Vergangenheit blicken konnten. Es wurden daher während des stationären Aufenthaltes biografische Interviews durchgeführt, die sich als sehr ergiebig für die Rekonstruktion der strukturellen Koppelung erweisen sollten, weil sie es ermöglicht haben, die individuellen Muster und ihren Zusammenhang mit sozialen Mustern, insbesondere in der Familie, zu rekonstruieren.

Ebenfalls während des stationären Aufenthaltes wurde ein sogenanntes Ressourceninterview durchgeführt. Zudem wurde das soziale Netzwerk erfragt und grafisch dargestellt. Diese Befragungen wurden während der Re-Integrationsphase zu zwei Zeitpunkten wiederholt, um Entwicklungen damit erfassen zu können. Die damit bereits ansatzweise realisierte längsschnittliche Perspektive auf den Re-Integrationsprozess wurde mit dem Real-Time Monitoring (SOMMERFELD et al. 2005; TOMINSCHKE et al. 2008) im Hinblick auf die uns interessierende Dynamik in Richtung dichter Zeitreihen ausgebaut. Das Real-Time Monitoring funktioniert wie ein standardisiertes Tagebuch, das heißt, die Probanden füllen jeden Abend einen Fragebogen aus. Die 23 Items zielten auf das Erleben des zurückliegenden Tages. Gefragt wurde mittels einer siebenstufigen Likert-Skala z. B. nach Emotionen, nach sozialer Unterstützung, nach Alltagsbewältigung.

Die mit dem Real-Time Monitoring gewonnenen Daten und deren Auswertung bildeten die Grundlage für die von uns sogenannten »klinischen Interviews«, die alle zwei Monate durchgeführt wurden. Die Probanden wurden zunächst aufgefordert, über die zurückliegenden zwei Monate zu berichten (narrativer Teil). Anschließend wurden signifikante Ergebnisse aus dem Real-Time Monitoring als Grundlage für vertiefende Reflexionen über damit zusammenhängende, wie sich zeigte zumeist soziale Ereignisse verwendet.

Diese vielfältigen Daten wurden mit der Methode der Grounded Theory analysiert (GLASER & STRAUSS 2010) und, wie es das Ziel dieses Ansatzes ist, zu einer datengestützten Theorie mittlerer Reichweite verarbeitet – in

unserem Fall über die strukturelle Koppelung von psychischen und sozialen Prozessen. Weil es der Anspruch dieses Ansatzes ist, »so viel als möglich von dieser (realen; P.S.) Komplexität zu erfassen« (CORBIN 2011, S. 70), ist es üblich, Daten aus verschiedenen Quellen miteinander in Beziehung zu setzen. Die Theorie entsteht also in einem qualitativen, zyklisch-iterativen Prozess durch materialbezogene, induktive Schlüsse und Kategorienbildung, die dann in ihren Beziehungen zueinander (abduktiv) konzeptualisiert werden, um dann wieder deduktiv auf das Material angewendet und in diesem überprüft zu werden. Typischerweise entstehen dabei Modelle, mit denen die Komplexität der interessierenden Zusammenhänge dargestellt werden kann.

Anschauungsmaterial

Im Kontext dieses Buches soll das Verfahren anhand einer beispielhaften Fallrekonstruktion vorgestellt werden.

Stefan erkrankt an einer Depression und kommt nach einem Suizidversuch in stationäre psychiatrische Behandlung. Er ist einer jener Fälle, bei denen alle, die Stefan kennen, fassungslos sind, weil niemand im Entferntesten die psychische Erkrankung wahrgenommen noch einen Suizidversuch als Möglichkeit gesehen hatte. Er ist auch insofern ein klassischer Fall, weil er sich in einer depressiven Schlaufe verfangen hatte, aus der nur noch der Suizid als Ausweg erschien. Unsere Frage war, wie ist diese psychische Dynamik zu erklären und welche Rolle spielen die sozialen Bedingungen, in denen Stefan sein Leben geführt hat?

In der Theorie komplexer, nicht linearer Prozesse der Selbstorganisation ist eine Erkenntnis zentral: Komplexe dynamische Systeme bilden eine endliche Anzahl Muster aus, mit denen sie ihre Reproduktion selbst herstellen und stabilisieren. Letztlich ist zu einem bestimmten Zeitpunkt immer ein Muster dominant, wie z. B. das Muster der Depression vor dem Suizidversuch. Dementsprechend hat die Analyse der biografischen Interviews u. a. dazu gedient, die soziale Seite der Genese und der Aktualisierung dieses Musters zu identifizieren. Dies soll nun an einem Beispiel aus dem Interview mit Stefan demonstriert werden, das für das Verständnis des Falles Stefan von zentraler Bedeutung ist.

- » Ich bin der Nachzügler, ehm, ja, das heißt einerseits, ich habe von ihnen (den Brüdern; P.S.) sehr viel profitiert, ich habe nichts erkämpfen müssen, sie haben mir schon den Weg geebnet, aber eh, ja andererseits war ich natürlich immer

auch einen Schritt hintendrein. Sie waren, ja, sie waren so viel älter. Da war es klar, sie waren immer schon einen Schritt weiter, und ich habe mich, PFF, wieso auch immer, ja auf die älteren Brüder ist man stolz und das sind große Vorbilder. Ich, ich habe sie immer verherrlicht, kann man sagen. Ich habe mich immer mit ihnen verglichen, Und ja in diesem Vergleich habe ich immer den Kürzeren gezogen, Ja, in meinen Augen zumindest. «

In diesem Zitat beschreibt Stefan die soziale Figuration mit seinen Brüdern und die Position des »Nachzüglers«, die Konsequenzen für die psychische Strukturbildung hat: Die Position hat zur Folge, dass Stefan sich auf der einen Seiten sozial handelnd positioniert und auf der anderen Seite basale Muster seiner Persönlichkeit ausbildet. Einen wichtigen Punkt davon benennt er selbst: Seine Brüder sind ihm immer einen Schritt voraus, egal was er macht, und zugleich sind sie seine Vorbilder. Er entwickelt in dieser Figuration eine ausgeprägte Leistungsorientierung, die aber eine Schattenseite hat, denn egal, was er macht, und egal, welche Erfolge er hat, es ist immer nicht genug. Er bleibt in seiner Selbstwahrnehmung der kleine Bruder, der seine großen Brüder nie erreichen kann.

Wie sich dann bei seiner Integration in andere soziale Systeme zeigt, ist dieses Muster der Leistungsorientierung, das wir in die Anteile »fleißig sein« und »brav sein« aufgeteilt haben, erwartungsgemäß hilfreich. So absolviert er sowohl seine Schulzeit als auch das Studium an einer technischen Universität problemlos und erfolgreich. Ein Grund dafür ist, dass es quasi objektivierende Maße für die Leistung in Form von stets wiederkehrenden Prüfungen und Benotungen in diesen Systemen gibt, die ihn immer weitertreiben, denn die nächste Prüfung könnte ihn ja als ungenügend entlarven. Ein anderer Punkt, und ein anderes Muster, das dazu führt, dass sich die Schattenseite seiner Persönlichkeit nicht auffallend zeigt, ist eine Strategie, mit der er seine Unsicherheit im Hinblick auf andere Menschen bewältigen kann. Diese Unsicherheit auf dem sozialen Parkett hängt mit seinem ersten Muster zusammen, denn die unerfüllbaren Leistungserwartungen sind ja auch sozial eingebettet, primär in der Beziehung zu seinen Brüdern. Das Gefühl, nicht zu genügen, wird also im Hinblick auf soziale Beziehungen generalisiert. Seine Bewältigungsstrategie wird im folgenden Zitat deutlich.

» Weil eben im Studium war auch typisch für mich, dass ich zuerst einmal irgendwie so, ja, am Anfang vom Studium kannte ich überhaupt niemanden, und dann am Anfang vom Studium habe ich dann einmal irgendeinen kennengelernt, einer der sehr extrovertiert ist, einer der auf Leute zugeht, einer

der Feste organisiert, und ich habe mich dann relativ schnell, habe ich mich ihm angehängt. Und durch ihn habe ich jetzt die anderen kennengelernt. Und ich habe dann mit ihm zusammen Feste organisiert, was ich sonst nie gemacht hätte und, pff, ja, so in seinem Fahrwasser habe ich dann auch relativ anonym sein, aber habe ich relativ großen, ja, Kollegenkreis dann erhalten. «

Er kann nicht wahrnehmen, auch nach zig Psychotherapien nicht, dass dieser »eine« (der generalisierte große Bruder) offenbar in ihm einen Freund gesehen hat, mit dem er zusammen das soziale Parkett auch zu seinem eigenen Gewinn bespielt hat. Er hält sich weiterhin für anonym und realisiert nicht, dass sich dies für die anderen mit großer Sicherheit ganz anders dargestellt hat. Was daran rekonstruiert werden kann, ist, dass er mit dieser Strategie zwar in sozialer Hinsicht erfolgreich ist, dass diese Strategie ihm aber gleichzeitig in seiner Persönlichkeitsentwicklung im Weg steht, weil er seinen sozialen Erfolg, seine soziale Attraktivität dem Freund zuschreibt. Damit kann er sich in sozialer Hinsicht sozusagen nur über einen manipulativen Trick als selbst-wirksam wahrnehmen, sein Selbstbewusstsein und sein Selbstwert wachsen aber nicht.

Ein weiteres wichtiges Element seines dominanten Musters ist in diesem Zusammenhang noch herauszustellen: »Fassade wahren«. Stefan hat keinen stabilen inneren Persönlichkeitskern entwickelt. Er bewältigt seine tiefe Angst, wertlos zu sein, beruflich mit immer neuen Leistungen, die ihm selbst aber nicht genügen, und sozial durch sein – in seiner Wahrnehmung – anonymes Dabeisein. Beides kann auf Dauer nicht genügen, und so lebt er eigentlich in der Erwartung, dass irgendwann der ganze Schwindel auffliegt. Umso wichtiger ist es für ihn auf der sozialen Ebene, diese Fassade zu wahren und seine innere Leere vor den anderen zu verbergen. Er kann also diese nicht wirklich an sich herankommen lassen, was wiederum dazu führt, dass er keine sozialen Erfahrungen machen kann, die ihm helfen würden, sein beschädigtes Selbstbild zu korrigieren. Dieser psychosoziale Kreislauf, der hier bereits ansatzweise erkennbar wird, beschreibt übrigens die »zirkuläre Kausalität« und damit die grundlegende dynamische Funktionsweise der strukturellen Koppelung psychischer und sozialer Prozesse. Diese zirkuläre Kausalität wird bei der nun folgenden Beschreibung der Entgleisung des psychosozialen »Lebensführungssystems« noch sehr viel deutlicher.

Das Lebensführungssystem ist das zentrale theoretische Modell, das wir mit dieser Forschungsarbeit entwickelt haben. Es beinhaltet auf der einen Seite die konkreten sozialen Systeme, in die ein Individuum auf eine bestimmte

Art und Weise integriert ist (Positions-Interaktions-Struktur), und auf der anderen Seite die individuellen psychischen (Emotions-Kognitions-Verhaltens-)Muster, mit denen die Person auf diese sozialen Verhältnisse reagiert, sie mit reproduziert und insofern seine Position darin selbst mit herstellt (vgl. SOMMERFELD et al. 2011, S. 274 ff.).

Bei Stefan fragten wir uns, wie dieses zwar in gewisser Hinsicht problematisch aufgestellte, aber über eine lange Zeit seines Lebens tragfähige und nach gesellschaftlichen Maßstäben höchst erfolgreiche Lebensführungssystem aus der Balance geriet. Stefan erlebt eine erste depressive Phase während eines Praktikums noch während der Studienzeit, und eine zweite, dann schon schwere Episode beim Übergang in den Beruf. Die dritte depressive Phase, die schließlich zum Suizidversuch geführt hatte, erfolgte nach einem Stellenwechsel. Depressive Verstimmungen treten bei Stefan also bei Übergängen in ein ihm unbekanntes soziales Umfeld auf, wo ihm, wie sich im weiteren Verlauf unserer Rekonstruktion zeigte, dort vorhandene, für ihn diffuse Leistungserwartungen Probleme machen. In der Branche, in der er tätig ist, ist der Leistungsdruck generell hoch. Aber es gibt keine Noten, jedenfalls nicht in der Kadenz, die er in dieser Phase benötigen würde, um seine Versagensängste im Zaum zu halten. Die projektförmige Arbeitsweise lässt zudem den Erfolg über einen langen Zeitraum ungewiss erscheinen.

Zur gleichen Zeit verändert sich etwas Entscheidendes in der Beziehung zu seiner Lebenspartnerin. Die beiden planen zu heiraten. Dies alleine triggert bei Stefan bereits Ängste, weil er sich seiner selbst nicht gewiss ist, und daher auch nicht sicher ist, ob seine Partnerin nicht nur seiner Fassade aufgesessen ist. Entscheidend ist nun aber, dass er bei der Arbeit zunehmend den Boden unter den Füßen verliert, immer mehr in eine innere Bedrängnis gerät. Sein Teilmuster »Fassade wahren« wird dadurch verstärkt aktiviert. Das heißt, er kann seiner Partnerin nicht sagen, wie es um ihn steht. Diese hat mit ihm die frühere depressive Phase bereits durchlebt und spürt natürlich, dass etwas nicht stimmt, und bedrängt ihn, ihr doch zu sagen, was es ist. Das Ganze eskaliert im weiteren Verlauf in beiden betroffenen und für ihn zentralen sozialen Teilsystemen der Arbeit und der Beziehung, d.h. er macht Fehler, er verschließt sich, er erhält negative soziale Feedbacks und codiert diese in Bezug auf sein negatives Selbstbild.

Die beiden sozialen Dynamiken in ihrer Koppelung mit der psychischen Struktur und Dynamik führen in ihrem Zusammenspiel zu einer »negativen Eskalation« von Stefans gesamtem Lebensführungssystems, sodass ihm schließlich nur noch der Suizid als Ausweg bzw. als »Befreiung« (Zitat Stefan)

erscheint. Die strukturelle Koppelung wird über sich gegenseitig bedingende Prozesse realisiert und reguliert. Der traditionelle lineare Kausalitätsbegriff greift hier viel zu kurz. Die Rekonstruktion der psychosozialen Dynamik in ihrer zirkulären Kausalität (ihrer gegenseitigen Bedingtheit) ermöglicht nicht nur die Erklärung der Ereignisse bis hin zum Suizidversuch, sondern gibt auch Hinweise darauf, wie eine erfolgreiche Problemlösungsdynamik strukturiert sein sollte, und zwar sowohl auf der psychischen Ebene als auch auf der sozialen Ebene. Durch die Betrachtung des Re-Integrationsprozesses wird die strukturelle Koppelung von psychischen und sozialen Prozessen noch einmal anders nachgezeichnet.

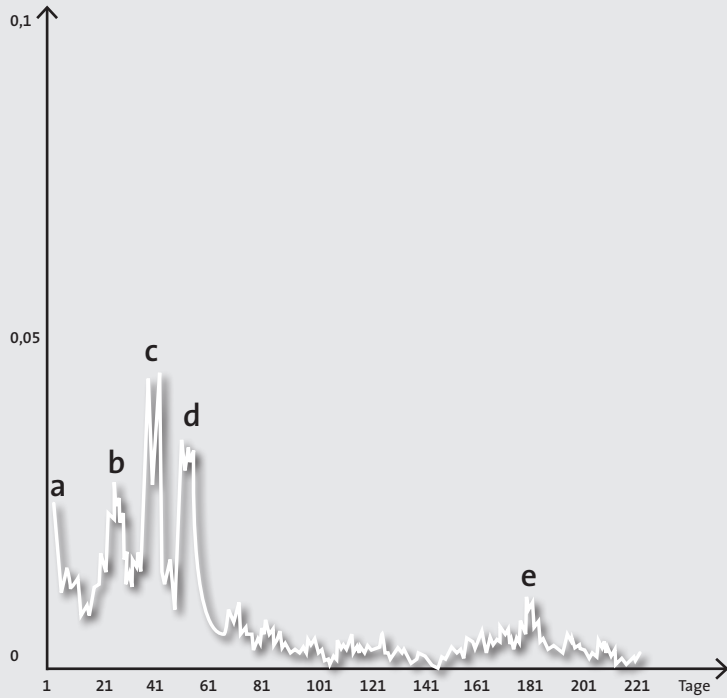
Der Wert der rekonstruktiven Methode lässt sich auch in Kombination mit den quantitativen Daten aus dem Real-Time Monitoring verdeutlichen. Mit den Messungen des Real-Time Monitorings werden insbesondere »kritische Fluktuationen« gesucht, die anzeigen, dass die Reproduktion eines dynamischen Systems aus dem Gleichgewicht gerät (vgl. SCHIEPEK & AICHHORN 2013; SOMMERFELD et al. 2011, S. 74 ff.). Die Frage ist dann, was diese Phasen kritischer Instabilität auslöst bzw. wie sie in diesem Fall konkret erklärt werden können.

In Abbildung 2 (S. 146) sind alle Komplexitätswerte aus der täglichen Befragung von Stefan mit einem Fragebogen für einen Zeitraum von neun Monaten dargestellt. Kognitive und emotionale Prozesse werden durch eine Mittelwertberechnung zusammengefasst, wodurch vier intensive Phasen kritischer Instabilität von Stefan sichtbar werden, zu denen eine fünfte, schwächere im späteren Verlauf hinzukommt. In der Verlaufskurve rechts daneben haben wir die wichtigsten Ereignisse bzw. Prozesse zeitlich markiert, z. B. bezeichnet b den Zeitpunkt, an dem er wieder ein eigenes, kleines, auf ihn zugeschnittenes Projekt übernommen hat.

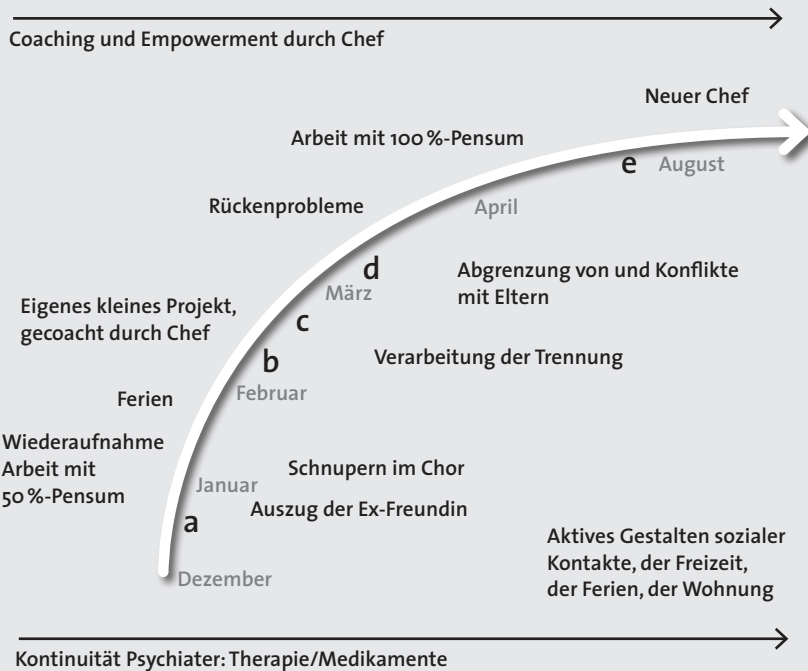
Wir sehen: In aller Regel sind es also soziale Ereignisse oder Prozesse, die diese Fluktuationen in der Psyche von Stefan auslösen. Durch die alle zwei Monate geführten rückblickenden Interviews konnte mühelos eine Zuordnung von signifikanten Ereignissen zu den signifikanten Werten im Real-Time-Monitoring erfolgen. Wichtig ist noch zu betonen, dass die kritischen Fluktuationen nicht nur durch negative Erfahrungen wie das Verlassenwerden von seiner Partnerin ausgelöst werden, sondern auch durch das Ausprobieren neuer sozialer Aktivitäten wie z. B. das Probesingen in einem Chor, die selbstständige Planung und Durchführung seiner Ferien oder die Wiederaufnahme der Arbeit.

Insgesamt ist Stefan ein Fall, den wir der Kategorie »positive Eskalation« zugeordnet haben. Positive Eskalation meint, dass die negative Eskalation der

ABBILDUNG 2 Komplexitätswerte und signifikante Ereignisse bzw. Prozesse



Problemdynamik verändert, sogar umgedreht werden kann, sodass ein mindestens teilweise neues, günstigeres Lebensführungssystem entsteht, das eine »gelingendere Form des Alltags« darstellt (THIERSCH 1997). Die Stabilisierung bleibt gleichwohl dynamisch, tief eingegrabene Muster der Persönlichkeit verschwinden nicht einfach. Soziale Prozesse können die alten Muster wieder triggern und auf diesem Weg die zirkuläre Kausalität wieder in Gang setzen, die dann wieder negativ eskalieren kann.



Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Mit unserem Forschungszugang haben wir versucht, die psychosoziale strukturelle Koppelung zu erfassen und somit darstellbar zu machen, damit sie in ihrer Funktionsweise besser zu verstehen ist.

Zwei Ergebnisse sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben, die sowohl theoretisch als auch im Hinblick auf die klinische Arbeit bedeutsam sind, und sozusagen die Grundlage für die Methodendiskussion bilden:

Mit der Methode des Real-Time Monitorings haben wir gezeigt, dass der Übergang zurück in die sozial strukturierte Lebenswelt wie bei Stefan in fast allen Fällen mit einer bzw. mehreren Phasen kritischer Instabilität einhergeht.

Die Erklärung für diese Gesetzmäßigkeit haben wir in einem zweiten Schritt durch einen kontrastierenden Vergleich aus dem qualitativen Datenmaterial gewonnen. Stark vereinfacht lautet die Erklärung folgendermaßen: Psychisch erkrankte Menschen kehren nach einem stationären Aufenthalt in die sozialen Systeme zurück, die strukturell mit den psychischen Prozessen, also auch mit der psychischen Erkrankung gekoppelt sind. Wenn also eine Person z. B. das Sondersetting einer psychiatrischen Klinik verlässt, dann kehrt sie in die alten, d. h. unveränderten und eventuell nach wie vor problematischen Formen der Lebensführung in den für sie zugänglichen sozialen Systemen zurück. Die Person steht also vor der Herausforderung, ihre Lebensführung möglichst so zu verändern, dass die psychische Krankheit überwunden oder zumindest doch eine Form der Lebensführung mit der psychischen Erkrankung gefunden werden kann, die ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität ermöglicht, und zwar unter der Maßgabe, dass die sozialen Systeme tendenziell die alten pathologischen Muster triggern. Das heißt, es entsteht immer eine Spannung, die das Lebensführungssystem der betreffenden Person energetisiert und somit eine Phase kritischer Fluktuation erzeugt.

Der Ansatz, quantitative Längsschnittdaten und die darauf bezogenen Analyseverfahren mit qualitativen Daten und Methoden zu kombinieren, hat sich im Hinblick auf das Erschließen komplexer Zusammenhänge als ergiebig erwiesen. Die Zeitreihen aus dem Real-Time Monitoring erlauben zwar die Feststellung kritischer Fluktuationen. Das ist für sich genommen aber nur ein interessantes Ergebnis, das noch nichts über strukturelle Kopplungen aussagt. Erst mit den qualitativen Verfahren konnten die notwendigen Verknüpfungen zwischen den Ebenen hergestellt und theoretische Erklärungsmodelle gebildet werden. Die Erklärungskraft, die aus den qualitativen Verfahren gewonnen werden konnte, hängt damit zusammen, dass mit ihnen sozusagen die Analyse in die Tiefe getrieben werden kann. Auf der Ebene des einzelnen Falles ist herauszuarbeiten, was genau die Dynamik in diesem Fall steuert. Die Systemmodellierungen des Lebensführungssystems jedes einzelnen Falles müssen in der Lage sein, die Funktionsweise der strukturellen Kopplung so präzise zu rekonstruieren, dass die beobachtbare Dynamik damit möglichst umfassend erklärt und dann klinisch bearbeitet werden kann.

Wenn die strukturelle Kopplung psychischer und sozialer Prozesse tatsächlich für das Verstehen einer psychischen Erkrankung und deren Verlauf relevant sind, dann sind Interventionen, die diesen Zusammenhang nicht angemessen berücksichtigen, systematisch unterkomplex. Die Nähe qualitativer Methoden zur gerade im Bereich der Psychiatrie lange zurückreichenden Tradition der

Kasuistik wird hier bedeutsam (z. B. TÖLLE 1987; FREUD 1980). Ein vertieftes Fallverstehen ist angesichts der zeitlich gedehnten Verläufe psychischer Erkrankungen und ihrer weitreichenden Folgen für die gesellschaftliche Teilhabe kein Luxus und passt insbesondere zum Recoveryansatz (z. B. DAVIDSON & ROE 2007).

Zur Vertiefung

SOMMERFELD, P.; HOLLENSTEIN, L.; CALZAFERRI, R. (2011): Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS.

SOMMERFELD, P.; HOLLENSTEIN, L. (2011): Searching for Appropriate Ways to Face the Challenges of Complexity and Dynamics. *British Journal of Social Work* 41: 668–688. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcro57>.

Der Autor

Peter Sommerfeld, Dr. rer. soc., ist Professor für Soziale Arbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit. Arbeitsschwerpunkte: Theorien Sozialer Arbeit, insbesondere Systemtheorien, Soziale Arbeit als Profession und Handlungswissenschaft, Soziale Arbeit und Psychiatrie, Kasuistik, qualitative Methoden, Theorie-Praxis-Schnittstellen.

Referenzen

BAER, N.; SCHULER, D.; FÜGLISTER-DOUSSE, S.; MOREAU-GRUET, F. (2013): Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan.

CIOMPI, L. (2001): Welche Zukunft hat die Sozialpsychiatrie? Hoffnungen, Befürchtungen und Leitbilder. In: WOLLSCHLÄGER, M. (Hg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven, S. 755–767. Tübingen: dgvt-Verlag.

- CORBIN, J. (2011): Grounded Theory. In: BOHNSACK, R.; MAROTZKI, W.; MEUSER, M. (Hg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung, S. 70–75. Opladen: Barbara Budrich.
- DAVIDSON, L.; ROE, D. (2007): Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16 (4), S. 459–470.
- FREUD, S. (1980): Der kleine Hans. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. (2010): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 3. Aufl. Bern: Hans Huber.
- GREENE, J. C.; SOMMERFELD, P.; HAIGHT, W. L. (2010): Mixing Methods in Social Work Research. In: SHAW, I.; BRIAR-LAWSON, K.; ORME, J.; RUCKDESCHEL R. (Hg.): The SAGE Handbook of Social Work Research, S. 315–331. Los Angeles u. a. O.: SAGE.
- HEISE, H. (1994): Rückblick – Ausblick: Die Idee der Sozialpsychiatrie und deren Strukturen. In: HOFFMANN, H.; HEISE, H.; AEBI, E. (Hg.): Sozialpsychiatrische Lernfälle. Aus der Praxis – für die Praxis, Band 2, S. 9–23 Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- LUHMANN, N. (1995): Die operative Geschlossenheit psychischer und sozialer Systeme. In: LUHMANN, N. (Hg.): Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch, S. 25–36. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- SCHIEPEK, G.; AICHHORN, W. (2013): Real-Time Monitoring in der Psychotherapie. *PPmP*, 63 (01), S. 39–47. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327593>.
- SOMMERFELD, P.; CALZAFERRI, R.; HOLLENSTEIN, L.; SCHIEPEK, G. (2005): Real-time Monitoring. New Methods for Evidence-Based Social Work. In: SOMMERFELD, P. (Hg.): Evidence-Based Social Work – Towards a New Professionalism? S. 201–234. Bern u. a.: Peter Lang.
- SOMMERFELD, P.; HOLLENSTEIN, L.; CALZAFERRI, R. (2011): Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS.
- SOMMERFELD, P.; HOLLENSTEIN, L. (2011): Searching for Appropriate Ways to Face the Challenges of Complexity and Dynamics. *British Journal of Social Work*, 41 (4), S. 668–688. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcro57>.
- THIERSCH, H. (1997): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel.
- TÖLLE, R. (1987): Die Krankengeschichte in der Psychiatrie. In: JÜTTEMANN, G.; THOMAE, H. (Hg.): Biographie und Psychologie, S. 36–47. Berlin, Heidelberg: Springer.

TOMINSCHKE, I.; SCHIEPEK, G.; MEHL, C.; MAIER, K.; HEINZEL, S.; BAUHOFFER, C.; BERBIC, B.; ZAUDIG, M. (2008): Real-Time-Monitoring in der Behandlung von Zwangsstörungen: Technologie und Fallbeispiel. *Verhaltenstherapie*, 18 (3), S. 146–152.

Soziale Phänomene in ihrem Gewordensein verstehen und erklären

Eine biografiethoretische Analyse der Lebenssituation von komplex traumatisierten Psychiatriepatientinnen

Ute Zillig

Sozialpsychiatrische Forschungsperspektiven zielen darauf ab, soziale Phänomene wie psychische Krankheit oder Gesundheit jeweils auch im Kontext gesellschaftlicher Strukturen und Prozesse zu betrachten (vgl. GRUBER et al. 2017; KILIAN 2017 und das Kapitel »Methodologische Grundzüge qualitativer Forschung« in diesem Buch). Dieser Beitrag möchte aufzeigen, wie im sozialpsychiatrischen Forschungsfokus stehende Phänomene mit einem biografiethoretischen Zugang und der Methode der biografischen Fallrekonstruktionen (ROSENTHAL 1995; 2008) in ihrem sozialen und historischen Gewordensein und den Prozessen ihrer Veränderung analysiert werden können.

Dafür werden zunächst kurz grundlegende theoretische und methodologische Annahmen einer in der Tradition des Sozialkonstruktivismus und des interpretativen Paradigmas stehenden Biografieforschung vorgestellt. Entlang fallstruktureller Ergebnisse einer biografiethoretischen Studie (ZILLIG 2016) wird im Anschluss exemplarisch dargelegt, inwiefern die Rekonstruktion des Gewordenseins sozialer Phänomene – für diesen Beitrag die Selbstthematisierungen von komplex traumatisierten Psychiatriepatientinnen – einen wertvollen Zugang für sozialpsychiatrische Forschung bieten kann.

Methodologische Rahmung: Biografiethoretischer Zugang zur sozialen Wirklichkeit

Forschungsarbeiten im Feld der interpretativen Sozialforschung basieren auf der grundlegenden Annahme, dass anhand intensiver Studien eines Einzelfalls, des einzelnen handelnden Individuums und dessen Deutungen (Sinnsetzungsprozessen), allgemeine Aussagen über die soziale Wirklichkeit getroffen werden können (vgl. u. a. GLASER & STRAUSS 2008, KNOBLAUCH 2014, ROSENTHAL 1995, 2008). Da subjektiver Sinn immer auch als gesellschaftliches Produkt, d. h. als sozial hergestellt verstanden wird, kann durch ein Nachvollziehen der Sinnstrukturen handelnder Subjekte auf sozial geteilte Wissensbestände geschlossen werden (vgl. BERGER & LUCKMANN 2010; SCHÜTZ & LUCKMANN 2003).

Vor diesem Hintergrund ist »das soziale Konstrukt der Biographie« (FISCHER & KOHLI 1987, S. 26) Gegenstand biografiethoretischer Forschung. Die Betrachtung einer Biografie ermöglicht einen Zugang zu den Erfahrungen einer Person, zu ihren vergangenen und gegenwärtigen Selbstdeutungen, aber auch zu den Zuschreibungen, die von anderen Personen gemacht wurden und werden (vgl. u. a. ROSENTHAL 2008, S. 170; SCHÜTZ 1971, S. 11). Auch implizite Wissensbestände und Regeln sozialen Handelns, die als solche Personen selbst nicht unmittelbar zugänglich sind, werden rekonstruierbar (vgl. MEUSER 2003, S. 140 ff.). Nicht also das Individuum selbst, sondern dessen Biografie ist Untersuchungsgegenstand.

Nach biografiethoretischem Verständnis können soziale Phänomene – wie etwa die Selbstthematisierung einer Psychatriepatientin und in diesem Zusammenhang stehende Deutungen und Handlungen – nur in ihrem jeweiligen biografischen Gewordensein verstanden und erklärt werden. Die gegenwärtige Selbstthematisierung ist dabei jedoch nur ein Bestandteil der Analyse. Über eine Rekonstruktion ihrer biografischen Genese werden weiterhin die sozialen Bedingungen ihrer Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung in den Blick genommen (vgl. ROSENTHAL 2008, S. 165).

Von Bedeutung ist außerdem, dass Biografie als soziales Konstrukt – etwa im Kontext von narrativen autobiografischen Interviews – auch in der Interviewsituation durch das Erzählen selbst immer wieder hergestellt wird. »Diese doppelte Konstruiertheit von Biographie – die soziale wie die narrative Konstruktion – enthebt die Lebensbeschreibung einem ontologischen Zugriff. Sie erfordert einen Zugang, der der zeitlichen (historischen)

Dimension und der Erzeugungsqualität von Biographie Rechnung trägt.« (HANSES 2003, S. 22)

Das biografiethoretische Auswertungsverfahren der biografischen Fallrekonstruktion adressiert diese doppelte Konstruiertheit. Es wird hier sowohl die wechselseitige Konstitution und Interpendenz von Individuum und Gesellschaft als auch deren Prozesshaftigkeit im Sinne der Bedeutung von Gegenwartsperspektive (Erzählen) und Vergangenheitsperspektive (Erleben) systematisch berücksichtigt. Mit dem Ziel einer theoretischen Verallgemeinerung werden die Interpretations- und Konstruktionsleistungen Handelnder analysiert (vgl. ROSENTHAL 1995, S. 12; 2008, S. 75 ff.).

Methodisches Vorgehen: Datenerhebung und fallrekonstruktive Auswertung

Das für qualitative Forschung wichtige Prinzip der Offenheit (vgl. die ersten beiden Beiträge in diesem Buch) bestimmt bereits den Zugang zum Forschungsfeld. Auch für eine biografieanalytische Untersuchung, die sich vornehmlich auf biografische Stegreiferzählungen stützt, ist »der biographische Text nicht die einzige und letzte Instanz der Interpretation« (ROSENTHAL 2005, S. 47). Vielmehr werden methodisch kontrolliert alle verfügbaren Daten zum betrachteten Fall, z. B. ethnografische Feldnotizen, historische Dokumente oder ärztliche Berichte, in die Auswertung integriert (vgl. ROSENTHAL 2008, S. 48 ff.).

Die von Fritz SCHÜTZE (1976; 1983) vorgestellte und von Gabriele ROSENTHAL (1995; 2008) für ein biografiethoretisches Vorgehen weiterentwickelte Form des Interviews zielt darauf ab, Erzählungen zu generieren und nicht Fragestellungen abzuarbeiten. Es lädt zu einer autonom gestalteten biografischen Selbstpräsentation ein. Dabei wird das Anliegen verfolgt, die gesamte Lebensgeschichte der Interviewpartnerinnen – also ohne eine Einschränkung auf bestimmten Phasen oder Themen – zu erheben. Unabhängig vom konkreten Forschungsinteresse soll für die Interviewten damit ein Raum in Bezug auf Inhalt (bspw. Themensetzung und -reihung) und Form des Interviews geöffnet werden, sodass sie den eigenen spezifischen Relevanzen folgen können.

Die Anzahl zu führender Interviews wird nicht vorab festgelegt, sondern ergibt sich im Sinne eines theoretischen Samplings über die Vorgehensweise des kontrastiven Vergleichs. Phasen der Erhebung und der Auswertung gehen im

Forschungsprozess ineinander über, bis der zu erwartende Gehalt an Neuem gegen null geht (GLASER & STRAUSS 1967; 2008).

Die einzelnen Auswertungsschritte der biografischen Fallrekonstruktion sind an verschiedener Stelle ausführlich beschrieben (ROSENTHAL 2008, S. 161 ff.; ROSENTHAL 1995, S. 208 ff.; SCHULZE 2006, S. 84 ff.; ZILLIG 2016, S. 52 ff.). Kurz gefasst beinhaltet das Auswertungsverfahren sowohl eine Analyse der Verlaufsstruktur der jeweiligen Lebensgeschichte (sequenzielle Analyse der biografischen Daten) als auch eine Analyse der biografischen Selbstpräsentation und damit eine Rekonstruktion der Gegenwartsperspektive, mit der eine Person auf ihre Vergangenheit blickt (Text- und thematische Feldanalyse). Hierbei werden u. a. ein thematisches Feld bzw. verschiedene thematische Felder herausgearbeitet.

Nach einer Rekonstruktion der erlebten Lebensgeschichte ist eine Kontrastierung der Vergangenheits- mit der Gegenwartsperspektive, also eine Analyse der Differenz zwischen Erleben in der Vergangenheit und dem Sprechen in der Gegenwart darüber möglich. In der im Folgenden vorgestellten Studie werden dadurch beispielsweise folgende Fragen beantwortet: Wie, wann, warum und in dieser Form können Psychiatriepatientinnen über vergangene Erlebnisse in der Gegenwart erzählen (oder eben auch nicht)? Und wie erleben sie die Inanspruchnahme einer psychiatrischen Leistung?

Fallstrukturelle Ergebnisse: Biografische Fallrekonstruktionen komplex traumatisierter Mütter

Für die diesem Beitrag zugrunde liegende Studie wurden biografisch-narrative Interviews mit Patientinnen einer traumatherapeutischen Psychiatriestation geführt (vgl. KLUPS & SACHSSE 2004). Neben (teil-)stationären Psychiatrieaufenthalten hatten alle Frauen massive Formen innerfamiliärer Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt und als Mutter unterschiedliche Erfahrungen mit Jugendhilfesystem gemacht. Dies soll anhand einzelner fallstruktureller Ergebnisse einer biografischen Fallrekonstruktion verdeutlicht werden.

Frau Beere z. B. bezeichnet sich gleich zu Beginn des lebensgeschichtlichen Interviews und auch in dessen Verlauf wiederkehrend als »psychisch kranke Mutter«. Der Auswertungsschritt der text- und thematischen Feldanalyse

fokussiert zunächst auf der Frage, weshalb sich Frau Beere (nicht nur) im Interview so und nicht anders darstellt. Im Auswertungsprozess sichtbar wird die Gestalt der erzählten Lebensgeschichte. Es zeigen sich zwei thematische Felder, die unverknüpft nebeneinanderstehen.

Frau Beere erzählt nicht nur vom »Leben einer psychisch kranken Mutter«, sondern im Interviewverlauf – in einer zeitlich wie räumlich von ihr ausgelagerten Situation – von ihrer »Kindheit als ungewolltes, oft allein gelassenes und misshandeltes Kind«.

- » Einfach geschlagen <<ja>> also bis an die Grenzen <<ja>> des Wahnsinns einfach <<ja, okay, hmhm>> also <<hmhm>> seelisch, einfach, wie Dreck behandelt teilweise <<hmhm, hmhm>> ja, kann=s gar nicht alles genau wiedergeben <<ja>> was soll ich sagen, s=war keine lustige Kindheit, also meine, meine Mutter war ne Schlägerin, ähm, sie hat alle geschlagen und sie hat auch keine Liebe gehabt, also sie hat keine, Nähe zugelassen <<ja>>. «
JB4–5/31–36

Das Prinzip der Offenheit bei der Interviewführung ermöglicht der Biografin eine Platzierung dieses zweiten thematischen Feldes jenseits des sonstigen Interviewsettings. Die Analyse der erzählten Lebensgeschichte verdeutlicht aber auch die strikte Trennung der Themen gewaltgeprägtes Erleben in der Kindheit und dem Leben als psychisch kranke Mutter.

Der folgende Auswertungsschritt der Rekonstruktion der erlebten Lebensgeschichte macht die gegenwärtige Selbstthematisierung als psychisch kranke Mutter in ihrem Gewordensein verstehbar. Frau Beere erlebt seit ihrer frühen Kindheit massive Gewalt durch nahe und andere Personen. Weder die wiederkehrende körperliche Gewalt der Eltern ihr gegenüber noch von ihnen gedeckte sexualisierte Gewalt aus dem erweiterten familialen System werden bemerkt und aufgedeckt. Über Ressourcen innerhalb des erweiterten familialen Systems gelingt Frau Beere im Verlauf der Jugend eine schrittweise Distanzierung von der Kernfamilie. Doch auch als junge Erwachsene und Mutter eines, später zweier Kinder erlebt sie weiter verschiedene Formen von Gewalt.

Der Bezug sozialstaatlicher Leistungen auch als Ausweg aus dem gewaltgeprägten Lebensumfeld ist für Frau Beere lange Zeit keine Handlungsoption. Dies ändert sich mit der Geburt des zweiten Kindes. Ab diesem Zeitraum wird auch die Selbst- und Fremdtthematisierung »psychisch kranke Mutter« biografisch bedeutsam. Frau Beere bezieht als zweifache Mutter sukzessive verschiedene Leistungen der Jugendhilfe und des psychiatrischen Gesundheitssystems und nimmt auch andere institutionelle Angebote in Anspruch.

In diesem Zusammenhang verwendet sie die Selbstbezeichnung »psychisch kranke Mutter« als Begründung der Leistungsbezüge.

- » Also heute würde meine Therapeutin, n Gutachten schreiben, ich würd mich selber vorm Jugendamt hinlegen und campieren wenn es mir die Hilfe noch mal einstellen würde, weil das für mich einfach notwendig ist und zwar so lange ich mein dass ich das brauche <<hmhm>> wenn ich mal meine, ich brauch das nicht mehr, dann brauch ich das nicht mehr, aber so lang ich das meine, brauche ich das, und dann so lang soll=n se mir das auch gewähren (...) und das, das kann nicht sein, dass die mir, ähm die Hilfe immer abdrehn <<hmhm>> (...) inzwischen hat sich auch die Faktenlage und auch, das Jugendamt ein bisschen geändert, die sehn das jetzt nicht mehr so, die habn da jetzt mehr Puffer für psychisch Kranke <<hmhm>> also die sehn das jetzt eher, dass man das schon ein paar Jahre braucht, und nich, dass man nich sagen kann, nach zwei Jahrn, jetzt is die Hilfe beendet oder nach=em halben Jahr, dass das einfach mit psychisch kranken Müttern nicht geht <<hmhm>> dass die das nicht schaffen <<hmhm>> also dass es dann trotzdem nicht geht, und so is=ses eben bei mir. « JB2–3/9–26

Mit professioneller Unterstützung organisiert bzw. erstreitet Frau Beere sich diese Leistungen im biografischen Verlauf mehrfach auch über die sonst üblichen Bewilligungszeiträume hinaus. Leistungsbezüge, die sie jeweils als unmittelbar notwendig in ihrer Lebenssituation erlebt. Die damit verbundene engmaschige institutionelle Einbettung ermöglicht ihr dann sowohl die allmähliche Beendigung von Gewalterfahrungen als auch den Schutz vor eigenen Gewalttaten gegenüber den Kindern. Das u.a. sozialpsychiatrische Leistungssystem prägt – z.B. in Form von Freizeitevents, Weihnachtsfeiern etc. – zum Zeitpunkt des Interviews das soziale Netzwerk und den Alltag von Frau Beere.

Im nachfolgenden Auswertungsschritt wird die erlebte mit der erzählen Lebensgeschichte verglichen. Dabei wird die aus zwei nicht miteinander verknüpften thematischen Feldern zusammengesetzte Lebensgeschichte u. a. als Produkt der im Kontext von Mutterschaft wirkmächtigen Diskurse des Jugendhilfe- und Gesundheitssystems verstehbar. Die institutionelle Rahmung befördert eine Selbstthematisierung als psychisch kranke Mutter, die sich nicht auf die in der biografischen Analyse rekonstruierte Genese ihrer gegenwärtigen psychischen Verfasstheit bezieht. Die sowohl in Kindheit als auch im weiteren biografischen Verlauf erlebte massive Gewalt wird also nicht als Begründung für den Bezug sozialstaatlicher Leistungen genutzt.

Theoretische Verallgemeinerung: Typologisierung biografischer Verläufe im Kontext gesellschaftlicher Teilhabe

Für eine theoretische Verallgemeinerung der empirischen Ergebnisse kann im Anschluss eine Typologie entlang einzelner Fragestellungen erstellt werden. Alfred Schütz führt aus, dass Forschende die von ihnen generierten Typen gewissermaßen dafür nutzen, empirische Ergebnisse theoretisch zu verallgemeinern und somit auch jenseits fallspezifischer Besonderheiten zu diskutieren (vgl. SCHÜTZ 1971, S. 48). Ein Typus repräsentiert dann einen möglichen Umgang mit sozialer Wirklichkeit. Dabei wird nicht von einem Fall auf alle Fälle, sondern von einem konkreten Fall auf alle gleichartigen Fälle geschlossen (LEWIN 1967 [1927]; ROSENTHAL 2008, S. 77 ff., 194 f.; ROSENTHAL 1995, S. 209 ff.).

Zur Erstellung einer Typologie wird eine spezifische Fragestellung an die Ergebnisse der empirischen Analysen (hier der biografischen Fallrekonstruktionen) herangetragen. Abhängig von eben dieser Forschungsfrage ist es dann möglich, verallgemeinerte Aussagen auf unterschiedlichen Ebenen zu treffen.

Leitend für die Formulierung der Typologie der diesem Beitrag zugrunde liegenden Studie war die Frage nach der jeweiligen gesellschaftlichen Teilhabe der interviewten Psychiatriepatientinnen im biografischen Verlauf (Verlaufstypologie). Zudem wurde der Frage nachgegangen, unter welchen Bedingungen welche Leistungen des Gesundheits- und des Jugendhilfesystems bezogen wurden und welche Auswirkungen ein Leistungsbezug für die Frauen hatte. Auf Grundlage der erstellten biografischen Fallrekonstruktionen wurden drei Verlaufstypen gebildet.

Die bereits vorgestellte Frau Beere repräsentiert einen Verlaufstypus, der sich dadurch auszeichnet, dass sich im biografischen Verlauf eine Ermächtigung der Frauen vollzieht und diese u. a. ihr von massiver Gewalt geprägtes familiales und soziales Umfeld verlassen (können). Diese Ermächtigung geht jedoch einher mit einer etikettierenden Selbst- und Fremdthematisierung als »psychisch krank«.

Repräsentantinnen dieses Verlaufstypus erfahren sowohl in der Herkunftsfamilie als auch im weiteren Verlauf ihres Lebens schwere Gewalt. Im gesamten biografischen Verlauf besteht kein Kontakt zu Einzelpersonen oder sozialen Netzwerken, die aufmerksam werden und sich gegen die Gewalt positionieren. Charakteristisch ist vielmehr, dass es erst durch den Kontakt

zu sozialstaatlichen Leistungen des Gesundheits- und des Jugendhilfesystems zu einem sukzessiven Herauslösen aus dem gewaltgeprägten Lebensumfeld kommt. Soziale Sicherungssysteme, u. a. auch psychiatrische Angebote, dienen als schützende und sichernde Rahmung.

In diesem Zusammenhang erfolgt eine weitgehende Anpassung der Repräsentantinnen dieses Typus an institutionalisierte Diskurse um psychische Krankheit. Diese Diskurse bieten Identifikationspunkte bzw. einen notwendigen Orientierungsrahmen, innerhalb dessen eine Ermächtigung stattfinden kann. Es dominiert die etikettierende Selbst- und Fremdtthematisierung als »psychisch kranke Mutter«. Dies steht im Kontrast zu einem zweiten Typus, dessen Repräsentantinnen ihre Selbstthematisierung auch aus anderen biografisch relevanten Netzwerken im Kontext ihrer gesellschaftlichen Teilhabe speisen können und sich beispielsweise als Christin oder Künstlerin präsentieren (vgl. ZILLIG 2016, S. 331 ff.).

Der Vergleich zu den anderen Verlaufstypen macht auch deutlich, dass die An- und Übernahme des Selbstbildes »psychisch kranke Mutter« nicht per se als ohnmächtige bzw. machtlose Anpassung zu betrachten ist. Vielmehr eignen sich Frauen wie Frau Beere über das Etikett »psychisch kranke Mutter« Handlungsmacht im sozialstaatlichen Sicherungssystem an. Sie unterscheiden sich damit deutlich vom dritten Typus, dessen Repräsentantinnen ihre psychische Verfasstheit aus Angst vor Kindesentzug durch die öffentliche Jugendhilfe nicht aktiv nutzen, sondern verleugnen – zum Preis einer sich verstärkenden sozialen Isolation und minimaler gesellschaftlicher Teilhabe (vgl. ebd. S. 344 ff.).

Für eine Diskussion dieser Ergebnisse muss die über das Etikett »psychisch kranke Mutter« erhaltene Handlungsmacht jedoch immer auch im Kontext der Abhängigkeit vom sozialstaatlichen Leistungssystem verstanden werden. Für die Repräsentantinnen diesen Typus existieren keine weiteren Felder gesellschaftlicher Teilhabe jenseits sozialstaatlicher Leistungssysteme, z. B. Erwerbsarbeit oder Kultur. So sieht Frau Beere etwa im Interview wiederkehrend die Notwendigkeit, die durch die Hilfen zur Erziehung entstehenden »gesellschaftlichen Kosten« zu legitimieren.

- » N stationären Platz für meine Kinder bräuchte, das wäre ja um Unsummen teurer, als wie das, was ich jetzt verbrauche <<hmhm, ja>> ja, mit dieser ambulanten Hilfe <<ja>> und wenn ich die Gott verdammt brauche, bis die Kinder achtzehn sind, dann is es halt nun mal so <<ja>> ja, und wenn mir das guttut und den Kindern, und wenn wir so leben können dann is=es billiger. «
JB5–2/12–16

Bei den Repräsentantinnen dieses Typus besteht eine latente Angst, den Status der Leistungsbezieherin und damit die Leistung selbst zu verlieren. Deshalb benötigen sie als Rechtfertigung der von ihnen »verursachten« Kosten die Selbstbezeichnung »psychisch kranke Mutter«.

Die eigene von massiver Gewalt geprägte Biografie dient diesem Typus – wie gezeigt – nicht als Entlastungs- oder Begründungsmöglichkeit für sozialstaatlichen Leistungsbezug. So eröffnet sich für die Repräsentantinnen dieses Typus im biografischen Verlauf keine Perspektive, die etikettierende und pathologisierende Selbstthematisierung zu ändern, hinter sich zu lassen oder gar offensiv abzulehnen.

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Wie gezeigt, eröffnen biografische Fallrekonstruktionen die Möglichkeit, soziale Phänomene – wie etwa die Selbstthematisierungen von Psychatriepatientinnen – in ihrem sozialen und historischen Gewordensein zu erklären. So gelangen u. a. Themen wie die Anerkennung bzw. Thematisierbarkeit biografischer Erfahrungen oder auch Pathologisierungsprozesse im biografischen Verlauf in den Fokus sozialpsychiatrischer Forschung. Welche psychiatrischen Maßnahmen unterstützend wirken, welche Formen der Selbst- bzw. Fremdthematisierung vorliegen und wie sich beides bedingt, sind hier nur zwei der professionspraktischen Fragenkomplexe, die ein biografietheoretisches Vorgehen zu beantworten vermag.

Zur Vertiefung

ZILLIG, U. (2016): Komplex traumatisierte Mütter. Biografische Verläufe im Spannungsfeld von Traumatherapie, Psychiatrie und Jugendhilfe. Rekonstruktive Forschung in der Sozialen Arbeit, Bd. 18. Opladen: Barbara Budrich.

ROSENTHAL, G. (Hg.) (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt am Main: Campus.

ROSENTHAL, G. (Hg.) (2008): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim: Juventa.

Die Autorin

Dr. Ute Zillig ist Soziologin, Sozialarbeiterin, Traumafachberaterin und Vertretungsprofessorin im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Frankfurt University of Applied Sciences. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind traumasensible Soziale Arbeit, transgenerationale Aspekte von Gewalterfahrungen und Traumata und rekonstruktive Soziale Arbeit.

Referenzen

- BERGER, P.; LUCKMANN, T. (2010): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt am Main: Fischer.
- FISCHER, W.; KOHLI, M. (1987): Biographieforschung. In: VOGES, W.: Methoden der Biographie- und Lebenslaufforschung, S. 25–49. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- GLASER, B.; STRAUSS, A. (Hg.) (1967): The Discovery of Grounded Theory. New Brunswick: Aldine.
- GLASER, B.; STRAUSS, A. (Hg.) (2008): Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung. Bern: Hans Huber.
- GRUBER, D.; BÖHM, M.; WALLNER, M.; KOREN, G. (2017): Sozialpsychiatrie: Begriff, Themen und Geschichte. In: SCHÖNY, W. (Hg.): Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke, S. 5–28. Berlin, Heidelberg: Springer.
- HANSES, A. (2003): Biographie und sozialpädagogische Forschung. In: SCHWEPPE, C. (Hg.): Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik, S. 19–42. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- KILIAN, K. (2017): Zum Verhältnis von Soziologie und Psychiatrie – revisited, in: Sozialpsychiatrische Informationen, H. 2, S. 12–15.
- KNOBLAUCH, H. (Hg.) (2014): Wissenssoziologie. Konstanz: UVK.
- KLUPS, K.; SACHSSE, U. (2004): Traumatisierte auf Station. In: SACHSSE, U. (Hg.): Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis, S. 359–371. Stuttgart: Schattauer.

- LEWIN, K. (1967): Gesetz und Experiment in der Psychologie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- MEUSER, M. (2003): Rekonstruktive Sozialforschung. In: BOHNSACK, R.; MAROTZKI, W.; MEUSER, M. (Hg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch, S. 140–142. Opladen: Barbara Budrich.
- ROSENTHAL, G. (Hg.) (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt am Main: Campus.
- ROSENTHAL, G. (Hg.) (2008): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim: Juventa.
- SCHÜTZ, A. (1971): Wissenschaftliche Interpretation und Alltagsverständnis. In: SCHÜTZ, A. (Hg.): Gesammelte Aufsätze. Das Problem der sozialen Wirklichkeit, Bd. 1, S. 3–54. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- SCHÜTZE, F. (1976): Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Kommunikative Sozialforschung. Alltagswissen und Alltagshandeln. Gemein-demachtforschung. Polizei. Politische Erwachsenenbildung, S. 159–260. München: Wilhelm Fink.
- SCHÜTZE, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. Neue Praxis, 13 (3), S. 283–293.
- SCHÜTZ, A.; LUCKMANN, T. (Hg.) (2003): Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UVK.
- SCHULZE, H. (Hg.) (2006): Migrieren, Arbeiten, Krankwerden. Eine biografie-theoretische Untersuchung. Bielefeld: Transcript.
- ZILLIG, U. (2016): Komplex traumatisierte Mütter. Biografische Verläufe im Spannungsfeld von Traumatherapie, Psychiatrie und Jugendhilfe. Rekonstruktive Forschung in der Sozialen Arbeit, Bd. 18. Opladen: Barbara Budrich.

LEBENSWELTEN ERKUNDEN: ETHNOGRAFIE UND TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG

Teilnehmende Beobachtung im Kontext qualitativer sozialpsychiatrischer Forschung

Christine Schmid, Sebastian von Peter

Die »Erfindung« der teilnehmenden Beobachtung als wissenschaftliche Methode wird dem Anthropologen Bronislaw Malinowski zugeschrieben (MALINOWSKI 2001; CLIFFORD 1983; MALINOWSKI 2003). Im Jahr 1914 reiste er nach Papua-Neuguinea, der Erste Weltkrieg verzögerte seine Rückreise und er nutzte die Zeit für Feldforschung. Obgleich es Uneinigkeit darüber gibt, ob die teilnehmende Beobachtung diesem geschichtlichen Zufall entsprungen ist, steht Malinowskis Feldforschung für eine paradigmatische Wende der anthropologischen Erkenntnispraxis: Von »Lehnstuhl-Ethnologen« (STOCKING 1994), die empirisches Material aus zweiter Hand bearbeiten – beispielsweise von Reisenden, Missionaren –, hin zu Feldforschenden vor Ort, die selbst Daten erheben (u. a. CLIFFORD 1983). Die teilnehmende Beobachtung wurde seither immer wieder diskutiert, stark kritisiert, abgelehnt und neu benannt (u. a. BERG 1995; BOYER 2015; BACHMANN-MEDICK 2014; WIND 2008; CLIFFORD & MARCUS 1986). Die grundsätzliche Idee, dass Forschende vor Ort Daten generieren und dadurch ein besonderes Wissen hervorbringen, hat diese Diskussionen jedoch überdauert.

Teilnehmende Beobachtung bewegt sich auf einem Kontinuum zwischen Teilnahme und Beobachtung (LINDNER 1981). Durch einen »aktiven Mit-Vollzug sozialer Prozesse« (KNECHT 2013, S. 81) werden Daten erhoben, um alltägliche Bedeutungszusammenhänge und Praxismuster zu verstehen. Genutzt wird dabei ein Spektrum zwischen Teilnehmen und Beobachten, zwischen Nähe

und Distanz, zwischen offener und verdeckter Teilnahme, die nicht nur in einzelnen Ethnografien, sondern auch in deren zeitlichen Verlauf variieren können (LINDNER 1981; SILLITOE 2012; EMERSON et al. 2011). Der erkenntnistheoretische Zugang entsteht dabei durch ein kontinuierliches Oszillieren der Forschenden zwischen einer Innen- und Außenperspektive: Soziale Ereignisse können so einerseits mitvollzogen, andererseits aber auch in größere Kontexte situiert und dadurch abstrahiert werden (CLIFFORD 1983, S. 127).

Dabei geht es nicht notwendigerweise darum, die Anwesenheit des Forschenden zu minimieren. Ihre leibhaftige Beteiligung soll genutzt werden und ist selbst Forschungsinstrument (PINK 2010; CLASSEN 1997; MOHR & VETTER 2014; BRAUN u. a. 2017). Diese lebendige Teilnahme ist in vielen Forschungsfeldern unüblich und sieht manchmal nicht nach akademischer Tätigkeit aus (MAANEN 2011). Alltägliche Handlungen, wie beispielsweise das Begleiten von Patientinnen und Patienten auf Spaziergängen oder das Bettenmachen auf einer Station, werden in der teilnehmenden Beobachtung als Forschungsstrategie eingesetzt (COHN 2014). Teilnehmende Beobachtende beteiligen sich dabei immer mit der doppelten Intention im Alltag: Sie nehmen an einer Situation teil und beobachten diese gleichzeitig (SPRADLEY 1980).

Wie beobachtet man teilnehmend?

Der teilnehmenden Beobachtung geht die Auseinandersetzung mit dem Forschungsfeld und -thema voran. Da die teilnehmende Beobachtung eine flexible und induktive, von Forschenden- und Forschungsgegenstand abhängige Methode ist, gibt es diverse Positionen zu deren Umsetzung (DEWALT 2002; MAANEN 2011; GIRTLE 2001). Von zentraler Bedeutung ist die Gegenstandsangemessenheit des Vorgehens, also die Passung zum Forschungsgegenstand und zur Fragestellung (u. a. KASCHUBA 2003; BREIDENSTEIN u. a. 2013). Dabei können sich Fragestellungen im Verlauf der teilnehmenden Beobachtung ändern: Oft werden Fragenkomplexe im Verlauf des Forschungsprozesses eingegrenzt, es können sich aber auch neue Fragenkomplexe herausbilden. Es liegt dann im Ermessen der Forschenden, wie selektiv oder fokussiert und auch wie deskriptiv die Beobachtung vonstattenzugehen hat: Sie kann mithilfe von Beobachtungsleitfäden strukturiert erfolgen (und dann einen stärkeren Fokus auf das Beobachten legen) oder die Immersion der Beobachtenden in einer Gruppe zum Ziel haben (SPRADLEY 1980; DEWALT 2002).

Vor einigen Jahrzehnten war es noch üblich, dass Ethnologen mitunter über Jahrzehnte an einem Ort teilnehmend beobachteten. Demgegenüber gibt es heute – teilweise stark kritisierte – Tendenzen zu deutlich kürzerer Anwesenheit oder Entwicklungen zu einer sogenannten »pendelnden« teilnehmenden Beobachtung, also Feldforschung mit häufigen, aber kurzen Aufenthalten (PINK & MORGAN 2013; MARCUS 2007).

Wesentlich bei allen Varianten von teilnehmender Beobachtung ist die Protokollierung der Beobachtungen. Auch während der Feldforschung sollten, wenn dieses nicht störend wirkt, kurze Notizen oder Skizzen angefertigt werden. Im Anschluss daran, möglichst an demselben Tag, wird daraus ein Feldprotokoll erstellt, in dem die Geschehnisse, Dialoge etc. ausformuliert werden. Eine Stunde teilnehmende Beobachtung benötigt im Allgemeinen eine Stunde Protokollierung (MAANEN 2011; EMERSON et al. 2011).

Jenseits dieser oft umfangreichen Protokolle wird ein Feldtagebuch geführt. In diesem halten die Beobachtenden Reflexionen des eigenen Standpunkts, eigener Vorannahmen und der eigenen Rolle im Feld fest, dazu gehört auch das Beschreiben eigener Gefühle und eigener überraschender Verhaltensmuster etc. (LINDNER 1981; WOLFF 2008). Dieses Vorgehen soll der Tatsache Rechnung tragen, dass die Forschenden während der teilnehmenden Beobachtung das wesentliche Erkenntnisinstrument sind (BOYER 2015; DIKOMITIS 2016; WOOLGAR 1991).

Nach Abschluss der Datenerhebung werden die daraus entstandenen schriftlichen Dokumente (Notizen, Protokolle und Feldtagebuch) ähnlich wie anderes qualitativ-empirisches Material (z. B. Interviewtranskripte) genutzt und analysiert, d. h. entsprechend des jeweiligen Interpretationsansatzes gelesen, codiert und in Verbindung mit theoretischen Ansätzen gebracht. Häufig orientiert sich die Analyse der Materialien aus teilnehmender Beobachtung an Methoden der Grounded Theory (GLASER & HOLTON 2004; STRAUSS & CORBIN 1996), in denen einzelne Zeilen oder Abschnitte von der Forscherin kategorisiert und codiert werden. Dadurch verändert sich der Textkörper und wird anhand von Schlagwörtern und Kategorien neu sortiert und gewichtet, um ihn dann einfacher mit analytischen Konzepten in Zusammenhang bringen zu können (BREIDENSTEIN u. a. 2013; EMERSON et al. 2011). Ebenso können jedoch auch beispielsweise Fallanalysen (BREIDENSTEIN u. a. 2013) oder Netzwerkanalysen (LATOUR 2007) durchgeführt werden.

Materialien aus teilnehmenden Beobachtungen unterscheiden sich von anderen qualitativen empirischen Materialien insbesondere dahin gehend, dass die Rückbindung an die Forschenden besonders eng ist: Sie bauen maßgeblich

auf deren subjektiver Perspektive auf, in ihnen wird (co-konstruierte) materielle Wirklichkeit rekonstruiert. Das ist zugleich Stärke und Schwäche dieses Ansatzes.

Welche Vorteile bringt teilnehmende Beobachtung mit sich?

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung erlaubt die Analyse alltäglicher Handlungsmuster bzw. Praktiken »in situ«. So untersuchte der kanadische Ethnologe Paul Brodwin die in Handlungen gespeicherten, und dadurch oft impliziten Ethiken diverser sozialpsychiatrischer Akteure (BRODWIN 2013). Gerade in sozialpsychiatrischen Institutionen ist Alltag hoch komplex (FENGLER & FENGLER 1980) und die verwendeten Wissensformen und Ordnungen werden häufig stillschweigend vorausgesetzt (FLOETH 1991). Der deutschen Kulturanthropologin Martina Klausner gelang es, mit teilnehmender Beobachtung einige grundlegende Regeln des sozialpsychiatrischen Arbeitens zu identifizieren und in ihren Widersprüchlichkeiten zu analysieren (KLAUSNER 2015). Latente Sinnstrukturen alltäglicher Praktiken und institutioneller Abläufe lassen sich also mithilfe der teilnehmenden Beobachtung gut rekonstruieren (SCHMID 2016, 2013).

In einigen Arbeiten bestehen diese Praktiken nicht nur aus sozialen Zusammenhängen, sondern auch aus den wirklichkeitsformenden Agens von Dingen und Räumlichkeiten. Eine eigene Arbeit nutzt beispielsweise teilnehmende Beobachtung, um die Handlungsmacht, also die sozialen Effekte vorgefertigter Schulungsmaterialien und räumlich festgeschriebener Sitzordnungen von zwei recoveryorientierten Gruppenformaten zu untersuchen (IKEHATA 2014). Andere Arbeiten analysieren lokale Formen des Behindertwerdens durch materielle und soziale Widerstände (MOSER 2006; SCHILLMEIER 2010). Sie entwickeln damit eine neue Epistemologie zur Untersuchung von Behinderungen – ein Prozess, der durch die UN-Behindertenrechtskonvention angestoßen wurde (VON PETER 2017a).

In allen diesen Zusammenhängen widmet sich teilnehmende Beobachtung als rekonstruktives Verfahren alltäglichen, sozialen Konstruktionen erster Ordnung – also dem, was häufig als Common Sense bezeichnet wird (PRYZIBORSKI & WOHLRAB-SAHR 2013). Die wissenschaftliche Begriffsbildung ist hier immer als sekundäre Konstruktion zu verstehen, die auf die primären, alltäglichen Konstruktionen der beobachteten Akteure folgt (ebd.).

Welche Nachteile bringt teilnehmende Beobachtung mit sich?

Mit diesen Möglichkeiten sind zugleich Konfliktfelder und Herausforderungen verbunden. Die eingehende Beobachtung beispielsweise eines Stationsgeschehens, setzt ein bewusstes Fokussieren nur eines Ausschnitts dieses Feldes voraus; teilnehmende Beobachtung gewährt also immer nur partielle Einblicke. Ihr Fokus liegt auf einer vertieften Exploration, weniger auf großflächigen Generalisierungen. Es ist eine Methode von mittlerer Reichweite. Mit teilnehmender Beobachtung können und sollen weder universell anwendbaren Theorien generiert noch überprüft werden. Und dennoch vermag teilnehmende Beobachtung über den einzelnen Fall hinaus relevante Ergebnisse hervorzubringen.

Hier gibt es jedoch häufig ein Problem der Anschlussfähigkeit zwischen empirischem Material, das aus teilnehmenden Beobachtungen generiert wurde, und Daten aus anderen methodischen Zugängen: Durch teilnehmende Beobachtung werden viele Seiten an schriftlichem Material produziert, deren Selektion und Organisation für sich genommen bereits herausfordernd ist. Wie sich Schnittstellen zu anderen (vielleicht auch deduktiveren) Wissensformen und -schaften herstellen lassen, und wie sich konkret ein Zugewinn für die sozialpsychiatrische Versorgungsforschung herstellen lässt, das wird die Relevanz der teilnehmenden Beobachtung in Zukunft maßgeblich mitbestimmen (NIEWÖHNER 2016; VON PETER 2016). Nicht zuletzt ist die teilnehmenden Beobachtung in der Regel ein zeitintensives Verfahren, und dadurch personal- und kostenintensiv.

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Interaktionen mit dem Forschungsfeld bergen – neben ihrem Reichtum an Informationen –, immer auch Potenzial für Verunsicherung und Risiken. Gerade im Kontext sozialpsychiatrischer Forschungsfelder, in denen Machtasymmetrien und sensible und oft schutzbedürftige Personengruppen eine Rolle spielen, bringt die teilnehmende Beobachtung besondere ethische Herausforderungen mit sich (RUSSO 2017; RUSSO & BERESFORD 2015). Außerdem

ist Beobachtung im psychiatrischen Alltag traditionell an (diagnostische) Bewertungen geknüpft, sodass Beobachtetwerden, nicht selten auch bei Mitarbeitenden psychiatrischer Institutionen, oft zu Misstrauen führt.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie eine »Teilnahme« im Krankenhaus oder im Betreuten Wohnen gestaltet sein sollte. Es gibt fachgeschichtlich dubiose Versuche, sich während der teilnehmenden Beobachtung als Patientin auszugeben, beispielsweise das bekannte Rosenhan-Experiment, wo acht Forschende als Undercoverpatienten in psychiatrischen Einrichtungen den Alltag dort teilnehmend beobachteten (ROSENHAN 1973; VAN DER GEEST & FINKLER 2004). Ein solches Vorgehen ist glücklicherweise heute nicht mehr zulässig, wie u. a. der »Code of Ethics of the American Anthropological Association«, der 1998 verabschiedet wurde, deutlich macht. Auch für die Psychiatrie wurden inzwischen die Grundlagen ethischer Falldiskussionen beschrieben (VOLLMANN 2017).

Allerdings stellt sich weiterhin die Frage, wie sich ein ethisches Vorgehen von teilnehmender Beobachtung in (sozial)psychiatrischen Forschungsfeldern umsetzen und kontrollieren lässt. Auch das sine qua non ethischer Richtlinien in medizinischen Forschungsvorhaben, der Informed Consent bietet in diesem Zusammenhang keine ausreichenden Antworten, da der ungewisse und offene Charakter der ethnografischen Forschung eine klare Definition der Rahmenbedingungen nicht zulässt. So ist beispielsweise häufig vorab sehr schwer zu klären, welche Personen, Räume und Materialitäten genau Teil der Beobachtung werden.

Ethnografisches Arbeiten überschreitet ebenso die Grenzen zwischen Forschung und »privaten Alltagsleben« (FASSIN 2006). So lernen Ethnografen unter Umständen über ihr Forschungsthema mehr in Situationen, die streng genommen nicht Teil der teilnehmenden Beobachtung sind: auf dem Rückweg aus einer Beobachtungssituation, auf einer Konferenz oder auch in freundschaftlichen Beziehungen zu Informanten, die keine Seltenheit sind. Diese Aspekte werden im Rahmen formaler Ethikregularien nicht mitbedacht.

Schließlich bezieht sich der Informed Consent auf die Rechte eines Individuums und weniger auf Gruppenverpflichtungen oder politische Effekte von Forschung (HOEYER et al. 2005, S. 1744), wie sie beispielsweise während der Beobachtung der Abläufe einer Station oder einer ganzen Institution relevant werden.

Auch unabhängig von den Problemen rund um den Informed Consent lässt sich ein ethisches Vorgehen während der Feldforschung nur teilweise durch

einmalige Einwilligungen oder andere formaler Festlegungen absichern (DU TOIT 1980; FASSIN 2006; BOULTON & PARKER 2007; PARKER 2007; LONG u. a. 2008): Die Beziehungen zwischen Forschenden und Informanten verändern sich fast immer über den Forschungszeitraum hinweg und die Grundsätze ihrer Zusammenarbeit müssen immer wieder neu verhandelt werden.

Wenn wir die Personen im Feld und ihren Schutz ernst nehmen, müssen wir uns auch der Frage stellen, wie wir mit dem Wissen derjenigen umgehen, die »teilnehmend beobachtet« wurden. In unseren eigenen Projekten haben wir regelmäßig sogenannte »Feedback-Loops« eingesetzt, um die Ergebnisse der Datenerhebung den Informanten rückzumelden und außerdem kommunikativ zu validieren (PETER 2016). Es scheint uns sinnvoll, mit verschiedenen Formaten und Möglichkeiten zu experimentieren, die über solche »Feedback-Loops« hinausgehen. So sollte unsere Ansicht nach, wenn immer es möglich ist, die Informanten beteiligt werden, auch um die ethische Sensibilität der Forschenden für das Feld zu schärfen (PETER 2017b).

Zur Vertiefung

MAANEN, J.V. (2011): *Tales of the Field: On Writing Ethnography*, Second Edition. University of Chicago Press.

KLAUSNER, M. (2015): *Choreografien psychiatrischer Praxis: eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie*. transcript.

Die Autorin und der Autor

Christine Schmid ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt PsychCare an der Medizinischen Hochschule Brandenburg und Doktorandin am Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität zu Berlin. In ihrer Dissertation setzt sie sich ethnografisch mit Erfahrungsexpertise im Kontext von Genesungsbegleitung auseinander und als wissenschaftliche Mitarbeiterin erforscht und evaluiert sie mit ethnografischen Methoden psychiatrische Modellversorgung.

PD Dr. med. Sebastian von Peter ist Oberarzt an der Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Brandenburg an der Immanuel Klinik Rüdersdorf. Er leitet dort einen

Forschungsschwerpunkt zu partizipativen und qualitativen Ansätzen der psychiatrischen Versorgungsforschung. Klinisch baut er ein Team für die stationsäquivalente Behandlung (StäB) auf.

Referenzen

- American Anthropological Association (1998): Code of Ethics. *Anthropology News*, 39 (6), S. 19–20.
- American Anthropological Association (2009): Proposed Revisions 2008. *Anthropology News*, 50 (1), S. 12.
- BACHMANN-MEDICK, D. (2014): Cultural turns: Neuorientierungen in den Kulturwissenschaften. Orig.-Ausg., 5. Aufl. (mit neuem Nachwort). Rowohlt Enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- BERG, E. (Hg.) (1995): Kultur, soziale Praxis, Text: die Krise der ethnographischen Repräsentation. 2. Aufl. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 1051. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BOULTON, M.; PARKER, M. (2007): Informed Consent in a Changing Environment. *Social Science & Medicine*, 65 (11), S. 2187–2198.
- BOYER, D. (2015): Reflexivity Reloaded. In: ERIKSEN, T.; GARSTEN, C.; RANDERIA, S.: *Anthropology Now and Next*. 1. Aufl. Essays in Honor of Ulf Hannerz. S. 91–110. Oxford, New York: Berghahn Books.
- BRAUN, K.; DIETERICH, C. M.; HENGARTNER, T.; TSCHOFEN, B. (2017): *Kulturen der Sinne: Zugänge zur Sensualität der sozialen Welt*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann.
- BREIDENSTEIN, G.; HIRSCHAUER, S.; KALTHOFF, H.; NIESWAND, B. (2013): *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung*. 1. Aufl. Konstanz: UTB.
- BRODWIN, P. (2015): *Everyday Ethics. Voices From the Front Line of Community Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- CLASSEN, C. (1997): Foundations for an Anthropology of the Senses. *International Social Science Journal*, 49 (153), S. 401–412.
- CLIFFORD, J. (1983): On Ethnographic Authority. *Representations* (2), S. 118–146.
- CLIFFORD, J.; MARCUS, G. E.; School of American Research (Santa Fe N.M.) (1986): *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.

- COHN, M. (2014): Teilnehmende Beobachtung. Methoden der Kulturanthropologie. In: BISCHOFF, C.; OEHME-JÜNGLING, K.; LEIMGRUBER, W.: Methoden der Kulturanthropologie, 1. Aufl., S. 71–85. Bern: Haupt.
- DEWALT, K. M. (Hg.) (2002): Participant Observation: A Guide for Fieldworkers. Walnut Creek, CA u. a.: AltaMira Press.
- DIKOMITIS, L. (2016): Reflections on Ethnography in Medicine. *The Cyprus Review*, 28 (1), S. 85–97.
- EMERSON, R. M.; FRETZ, R. I.; SHAW, L. L. (2011): Writing Ethnographic Fieldnotes. Second Edition. University of Chicago Press.
- FASSIN, D. (2006): The End of Ethnography as Collateral Damage of Ethical Regulation? *American Ethnologist*, 33 (4), S. 522–524.
- FENGLER, C.; FENGLER, T. (Hg.) (1980): Alltag in der Anstalt: Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Reprint der Ausgabe von 1980. Psychiatrie Verlag.
- FLOETH, T. (1991): Ein bisschen Chaos muss sein. Die psychiatrische Akutstation als soziales Milieu. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- GEEST, S.; FINKLER, K. (2004): Hospital ethnography: Introduction. *Social Science & Medicine*, 59 (10), S. 1995–2001.
- GIRTLE, R. (Hg.) (2001): Methoden der Feldforschung. 4., völlig neu bearb. Aufl. Soziologie. Wien u. a.: Böhlau-Verlag.
- GLASER, B. G.; HOLTON, J. (2004): Remodeling Grounded Theory. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 5 (2). <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/607> (25.10.2018).
- HOEYER, K.; DAHLAGER, L.; LYNÖE, N. (2005): Conflicting notions of research ethics. *Social Science & Medicine*, 61 (8), S. 1741–1749.
- IKEHATA, H. (2014): Recovery-Orientierung in der Psychoedukation – zwei Versuche einer Umsetzung. *Psychiatrische Praxis* 46, S. 320–327.
- KASCHUBA, W. (2003): Einführung in die Europäische Ethnologie. 2., aktualisierte Auflage. München: Beck.
- KLAUSNER, M. (2015): Choreografien psychiatrischer Praxis: eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie. transcript.
- KNECHT, M. (2013): Ethnografie/Praxeografie in der Wissenschafts-, Medizin- und Technikforschung. In: HESS, S.; MOSER, J.; SCHWERTL, M.: Europäisch-ethnologisches Forschen: Neue Methoden und Konzepte, S. 79–106. Berlin: Reimer.
- LATOUR, B. (2007): Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft: Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie. Reassembling the social. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- LINDNER, R. (1981): Die Angst des Forschers vor dem Feld. Überlegungen zur teilnehmenden Beobachtung als Interaktionsprozeß. *Zeitschrift für Volkskunde*, 77 (1), S. 51–66.
- LONG, D.; HUNTER, C.; GEEST, S. (2008): When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology & Medicine*, 15 (2), S. 71–78.
- MAANEN, J.V. (2011): *Tales of the Field: On Writing Ethnography*. Second Edition. Chicago: University of Chicago Press.
- MALINOWSKI, B. (2001): *Argonauten des westlichen Pazifik: Ein Bericht über Unternehmungen und Abenteuer der Eingeborenen in den Inselwelten von Melanesisch-Neuguinea*. Unveränderte Neuauflage. Klotz: Magdeburg.
- MALINOWSKI, B. (2003): *Neuguinea 1914–1918: Ein Tagebuch im strikten Sinn des Wortes*. Klotz: Magdeburg.
- MARCUS, G.E. (2007): How short can fieldwork be? *Social Anthropology*, 15 (3), S. 353–357.
- MOHR, S.; VETTER, A. (2014): Körpererfahrung in der Feldforschung. In: BISCHOFF, C.; OEHME-JÜNGLING, K.; LEIMGRUBER, W.: *Methoden der Kulturanthropologie*. 1. Aufl. Bern: Haupt.
- MOSER, I. (2006): Disability and the promises of technology: Technology, subjectivity and embodiment within an order of the normal. *Information, Communication & Society*, 9 (3), S. 373–395.
- NIWÖHNER, J. (2016): Co-laborative anthropology. Crafting reflexivities experimentally. In: JOUHKI, J.; STEEL, T. *Ethnological interpretation and analysis: Towards a transparent research process*, S. 81–125. Helsinki: Ethnos.
- PARKER, M. (2007): Ethnography/ethics. *Social Science & Medicine, Informed Consent in a Changing Environment*, 65 (11), S. 2248–2259.
- PETER, S. VON (2016): Chronizität im Alltag der psychiatrischen Versorgung – eine Forschungskollaboration zwischen Sozialpsychiatrie und Europäischer Ethnologie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 64 (1), S. 1–11.
- PETER, S. VON (2017a): How to study chronic diseases – implications of the convention on the rights of people with disabilities for research designs. *Frontiers of Public Health*, 5 (88). https://www.researchgate.net/publication/316652300_How_to_Study_Chronic_Diseases-Implications_of_the_Convention_on_the_Rights_of_Persons_with_Disabilities_for_Research_Designs (25.10.2018).
- PETER, S. VON (2017b): Partizipative und kollaborative Forschungsansätze in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis* 44 (8), S. 431–433.

- PINK, S. (2010): The future of sensory anthropology/the anthropology of the senses. *Social Anthropology*, 18 (3), S. 331–333.
- PINK, S.; MORGAN, J. (2013): Short Term Ethnography: Intense Routes to Knowing. *Symbolic Interaction*, 36 (3), S. 351–361.
- PRZYBORSKI, A.; WOHLRAB-SAHR, M. (2013): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4. Aufl. Berlin: DeGruyter.
- ROSENHAN, D.L. (1973): On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179 (4070), S. 250–258.
- RUSSO, J. (2017): In dialogue with conventional narrative research in psychiatry and mental health. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 23 (3), S. 215–228.
- RUSSO, J.; BERESFORD, P. (2015): Between exclusion and colonisation: seeking a place for mad people's knowledge in academia. *Disability & Society*, 30 (1), S. 153–157.
- SCHILLMEIER, M. (2010): *Rethinking Disability: Bodies, Senses, and Things*. Routledge Studies in Science, Technology and Society. New York, London: Taylor & Francis.
- SCHMID, C. (2013): Wissen in Ordnung bringen – Ethnografische Betrachtungen der Unterscheidung in ›erfahrene‹ und ›professionelle‹ Expert_innen im Alltag einer psychiatrischen Tagesklinik. Unveröffentlichte Master-Arbeit, Humboldt-Universität Berlin.
- SCHMID, C. (2016): ›Berufsverrückt‹ Erfahrene ExpertInnen in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung. *KUCKUCK Notizen zur Alltagskultur*, 16 (1), S. 44–50.
- SILLITOE, P. (2012): From Participant-Observation to Participant-Collaboration: Some Observations on Participatory-cum-Collaborative Approaches. In: *The SAGE Handbook of Social Anthropology*, S. 183–200. London: SAGE Publications Ltd.
- SPRADLEY, J. (Hg.) (1980): *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- STOCKING, G.W. (1994): *The Ethnographer's Magic and Other Essays*, UW Press. <https://uwpress.wisc.edu/books/0063.htm>. (03.01.2018).
- STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. (1996): *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- TOIT, B.M. (1980): Ethics, Informed Consent, and Fieldwork. *Journal of Anthropological Research*, 36 (3), S. 274–286.
- WIND, G. (2008): Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. *Anthropology & Medicine*, 15 (2), S. 79–89.

- VOLLMANN, J. (2017): Grundlagen ethischer Falldiskussionen. In: VOLLMANN, J. (Hg.): Ethik in der Psychiatrie, S. 198–206. Köln: Psychiatrie Verlag.
- WOLFF, S. (2008): Wege ins Feld und ihre Varianten. In: FLICK, U.: Qualitative Forschung: ein Handbuch, S. 334–349. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- WOOLGAR, S. (1991): Knowledge and Reflexivity: New Frontiers in the Sociology of Knowledge. London u. a.: Sage.

Iterative Go-alongs

Eine ethnografische Methode zur Erforschung des Zusammenspiels von psychischen Beeinträchtigungen und städtischer Umwelt

Patrick Bieler, Martina Klausner

Aus der historischen Distanz erscheint die Notwendigkeit, für die Relevanz qualitativer Forschung für die Sozialpsychiatrie zu plädieren, geradezu merkwürdig. Zwar lässt sich in den letzten Jahrzehnten ein Auseinanderdriften der Konzeptualisierungen von psychischer Erkrankung in der psychiatrischen und sozialwissenschaftlichen Forschung in Richtung einer biologisch argumentierenden Psychiatrie auf der einen Seite und den zunehmend einseitig sozialkonstruktivistisch argumentierenden Sozial- und Kulturwissenschaften auf der anderen Seite erkennen. Gleichzeitig lassen sich durchaus vielfältige Kontinuitäten zwischen (sozial)psychiatrischer Forschung und ethnologisch-ethnografischer Forschung aufzeigen, die für gemeinsame Fragen produktiv gemacht werden können.

Für die Medizinanthropologie, die sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor allem mit Krankheitserleben, aber auch Heilungspraktiken in vielfältigen Kontexten auseinandersetzte, waren psychiatrische Felder geradezu konstitutiv – sowohl im Sinne einer kritischen Beobachtung psychiatrischer Arbeit als auch im Sinne einer kollaborativen Arbeit gemeinsam mit der Psychiatrie an der Verbesserung der Situation psychisch beeinträchtigter

Menschen. Insbesondere in den USA haben sich medizinanthropologische Forschende ausführlich den Betroffenen, ihren Krankheitserfahrungen und -narrativen sowie ihrer Nutzung psychiatrischer Behandlungs- und Versorgungsangebote mit ethnografischen, qualitativen Forschungsmethoden gewidmet (CORIN 1998; ESTROFF 1981; JENKINS & BARRETT 2004; KLEINMAN & GOOD 1985; MARTIN 2007). Entscheidend ist hier, dass die Perspektive der Betroffenen und ihr Erleben psychischer Erkrankungen nicht losgelöst von den spezifischen Kontexten, ihren sozialen wie materiellen Lebenswelten, aber auch den Versorgungsstrukturen untersucht wurde.

Diese vielfältige Situiertheit psychischer Erkrankungen lässt sich durch eine offene, ethnografische Herangehensweise besonders gut erfassen, die von einer grundsätzlichen Kontingenz sozialer Phänomene ausgeht und analytisch zwischen einer gesellschaftlich-strukturellen Ebene und individuellem Erleben positioniert ist. Ethnologisch-ethnografische Forschung ist insbesondere durch ein Wechselverhältnis von Empirie und Theorie charakterisiert: Empirische Phänomene werden einerseits über eine theoretisch geleitete Perspektivierung greif- und analysierbar gemacht, andererseits werden theoretische Konzepte durch die Analyse des empirischen Einzelfalls weiterentwickelt (KNECHT 2012). Der Wechsel zwischen induktivem und deduktivem Vorgehen nimmt damit eine zentrale Rolle in der Ausgestaltung des Forschungsprozesses ein. Der ethnografische Forschungsprozess, der in der Regel eine Mischung aus Interview- und Beobachtungsverfahren, Dokumenten- und Diskursanalyse umfasst, kann und muss immer wieder modifiziert werden (BREIDENSTEIN et al. 2015). Dies ermöglicht vor allem auch das Aufgreifen neuer, relevanter Fragen, die sich erst im Forschungsprozess ergeben. Ethnografische Forschung liefert somit Analysen des Alltagslebens von Forschungspartnerinnen und -partnern, die über die Vorabproblematisierung der Forschenden hinausgehen. Darüber hinaus kann sie theoretische Problematisierungen zu spezifischen Verhältnissen aufwerfen, z. B. zum Verhältnis des Menschen zu seiner urbanen Umwelt. Allerdings ist Ethnografie alleine natürlich nicht imstande, medizinische Probleme im Hinblick auf Evidenz zu lösen.

Die Forschungsmethodik der sogenannten »go-alongs«, die wir in diesem Kapitel vorstellen, konnten wir in verschiedenen Forschungsprojekten, die wir in enger Zusammenarbeit mit Partnern aus der Psychiatrie durchgeführt haben, erproben und weiterentwickeln, z. B. in dem von der DFG geförderten Projekt »Die Produktion von Chronizität im Alltag psychiatrischer Versorgung und Forschung in Berlin«. Neben Feldforschungen in einem Berliner Bezirkskrankenhaus und gemeindepsychiatrischen Institutionen haben wir

Menschen, die wir als Patientinnen und Patienten in der Klinik kennengelernt haben, über einen längeren Zeitraum nach ihrer Entlassung begleitet, um deren Krankheits-/Gesundungsverläufe analysieren zu können. Gerade im Übergang vom klinischen Alltag in den mehr oder weniger privaten Alltag unserer Gesprächspartnerinnen wurde deutlich, dass die jeweiligen städtisch-räumlichen wie sozialen Beziehungen entscheidenden Einfluss auf die Möglichkeiten der Gestaltung und Entwicklung von Pfadabhängigkeiten und Resilienz aufseiten der Betroffenen haben (BISTER et al. 2016; KLAUSNER et al. 2015).

Diese Ergebnisse, die wir später noch in Abbildung 1 vorstellen werden, korrespondieren mit Forschungen in den Sozialwissenschaften wie auch der Psychiatrie, die sich in den letzten Jahren wieder verstärkt dem Zusammenhang von psychischem Erleben und städtischer Umwelt gewidmet haben. Auf sozialwissenschaftlicher Seite standen die alltäglichen Erfahrungen in nicht-institutionellen urbanen Räumen und Milieus im Vordergrund, wobei insbesondere soziale, sensorische, architektonische und infrastrukturelle Zusammenhänge untersucht und zueinander in Beziehung gesetzt wurden (OOTES 2012; PARR 2008; POLS 2016; SÖDERSTRÖM et al. 2016). Psychiatrische Forschungen zielten auf eine Operationalisierung der Einflüsse städtischer Umwelten auf die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen und mithin die Identifikation potenzieller Resilienzfaktoren (ADLI 2017; LEDERBOGEN et al. 2013; LEDERBOGEN et al. 2011). Hier eröffnen sich erneut theoretische wie methodische Verbindungslinien zwischen psychiatrischen und sozialwissenschaftlichen Ansätzen (BIELER & NIEWÖHNER 2018; FITZGERALD et al. 2016; GRUEBNER et al. 2017). Aus ethnologischer Sicht ist dabei entscheidend, dass bei der Untersuchung des Zusammenspiels von psychischer Beeinträchtigung und städtischer Umwelt nicht von eindeutig isolierbaren Variablen oder individuellen Krankheitsverläufen ausgegangen wird, sondern die alltäglichen Praktiken und Bedingungen, die das Erleben und Behandeln psychiatrischer Erkrankungen im Alltag konstituieren, in den Fokus rücken (DUFF 2016). Im Folgenden werden wir eine Methode vorstellen, die sich für diesen Zugriff besonders eignet.

Iterative Go-alongs in der ethnografischen Langzeitforschung

Go-alongs sind kommentierte Stadtspaziergänge mit Menschen in deren vertrauten Lebensräumen (BÜSCHER & URRY 2009; KUSENBACH 2003; THIBAUD 2013). Sie stellen eine subjektzentrierte Forschungsmethode dar und eignen sich vor allem zur Beantwortung der Frage, wie Menschen im Alltag unterwegs sind und mit konkreten materiellen Umwelten praktisch umgehen. Durch die aktive Einbindung in soziale und physische Umwelten werden dadurch Aspekte der städtischen Umwelt und ihrer Alltagsgestaltung und -bewältigung sichtbar, die ansonsten wegen ihrer Banalität oder als verkörperte Wissensformen den Forschenden selbst nicht zugänglich sind und deshalb auch nur unzulänglich in Interviews expliziert werden können.

Aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive sind Go-alongs insbesondere deshalb interessant, weil sie Gesundheit bzw. Beeinträchtigung mit konkreten sozialen und materiellen Räumen in Beziehung setzen können (CARPIANO 2009; DOUGHTY 2013; GARCIA et al. 2012). Sie sind daher auch geeignet, um einem relationalen Begriff von Erkrankung beziehungsweise Behinderung – wie in der UN-Behindertenrechtskonvention oder dem Bundesteilhabegesetz angelegt – gerecht zu werden (VON PETER & BIELER 2017).

Praktisch umgesetzt heißt das: Die Forschungspartnerinnen und -partner werden in ihrer Bewegung durch städtische Räume sowohl außerhalb als auch innerhalb gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen von dem Forschenden begleitet. Während dieser gemeinsamen Spaziergänge schildern sie kontinuierlich ihre Eindrücke und Erfahrungen der Umwelt, teilen ihre Bewertungen sowie Erinnerungen mit. Die forschende Person stellt nur gelegentlich Fragen, um diese Assoziationen anzuregen. Ihre Zurückhaltung ist notwendig, um eine Fokussierung der Spazierenden auf das spezifische Erkenntnisinteresse des Forschenden zu vermeiden. Die Spazierenden sollen die Möglichkeit haben, von sich aus Themen anzusprechen und können so auch ganz unerwartete Einblicke in ganz unterschiedliche Umwelten – von sehr intim bis öffentlich – gewähren. Die Forschenden nehmen nicht nur die Beschreibungen der Spazierenden auf, sie beobachten auch nicht verbale Aspekte wie Körperhaltungen, Blicke oder Gesten sowie flüchtige soziale Interaktionen. Auch der physische Raum selbst wird erfasst. Diese Methode macht das alltägliche Navigieren der Akteure und Akteurinnen durch unterschiedliche Umwelten greifbar und fokussiert insbesondere auf die Eindrücke und Erfahrungen alltäglicher Orte in situ, den

praktischen Umgang in und mit konkreten (materiellen) Örtlichkeiten, das sinnliche Erleben in und von Stadt.

Ein ethnografischer Ansatz legt nahe, Go-alongs als iterative Forschungsbegegnungen über einen langen Zeitraum durchzuführen. Entsprechend werden Forschungspartnerinnen und Forschungspartner in regelmäßigen Abständen hinweg begleitet. Ethnografisch interessant sind nicht einzelne Begegnungen im urbanen Raum oder die Wirkung spezifischer Umweltfaktoren, sondern es geht darum, routiniertes Navigieren in und durch urbane Umwelten zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu beobachten und mit psychischen Beeinträchtigungen in Beziehung zu setzen. Die langfristige Arbeit mit denselben Menschen hat den Vorteil, Vertrauensverhältnisse zu etablieren und einen tieferen Einblick in ihr Alltagsleben zu ermöglichen. Hierdurch wird das Krankheitsverständnis der Betroffenen sichtbar, ihre Biografien und Beziehungen zu Familienangehörigen und anderen Menschen treten zutage. Durch spezifische narrative Interviewmethoden können diese Aspekte dann noch ergänzend strukturiert untersucht werden (KLEINMAN 1988; VÖLTER et al. 2009).

Durch Go-alongs wird es möglich, Gesundheit und Beeinträchtigung als sozial und räumlich situierte Prozesse zu untersuchen: Körperliche Zustände, Betreuungsverhältnisse, soziale Kontakte, aber auch der öffentliche Raum selbst unterliegen permanentem Wandel und sind keineswegs statisch: Spezifische Orte des Rückzugs wie z. B. Parks können zum Beispiel aufgrund von Witterungsbedingungen nicht das ganze Jahr aufgesucht werden; kürzere Tages- und längere Nachtzeiten verändern z. B. Alltagsroutinen bei Ängsten in der Dunkelheit; das günstige Café nebenan muss aufgrund erhöhter Mietpreise schließen. Durch eine Fokussierung auf die Wiederholung von Go-alongs können solche Veränderungen rekonstruiert und die Zusammenhänge zwischen Umwelten und Wohlbefinden erfasst werden. Ebenso kann dieselbe Umwelt in unterschiedlichen Erkrankungsphasen sehr anders auf die Betroffenen einwirken und von ihnen genutzt werden (CODELUPPI 2017). Auch unterschiedliche Medikamente und Dosierungen können zu verändertem Verhalten und Erleben führen. Gerade die sensorische Intensität von städtischer Umwelt und die Einnahme von Psychopharmaka stehen in einem sensiblen Wechselverhältnis. So kann beispielsweise die Einnahme von angstreduzierenden, beruhigenden Medikamenten das Navigieren an stressigen Orten wie z. B. Hauptverkehrsstraßen ermöglichen. Zugleich sind die körperlichen Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Einschränkungen in der Beweglichkeit oftmals auch ein Grund für das Vermeiden von städtischen Umwelten, insbesondere wenn diese Nebenwirkungen für andere Menschen sichtbar sind.

Modi der Mensch-Stadt-Beziehung

Die folgenden, noch zu ergänzenden Modi (MOSER 2005) stellen verdichtete Muster dar, wie sich Menschen mit psychischer Erkrankung städtische Umwelt zu eigen machen oder sich davon distanzieren. Diese Modi sind keine diagnostischen und auch keine einzelnen Menschen zuordnenbaren Kategorien, sondern beschreiben unterschiedliche, wenn auch selten eindeutig voneinander abgrenzbare und zeitlich beständige Verbindungen von städtischer Umwelt, gemeindepsychiatrischer Versorgung, sozialen Kontakten und privatem Lebensraum. Sie beschreiben, wie für einen gewissen Zeitraum eine gewisse Stabilität entsteht.

Stadt bewältigen In diesem Modus wird städtische Umwelt aufgrund ihrer räumlichen und sozialen Dichte sowie der Intensität der sinnlichen und sozialen Erfahrungen als besondere Herausforderung, aber auch als therapeutische Ressource erlebt. Stadt zu bewältigen bedeutet u. a., sich ein eigenes Netz an sozialen Kontakten in der Nachbarschaft zu schaffen und Orte zu finden, die einem als Rückzugsort dienen können. Stadt selbst wird dabei Teil der »therapeutischen Landschaft« (vgl. GESLER 1992; LAWS 2009).

Stadt anordnen Städtische Umwelt wird in diesem Modus als Materialisierung einer Vielfalt an Ressourcen verstanden, die man sich aneignen und in eine eigene Ordnung bringen kann. Dies kann den Umgang mit ökonomischen Ressourcen wie das Sammeln von Pfandflaschen sein, das Nutzen sozialer Kontakte in Cafés, aber auch in gemeindepsychiatrischen Angeboten. Entscheidend ist hier der Versuch, selbst die Kontrolle über die Angebote und Zumutungen der Stadt und ihrer Institutionen zu behalten.

Durch die Stadt manövrieren Städtische Umwelt, ihre Bedingungen aber auch die Anforderungen psychiatrischer Institutionen werden hier als kaum beeinflussbare externe Faktoren wahrgenommen, denen man sich anzupassen oder auch auszuweichen versucht. Hier steht weniger ein aktives Gestalten im Vordergrund als ein reaktives Manövrieren.

Stadt vermeiden Manche Menschen nehmen die Stadt in erster Linie als eine Zumutung wahr, die in Phasen besonderer Sensibilität so weit wie möglich vermieden wird. So werden beispielsweise der eigene Rhythmus und das Navigieren in der Stadt dem städtischen Leben so angepasst, dass hektische Zeiten und Orte umgangen werden können.

Potenziale der Go-alongs für die sozialpsychiatrische Forschung

Eine ethnografische Vorgehensweise, wie wir sie in diesem Kapitel am Beispiel der Go-alongs vorgestellt haben, reaktiviert die Verbindungslinien zwischen sozialpsychiatrischen und sozialwissenschaftlichen, insbesondere medizinanthropologischen Forschungsansätzen auf drei Ebenen.

Erstens konnten wir zeigen, wie mit einem offenen und vor allem auf einer längerfristigen Forschungsbeziehung basierenden Zugang zum Alltag von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen diese als Expertinnen und Experten begriffen werden können und somit ihre Anliegen und Alltagserfahrungen in Forschungsinhalte eingehen können. In sozialpsychiatrischen Forschungsansätzen wird seit einigen Jahren gefordert, Betroffene als Experten aus Erfahrung auch in Forschungsprojekte einzubinden (UTSCHAKOWSKI et al. 2016). Auch wenn die Rolle von Experten aus Erfahrung durch einen ethnografischen Ansatz nicht allein zu klären ist, bietet ethnografische Forschung als grundlegend offenes Forschungskonzept die Möglichkeit, Themen aufzugreifen, die nicht einseitig von psychiatrischen oder sozialwissenschaftlichen Professionellen im Vorfeld definiert wurden.

Dies führt zweitens dazu, dass dadurch auch die Rolle psychiatrischer Versorgungsangebote im Alltag dieser Menschen relativiert wird. Kaum einer unserer Gesprächspartner bewegte sich gänzlich außerhalb psychiatrischer Versorgungsstrukturen. Dennoch zeigte sich gerade im Zusammenspiel von psychischer Beeinträchtigung und städtischer Umwelt, dass vielfältige andere Aspekte – auch scheinbar banale soziale wie räumliche – eine stabilisierende oder auch destabilisierende Wirkung aus Sicht der Betroffenen haben können. In unserer knappen Darstellung möglicher analytischer Muster als Modi der Mensch-Stadt-Beziehung geben wir Hinweise, wie man die Ergebnisse solcher Go-alongs in der ethnografischen Langzeitforschung fassen kann (siehe ausführlicher BISTER et al. 2016; KLAUSNER 2015).

Daran anknüpfend ermöglicht drittens ethnografische Forschung eine mit sozialpsychiatrischen Forderungen kompatible Problematisierung der Verantwortlichkeit für die Gesundheit von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen: Durch die Relevanzsetzung nicht-institutioneller städtischer Arrangements sowie die Analyse unterschiedlicher Bewältigungsmodi wird deutlich, dass eine Verschiebung des Fokus in der Sozialpsychiatrie weg vom Individuum hin zum Sozialraum sinnvoll sein kann. Dabei ist zu beachten, dass

die Alltagsgestaltung der Betroffenen nicht ausschließlich durch die Akteure der Sozialpsychiatrie gerahmt wird, sondern durch psychiatrieunabhängige Entwicklungen massiv geprägt wird. Hier ist insbesondere auf die Rolle der lokalen Verwaltung und Kommunalpolitik jenseits von Psychiatriekoordination, Sozialpsychiatrischem Dienst und Fallmanagement zu verweisen. Durch einen ethnografischen Zugriff kann letztlich auch untersucht werden, wie makrostrukturelle Phänomene wie Armut, soziale Ungleichheit oder der Zugang zum Wohnungsmarkt im Alltag bewältigt, angeeignet und ausgehalten werden (NIEWÖHNER et al. 2016).

Der Autor und die Autorin

Patrick Bieler promoviert seit Oktober 2015 am Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität zu Berlin. Er untersucht mit ethnografischen Feldforschungsmethoden den Zusammenhang von psychischen Beeinträchtigungen, städtischen Umwelten und der lokalen psychiatrischen Versorgung in Berlin.

Martina Klausner hat 2015 mit einer ethnografischen Studie zur Alltagspraxis in der stationären wie ambulanten psychiatrischen Versorgung am Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität zu Berlin promoviert. In ihrer aktuellen Forschung ebenfalls an der Humboldt-Universität untersucht sie die Mobilisierung von (Teilhabe-)Recht durch Interessensvertretungen von Menschen mit Behinderung.

Referenzen

- ADLI, M. (Hg.) (2017): Stress and the City: Warum Städte uns krank machen. Und warum sie trotzdem gut für uns sind. München: C. Bertelsmann.
- BIELER, P.; NIEWÖHNER, J. (2018): Universal Biology, Local Society? Notes from Anthropology. In: MELONI, M.; CROMBY, J. (Hg.): Des Fitzgerald und Stephanie Lloyd. Handbook of Biology and Society, S. 641–662. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- BISTER, M. D.; KLAUSNER, M.; NIEWÖHNER, J. (2016): The Cosmopolitics of ›Nичing‹. Rendering the City Habitable along Infrastructures of Mental Health Care. In: BLOK, A.; FARÍAS, I. (Hg.): Urban Cosmopolitics:

- Agencements, Assemblies, Atmospheres, S. 187–205. London und New York: Routledge.
- BREIDENSTEIN, G.; HIRSCHAUER, S.; KALTHOFF, H.; NIESWAND, B. (2015): Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung. Konstanz und München: utb.
- BÜSCHER, M.; URRY, J. (2009): Mobile Methods and the Empirical. *European Journal of Social Theory*, 12, S. 99–116.
- CARPIANO, R.M. (2009): Come take a walk with me: The »Go-Along« interview as a novel method for studying the implications of place for health and well-being. *Health & Place*, 15 (1), S. 263–272.
- CODELUPPI, Z. (2017): Entre le plein et le vide : les espace-temps quotidiens des jeunes patients souffrant de troubles psychotiques à Lausanne. *GéoRegards*, 9 (9), numéro spécial, Mobilité des étudiants, S. 119–134.
- CORIN, E. (1998): The Thickness of Being: Intentional Worlds, Strategies of Identity, and Experience among Schizophrenics. *Psychiatry*, 61 (2), S. 133–146.
- DOUGHTY, K. (2013): Walking together: The embodied and mobile production of a therapeutic landscape. *Health & Place*, 24, S. 140–146.
- DUFF, C. (2016): Atmospheres of recovery: Assemblages of health. *Environment and Planning, A* 48, S. 58–74.
- ESTROFF, S.E. (1981): *Making It Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley: University of California Press.
- FITZGERALD, D.; ROSE, N.; SINGH, I. (2016): Revitalizing sociology: urban life and mental illness between history and the present. *The British Journal of Sociology*, 67 (1), S. 138–160.
- GARCIA, C.M., EISENBERG, M.E.; FRERICH, E.A.; LECHNER, K.E.; LUST, K. (2012): Conducting Go-Along Interviews to Understand Context and Promote Health. *Qualitative Health Research*, 22 (10), S. 1395–1403.
- GESLER, W.M. (1992): Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science & Medicine*, 34 (7), S. 735–746.
- GRUEBNER, O.; RAPP, M.A.; ADLI, M.; KLUGE, U.; GALEA, S.; HEINZ, A. (2017): Cities and mental health. *Dtsch Arztebl Int*, 114 (8), S. 121–127.
- JENKINS, J.; BARRETT, H.; BARRETT, R.J. (2004): *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- KLAUSNER, M. (2015): *Choreografien psychiatrischer Praxis: Eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie*. Bielefeld: transcript.
- KLAUSNER, M.; BISTER, M.D.; NIEWÖHNER, J.; BECK, S. (2015): *Choreografien klinischer und städtischer Alltage: Ergebnisse einer ko-laborativen*

- Ethnografie mit der Sozialpsychiatrie. *Zeitschrift für Volkskunde*, 111 (2), S. 214–223. <https://edoc.hu-berlin.de/bitstream/handle/18452/19240/KlausnerBisterNiewoehnerBeck2015-Choreografien-klinischer-und-staedtischer-Alltage.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (26.10.2018)
- KLEINMAN, A. (Hg.) (1988): *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- KLEINMAN, A.; GOOD, B. (Hg.) (1985): *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press.
- KNECHT, M. (2012): Ethnographische Praxis im Feld der Wissenschafts-, Medizin- und Technikanthropologie. In: BECK, S.; NIEWÖHNER, J.; SØRENSEN, E. (Hg.): *Science and Technology Studies: Eine sozialanthropologische Einführung*. S. 245–274. Bielefeld: transcript.
- KUSENBACH, M. (2003): Street Phenomenology: The Go-Along as Ethnographic Research Tool *Ethnography*, 4 (3), S. 455–485.
- LAWS, J. (2009): Reworking therapeutic landscapes: The spatiality of an ›alternative‹ self-help group. *Social Science & Medicine*, 69 (12), S. 1827–1833.
- LEDERBOGEN, F.; HADDAD, L.; MEYER-LINDENBERG, A. (2013): Urban social stress – Risk factor for mental disorders. The case of schizophrenia. *Environmental Pollution*, 183, S. 2–6. <http://www.eu-gei.eu/files/11593/urban+social+stress2013+envpol%5B1%5D.pdf> (26.10.2018)
- LEDERBOGEN, F.; KIRSCH, P.; HADDAD, L.; STREIT, F.; TOST, H.; SCHUCH, P.; WUST, S.; PRUESSNER, J. C.; RIETSCHEL, M.; DEUSCHLE, M.; MEYER-LINDENBERG, A. (2011): City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*, 474, S. 498–501.
- MARTIN, E. (2007): *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*. Princeton, New Jersey; Woodstock, Oxfordshire: Princeton University Press.
- MOSER, I. (2005): On becoming disabled and articulating alternatives. *Cultural Studies*, 19 (6), S. 667–700.
- NIEWÖHNER, J.; BIELER, P.; HEIBGES, M.; KLAUSNER, M. (2016): Phenomenography: Relational Investigations into Modes of Being-in-the-World. *The Cyprus Review*, 28 (1), S. 67–84.
- OOTES, S. (Hg.) (2012): *Being in Place: Citizenship in long-term mental healthcare*.
- PARR, H. (Hg.) (2008): *Mental Health and Social Space: Towards Inclusionary Geographies?* Malden, MA: Blackwell.

- PETER, S. VON; BIELER, P. (2017): How to Study Chronic Diseases – Implications of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities for Research Designs. *Frontiers in Public Health*, 5.
- POLS, J. (2016): Analyzing Social Spaces: Relational Citizenship for Patients Leaving Mental Health Care Institutions. *Medical Anthropology*, 35 (2), S. 177–192.
- SÖDERSTRÖM, O.; EMPSON, L. A.; CODELUPPI, Z.; SÖDERSTRÖM, D.; BAUMANN, P. S.; CONUS, P. (2016): Unpacking ›the City‹: An experience-based approach to the role of urban living in psychosis. *Health & Place*, 42, S. 104–110.
- THIBAUD, J. (2013): Commented City Walks. *Wi: Journal of Mobile Culture*, 7 (1), S. 1–32.
- UTSCHAKOWSKI, J.; SIELAFF, G.; BOCK, T., WINTER A. (2016): Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag.
- VÖLTER, B.; DAUSIEN, B.; LUTZ, H.; ROSENTHAL, G. (Hg.) (2009): Biographieforschung im Diskurs. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

SOZIALPSYCHIATRIE UND SYMBOLISCHE ORDNUNG: DISKURSANALYSE

Diskurs- und Dispositivanalyse in der sozialpsychiatrischen Forschung

Werner Schneider, Moritz Hillebrecht

Glaubt man aktuellen Zeitdiagnosen, leben wir mittlerweile in einer »Gesundheitsgesellschaft« (z. B. KICKBUSCH 2006), in der Gesundheit nicht mehr als prinzipiell gegebener, nicht weiter zu hinterfragender Normalzustand gilt, dem ein breites Tableau von Krankheiten als Abweichungen davon gegenübersteht (LUHMANN 2009). Zum Gesundsein und Gesundbleiben gesellt sich heute vielmehr die normative Erwartung eines Mehr an Gesundheit im Sinne prinzipiell unbegrenzt steigerbarer Lebensqualität (SCHÜBEL 2016). In jeder Lebensphase und Lebenssituation steht somit das Streben nach Verbesserung von körperlicher und geistiger Fitness, Achtsamkeit, Wellness usw. den Risiken und Gefährdungen durch physische, psychische, soziale und emotionale Belastungen und Beeinträchtigungen gegenüber. So findet sich der Patient – ehemals noch »der Kranke«, heute zunehmend der »Klient« bzw. »Kunde« – auf einem sich rasant entwickelnden Gesundheitsmarkt wieder, der nach aktiver, selbstbestimmter Teilhabe verlangt. Die ehemals für die moderne Gesellschaft konstitutive Unterscheidung zwischen der gegebenen Gesundheit und den vielen zu bekämpfenden und zu vermeidenden Krankheiten hat sich dynamisiert, verändert und ordnet sich neu.

Dieser hier nur angedeutete Wandel der Bedeutungen von »gesund« und »krank« gilt auch für das Feld der psychischen bzw. seelischen Störungen und Erkrankungen. Nach Michel Foucaults Arbeiten z. B. zur Geschichte des Wahnsinns oder der Geburt der Klinik (FOUCAULT 1969, 1988) ist dabei zu fragen, wie wissenschaftliches Wissen und professionelle Praxis im Umgang mit psychisch

Erkrankten mit den institutionellen Bedingungen sowie dem gesellschaftlichen Machtgefüge zusammenhängen bzw. wie solche Veränderungen empirisch in den Blick genommen werden können. Ein analytisches Instrumentarium hierzu bieten die in der Foucaultschen Denktradition stehenden Konzepte Diskurs und Dispositiv, die im Folgenden in einem wissenssoziologischen Rahmen hinsichtlich ihrer Grundlagen skizziert und anhand von zwei ausgewählten Untersuchungen in ihrem analytischen Potenzial vorgestellt und diskutiert werden sollen.

Diskurs und Dispositiv als Analysekonzepte: Grundlagen

Der hier unterlegte Diskursbegriff verknüpft die Foucaultsche Diskurstheorie mit der sogenannten sozialkonstruktivistischen Wissenssoziologie von Peter L. Berger und Thomas Luckmann (BERGER & LUCKMANN 1987; vgl. z. B. KELLER 2011 a). Er gründet auf der Annahme, dass sowohl die soziale Praxis individueller und kollektiver Akteure als auch menschliche Selbst- und Weltverhältnisse (Selbstbild, Identität) maßgeblich über sozial konstruiertes, typisiertes und somit gesellschaftlich prozessiertes Wissen vermittelt werden. Das gilt sowohl für das Expertenwissen wie das Alltagswissen. Der Zugang des Menschen zur Welt und sein Handeln in ihr sind insofern nicht rückführbar auf ein quasi natürliches, kognitives Wahrnehmungsraster und Kategoriensystem, sondern werden vielmehr grundlegend konstituiert und formiert (nicht determiniert) durch die in einer Gesellschaft maßgeblichen symbolischen Ordnungen, die in und durch Diskurse produziert, stabilisiert oder transformiert werden.

Im Foucaultschen Sinne sind Diskurse als institutionalisierte Aussagepraktiken mit je eigener Strukturiertheit und Ereignishaftigkeit zu fassen, wobei das Diskursive nicht einfach nur als zeichenhafte Verkettungen von Bedeutungsrelationen zu fassen ist. Vielmehr geht es um Aussagensysteme, in und mit denen in gesellschaftlichen Praxisfeldern – wie z. B. der Medizin und dort speziell der Psychiatrie – die gesellschaftliche Herstellung und Sicherung von »wahrem Wissen« erfolgt. Wahrheit – verstanden als gültiges, Geltung beanspruchendes Wissen über die Welt, an dem sich Handeln orientiert und damit Wirklichkeit schafft – ist der Effekt diskursiver Regeln des »Wahr-Sprechens«, mithin also das Resultat aus machtvollen Wahrheitsspielen und dahinterstehenden Wissenspolitiken. Somit initiieren und formieren nicht die Gegenstände, nicht

die Objekte des Denkens die darüber geführten Diskurse, sondern umgekehrt: Diskurse produzieren und formen ihre Gegenstände, Objekte, indem entlang machtvoller Regeln über sie gesprochen wird – so z. B. in der Psychiatrie über den Wahnsinn, die psychische Erkrankung und ihre Therapiemöglichkeiten. Dabei bestimmen die jeweiligen diskursiven Praktiken mit ihren entsprechenden Regeln, was in welchem Diskurs gesprochen, was verschwiegen, was als wahr anerkannt und als falsch verworfen wird, welche heute noch (vor-) herrschende Wissensordnung womöglich durch neue Wahrheiten infrage gestellt und morgen durch neue Wissensordnungen ersetzt wird (FOUCAULT 1978; BÜHRMANN & SCHNEIDER 2012, S. 24 ff.).

Die Wahrnehmungsweisen, mit denen sich Menschen ihre Welt als gegeben erschließen, lassen sich als Ausdruck, nicht als Abdruck der jeweils vorherrschenden, objektivierten Wissensordnungen fassen, welche diese Wahrnehmungsweisen im Zuge von Sozialisation gleichsam in die Menschen einsetzen. In diesem dialektischen Vermittlungs- und Aneignungsprozess von Wissen wird die mittels Diskursen als objektiv gegeben erscheinende Wirklichkeit zu einer subjektiven und – im alltäglichen Austausch mit anderen – zur intersubjektiv geteilten gemeinsamen Welt.

Das mit dem so weit skizzierten Diskurskonzept analytisch in den Blick genommene Verhältnis von Wissen, Praxis und Macht adressiert bereits die Frage nach den Subjekten – sowohl als Akteure in Diskursen als auch als Adressaten von Diskursen.

Umfassender noch zielt das Dispositivkonzept auf das Zusammenspiel von diskursiven Aussagepraktiken, die Diskurse reproduzieren oder verändern, mit nicht diskursiven Praktiken des alltäglichen Vollzugs, Widerstands oder Unterlaufens diskursiv vermittelter Handlungsvorgaben. Die Akteure erscheinen in ihrem alltäglichen Tun (z. B. als psychiatrische Professionelle, als Patienten) als Disponierende und Disponierte unter den je gegebenen institutionell-organisatorischen Bedingungen sowie den damit verbundenen Prozessen der Konstitution und Formierung von »Selbsten« (BÜHRMANN & SCHNEIDER 2012, 2016).

Ein Dispositiv kann verstanden werden als ein Ensemble von Diskursen, Praktiken und damit verbundenen Objektivationen wie Subjektivationen. Seine Hauptfunktion besteht darin, auf diskursiv prozessierte gesellschaftliche Problematisierungen zu reagieren (FOUCAULT 1978, S. 120 ff.). Dabei charakterisiert Foucault die Funktionsweise von Dispositiven als wesentlich produktiv: Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Bedingungen des 19. Jahrhunderts brachten z. B. die dort herrschenden Diskurs- und Machtpraktiken

als Objektivationen die psychiatrische Anstalt und als Subjektivationen den »Irren« hervor. Der Irre stand nicht nur dem Gesunden gegenüber, sondern generell dem autonom gestaltenden, selbstbestimmten Subjekt, das seit der Aufklärung als Ideal galt. Entsprechend deutlich wurde der die gesellschaftlichen Normen, Konventionen und Normalitätsvorstellungen verletzende »Irre« stigmatisiert. Damit sind gleichsam sowohl diskursiv produzierte und vermittelte normative Vorgaben zu Subjektformierungen und Subjektpositionierungen als auch davon unterscheidbare Subjektivierungsweisen in den Blick zu nehmen, verstanden als formierende und darstellende Alltagspraktiken des Selbst-Verständnisses und Selbst-Verhältnisses von Subjekten in der Interaktion mit anderen – z. B. der Polizei mit dem »irren Normbrecher«, der psychiatrischen Experten mit ihren Patienten (BÜHRMANN & SCHNEIDER 2012, S. 69).

Diskurse bilden dabei zwar einen zentralen analytischen Referenzpunkt, doch zielt das Dispositivkonzept empirisch auf machtrelevante Zusammenhänge von Wissen bzw. Wissensordnungen, gesellschaftlicher Praxis (im Sinne alltäglicher Praktiken) und gesellschaftlichem Sein von Individuen in ihrem je alltäglichen Welt- und Selbstbezug. Dazu gehören z. B. der alltagspraktische Umgang mit den Dingen, die Gestaltung von sozialen Beziehungen bis hin zu den Herstellungs- und Darstellungspraktiken des jeweiligen Selbst (BÜHRMANN & SCHNEIDER 2012, S. 32 ff.). Zu fragen wäre also: Welche diskursiv vermittelten Wissensordnungen zeigen handlungswirksame Effekte, die ihrerseits auf jene Wissensordnungen rückwirken können? Dabei sind Diskursanalyse wie Dispositivanalyse keineswegs als konkrete Methoden zu verstehen, sondern vielmehr als Forschungsperspektiven, die offen gegenüber den verschiedenen interpretativen Verfahren und Methoden sind. Sowohl bei der Diskurs- wie bei der Dispositivanalyse gilt: Nicht die Forschungsgegenstände konstituieren und formieren die Forschungsperspektive, sondern umgekehrt: Diskurs- und Dispositivkonzept formieren den forschend-analytischen Blick.

Die wissenssoziologische Diskursanalyse verfolgt die methodisch kontrollierte Analyse institutionell-organisatorisch objektivierter Wissensvorräte, ihre Genese und diskursinterne Regulierung sowie ihre diskursexternen Auswirkungen im gesellschaftlichen Kontext (KELLER 2011 b, S. 140). Insofern lässt sie sich eindeutig im Rahmen des Paradigmas hermeneutisch-interpretativer Sozialforschung situieren. Gleiches gilt für die Dispositivanalyse: Sie richtet sich mittels der vielfältigen qualitativen Methoden auf die in den Alltagswelten der Subjekte dokumentierbaren, mit den jeweiligen Diskursformationen zusammenhängenden nicht diskursiven Praktiken. Dazu gehört das alltägliche individuelle Sprechen und Tun, z. B. die veralltäglichten Alltagsroutinen

von den routinisierten oder ritualisierten Körperpflegepraktiken bis hin zum Gebrauch von öffentlichen Verkehrsmitteln, aber auch die Gestaltung des öffentlichen Raums, die Architektur etc. Nicht zuletzt sind es gerade solche Objektivationen, die einerseits in und durch Handeln geschaffen werden und andererseits durch das darauf bezogene Handeln – ihren Gebrauch, ihre Verwendung – die Machtwirkungen von Diskursen für die Individuen konkret erfahrbar machen.

Zwei Beispiele aus der Forschung

Die Erziehungswissenschaftlerin Michaela RALSER (2010) erkundet und rekonstruiert in einer Untersuchung zum »Wissensarchiv« der Psychiatrie am Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert die damals breit diskutierten »großen Nervenkrankheiten«: Hysterien, Neurasthenien, traumatische Neurosen und soziale Pathologien. Bei ihrer empirischen Analyse geht es um das Wissen und Handeln der psychiatrischen Experten und der ihnen gegenüberstehenden bzw. von ihnen hervorgebrachten Subjekte als psychisch Kranke. Den Textkorpus für die Analyse bilden einerseits klinische Fallgeschichten, die aus den Krankenakten der psychiatrischen Klinik Innsbruck stammen, und andererseits die verfügbaren, dazugehörigen Selbstbeschreibungen und Briefe von Patienten. »Das Forschungsprogramm der Diskursanalyse verbindet sich so, vermittelt über das Textdokument der Akte, mit einer Analyse konkreter Praxisbedingungen und -wirkungen des psychiatrischen Macht-Wissen-Komplexes.« (ebd., S. 12)

In der in den Akten dokumentierten psychiatrischen Praxis wird Krankheit nicht mehr charakterisiert durch unabhängige Heterogenitäten, die es jeweils für sich zu erforschen und zu behandeln gilt, sondern im klassifizierenden und kategorisierenden Blick auf das Kranke generell. Durch seine Erforschung und Behandlung erschließen sich aber auch das Gesunde und die Möglichkeiten seiner Bewahrung. Die damals veröffentlichten Fallgeschichten sind als spezifische Repräsentationsform professionellen, wissenschaftlichen Wissens zu verstehen, das nicht nur Spezialwissen blieb, sondern durch die Publikation nach außen in andere Wissensgebiete und in die Öffentlichkeit getragen und dort wirksam wurde. Diese Wirkung gründet vor allem auf dem Doppelstatus als wissenschaftliche – und damit Wahrheit beanspruchende – Aussage, basierend auf Individualzeugnissen, die ihrerseits eingebettet sind in die wissenschaftliche

Interpretation des Experten mit seiner Rahmenerzählung. So verbinden sich professioneller Spezialdiskurs und ein für alle zugängliches Alltagswissen und entfalten ihre Macht, indem sie Bestandteil der Selbstdeutungen ihrer interessierten Leser und Leserinnen werden können (ebd., S. 27).

Für diese Entwicklungslinie bilden die psychiatrischen Wissenschaften um 1900 ein herausragendes Normalitätsfeld, indem sie »die Normalitätszonen expandieren und die Normalitätsgrenzen flexibilisieren. Dieser Vorgang führt zu einer Reflexivität, die noch den kleinsten Abstand, die kleinste Abweichung oder Unregelmäßigkeit bemisst. Das Subjekt wird entweder darin bestätigt oder optimiert sich selbsttätig« (ebd., S. 8 f.). So zeigt die Analyse, wie bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Krankheit in die Gesundheit einwandert (ebd., S. 288) und die Psychiatrie in ihrem Blick auf das psychisch Kranke zur Gesellschaftswissenschaft einer gesunden Gesellschaft und des gesunden psychischen Subjekts wurde (ebd., S. 309 f.).

Nimmt man die in den Krankenakten enthaltenen Briefe und Selbstbeschreibungen der Patientinnen und Patienten in den Blick, kommen die Protagonisten der Fallgeschichten auf andere Art und Weise ins Spiel. Solche »Ego-Dokumente« fungieren gleichsam als Interaktionsprotokolle zwischen Arzt und Patient, in denen sich auch die jeweiligen Selbstdarstellungen und Selbstdeutungen wiederfinden (ebd., S. 241 ff.), sodass das analytische Potenzial dieser Daten bis hin zur Rekonstruktion der Subjektivierungsweisen der Patienten reicht. Hier zeigt sich empirisch bereits klar das Einspuren einer modernen »Sorge um sich« (FOUCAULT 1989) im Sinne der Selbstreflexion und des Selbstverbesserungsstrebens, das so charakteristisch für das kranke wie gesunde moderne Individuum ist.

Aus ähnlicher Perspektive widmet sich Ian TUCKER (2009) in einer explorativen Studie den Identitätskonstruktionen von als schizophren diagnostizierten Personen. Sein Interesse gilt zum einen der Frage, welche Subjektivierung die Diagnose Schizophrenie impliziert, und zum anderen, welche Strategien der Bearbeitung und Aneignung dieser Diagnose Personen entwickeln, um mit der Zuschreibung Schizophrenie leben zu können. Die Herausforderung besteht zum einen darin, dass das mit der Diagnose Schizophrenie verbundene medizinisch-gesellschaftliche Wissen den Betreffenden zumeist im Bereich potenziell gewalttätiger bzw. gefährlicher Subjekte verortet (ebd., S. 3), zum anderen kommt der mit der Diagnose implizierte potenzielle Verlust der Selbstkontrolle des Individuums hinzu, indem es von souveräner Handlungsmacht als einer elementaren Grundeigenschaft moderner Subjektivitätsvorstellungen suspendiert erscheint.

Anhand von 38 leitfadengestützten Interviews mit als schizophren diagnostizierten Patienten rekonstruiert Tucker, wie und mit welchem Vokabular sich die Befragten zu der Diagnose Schizophrenie in Bezug setzen. Erzählen sie von sich unter Rückgriff auf psychiatrisch-diagnostische Rahmungen von Schizophrenie oder greifen sie auf eine eher lebensweltlich geprägte Sprache und Symbolik zurück, um ihre alltäglichen Erfahrungen mit Schizophrenie zu kommunizieren? Und vor allem: Wie wird überhaupt Handlungsmacht im Angesicht einer Schizophrenie-Diagnose aufrechterhalten?

Die Auswertungen des transkribierten Interviewmaterials mittels sequenziellen Codierens sowie inhaltsanalytischer Kategorisierung und Typisierung ergeben verschiedene typische Bearbeitungs- und Aneignungsmuster der für die Betroffenen problematischen psychiatrischen Diagnose. So ist als ein solches Muster eine entschärfende Integration in das eigene Selbst-Verständnis erkennbar, indem die Diagnose als entlastende Erklärung für erlebte, aber bislang nicht wirklich deutbare krisenhafte biografische Episoden eingesetzt wird. Die Befragten geben an, dass sie bereits vor der erhaltenen Diagnose wussten, dass »etwas nicht mit ihnen stimmt« (ebd., S. 9). Vor dem Hintergrund krisenhafter Episoden und Erfahrungen erlangen die Betroffenen mit dieser Selbstdeutung insoweit Handlungsmacht, als sie aktiv nach einer Erklärung für ihre eigenen Erfahrungen gesucht haben: »Diagnosis is not reported as being involuntarily given to him, but something he actively sought.« (ebd., S. 10)

Als ein anderes Muster lässt sich die Übernahme genetischer Erklärungsmodelle als Krankheitsursache beschreiben. Die Betroffenen betrachten die eigene Erkrankung als Teil einer von psychiatrischen Auffälligkeiten gekennzeichneten Familiengeschichte. Eine solche genetisch-familiäre Kausalerklärung entlastet den Betroffenen, da die eigene psychiatrische Erkrankung nicht mehr als Folge sozialisatorisch-individueller Umstände erscheint, sondern gleichsam als schicksalhaft gegeben. Und sie eröffnet die Deutung einer rational begründeten Handlungsmacht, indem etwa auf die Zeugung eigener Kinder bewusst verzichtet wird: »He regains authority over his life through positioning himself as choosing not to have children, enabling control over genetics to be taken. It may be the case that he has limited control over onset of his mental health difficulties, but he can take responsibility over whether he passes any genetic potential on to anyone else (i.e. children).« (ebd., S. 11)

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Aus diskurs- und dispositivanalytischer Perspektive betrachtet zeigt Ralser, wie schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts die institutionelle psychiatrische Praxis die damals geltenden kategorialen Grenzziehungen zwischen gesund und krank flexibilisiert und dabei spezifische Subjektivierungen des psychiatrischen Subjekts als stigmatisierte Irre etabliert. Tuckers aktueller Mikroblick beleuchtet, wie sich diskursiv prozessiertes, stigmatisierend wirkendes Machtwissen in den Selbstbeschreibungen von Patienten wiederfindet und von ihnen in ihre Selbstdeutungen eingebaut wird. Beide Beispiele zeigen, dass Diskurs- und Dispositivanalysen keine Methoden, sondern Forschungsperspektiven sind. Sie geben mittels vielfältiger qualitativ-interpretativer Vorgehensweisen Aufklärung über die sozialpsychiatrische Praxis als Macht-Wissen-Komplex, der Folgen bis hin zur Subjektebene hat.

Zur Vertiefung

- RALSER, M. (Hg.) (2010): Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900. München: Wilhelm Fink.
- TUCKER, I. (2009): »This is for Life«: A Discursive Analysis of the Dilemmas of Constructing Diagnostic Identities. Forum: Qualitative Social Research, 10 (3), Art. 24.
- KELLER, R. (2010): Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen, 4. Aufl. Wiesbaden: VS.
- BÜHRMANN, A. D.; SCHNEIDER, W. (Hg.) (2012): Vom Diskurs zum Dispositiv. Eine Einführung in die Dispositivanalyse, 2. Aufl. Bielefeld: transcript Verlag.

Die Autoren

Werner Schneider ist seit 2003 Professor für Soziologie an der Universität Augsburg, Lehr- und Forschungsgebiete: Wissens- und Kulturosoziologie, Familiensoziologie und Soziologie der Lebensalter/Lebensphasen/privaten

Lebensformen, Medizin-/Gesundheitssoziologie, Thanatosoziologie, Diskurs- und Dispositivforschung sowie qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung.

Moritz Hillebrecht ist seit 2016 wissenschaftliche Hilfskraft an der Professur für Soziologie unter Berücksichtigung der Sozialkunde an der Universität Augsburg, Arbeitsschwerpunkte: Wissenssoziologie, Grundlagen und Methoden sozialwissenschaftlicher Diskurs- und Dispositivforschung, Medizin-/Gesundheitssoziologie.

Referenzen

- BERGER, P.; LUCKMANN, T. (1987): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt/Main: Fischer.
- BÜHRMANN, A. D.; SCHNEIDER, W. (2012): Vom Diskurs zum Dispositiv. Eine Einführung in die Dispositivanalyse, 2. Aufl. Bielefeld: transcript Verlag.
- BÜHRMANN, A. D.; SCHNEIDER, W. (2016): Das Dispositiv als analytisches Konzept: Mehr als nur Praxis – Überlegungen zum Verhältnis zwischen Praxis- und Dispositivforschung. Zeitschrift für Diskursforschung, 4 (1), S. 5–28.
- FOUCAULT, M. (1969): Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- FOUCAULT, M. (1978): Dispositive der Macht. Über Sexualität Wissen und Wahrheit. Berlin: Merve.
- FOUCAULT, M. (1988): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/Main: Fischer.
- FOUCAULT, M. (1989): Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit, Bd. 3. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- KELLER, R. (2011 a): Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- KELLER, R. (2011 b): Wissenssoziologische Diskursanalyse. In: KELLER, R.; HIRSELAND, A.; SCHNEIDER, W.; VIEHÖVER, W. (Hg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse: Theorien und Methoden. 3. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- KICKBUSCH, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

- LUHMANN, N. (2009): Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven. 4. Auflage. Wiesbaden: VS.
- RALSER, M. (2010): Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900. München: Wilhelm Fink.
- SCHÜBEL, T. (2016): Grenzen der Medizin. Zur diskursiven Konstruktion medizinischen Wissens über Lebensqualität. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften.
- TUCKER, I. (2009): »This is for Life«: A Discursive Analysis of the Dilemmas of Constructing Diagnostic Identities. Forum: Qualitative Social Research, 10 (3), Art. 24.

Die Depression aus der Perspektive der Massenmedien und der Betroffenen

Eine Diskursanalyse und die intermediale Abhängigkeit zweier Diskursebenen

Nadja-Raphaela Baer, Claudia Luck-Sikorski, Georg Schomerus

Psychische Krankheiten sind soziale Phänomene, und die Art, wie über eine Krankheit gesprochen wird, prägt die Erfahrungen der Betroffenen. Ziel unserer Studie war es zu analysieren, wie das Thema »Depression« im öffentlichen Raum ausgehandelt wird und wie dabei das Bild dieser Erkrankung zum einen von massenmedialen Diskurspositionen sowie zum anderen von Betroffenen selbst gezeichnet wird. Im Fokus unserer Analyse stand dabei die Interaktion von Medendarstellungen depressiver Erkrankungen und Erfahrungsberichten Betroffener und deren potenziell begünstigende Wirkung auf den Stigmatisierungsprozess affektiver Störungen. Zu diesem Zweck wurde eine Diskursanalyse durchgeführt, welche sich zum einen auf die öffentliche massenmediale Diskursebene und zum anderen auf die Erfahrungsebene fokussierte (vgl. BAER et al. 2016). Nach RÜSCH und Kollegen (2005) wird zwischen drei Formen der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten unterschieden:

- öffentliche Stigmatisierung, also die Vorurteile, Haltungen und das Verhalten des sozialen Umfelds gegenüber dem Einzelnen;
- Selbststigmatisierung, also die subjektive Erfahrung und Internalisierung abwertender Haltungen durch die Betroffenen, und
- die strukturelle Stigmatisierung, die auftritt, wenn Regeln, Abläufe oder Gesetze zum Nachteil einer stigmatisierten Gruppe wirken.

In der Diskursanalyse werden alle drei Formen der Stigmatisierung berührt: Im Diskurs transportierte Vorurteile können das öffentliche Stigma verstärken. Die Untersuchung der Perspektive der Betroffenen kann auch Hinweise auf Selbststigmatisierung geben. Und schließlich können die Regeln und Abläufe des öffentlichen Diskurses auf eine strukturelle Stigmatisierung der Betroffenen hindeuten.

Diskurse und Diskursanalyse: konzeptionell-methodischer Hintergrund

Diskurse lassen sich als verbal oder textbasiert kommunizierte Akkumulationen von Haltungen, Meinungen sowie Gedankenmustern definieren, die innerhalb verschiedener sozialer Kontexte entstehen, von diesen geprägt werden und sich dynamisch entfalten (FRAAS & KLEMM 2005; LUPTON 1992). Im Sinne Foucaults sind Diskurse als interpersonale und gesellschaftliche Interaktionshandlungen zu verstehen, die u. a. mittels linguistischer und symbolischer Kommunikation Wissen (re-)produzieren. Sie entstehen als Produkte sozialen, öffentlichen Aushandelns. »Die gesellschaftliche Dimension von Diskursen impliziert, dass sie auf die Verbreitung und auf Vermittlungsinstanzen angewiesen sind, auf Plattformen sozialen Austauschs, also auf Medien.« (FRAAS & KLEMM 2005, S. 4)

Massenmediale Leitmedien stellen die bisweilen prädominante Form der Diskursverbreitung dar. Im Zuge der Globalisierungs- und damit einhergehenden Digitalisierungsprozesse lockert diese unilaterale Medienmacht durch die zunehmenden Partizipationsmöglichkeiten von Privatpersonen an digitalen Diskursen auf. Neue digitale Kommunikationsformate wie soziale Netzwerke, Weblogs und Videoportale sind integrale Bestandteile der Medienlandschaft geworden. Solche Kommunikationsformate erweitern den Diskursraum – sie bilden neue Diskursplattformen, welche sich zum einen häufig in Reaktion

auf vorherrschende, massenmediale Diskurse und Haltungen formieren sowie zum anderen Einfluss auf die bestehenden medialen Diskurse nehmen. Sie erwirken dabei eine Verzahnung von interpersonaler Kommunikation auf der Mikroebene und diskursiven Abhandlungen auf der überindividuellen Makroebene (FRAAS & KLEMM 2005; FRAAS & PENTZOLD 2008; JÄGER 2004).

Ein Ergebnis dieser veränderten Medienlandschaft ist die Rolle des Individuums: Die Privatperson ist nun nicht mehr ausschließlich passiver »Diskurs-empfänger«, sondern auch aktiver »Diskursgestalter« (FRAAS & KLEMM 2005; FRAAS & PENTZOLD 2008). GILLMOR (2004) spricht in diesem Zusammenhang von einer »basisdemokratischen Entwicklung« des (Online)Journalismus, die sich insbesondere durch die zunehmende partizipative Rolle des privaten Individuums auszeichnet. Hinsichtlich unseres Forschungsinteresses heißt dies, dass jene Betroffenen, die ihre Erfahrungsberichte in der sogenannten »Blogosphäre« teilen, maßgeblich zur Wissenskonstitution beitragen und somit den öffentlichen Diskurs zum Krankheitsbild Depression mitgestalten. Die Erfahrungsberichte stellen bedeutende Diskurse der Binnenperspektive dar. Diese beruhen auf dem Expertenwissen Betroffener, also dem Wissen, das sich aus der subjektiv erfahrenen Betroffenheit konstituiert.

Die kritische Diskursanalyse

Als Methode der qualitativen Sozialforschung ist die Diskursanalyse ein regelgeleitetes Verfahren zur Identifikation sowie Erschließung von Diskursen (GARDT 2007). Sie ist eine Analyse schriftlichen und verbalen Materials, mittels welches gesellschaftliche Diskurse insbesondere mit Blick auf deren Bedeutung und Wirkung untersucht werden. Die Diskursanalyse zielt auf die Explikation der semantischen Tiefenstruktur ab. Dabei ist es zentrales Erkenntnisinteresse, unter der Oberfläche des Geschriebenen respektive Gesagten verborgenes Wissen, Haltungs- und Handlungsmuster sowie Sinnstrukturen zu identifizieren, zu explizieren und zu verstehen (GARDT 2007).

Zu diesem Zweck werden Textkorpora, verbale Abhandlungen und andere diskursive Darstellungen bezüglich derer Inhalte, Strukturmerkmale sowie Semiotik, also dem Gebrauch von Sprache und Symbolik systematisch untersucht. Im Sinne der Systematik empfiehlt es sich dabei, einem zuvor festgelegten Analyseschema zu folgen. Dies beginnt bei der Auswahl der zu analysierenden Diskursquellen. Von der zentralen Fragestellung und Hypothesen

geleitet, werden relevante Datenquellen identifiziert. FRAAS und PENTZOLD (2008) verweisen in diesem Zusammenhang auf das »theoretical sampling« im Sinne der Grounded Theory. Dementsprechend werden Quellen sukzessive nach dem Prinzip der minimalen-maximalen Kontrastierung ausgewählt und vergleichend analysiert, bis die weitere Datenrecherche bei Erreichung der theoretischen Sättigung eingestellt wird.

Ist der qualitative Datensatz konstituiert, gilt es, die Analyse möglichst systematisch vorzunehmen. GARDT (2007) unterscheidet beispielsweise zwei wesentliche Verfahrensschritte zur systematischen Analyse von bereits identifizierten Diskursquellen: Die sprachstrukturelle und die transphrastische Analyseebene. Auf der Ebene der Sprachstruktur werden u. a. die für die Fragestellung relevanten und wiederholt genutzten Vokabeln, Schlüsselworte und -themen beleuchtet. Ebenso werden idiomatische sowie semiotische Ausdrücke, aber auch Metaphern und Bilder, derer sich eine diskursive Darstellung bedient, in den analytischen Fokus gestellt. Auf der Ebene der transphrastischen Analyse werden Form- und Strukturmerkmale von diskursiven Darstellungen untersucht. Bei Texten werden dabei u. a. Layout, und Aufbau betrachtet. Sind die Diskursquellen multimodalen, digitalen Strukturformats, so werden z. B. Typografie, Design sowie der Einsatz von Farbe, Bild und Animation analysiert (GARDT 2007).

Zum Zwecke unserer Studie haben wir eine kritische Diskuranalyse auf zwei Diskursebenen durchgeführt – zum einen auf der massenmedialen Diskursebene und zum anderen auf der subjektiven Erfahrungsebene. Diese beiden Ebenen sind nicht isoliert voneinander zu betrachten, sondern stehen in »intermedialer Abhängigkeit« (JÄGER 2004, S. 84). Den Fokus auf diese Abhängigkeit gerichtet, war es unser Ziel, Konvergenzen sowie Divergenzen aus dem diskursiven Material zu explizieren und dabei den Effekt des vorherrschenden medialen Diskurses auf die Erfahrungen Betroffener zu erforschen.

Methode

Das systematische methodische Vorgehen basierte auf a priori festgelegten Kriterien, die sich an unserer Fragestellung und Zielsetzung orientierten. Die diskursanalytische Fallauswahl fand entsprechend des Theoretical Samplings statt und fokussierte maßgeblich auf stigmaassoziierte massenmediale Haltungen gegenüber »dem« Krankheitsbild Depression sowie auf individuelle

Darstellungen und interpersonale Aushandlungen bezüglich der Krankheitserfahrungen Betroffener. Zudem wurde die Recherche der Primärdaten auf deutsche Quellen sowie Einträge ab dem Jahr 2000 beschränkt, um ein relativ aktuelles Bild des deutschen Onlinediskurses zu zeichnen. Zur Identifikation geeigneter Datenquellen via der Suchmaschine Google wurden folgende Suchbegriffe festgelegt: Depression, Stigma, Diskriminierung, öffentlicher Diskurs, Erfahrung und Norm. Die kriteriengeleitete Kontrastierung des Datenmaterials und weitere Fallauswahl wurde mit dem Erreichen der theoretischen Sättigung eingestellt und die vergleichende Analyse begonnen. In diesem nächsten Schritt wurde das erfasste Material hinsichtlich inhärenter Deutungsmuster inhaltlich strukturiert (vgl. KELLER 2008). Das Gros der Datenquellen auf der massenmedialen Ebene wurden mittels der induktiven Kategorienbildung nach MAYRING (2010) ausgewertet, d.h. es wurden Schlüsselthemen aus dem diskursiven Material abgeleitet, die das entwickelte Kategoriensystem konstituieren.

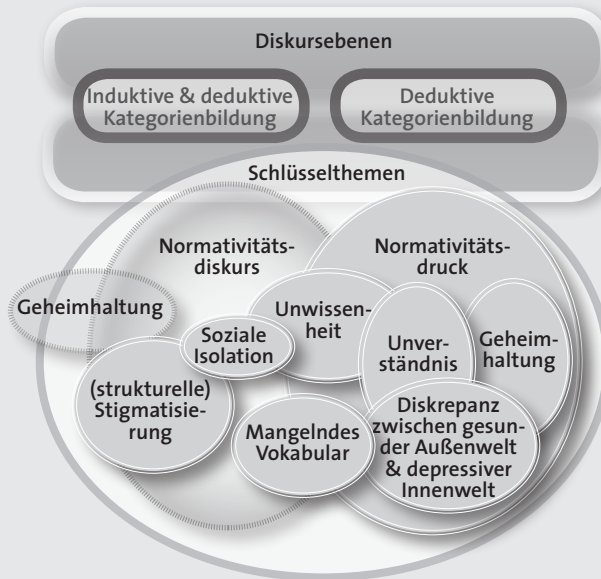
Zur Analyse der Erfahrungsberichte Betroffener wurde deduktiv vorgegangen: Für unsere Fragestellung relevante Kategorien wurden vor Sichtung des Materials unter Einbezug der auf der massenmedialen Diskursebene extrahierten Themen sowie empirischer und konzeptioneller Sekundärliteratur gebildet. Daraufhin wurden relevante Textstellen der einbezogenen Quellen codiert und in Schlüsselthemen klassifiziert (MAYRING 2010). Das kategorial strukturierte Datenmaterial wurde in einem nächsten Schritt entsprechend sprachstruktureller und transphrastischer (satzübergreifender) Aspekte ausgewertet (vgl. BAER 2014; BAER et al. 2016).

Ergebnisse

Unsere Diskursanalyse speiste sich zunächst aus elf massenmedialen Quellen, zehn Quellen, die auf der Erfahrungsebene Betroffener beruhen sowie aus Ergebnissen empirischer Studien und konzeptioneller Sekundärliteratur. Aufgrund des zuvor erläuterten Mehrwerts der Diskursanalyse von Online-daten wurde die große Mehrheit der in die Analyse integrierten Quellen von digitalen Medien bezogen. Dabei wurden insbesondere Diskursquellen aus der »Blogosphäre«, populären Onlinezeitungen sowie Zeitschriften identifiziert. Zudem beruhen zwei Quellen der Erfahrungsberichte Betroffener auf qualitativen Interviews mit Betroffenen.

Mittels des diskursanalytischen methodischen Vorgehens haben sich eng miteinander verknüpfte Schlüsselthemen auf beiden Diskursebenen herauskristallisiert (siehe Abbildung 1). Dieser Idealtypus wird anhand bestimmter, positiv assoziierter Attribute charakterisiert. Zeitgleich wird das Bild der Depression als diametral zu diesem Wertekanon stehend dargestellt.

ABBILDUNG 1 Identifizierte vernetzte Schlüsselthemen auf zwei Diskursebenen
(nach BAER et al. 2016)



SLABY und STEPHAN (2012, S. 3) konstatieren: »Die Depression ist gleichsam das Negativ zum hochenergetischem Normsubjekt: ein starres, antriebsarmes, gehemmtes und unglückliches Wesen (...).« Durch die Betonung des »hochenergetischen Normsubjekts« werden negative Stereotype und damit das öffentliche Stigma der Depression verstärkt.

Ein von Depressionen Betroffener berichtet davon, dass er diese häufig geheim hielt und begründet dies wie folgt: »Ich hatte Angst, mich zu rechtfertigen, warum ich die ganze Zeit gerade keinen Antrieb habe (...) ich wollte doch auch dazugehören.« (HEUER 2012) Bei der Analyse dieses Satzes lassen sich mehrere Schlüsselthemen identifizieren. Das Erleben des Normativitätsdrucks ist hier

zentral: Der Betroffene stellt seinen Wunsch »dazuzugehören« der eigenen Antriebslosigkeit gegenüber. Ständige Antriebslosigkeit entspricht nicht »dem Typus, der dazugehört«.

In diesem Zusammenhang erlebt der Betroffene eine zweite Ebene des Leidensdrucks: Neben dem Symptom der Antriebslosigkeit erfährt er einen Rechtfertigungszwang und die damit verknüpfte Angst vor potenziellen Folgen dieses Symptoms, nämlich soziale Isolation. Hier werden also zum einen die Schlüsselthemen »Normativitätsdruck«, »Geheimhaltung« und »soziale Isolation« sichtbar und zum anderen in Zusammenhang gebracht: Der Betroffene hat Angst vor dem Offenlegen seiner depressiven Symptomatik und vor der potenziellen Folge sozialer Isolation aufgrund seiner von der Norm abweichenden Antriebslosigkeit. Um dies zu vermeiden, hielt er seine Erkrankung häufig geheim.

Werden wie hier Schlüsselthemen ersichtlich und lassen sich Zusammenhänge zwischen diesen herausstellen, so gilt es, das weitere Material daraufhin zu untersuchen. Tauchen die Themen auch in anderem Material auf, können die Erkenntnisse über die Schlüsselthemen erweitert werden, auch indem kontrastierende Erfahrungen untersucht werden. Schließlich gilt es, neben den a priori festgelegten Fragestellungen weitere während des Auswertungsprozesses entstandene Fragen (z. B. worin besteht der erlebte Normativitätsdruck?) mithilfe der Sichtung und Analyse des gesamten Materials sowie der theoretisch-empirischen Einbettung zu erforschen.

So wird auf der subjektiven Erfahrungsebene der alltäglich erlebte Normativitätsdruck immer wieder thematisiert. Dies wird erst bei der Analyse des Diskursmaterials, welche den tieferen Sinn des diskursiv Geteilten offenlegt, sichtbar. Sprachstrukturell werden in der Auseinandersetzung mit diesem Normativitätsdruck, welcher eine weitere Leidensdimension darstellt, vermehrt Metaphern, semiotische Ausdrücke sowie provokante Sprachweisen benutzt. Die transphrastische Sichtung des Datenmaterials bezüglich spezifischer Form- und Strukturmerkmale zeigt beispielsweise, dass oftmals Farb- und Bildgebung zur visuellen Darstellung des Leidensdrucks verwendet werden. Das Teilen der persönlichen Leidensnarrative erschöpft sich nicht in einer Selbstdarstellung als verletztes Individuum, es scheint auch auf einen Appell an die »Normalgesellschaft« abzielen. Ein Beispiel für die semiotische Expression des erlebten Leidensdrucks ist ein YouTube-Musikvideo einer an Depressionen erkrankten Person, in dessen Zeilen es heißt: »[...] Ich trag eine Maske und ich nehm' sie nicht ab. Sie lässt mich eingesperrt in Sicherheit, ich trag sie bei mir jeden Tag.« (YouTube 2013)

Durch die komparative Analyse des einbezogenen Materials beider Diskursebenen konnte die Vernetzung der identifizierten Schlüsselthemen und schließlich die gegenseitige Einflussnahme beider Diskursebenen – ihre Interaktionsbeziehung – sichtbar werden. Ein zentrales Ergebnis ist dabei die dynamische Wechselbeziehung öffentlicher Diskurse auf der Mikro- und Makroebene, durch welche der Stigmatisierungsprozess begünstigt werden kann. Das ausgewertete massenmediale Diskursmaterial weist auf die strukturelle Stigmatisierung der Depressionserkrankung und betroffener Subjekte hin: Die diskursiven Darstellungen der Depression bilden explizit sowie implizit negative Stereotype des Krankheitsbegriffs und der Betroffenen ab und können letztlich zu ihrer Stigmatisierung und Diskriminierung beitragen.

Auf der Erfahrungsebene Betroffener wird deutlich, dass die Internalisierung dieser negativen Haltungen und Vorurteile auch die häufig in Selbststigmatisierung mündende Identifikation mit diesem »unzulänglichen Individuum« bedeutet (EHRENBERG 2015, S. 121). Wie zahlreiche Beiträge Betroffener in der Blogosphäre demonstrieren, entsteht in diesem Kontext neben dem symptombezogenen Leiden eine weitere Dimension des Leidens: Betroffene nehmen einen Normativitätsdruck wahr, dem sie häufig mithilfe verschiedener Handlungsweisen zu entkommen versuchen (z.B. Geheimhaltung, soziale Isolation). Solche Handlungsmuster können massenmedial verbreitete stereotype Haltungen, wie die der Depression als negatives Spiegelbild des »hochenergetischen Normsubjekts« (ebd.), befördern und dabei den Stigmatisierungsprozess weiter antreiben (vgl. BAER et al. 2016). Exemplarisch dafür stehen ratgebende Artikel zum »richtigen« Umgang mit der Depression (vgl. SCHÖPS 2010: »Zur Depression stehen oder lieber schweigen? Eine Psychologin sagt, wann Sie die Maske fallen lassen können. Und wieso es manchmal besser ist, sich bedeckt zu halten.«). Dazu gehören auch Manuale, in welchen vermeintliche Anzeichen und »Erfolgsrezepte« für *das* glückliche Leben abgehandelt werden (z.B.: BÜRCEL 2013: »13 Anzeichen: So erkennen Sie, ob Sie glücklich sind.«).

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Die Ergebnisse unserer Diskursanalyse verdeutlichen, dass sich die massenmediale Darstellung des neoliberalen normativen Wertekanons und die damit verknüpfte Abwertung und Diskriminierung der Betroffenen in deren

schambesetzten Haltungen und defensiven Handlungen widerspiegelt. Dies kann zu erheblichen negativen Konsequenzen für die Betroffenen führen. Zum einen können Bewältigungsstrategien wie sozialer Rückzug oder die Verschleierung der eigenen Krankheitsidentität depressive Symptome und somit auch die Krankheitslast erhöhen. Zum anderen verzichten die Betroffenen oftmals aus Scham auf die Inanspruchnahme einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Häufig wird aber auch eine Selbstidentifikation als krank vermieden, weil das Krankheitsbild so stark vom (gesellschaftlich erwünschten) Selbstbild abweicht (STOLZENBURG et al. 2017).

Die Ergebnisse der Analyse geben auch Hinweise auf Erfolg versprechende Anti-Stigma-Strategien, die nicht nur das Bild der Depression, sondern auch das gesellschaftliche Bild von Gesundheit und Normalität in den Blick nehmen müssen. Neuere Forschungsarbeiten zeigen, dass ein Kontinuitätsmodell psychischer Krankheit und Gesundheit mit geringerer Ablehnung und stärkeren positiven emotionalen Reaktionen gegenüber einem Menschen mit psychischer Krankheit assoziiert sind (SCHOMERUS et al. 2013; ANGERMEYER et al. 2014). Experimentelle Studien bestätigen den kausalen Zusammenhang zwischen Kontinuitätsvorstellungen und geringerer Stigmatisierung (SCHOMERUS et al. 2016; CORRIGAN et al. 2016).

Die Ergebnisse der aktuellen Diskursanalyse zeigen, dass eine dichotome, polare Sichtweise von Gesundheit und Depressivität die selbst gefühlte Andersartigkeit der Betroffenen erhöhen und ihre Isolation verstärken kann. Es wäre also Aufgabe der Psychiatrie, die Kontinuität zwischen psychischer Krankheit und Gesundheit auch sprachlich zum Ausdruck zu bringen, um die Stigmatisierung der Betroffenen zu verringern. Die Diskursanalyse kann dabei als methodisches Werkzeug der Offenlegung von in Diskursen implizit und explizit eingeschriebenen Haltungs- und Handlungsmustern sowie von deren Sinnstrukturen und dynamischen Wechselwirkungen fungieren und somit maßgeblich zur De-Stigmatisierung der Depressionserkrankung, beziehungsweise der Betroffenen beitragen.

Auf einer übergeordneten Ebene erscheint die Diskursanalyse als hervorragend geeignetes Werkzeug, um die kulturelle Realität abzubilden, in der sich psychische Krankheit abspielt. Für die Sozialpsychiatrie ist diese Perspektive unerlässlich. Die Art, wie wir über psychische Krankheiten sprechen, welche Assoziationen und Konnotationen mit psychischer Krankheit verbunden sind, welche Themen und Haltungen transportiert werden, wenn über psychische Krankheit gesprochen wird, kurz, der Diskurs über psychische Krankheit bestimmt über die Symptome der Krankheit hinaus die Art und Weise, wie

psychische Krankheit erlebt wird und wie mit der Krankheit und den Betroffenen umgegangen wird.

Die Autorinnen und der Autor

M.Sc. Nadja-Raphaela Baer ist seit Oktober 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité, Berlin. Arbeitsschwerpunkte sind Medizinsoziologie, Ernährungssoziologie, Qualitative Sozialforschung, Gesundes Altern, Gesundheitsförderung, Adipositasprävention, Stigmaforschung zu Adipositas und affektiven Störungen.

Prof. Dr. phil. rer. med. Claudia Luck-Sikorski ist Psychologin und leitet den Studiengang Psychische Gesundheit und Psychotherapie an der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera. Zudem leitet sie eine Nachwuchsgruppe am Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) AdipositasErkrankungen der Universität Leipzig zum Thema Stigma von Adipositas. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den psychosozialen Belastungen chronischer Erkrankung.

Prof. Dr. med. Georg Schomerus ist Psychiater und stellvertretender Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald. Wissenschaftlich arbeitet er auf dem Gebiet der psychiatrischen Einstellungs- und Stigmaforschung, der psychiatrischen Epidemiologie sowie der Versorgungsforschung.

Referenzen

- ANGERMEYER, M. C.; MILLIER, A.; REMUZAT, C.; REFAI, T.; SCHOMERUS, G.; TOUMI, M. (2015): Continuum beliefs and attitudes towards people with mental illness: Results from a national survey in France. *International Journal of Social Psychiatry*, 61 (3), S. 297–303.
- BAER, N. (2014): *The Thundered Self – Exploring the interaction between the public discourse on and the lived experience of depression in Germany*. Maastricht, Niederlande (nicht veröffentlichte Bachelorarbeit).
- BAER, N.; SIKORSKI, C.; LUPPA, M.; RIEDEL-HELLER, S. G.; SCHOMERUS, G. (2016): Das Stigma Depression – eine Interaktion zwischen öffentlichem Diskurs und Erfahrungsberichten Betroffener. *Psychiatrische Praxis*, 43 (3), S. 1–8.

- BÜRCEL, I. (2013): 13 Anzeichen: So erkennen Sie, ob Sie glücklich sind. http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/gastkolumnen/buercel/sind-sie-gluecklich-und-wissen-es-gar-nicht-tipps-fuer-mehr-zufriedenheit_aid_1155317.html (Jan. 2014).
- CORRIGAN, P.W.; SCHMIDT, A.; BINK, A. B.; NIEWEGLOWSKI, K.; AL-KHOUBA, M. A.; QIN, S.; DISCONT, S. (2016): Changing public stigma with continuum beliefs. *Journal of Mental Health*, 26 (5), S. 411–418.
- EHRENBERG, A. (2015): *Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- FRAAS, C.; KLEMM, M. (2005): Diskurse – Medien – Mediendiskurse. Begriffsklärungen und Ausgangsfragen. In: FRAAS, C.; KLEMM, M. (Hg.): *Mediendiskurse. Bestandsaufnahme und Perspektiven*, S. 1–8. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- FRAAS, C.; PENTZOLD, C. (2008): Online-Diskurse – Theoretische Prämissen, methodische Anforderungen und analytische Befunde. In: WARNKE, I.; SPITZMÜLLER, J. (Hg.): *Methoden der Diskurslinguistik. Sprachwissenschaftliche Zugänge zur transtextuellen Ebene*, S. 287–322. Berlin: De Gruyter.
- GARDT, A. (2007): Diskursanalyse – Aktueller theoretischer Ort und methodische Möglichkeiten. In: WARNKE, I. (Hg.): *Diskurslinguistik nach Foucault. Theorie und Gegenstände*, S. 22–52. Berlin/New York: De Gruyter.
- GILLMOR, D. (2004): We the media: The rise of citizen journalists. *National Civic Review*, 93 (3), S. 58–63.
- HEUER, M. (2012): 45 Min Volksleiden Depression. <http://www.youtube.com/watch?v=KoMW-J5ogiQ> (15.11.2013).
- JÄGER, S. (2004): *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*. Münster: Unrast Verlag.
- KELLER, R. (2008): Diskurse und Dispositive analysieren. Die wissenssoziologische Diskursanalyse als Beitrag zu einer wissensanalytischen Profilierung der Diskursforschung. *Historische Sozialforschung*, S. 73–107.
- LUPTON, D. (1992): Discourse analysis: A new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Australian Journal of Public Health*, 16 (2), S. 145–150.
- MAYRING, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: MEY, G.; MRUCK, K. (Hg.): *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 601–613. Berlin: Springer.
- SCHOMERUS, G.; ANGERMEYER, M. C.; BAUMEISTER, S. E.; STOLZENBURG, S.; LINK, B. G.; PHELAN, J. C. (2016): An online intervention using information

- on the mental health-mental illness continuum to reduce stigma. *European Psychiatry*, 32 (1), S. 21–27.
- SCHOMERUS, G.; MATSCHINGER, H.; ANGERMEYER, M. C. (2013): Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 209 (3), S. 665–699.
- SLABY, J.; STEPHAN, A. (2012): Depression als Handlungsstörung. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 60 (6), S. 919–935.
- STOLZENBURG, S.; FREITAG, S.; EVANS-LACKO, S.; MÜHLAN, H.; SCHMIDT, S.; SCHOMERUS, G. (2017): The stigma of mental illness as a barrier to self-identification as having a mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205 (12), S. 903–909.
- YouTube (2013): Incurablex3 – »Muss ich erst sterben, um mein Leben zu genießen?« <http://www.youtube.com/watch?v=IGP7Hell2QQ> (02.01.2014).

ERFOLG UND MISSERFOLG PSYCHIATRISCHER VERSORGUNG AUS DER NUTZERPERSPEKTIVE: QUALITATIVE BEDARFSANALYSE UND EVALUATION

Qualitative Ansätze zur Analyse von Recoverythemen in der psychiatrischen Versorgung

Michaela Amering, Stefanie Süßenbacher

Die von professioneller Seite am häufigsten in der Literatur zitierte Definition von Recovery stammt von Bill Anthony aus dem Jahre 1993: »... ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. So eröffnen sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, und zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen. Während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, gewinnt das Leben eine neue Bedeutung, kann man einen neuen Sinn entwickeln« (ANTHONY 1993, S. 13; Übersetzung AMERING & SCHMOLKE 2012, S. 25)

2012 wies Jan Wallcraft, Wissenschaftlerin und Aktivistin mit eigener Psychiatrie- und Recoveryverfahren, darauf hin, dass ein bedeutender Teil des Originaltexts dieser viel zitierten Definition in der sozialpsychiatrischen Forschung bislang zu Unrecht wenig Beachtung fand und hebt den im Originaltext folgendermaßen lautenden Absatz hervor: »Recovery von psychischer Erkrankung bedeutet sehr viel mehr als Recovery von der Erkrankung an sich. Personen mit psychischen Erkrankungen müssen sich häufig auch von dem Stigma erholen,

das sie in ihr Selbst integriert haben; von den iatrogenen Effekten der Behandlungssituationen; vom Mangel an Gelegenheiten zur Selbstbestimmung; von den negativen Effekten von Arbeitslosigkeit; von der Zerstörung ihrer Träume. Recovery ist meist ein komplexer und zeitaufwändiger Prozess. Recovery ist das, was Menschen mit Behinderungen tun. Behandlung, Case-Management und Rehabilitation sind Angebote von Helfenden, um diesen Prozess zu unterstützen.« (WALLCRAFT 2012; Übersetzung der Autorinnen).

Wir fassen im Folgenden die in diesem Teil der Definition angesprochene Frage nach den Effekten von Behandlungssituationen und mangelnder Gelegenheit zur Selbstbestimmung auf und stellen anhand exemplarischer Studien den Nutzen qualitativer Methoden zum besseren Verständnis von Recovery aus subjektiver Sicht der Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Angebote dar. Im Einzelnen beleuchtet werden die iatrogenen Effekte von Zwangsmaßnahmen, Erfahrungen mit der Nutzung von Patientenverfügungen zur Erweiterung von Selbstbestimmungsspielräumen in psychiatrischen Kontexten, Voraussetzungen für Stigmaresistenz sowie Spezifika dialogischer Arbeit.

Iatrogene Effekte von Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen im Rahmen ärztlicher Interventionen werden von betroffenen Patientinnen und Patienten häufig als traumatisierend und hinderlich für den individuellen Heilungsprozess erlebt. Besonders häufig von Zwangsmaßnahmen betroffen sind Personen mit der Diagnose einer Schizophrenie. Da bei schizophrenen Erkrankungen Identität und Selbstgefühl, sowohl für die Kernsymptomatik als auch für den Erkrankungsverlauf von entscheidender Bedeutung sind, ist die Integration solcher Erfahrungen ein Angelpunkt des wissenschaftlichen Interesses bezüglich möglicher Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen. In einer 2011 im *British Journal of Psychiatry* (SIBITZ et al. 2011) veröffentlichten qualitativen Studie zur Frage nach Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen im Rahmen psychiatrischer Behandlungen, stellten wir die Frage, was es für Patientinnen und Patienten bedeutet, eine unfreiwillige psychiatrische Aufnahme in ihre Lebens- und Krankengeschichte integrieren zu müssen.

Methode

Hauptziel dieser Untersuchung war es, einen konzeptuellen Rahmen für das Verständnis von Integrationsprozessen von Zwangsmaßnahmen in die persönliche Lebensgeschichte zu schaffen und damit die Grundlage für nachfolgende gezielte Forschungsprojekte zu bilden. In diesem Zusammenhang wurden in unserer Studie Personen mit mindestens einer unfreiwilligen stationär-psychiatrischen Aufnahme mithilfe von narrativ geführten, offenen Einzelinterviews bezüglich ihrer Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen sowie der Integration der Erlebnisse in die persönliche Biografie befragt. Durch eine Einstiegsfrage (Hopf 2015) wurden die Teilnehmenden zum autonomen Erzählen angeregt. Erst gegen Ende der Interviews wurden offene Fragen anhand eines iterativ entwickelten Leitfadens ergänzt.

Die Codierung und Analyse der Transkripte erfolgte mittels NVivo 7 (QSR International) nach den Grundsätzen der Grounded Theory. Um größtmögliche Objektivität im Codierungsprozess zu wahren und zu einem möglichst schlüssigen Codierungssystem zu gelangen, wurden die Daten von drei Forschenden parallel und unabhängig voneinander codiert. Die inhaltliche Sättigung war nach 15 Einzelinterviews mit sieben Frauen und acht Männern erreicht.

Ergebnisse

Die Erfahrung einer unfreiwilligen Hospitalisierung wurde häufig als traumatisierendes und stigmatisierendes Ereignis erlebt. Es fiel allen Befragten schwer, darüber zu sprechen, wobei die Konsequenzen der unfreiwilligen Behandlung oft nicht von den Folgen und Auswirkungen der psychischen Erkrankung abzugrenzen waren. Einige Studienteilnehmer interpretierten die Zwangsmaßnahme als »notwendige Notbremse«, einige als »verzichtbare Notbremse«, die Mehrheit allerdings sah in der Anwendung von Zwang eine bei akuter Gefahr akzeptierte, jedoch »verbesserungswürdige Behandlungsleistung«. Drei verschiedene Stile der Reaktion auf das Zwangserleben wurden beschrieben:

- »vorbei und vergessen« im Sinne eines Hintersichlassens der Erlebnisse ohne weiterführende Auseinandersetzung
- »die Zukunft verändernd« im Sinne eines »Eintritts in ein Leben auf Bewährung«
- »bedingt politisches Engagement«.

Verbesserungspotenzial wurde beim Eingehen auf individuelle Bedürfnisse der von Zwangsmaßnahmen Betroffenen sowie dem Anbieten von alternativen Behandlungsmöglichkeiten gesehen.

Psychiatrische Vorausverfügungen

Zur Entwicklung von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen gewinnen zunehmend recoveryorientierte, menschenrechtsbasierte Ansätze an Bedeutung. Psychiatrische Vorausverfügungen haben bereits eine gewisse Tradition als Instrumente zur Stärkung der Selbstbestimmungsrechte von Personen in Zeiten eingeschränkter Willensbildung bzw. -äußerung bezüglich ihrer medizinischen Behandlung. Im psychiatrischen Kontext werden Vorausverfügungen jedoch bislang nur selten verfasst bzw. eingesetzt. Da die Gründe für die eingeschränkte Nutzung dieses Angebots weitgehend ungeklärt sind, untersuchten wir im Rahmen eines qualitativen Forschungsprojekts (AMERING et al. 2005) die Frage, wie Personen mit Psychiatrierfahrung Informationen zum Erstellen von Vorausverfügungen verstehen und zu welchen Überlegungen und Entscheidungsprozessen ein solches Angebot führt. Die Möglichkeit der Durchführung dieser Studie ergab sich aus dem damals bestehenden politischen Interesse, in den USA Vorausverfügungen in Medizin und Psychiatrie verstärkt zu etablieren.

Methoden

In New York wurden zum Zeitpunkt der Studie Seminare zur Bedeutung und Abfassung von psychiatrischen Vorausverfügungen für professionelle Helfer sowie Nutzer psychiatrischer Einrichtungen angeboten. Das Forschungsteam hatte Gelegenheit, an einigen dieser Seminare beobachtend teilzunehmen und Interviews mit Schlüsselpersonen des Projekts durchzuführen, um einen vorläufigen Interviewleitfaden für weitere Erhebungen zu entwerfen. Auf diese Weise wurden auch Teilnehmende rekrutiert, die über ihre Rechte und die Vorgehensweise bei der Abfassung einer Vorausverfügung informiert worden waren und bereit waren, über ihre diesbezüglichen Überlegungen und Entscheidungen zu sprechen. Der Leitfaden für die teilweise mehrere Stunden dauernden Interviewgespräche wurde im Zusammenhang mit im Rahmen der Analyse neu aufgetretenen Fragestellungen kontinuierlich ergänzt. Die

Daten wurden mithilfe von NUDIST, dem Vorläufer von NVivo, in einem mehrstufigen Codierungs- und inhaltsanalytischen Prozess bearbeitet. Zur Erstellung des endgültigen Codierungssystems und der Kategorien (Wissen, Machbarkeit, Erfahrung, Befürchtungen, Absicht, nicht intendierte Veränderungen, Inhalt, Aktion) arbeiteten drei Forschende eng zusammen. Insgesamt nahmen vier Frauen und neun Männer an Fokusgruppen und zwölf Frauen und acht Männer an Einzelinterviews teil, bevor eine inhaltliche Sättigung erreicht war.

Ergebnisse

Im Rahmen der Untersuchung zeigte sich, dass auch Patientinnen und Patienten mit langen Geschichten von Zwangsbehandlungen und Enttäuschungen durch das psychiatrische Versorgungssystem bereit sind, in den von starker Eigenverantwortung geprägten Prozess der Nutzung psychiatrischer Vorverfügungen einzutreten. Hierbei zeigte sich, dass sich Patientinnen und Patienten beim Verfassen von Vorausverfügungen die Situation der professionellen Helfer genau vor Augen halten und versuchen, eine Balance zwischen deren wissenschaftlichen, rechtlichen und berufspolitischen Vorgaben sowie ihren eigenen Erfahrungen, die sie zur Vermeidung von Behandlungsfehlern und zur Behandlungsoptimierung einbringen, zu finden. Trotz dieser guten Voraussetzungen für neue Formen der therapeutischen Zusammenarbeit teilten wir damals die Skepsis vieler Interviewpartner, ob das psychiatrische System tatsächlich bereit sein würde, die Erfahrungen von Nutzenden aufzugreifen – und tun es noch.

Aus den Daten dieser Studie konnten wir auch eine Warnung herauslesen: Personen in einen Kampf für Selbstbestimmung zu drängen, wie es damals in den USA vielerorts geschah, kann überfordernd und destabilisierend sein, wenn dem Entscheidungsprozess nicht genug Raum gegeben wird oder kein individuelles Timing möglich ist. Es darf nicht unterschätzt werden, welche Herausforderung das Abfassen einer Patientenverfügung für Menschen bedeutet, die seit Jahren und oft Jahrzehnten unter Bedingungen von Stigma, Diskriminierung und häufig auch internalisiertem Stigma leben.

Stigmaresistenz

Ein weiteres für den Recoveryprozess relevantes Thema stellt der Umgang mit Vorurteilen gegenüber psychisch Erkrankten dar. Stigmaresistenz, also die individuelle Widerstandskraft von Betroffenen gegenüber der mit psychischer Erkrankung verbundenen Stigmatisierung und Diskriminierung, wurde als eigenes Konzept bisher jedoch noch kaum untersucht.

In einer quantitativen Studie zu internalisiertem Stigma (SIBITZ et al. 2011), stellte sich Stigmaresistenz als ein eigenes Konstrukt dar und nicht bloß als die Kehrseite von internalisiertem Stigma, weswegen wir uns entschlossen, das Konstrukt in einer qualitativen Studie genauer zu untersuchen.

Methode

Mit 32 Personen mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis wurden Einzelinterviews durchgeführt, um neue Einsichten zu Entstehung, Bedeutung und Auswirkung von Stigmaresistenz zu gewinnen. Die Datenanalyse – neuerlich mithilfe von NVivo – der so entstandenen Interviewstudie ist noch nicht vollständig abgeschlossen.

Vorläufige Ergebnisse

Es zeigte sich deutlich, dass Stigma bei der Diagnose Schizophrenie ein wichtiges, wenngleich tabuisiertes Thema darstellt und so gut wie alle unsere Interviewten beschäftigte. Das Konzept der Stigmaresistenz war für die Interviewtenpartner neu und oft nicht auf den ersten Blick verständlich, erschloss sich dem Großteil aber schließlich. Insgesamt wurde Stigmaresistenz als eine Utopie angesehen, als einen aufgrund der gesellschaftlichen Gegebenheiten nicht erreichbaren Idealzustand. Alle Betroffenen gaben an, ständig daran zu arbeiten, Stigmaresistenz zu entwickeln, wobei es sich oft um eine lebensbegleitende Aufgabe handelte.

Als gute Bedingungen für den Erwerb von Stigmaresistenz wurden sowohl persönliche Eigenschaften wie Selbstbewusstsein oder eine reife Persönlichkeit sowie auch äußerliche Faktoren wie zum Beispiel gutes Aussehen und Auftreten genannt. Weiters werden Umweltfaktoren wie unterstützende und verständnisvolle Beziehungen sowie eine sinnvolle Beschäftigung als förderlich angesehen.

Bei den Betroffenen besteht der Wunsch nach erlernbaren bzw. einübaren Strategien zur Verbesserung ihrer Stigmaresistenz. Dazu brauche es – so die

vorherrschende Meinung – Mut, Kraft, Ausdauer und Energie. Information und Unterweisung, Ratschläge und Tipps wären willkommen. Viele Themen entsprechen typischen Themen einer gelungenen Persönlichkeitsentwicklung und deren therapeutischer Unterstützung: Erfolg in Ausbildung und Beruf, gelungene Verselbstständigung, soziale Unterstützung und materielle Absicherung.

Gleichzeitig scheinen nicht nur die Erkrankung selbst, sondern auch die stigmatisierende Diagnose einer Schizophrenie, welche von der Allgemeinbevölkerung mit vielen negativen Vorurteilen besetzt wird, das Leben auf allen Ebenen zu beeinflussen. Inhalte und Form von Stigmatisierung und Diskriminierung bei Schizophrenie müssen kennengelernt und spezifische Strategien zum Umgang damit entwickelt werden. Für die Entwicklung von Interventionen zur Erhöhung von Stigmaresistenz bedeutet das, dass sie alle folgenden drei Ebenen umfassen müssen:

- die Entwicklung einer selbstbewussten Person,
- der Umgang mit Stigma und Diskriminierung bei psychischer Erkrankung,
- der Umgang mit Stigma und Diskriminierung bei Schizophrenie im Speziellen.

Der Trialog

Eine traditionsreiche Intervention zur Förderung des Verständnisses für Personen mit psychischen Erkrankungen ist der Trialog (AMERING 2016). In Trialoggruppen treffen sich Betroffene, Angehörige und professionelle Helferinnen und Helfer regelmäßig zu einer offenen Diskussion auf neutralem Boden – außerhalb jeglicher therapeutischer, familiärer oder institutioneller Kontexte – mit dem Ziel, gleichberechtigt über die Erfahrungen und Folgen von psychischen Problemen und den Umgang mit ihnen zu sprechen. Aus dem Trialog haben sich weitere Impulse für die psychosoziale Versorgung entwickelt, z. B. trialogisch gestaltete Trainings für Polizeibeamte zur Interaktion mit Menschen mit psychischen Problemen oder Aufklärungskampagnen in Schulen. Die aufklärende Wirkung des Trialogs konnte beispielhaft in einer qualitativen Studie zum Neuköllner Trialog in Berlin (VON PETER et al. 2015) mittels eines kombinierten Fragebogen- und Fokusgruppendedesigns gezeigt werden.

Methode

Die schriftlichen Antworten auf die offenen Fragen zu den Trialoggruppen kamen ebenso zur Auswertung wie die Transkripte von drei Fokusgruppen. An drei getrennten Fokusgruppen nahmen jeweils sieben bis acht Erfahrene, Angehörige und Professionelle teil und sprachen über ihre Trialogenerfahrung, möglichen Veränderungen durch die Teilnahme am Trialog sowie die Wahrnehmung der drei Gruppen von Teilnehmenden untereinander. Nach dem Konzept der Grounded Theory wurden die Daten inhaltlich analysiert. Die in einem mehrstufigen Verfahren entwickelten Codes wurden innerhalb der Forschungsgruppe diskutiert und abgestimmt.

Ergebnisse

Kommunikation im Trialog unterscheidet sich deutlich von der Kommunikation in klinischen Situationen, in denen sich dieselben Personengruppen regelmäßig treffen. Ein Trialog repräsentiert eine eigenständige Form der Kommunikation und Wissenserweiterung, wobei die teilnehmenden Personen eine heilsame Wirkung des Erzählens im öffentlichen Raum erleben. Sie stellen ihre Erfahrungen allen anderen zur Verfügung, Betroffene tauschen sich untereinander aus, geben Angehörigen und Professionellen Feedback und wertvolle Ratschläge. Angehörige können drängende Fragen nicht nur an andere Angehörige, sondern auch an Betroffene und Profis stellen. Für die Professionellen bietet sich die Möglichkeit einer qualitativ anderen, nicht durch professionellen Handlungsdruck und institutionelles Machtgefälle beeinflussten Kommunikation. Im Vergleich zu Behandlungssituationen erleben alle am Trialog beteiligten Gruppen eine offeneren Haltung, mehr Wertschätzung und größeres Verständnis für die jeweils anderen Gruppen.

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Qualitative Forschung und Recoveryorientierung waren von Anfang an eng verknüpft (AMERING & SCHMOLKE 2012). Im Zuge großer, zunächst quantitativ angelegter Projekte zum Verlauf der Schizophrenie stellten Forscher wie John Strauss die Frage, wie Recovery in unterschiedlicher Weise gelingen und

die gelebte Erfahrung der Betroffenen wissenschaftlich genutzt werden kann. STRAUSS (2008) zweifelte gar, ob ein Forschungsfeld, das die beträchtliche Datenmenge des Erfahrungswissens ignoriert, als adäquate Wissenschaft betrachtet werden kann. Auch DAVIDSON und Kollegen (2008) bezogen sich in ihrer wegweisenden Übersichtsarbeit zur Bedeutung qualitativer Forschung für die Untersuchung von Recoveryprozessen auf die bahnbrechende Arbeit der Yale-Längsschnittstudie (STRAUSS et al. 1985), welche mit der Entdeckung des Prinzips der Nichtlinearität des Verlaufs schizophrener Erkrankungen wichtige neue Einblicke in die Komplexität der Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt bot. Sie weisen auf die Bedeutung der Erfassung der subjektiven Erfahrung und des Alltags von Menschen mit einer psychischen Erkrankung in der Tradition der Pionierarbeit von Sue ESTROFF (1989) und John STRAUSS (1989) sowie von Wirkfaktoren in Hilfebeziehungen hin. Ein Beispiel war die Entdeckung der frühen skandinavischen Studien, die zeigten, wie wichtig es sein kann »die Regeln zu brechen« (BORG & KRISTIANSEN 2004), also aus den traditionellen Rollen und den Grenzen der Therapeuten-Klienten-Beziehung auszusteigen bzw. Regeln von und Möglichkeiten für therapeutische Beziehungen für recoveryorientierte Unterstützungsbeziehungen anzupassen. Die ersten klaren Beschreibungen derjenigen Elemente des psychiatrischen Versorgungssystems, die Recovery fördern (z. B. Wahlmöglichkeiten und Unterstützung durch Peers) oder behindern (z. B. Stigmatisierung und Machtmissbrauch), waren Ergebnisse umfangreicher qualitativer Studien wie dem »What Helps and What Hinders Recovery Project« (ONKEN et al. 2002). Auch um herauszufinden, was mit dem Begriff Recovery gemeint ist, und welche unterschiedlichen Arten es gibt, sind qualitative Methoden nötig (DAVIDSON et al. 2008; STUART et al. 2017).

Die aktive Rolle von Personen mit persönlicher Krankheitserfahrung in der psychiatrischen Forschung ist ebenfalls eine Entwicklung, die den Einsatz qualitativer Methoden fordert und fördert (vgl. die Beiträge von Achberger und Schulz u. a. in diesem Buch). Recovery ist in einem gewissen Sinn auch die praktische Anwendung der Grundprinzipien der UN-Konvention für die Rechte von Personen mit Behinderungen (AMERING & SCHULZE 2014). Auch dieses neue weite Forschungsfeld kann nur mit sozialwissenschaftlichen inklusive qualitativen Methoden bewältigt werden.

Zur Vertiefung

- AMERING, M.; STASTNY, P.; HOPPER, K. (2005): Psychiatric Advance Directives: A Qualitative Study of Informed Consumers Deliberating. *Brit J Psychiatry*, 186 (4), S. 247–252.
- PETER, S. VON; SCHWEDLER, H. J.; AMERING, M.; MUNK, I. (2015): »Diese Offenheit muss weitergehen«. Wie erleben Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle den Trialog? *Psychiatr Prax*, 42 (7), S. 384–391.
- SIBITZ, I.; SCHEUTZ, A.; LAKEMAN, R.; SCHRANK, B.; SCHAFFER, M.; AMERING, M. (2011): The impact of coercive measures on life stories: A qualitative study. *Br J Psychiatry*, 199 (3), S. 239–244.

Die Autorinnen

Michaela Amering ist Professorin und Oberärztin an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Wien mit einem besonderen Interesse an den psychosozialen Aspekten der Diagnose Schizophrenie. Sie hat klinische und Forschungserfahrung auch in England, USA und Kanada und verfolgt seit vielen Jahren die internationale Entwicklung der Betroffenenbewegung und beschäftigt sich mit den ihrer Ansicht nach großen Chancen, die durch eine starke Betroffenenbewegung und eine trialogische Gestaltung der Psychiatrie entstehen.

Stefanie Süssenbacher ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychiatrie der Medizinischen Universität Wien mit einem Forschungsschwerpunkt im Bereich qualitativer Schizophrenieforschung.

Referenzen

- AMERING, M. (2016): Trialogue: An Exercise in Communication Between Users, Carers, and Professional Mental Health Workers Beyond Role Stereotypes. In: GAEBEL, W.; RÖSSLER, W.; SARTORIUS, N. (Hg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?*, S. 581–590. Switzerland: Springer.
- AMERING, M.; SCHULZE, M. (2014): Recovery – ein Menschenrecht? *Spectrum Psychiatrie*, 6 (1), S. 17–21.

- AMERING, M.; SCHMOLKE, M. (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- AMERING, M.; STASTNY, P.; HOPPER, K. (2005): Psychiatric Advance Directives: A Qualitative Study of Informed Consumers Deliberating. *Brit J Psychiatry*, 186 (4), S. 247–252.
- ANTHONY, W. (1993): Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), S. 11–23.
- BORG, M.; KRISTIANSEN, K. (2004): Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13 (5), S. 493–505.
- DAVIDSON, L.; RIDGWAY, P.; KIDD, S.; TOPOR, A.; BORG, M. (2008): Using qualitative research to inform mental health policy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (3), S. 137–144.
- ESTROFF, S. E. (1989): Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophr Bull*, 15 (2), S. 189–196.
- HOPF, C. (2015): Qualitative Interviews – Ein Überblick. In: FLICK, U.; KARDORFF, E. von; STEINKE, I. (Hg.) (2004): *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*, S. 349–359. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- ONKEN, S. J.; DUMONT, J. M.; RIDGWAY, P. (2002): Mental health recovery: what helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating performance indicators. Phase I research report: a national study of consumer perspectives. Alexandria (VA): National Technical Assistance Center, National Association of State Mental Health Program Directors.
- PETER, S. von; SCHWEDLER, H. J.; AMERING, M.; MUNK, I. (2015): »Diese Offenheit muss weitergehen«. Wie erleben Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle den Dialog? *Psychiatr Prax*, 42 (7), S. 384–391.
- SIBITZ, I.; SCHEUTZ, A.; LAKEMAN, R.; SCHRANK, B.; SCHAFFER, M.; AMERING, M. (2011): The impact of coercive measures on life stories: A qualitative study. *Br J Psychiatry*, 199 (3), S. 239–244.
- SIBITZ, I.; UNGER, A.; WOPPMANN, A.; ZIDEK, T.; AMERING, M. (2011): Stigma Resistance in Patients With Schizophrenia. *Schizophr Bulletin*, 37 (2), S. 316–323.
- STRAUSS, J. S. (2008): Prognosis in Schizophrenia and the Role of Subjectivity. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (2), S. 201–203.
- STRAUSS, J. S. (1989): Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry – II. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), S. 179–187.

- STRAUSS, J. S.; HAFEZ, H.; LIEBERMAN, P. (1985): The course of psychiatric disorders. III: longitudinal principles. *British Journal of Psychiatry*, 155, S. 128–132.
- STUART, S. R.; TANSEY, L.; QUAYLE, E. (2017): What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *J Ment Health*, 26 (3), S. 291–304.
- WALLCRAFT, J. (2012): Consumer models of recovery: can they survive operationalism? *World Psychiatry*, 11 (3), S. 166–167.

Was Angehörige bei Depression brauchen

Eine Fokusgruppenuntersuchung zum Informationsbedarf

Fabian Frank, Eva-Maria Bitzer

Depressive Störungen sind mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität der Betroffenen sowie einer hohen Wiedererkrankungs- und Chronifizierungsgefahr verbunden. Trotz etablierter medizinischer, psychotherapeutischer und sozialarbeiterischer Maßnahmen sind Rückfälle und Rehospitalisierungen häufig. Das Miterleben der Erkrankung und die hiermit verbundene Veränderung alltäglicher Lebenszusammenhänge belastet auch die Angehörigen (SCHMID et al. 2003). Dabei bestehen reziproke Interaktionen zwischen Angehörigenbelastung sowie dysfunktionalen familialen Interaktionsmustern im Sinne von Expressed-Emotion (MÖLLER-LEIMKÜHLER 2005) und der Rückfallwahrscheinlichkeit (HOOLEY 2007). Dabei wird Expressed-Emotion auch durch Attributionen von Angehörigen bzgl. Krankheitsentstehung und -repräsentation beeinflusst (HESSE & KLINGBERG 2014). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Angehörige krankheitsassoziierte Phänomene als erklärungsbedürftig wahrnehmen und um plausible Störungs- und Bewältigungsmodelle ringen, was in Erwartungen an psychiatrisch Tätige nach Einbezug und Aufklärung resultiert (SPIESSL et al. 2003). Es werden Angebote notwendig, welche Einbezugs- und Aufklärungserwartungen sowie die Angehörigenbelastung und

Expressed-Emotion aufgreifen, um durch die Belastungsreduktion bei Angehörigen zur Rückfallprophylaxe bei Betroffenen beizutragen. Ein solches Angebot könnte die Angehörigenpsychoedukation darstellen:

- » 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 Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. « (BÄUML & PITSCHSEL-WALZ 2003, S. 3)

Während sich bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie bipolaren Störungen Effekte bspw. auf Rückfallhäufigkeit, Störungswissen, Angehörigenbelastung und Familienfunktionalität zeigen (CUIJPERS 1999; PITSCHSEL-WALZ et al. 2012; REINARES et al. 2016), ist Angehörigenpsychoedukation bei depressiven Störungen kaum beforscht (DGPPN et al. 2015). Weltweit liegt nur eine randomisiert-kontrolliert evaluierte Intervention aus Japan vor, die eine deutliche rückfallprophylaktische Wirkung zeigt (SHIMAZU et al. 2011). Das dort verwendete Manual umfasst vier Gruppensitzungen zu jeweils 90 bis 120 Minuten und fokussiert auf Informationsinhalte zu Symptomen, Ursachen und Epidemiologie, Behandlung und Verlauf sowie auf umgangsbezogene Aspekte. Weiterhin beinhaltet jede Sitzung ein ca. 60- bis 90-minütiges Problemlösetraining bzgl. Expressed-Emotion (SHIMAZU et al. 2011). Ein direkter Transfer des japanischen Manuals ist aufgrund unterschiedlicher Versorgungssysteme und unterschiedlicher kultureller Annahmen z.B. über die Krankheitsverursachung nicht möglich (NAKANE et al. 2005). Eine entsprechende Adaptation erscheint aufgrund der Effekte jedoch vielversprechend und wird am Universitätsklinikum Freiburg in Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Freiburg vorgenommen. Dem »Medical Research Council« folgend ist die Berücksichtigung relevanter Stakeholder Grundbedingung der Adaptation komplexer Interventionen (CRAIG et al. 2008). Insbesondere wird die Berücksichtigung subjektiver Sichtweisen der Adressatinnen und Adressaten unter Nutzung qualitativer Daten zur zielgruppengerechten Interventionsentwicklung empfohlen (CAMPBELL et al. 2000). Zu Informationsbedarf und Belastungen von Angehörigen liegen zwar Arbeiten vor, diese sind jedoch meist quantitativ (bspw. GASQUE-CARTER & CURLEE 1999) und beziehen sich auf Angehörige unterschiedlicher Diagnosgruppen (bspw. SPIESSL et al. 2003) oder sind bezugshomogen lediglich auf bspw. Partnerinnen und Partner ausgerichtet (bspw. WILMS et al. 2003).

Insofern ist das Studienziel, über verschiedene Bezugsverhältnisse hinweg qualitative Daten zur Ausgestaltung der Angehörigenpsychoedukation unter folgender Leitfrage zu generieren: Welche Informationsbedürfnisse und welche Belastungserfahrungen bestehen bei Angehörigen von Personen mit depressiven Störungen?

Datenerhebung und Sampling

Die Datenerhebung wurde mittels Fokusgruppen durchgeführt, wobei ein Single-Category-Design gewählt wurde. Hierbei wird nur eine potenzielle Teilnehmerkategorie einbezogen, wodurch eine Homogenität bzgl. des Fokus sichergestellt und die Zielgruppe initial definiert wird:

- » Focus groups collect qualitative data from homogeneous people in a group situation through a focused discussion. « (KRUEGER & CASEY 2009, S. 15)

Insofern bezieht sich der Begriff Fokus zum einen auf eine Gemeinsamkeit bzgl. eines konkreten Merkmals und/oder einer konkreten Situation sowie zum anderen auf eine gemeinsame Aktivität in der Fokusgruppensituation:

- » The group is ›focused‹ in the sense that it involves some kind of collective activity – such as viewing a film, examining a single health education message or simply debating a particular set of questions. « (KITZINGER 1994, S. 103)

Da Informationsbedürfnisse und Belastungserfahrungen alltagsnah exploriert werden sollten, haben wir Angehörige von Personen mit depressiven Störungen, die mit der erkrankten Person einen Haushalt teilen, als Teilnehmerkategorie definiert. Der geteilte Haushalt galt als Indikator für das alltagsnahe Miterleben der Erkrankung und somit als Homogenitätskriterium, als Fokus merkmals- und situationsbezogener Gemeinsamkeit. Unter diesem Fokus haben wir dann ergänzende Heterogenitätskriterien der Stichprobenauswahl gesetzt: unterschiedliche Bezugsverhältnisse und verschiedene Rekrutierungswege. Die Rekrutierung erfolgte über Rekrutierungsanzeigen (Freiburger Bündnis gegen Depression, Freiburger Selbsthilfebüro, lokale Presse, lokale Hochschulen) sowie die Depressionsstation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Auf diesen Wegen erreichen wir sowohl in der Selbsthilfe organisierte Personen mit Vorwissen und etablierten Kontakten zum Versorgungssystem als auch Personen ohne

entsprechenden Organisationsgrad und Vorwissen sowie Angehörige von akut Erkrankten mit, aber auch ohne aktuelle Versorgungsanbindung. Trotz einer anzunehmenden Selbstselektion sollte hiermit eine erfahrungs- und kontextbezogene Varianz unter dem gewählten Homogenitätskriterium der Fokusgruppen – dem alltagsnahen Miterleben der Erkrankung – sichergestellt werden. Der Fokus bzgl. der aktivitätenbezogenen Gemeinsamkeit in der Fokusgruppensituation ergab sich aus der inhaltlichen Fokussierung auf Informationsbedürfnisse und Belastungserfahrungen im Kontext des Miterlebens der Erkrankung. Fokusgruppen sind eine Form der Gruppendiskussion, bei der eine prozesshafte dialogische Kommunikation die Exploration, Reflexion und Explikation von Meinungen und Einstellungen sowie von Motiven bzgl. des inhaltlichen Fokus erlaubt:

» [...] focus groups explicitly use group interaction as part of the method. [...] The method is particularly useful for exploring peoples' knowledge and experiences and can be used to examine not only what people think but how they think and why they think that way. « (KITZINGER 1995, S. 299)

Zur Datenerhebung bzw. zur Generierung des Fokus bzgl. der aktivitätenbezogenen Gemeinsamkeit wurde ein Diskussionsleitfaden als Leitplanke im Sinne der Ablaufstrukturierung entwickelt. Fragen eines Diskussionsleitfadens sollen kurz, präzise und offen – insofern Diskussionen generierend – sein und durch diese Strukturierung Konsistenz zwischen den Fokusgruppen gewährleisten (KRUEGER 1998). Das im Diskussionsleitfaden festgehaltene Vorgehen beinhaltete drei Themenbereiche mit insgesamt fünf offenen Leitfragen:

Informationen Die Teilnehmenden wurden gebeten, sich zehn Minuten Zeit zu nehmen, um die Frage zu überdenken, »Was sollte ein Angehöriger einer Person mit Depression aus Ihrer persönlichen Erfahrung heraus wissen?« und ihre Antworten auf Metaplankarten festzuhalten, um diese anschließend der Gruppe zu erläutern und mit dieser zu diskutieren.

Belastungen Um allgemeine Belastungserfahrungen, aber auch spezifische Belastungen in der Beziehung zu der erkrankten Person zu eruieren, wurden die folgenden Fragen zur Diskussionsanregung eingeführt: »Welche Schwierigkeiten und Belastungen aufgrund der Depression kennen Sie?« und »Wie wirkt sich die Erkrankung auf das Verhältnis zu Ihrem Angehörigen aus?«.

Entlastung Zur Exploration von Ressourcen sowie Entlastungsstrategien bzgl. Selbstfürsorge und erkrankungsbezogenen Problemsituationen wurden

entsprechende Handlungsstrategien erfragt: »Was kann man Ihrer Erfahrung nach selbst tun, um sich zu entlasten?« und »Was kann man Ihrer Erfahrung nach selbst tun, um konkrete Schwierigkeiten zu bewältigen?«.

In den Fokusgruppen war eine Person für die Moderation verantwortlich, eine weitere Person stand ihr mit ergänzenden Fragen zur Seite. Eine dritte Person übernahm das Protokollieren.

Auswertung

Die Audioaufnahmen der Fokusgruppendifkussionen wurden pseudonymisiert in normales Schriftdeutsch transkribiert, da im vorliegenden Kontext auf die thematisch-inhaltliche Ebene und weniger auf sprachliche Nuancen fokussiert wurde (MAYRING 2002). Die Auswertung erfolgte über ein qualitativ-inhaltsanalytisches Analysemodell in Anlehnung an Margrit SCHREIER (2012):

- » QCA [Qualitative Content Analysis; FF & EMB] is a method for systematically describing the meaning of qualitative material. It is done by classifying material as instances of the categories of a coding frame. « (SCHREIER 2012, S. 1)

Hierbei wurde ein inhaltlich-strukturierender Ansatz verfolgt, welcher ein kombiniertes deduktiv-induktives Vorgehen im Hinblick auf den Forschungsgegenstand zulässt:

- » Kern der inhaltlich strukturierenden Vorgehensweise ist es, am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben. « (SCHREIER 2014, S. 3)

Verfahrensgrundlage ist ein systematisches Vorgehen zur Strukturierung des Datenmaterials mittels eines Kategoriensystems, welches im Kern folgende Schritte umfasst: Ableitung von Hauptkategorien aus der Fragestellung; Bestimmung von Codiereinheiten; Entwicklung von Unterkategorien; Erprobung und Modifikation des Kategoriensystems; Codierung des Materials mit dem final überarbeiteten Kategoriensystem (SCHREIER 2014).

Die konkrete Analyse folgte einem vierstufigen Prozess:

1. Drei Raterinnen bzw. Rater erstellten unabhängige theoriebasierte Kategoriensysteme auf Basis des Leitfadens sowie einschlägiger Referenzen (bspw.

SCHMID et al. 2003) und führten diese anschließend diskursiv im Konsensus unter Beteiligung zwei externer Raterinnen bzw. Rater zusammen.

2. Zur datengeleiteten Modifikation dieses Kategoriensystems führten drei Raterinnen bzw. Rater voneinander unabhängig Teilmaterialdurchläufe an je einem Transkript durch, wobei die Transkripte in Analysesequenzen unterteilt, die Zuordenbarkeit zu bestehenden Kategorien geprüft, diese ggf. modifiziert oder neue Kategorien gebildet wurden. Die hierdurch entstandenen Modifikationen des Kategoriensystems wurden wiederum unter Beteiligung zweier externer Raterinnen bzw. Rater diskursiv im Konsensus zusammengeführt. Es entstanden sechs Hauptkategorien:
 - Informationen;
 - Krankheitswahrnehmung;
 - Belastungen;
 - beziehungsbezogene Aspekte;
 - bewältigungsbezogene Aspekte;
 - Erfahrungen mit dem Versorgungssystem.
3. Anhand dieses finalen Kategoriensystems wurde zur Qualitätssicherung ein abschließender Hauptmaterialdurchlauf gemeinsam von drei Raterinnen bzw. Ratern vorgenommen und die Analysesequenzen den Haupt- und Subkategorien diskursiv im Konsensus zugeordnet.
4. Im letzten Schritt wurden basierend auf den in der Referenzintervention nach SHIMAZU et al. (2011) adressierten Informationsbereichen interpretativ Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der Kategorien gebildet, um für die Angehörigenpsychoedukation relevanten Informationsbereiche und -inhalte abzuleiten.

Ausgewählte Ergebnisse

Für drei Fokusgruppen mit jeweils fünf bzw. sechs Teilnehmenden wurden insgesamt 17 Personen rekrutiert (Freiburger Bündnis gegen Depression: 5; Freiburger Selbsthilfebüro: 3; lokale Presse: 3; lokale Hochschulen: 3; Depressionsstation: 3). Die Teilnehmenden waren im Mittel ca. 50 Jahre alt (Range: 18–66), 13 sind weiblich und elf haben das Abitur. Die assoziierten erkrankten Personen waren in zehn Fällen Lebenspartnerinnen und -partner (Kind: 5; Elternteil: 2), die mittlere Erkrankungsdauer war acht Jahre (Range 0,5–32) und zehn befanden sich in aktueller Behandlung.

Basierend auf der beschriebenen Analyse wurden Informationsbereiche (krankheitsbezogen; behandlungsbezogen; interaktionsbezogen; unterstützungsbezogen) sowie subsumierte Informationsinhalte identifiziert (krankheitsbezogene: Symptomatik, Verlauf, Ursachen; behandlungsbezogen: Behandlung, Versorgungssystem; interaktionsbezogen: adäquater Umgang, krankheitsbedingte Alltagsschwierigkeiten, krankheitsassoziierte Beziehungsprobleme; unterstützungsbezogen: Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige, Selbstfürsorge). Am Beispiel des krankheitsbezogenen Informationsbereiches wird im Folgenden die Subsumtion der Ergebnisse unter die Angehörigenpsychoedukation adressierende Informationsbereiche und Informationsinhalte dargestellt.

Als Ausgangspunkt wurde auf die krankheitsbezogenen Informationsinhalte (Symptome, Ursachen, Verlauf) der Referenzintervention nach SHIMAZU et al. (2011) bezogen und die identifizierten Hauptkategorien nach diesbezüglichen Themen untersucht. Aspekte, aus welchen sich der krankheitsbezogene Informationsbedarf formiert, fanden sich in den folgenden Hauptkategorien:

Informationen Aus eigener Erfahrung als wichtig oder wünschenswert empfundene Informationsinhalte;

Krankheitswahrnehmung Wahrnehmungen bzw. Verständnisse über das Krankheitsbild depressiver Störungen;

Belastungen Aufgrund der depressiven Störung empfundene Belastungen, Beeinträchtigungen, negative Emotionen und Belastungsfolgen.

Neben Hinweisen zur themenbezogenen Formierung kann durch diese Verknüpfung das Wechselspiel konkreter Informationsinhalte und Belastungen in der Ausgestaltung der Angehörigenpsychoedukation didaktisch berücksichtigt werden.

Informationsbedarf Symptome

Bzgl. der Symptomatik ergibt sich ein Informationsbedarf aus Schwierigkeiten, alltägliche (bspw. Energielosigkeit) von krankheitsassoziierten Phänomenen (bspw. Antriebsarmut) abzugrenzen:

»Bis ich das mal kapiert habe, dass es gar nicht geht [...] es nicht daran liegt, dass er nicht will, sondern dass er nicht kann. Das hat schon gedauert.« (Krankheitswahrnehmung)

Zudem wird das Miterleben der Symptomatik depressiver Störungen als belastend und Wut auslösend erlebt:

»Wütend wird man zwangsläufig irgendwann, weil es einem einfach mit der

Zeit so auf den Geist geht. Wenn gar nichts mehr geht, denkt man: Oh, Mann.« (Belastungen)

Gleichzeitig wird es als wichtig angesehen, Verhaltensweisen, welche durch die Symptomatik beeinflusst werden, zu verstehen, was aber auch schwierig erscheint:

»Ich kann nicht alles verstehen, aber ich muss. (...) Wenn ich von dieser Depression und bei dem Zustand meiner Frau 50 % verstehe, dann bin ich gut.« (Krankheitswahrnehmung)

In diesem Kontext werden Informationen zum Erkennen der Symptomatik – auch im Zusammenhang mit Frühwarnzeichen für Rückfälle – gewünscht:

»Wie erkennt man eine Depression? (...) Weil das ist ja oft wiederkehrend. (...) Und das wäre ganz gut, wenn man da bessere Informationen hätte.« (Informationen)

Für die Ausgestaltung der Angehörigenpsychoedukation lässt sich ableiten, dass die Abgrenzung der Symptome von Alltagsphänomenen zur Vermeidung von Fehlattribuierungen von besonderer Bedeutung ist. Die erfahrungsbasierte Erarbeitung der Symptomatik und die Thematisierung von Fehlattribuierungen, aber auch erkrankungsbezogenen Emotionen könnte ein funktionales Krankheitsverständnis unterstützen, wobei auch Frühwarnzeichen Betrachtung finden sollten.

Informationsbedarf Verlauf

Hier steht die Frage nach der Heilbarkeit depressiver Störungen im Vordergrund. Deutlich werden pessimistischen Wahrnehmungen sowie daraus resultierende emotionale Belastungen und Zukunftsängste:

»Und auch ob man Depression eben besser heilen kann ... je früher man sie erkennt. (...) ob man eben dann bessere Heilungschancen erhält.« (Informationen)

»Gut, bei chronisch Depressiven, brauchst du nicht daran glauben, dass was besser wird.« (Krankheitswahrnehmung)

»und da ist schon noch irgendwie Hoffnung da, dass er mal alleine lebt oder dass er da rauskommt [...] und gleichzeitig kriege ich eine wahnsinnige Panik.« (Belastungen)

Für die Ausgestaltung der Angehörigenpsychoedukation lässt sich ableiten, dass verschiedene Verlaufsformen, Rückfall- und Chronifizierungsquoten, aber auch Behandlungschancen thematisiert werden sollten. Um Zukunftsängste aufzugreifen, sollte hierbei Hoffnung, aber auch Realismus vermittelt werden

(SCHMID et al. 2003). Zur Generierung handlungsbezogener Anknüpfungspunkte könnte beispielsweise die Erarbeitung eines Krisenplans zur Unterstützung der erkrankten Person angeregt werden.

Informationsbedarf Ursachen

Bezüglich der Ursachen ergibt sich ein Informationsbedarf aus selbst berichteten Informationslücken sowie dem Wunsch, die Krankheitsgenese zu verstehen:

»Ja, da sind wir auch gleich bei der Frage nach möglichen Ursachen oder Auslösern [...] es ist mir immer noch nicht klar, was ist jetzt eigentlich so Ursache oder Auslöser.« (Informationen)

Weiterhin bestehen in diesem Kontext Schuldgefühle bezüglich vermuteter eigener Anteile an der Krankheitsverursachung:

»Und dann fängt man an zu grübeln: Wo liegen deine Fehler? Wo, was hast du in der Vergangenheit gemacht, dass er jetzt so ist, oder so.« (Belastungen)

Für die Ausgestaltung der Angehörigenpsychoedukation lässt sich ableiten, dass über eine erfahrungsbasierte Erarbeitung der multifaktoriellen Entstehung depressiver Störungen irrationalen Selbsterklärungsversuchen, Schuldgefühlen und Belastungen entgegengewirkt werden könnte.

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Einen zentralen Aspekt der qualitativen Forschung generell und bei der Arbeit mit Fokusgruppen im Besonderen stellt die Sicherstellung des Fokus im Sinne eines die Stichprobe initial definierenden Homogenitätskriteriums dar, hier das Miterleben der Erkrankung. Gleichzeitig ist die Heterogenität innerhalb dieses Fokus von großer Bedeutung, um eine erfahrungs- und kontextbezogene Varianz und die Möglichkeit einer theoretischen Sättigung zu erzielen. Hierfür wurde die Stichprobe hinsichtlich des Bezugsverhältnisses sowie des Rekrutierungsweges geöffnet.

Die Stichprobe war mehrheitlich weiblich und bestand zu ca. zwei Dritteln aus Lebenspartnerinnen und -partnern. Da Frauen höhere Prävalenzraten depressiver Störungen aufweisen und häufiger in Depressionsbehandlung sind (DGPPN et al. 2015), erscheinen Männer als Angehörige in unserer Stichprobe

unterrepräsentiert. Allerdings bildet dies die Versorgungsrealität ab, wonach Frauen sowie Partnerinnen und Partner Angehörigenpsychoedukation häufiger in Anspruch nehmen (KELLER & SCHULER 2002).

Die große Bandbreite der Erkrankungsdauer der Indexerkrankten ist für das Studienanliegen unproblematisch, da die Erkrankungsdauer scheinbar keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Angehörigenpsychoedukation hat (KRONMÜLLER et al. 2006) und diesbezüglich auch in der Versorgungsrealität eine große Heterogenität zu erwarten ist.

Auch in Bezug auf das Verhältnis, in dem die Angehörigen zur Indexperson stehen, ist es gelungen, ein breiteres Spektrum einzubeziehen.

Insgesamt gehen wir davon aus, dass es mit dem gewählten Prozedere gelungen ist, ein in Bezug auf die Zielstellung breites Spektrum an Erfahrungen einzubeziehen. Die aktivitätenbezogene Gemeinsamkeit innerhalb der Fokusgruppen resultierte aus dem strukturierten Diskussionsleitfaden. Er stellte sicher, dass relevante Themen in den Fokusgruppen einheitlich aufgegriffen wurden, begrenzte aber auch das Themenspektrum. Ein offeneres Verfahren hätte eventuell weitere subjektiv relevante Inhalte identifiziert. Die von uns gewählte inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse als vornehmlich beschreibendes Verfahren fängt zwar thematisch-inhaltliche Aspekte vollständig auf, schenkt jedoch Sinn- und Deutungsstrukturen »zwischen den Zeilen« wenig Beachtung.

Die Interpretation bzw. Nutzbarmachung der Ergebnisse für die Interventionsentwicklung erfolgte auf Basis eines deduktiven Vorgehens, indem an durch die Referenzintervention nach SHIMAZU und Kollegen (2011) vorgegebene Informationsbereiche Ergebnisse der Hauptkategorien herangetragen wurden. Erst dieses Vorgehen ermöglichte eine Verknüpfung von real formulierten Informationsbedürfnissen mit beispielsweise belastungsbezogenen Aspekten. Hierbei wurde deutlich, dass formulierte Informationsbedürfnisse meist mit krankheitsbezogenen Wahrnehmungen bzw. Attributionen, aber auch mit konkreten Belastungserfahrungen der Angehörigen verbunden sind. Insofern liegt der Mehrwert des gewählten Vorgehens neben der inhaltlichen Identifizierung von zu adressierenden Informationsbereiche auf dem Gewinn von Erkenntnissen für die Informationsaufbereitung. Für die Angehörigenpsychoedukation empfiehlt sich ein alltagsnahes Aufgreifen von mit Informationsbedarfen assoziierten Attributionen, Belastungen und krankheitsbedingten Einschränkungen. Dies könnte Angehörige entlasten und zugleich die Möglichkeit eröffnen, sie als kompetente Partner in der Versorgung von Personen mit depressiven Störungen zu gewinnen. Hierzu müssen die an der Versorgung beteiligten

Fachkräfte, aber auch auf Angehörige zugehen, wenn sie – wie durch eine Teilnehmerin dieser Studie formuliert – sagen: »Ich habe Fragen, ich denke mit, aber ich steh einfach da und weiß nicht, wen frage ich jetzt.«

Zur Vertiefung

FRANK, F.; HASENMÜLLER, M.; KAISER, M.; RIES, Z.; BITZER, E. M.; HÖLZEL, L. (2015): Psychoedukative Gruppen für Angehörige von depressiv Erkrankten: Analyse des Informationsbedarfs durch eine Fokusgruppenuntersuchung. PPmP, 65 (11), S. 426 – 433.

Der Autor und die Autorin

Prof. Dr. phil. Fabian Frank, M.A. Soziale Arbeit, Dipl.-Sozialpäd. (FH), ist Professor für »Wissenschaft Soziale Arbeit« an der Evangelischen Hochschule Freiburg sowie stellvertretender Leiter der AG Psychotherapie- und Versorgungsforschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg.

Prof. Dr. med. Eva-Maria Bitzer, MPH, ist Professorin für »Medizin in der Gesundheitspädagogik« im Fachbereich Public Health und Health Education am Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit der Fakultät für Mathematik, Naturwissenschaften und Technik der Pädagogischen Hochschule Freiburg.

Referenzen

- BÄUML, J.; PITSCHER-WALZ, G. (2003): Psychoedukation. bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart: Schattauer.
- CAMPBELL, M.; FITZPATRICK, R.; HAINES, A.; KINMONTH, A. L.; SANDERCOCK, P.; SPIEGELHALTER, D.; TYRER, P. (2000): Framework for designing and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ, 321, S. 694 – 696.

- CRAIG, P.; DIEPPE, P.; MACINTYRE, S.; MICHIE, S.; NAZARETH, I.; PETTICREW, M. (2008): Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655.
- CUIJPERS, P. (1999): The effects of family interventions on relatives' burden: a meta-analysis. *JMH*, 8, S. 275–285.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, Bptk, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (2015): S3-Leitlinie Unipolare Depression. Langfassung. Berlin: DGPPN, ÄZQ, AWMF.
- GASQUE-CARTER, K. O.; CURLEE, M. B. (1999): The educational needs of families of mentally ill adults: the South Carolina experience. *Psychiatric Services*, 50, S. 520–524.
- HESSE, K.; KLINGBERG, S. (2014): Examining the cognitive model of caregiving. A structural equation modelling approach. *Psychiatry Research*, 217 (3), S. 171–176.
- HOOLEY, J. M. (2007): Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Ann Rev Clin Psychol*, 3, S. 329–352.
- KELLER, F.; SCHULER, B. (2002): Angehörigengruppen in der stationären Depressionsbehandlung. Ergebnisse und Erfahrungen mit einem personenzentrierten Ansatz. *Psychiatrische Praxis*, 29 (3), S. 130–135.
- KITZINGER, J. (1994): The methodology of Focus Groups. The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16 (1), S. 103–121.
- KITZINGER, J. (1995): Qualitative Research – Introducing Focus Groups. *BMJ*, 311, S. 299–302.
- KRONMÜLLER, K. T.; KRATZ, B.; KARR, M.; SCHENKENBACH, C.; MUNDT, C.; BACKENSTRASS, M. (2006): Inanspruchnahme eines psychoedukativen Gruppenangebotes für Angehörige von Patienten mit affektiven Störungen. *Nervenarzt*, 77, S. 318–326.
- KRUEGER, R. A. (1998): *Developing Questions for Focus Groups*. Los Angeles: Sage.
- KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. (2009): *Focus Groups. A practical Guide for Applied Research*. Los Angeles: Sage.
- MAYRING, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- MÖLLER-LEIMKÜHLER, A. M. (2005): Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, S. 223–231.

- NAKANE, Y.; JORM, A. F.; YOSHIOKA, K.; CHRISTENSEN, H.; NAKANE, H.; GRIF-FITHS, K. M. (2005): Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry*, 5, S. 33.
- PITSCHER-WALZ, G.; RUMMEL-KLUGE, C.; FROBÖSE, T.; BEITLINGER, R.; STIEGLER, M.; BÄUML, J.; KISSLING, W. (2012): Steigerung des »empowerment« bei Angehörigen von schizophren Erkrankten – Ergebnisse eines psychoedukativen Gruppenprogramms unter naturalistischen Bedingungen. *Psychotherapeut*, 57, S. 313–318.
- REINARES, M.; BONNIN, C. M.; HIDALGO-MAZZEI, D.; SÁNCHEZ-MORENO, J.; COLOM, F.; VIETA, E. (2016): The role of family interventions in bipolar disorder: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, S. 47–57.
- SCHMID, R.; SPIESSL, H.; VUKOVICH, A.; CORDING, C. (2003): Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. Referenzenübersicht und eigene Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie*, 71, S. 118–128.
- SCHREIER, M. (2012): *Qualitative Content Analysis in Practice*. Los Angeles: Sage.
- SCHREIER, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *FQS*, 15, S. 18.
- SHIMAZU, K.; SHIMODERA, S.; MINO, Y.; NISHIDA, A.; KAMIMURA, N.; SAWADA, K.; FUJITA, H.; FURUKAWA, T. A.; INOUE, S. (2011): Family Psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *BJPsych*, 198, S. 385–390.
- SPIESSL, H.; SCHMID, R.; VUKOVICH, A.; CORDING, C. (2003). Erwartungen von Angehörigen an die psychiatrische Klinik. *Psychiatrische Praxis*, 30, S. 51–55.
- WILMS, H. U.; WITTMUND, B.; ANGERMEYER, M. C. (2003). Belastungen von Partnern psychisch Kranker: Bestandsaufnahme und Interventionsmöglichkeiten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 62, S. 171–182.

»Ich kann nicht irgendwie noch mal so wie früher abstürzen, weil ich hier hingeh«

Hilfebedarf nach traumatischen Erfahrungen adäquat beantworten – ein Evaluationsprojekt der Opferhilfe Potsdam

Silke Birgitta Gahleitner, Christina Frank, Rosmarie Priet

Die Traumaambulanz Potsdam ist ein Modellprojekt zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung traumatisierter Gewaltopfer im Rahmen der Frühintervention. Es kombiniert die professionelle Opferberatung mit einer Traumaambulanz mit den Angeboten einer Akut- bzw. Kurzzeittraumatherapie sowie einer sozialpädagogischen Begleitung. Das Modellprojekt war in seiner Anlage in diesem Versorgungssegment einzigartig und wurde über den Zeitraum von zwei Jahren in Kooperation mit der Donau-Universität Krems mit einer Mixed-method-Studie (siehe den Beitrag von Reinhold Kilian in diesem Buch) evaluiert.

Im Zentrum des qualitativen Studienteils der Projektevaluation stand die Frage, ob das Angebot zu einer Verbesserung der Lebensqualität und der Folgeerscheinungen nach der Erfahrung von Gewalthandlungen führt. Gearbeitet wurde mit problemzentrierten Interviews und einer stark induktiv geprägten inhaltsanalytischen Auswertung, um insbesondere den subjektiven Erfahrungen der Betroffenen nachzugehen. Die Auswahl der Interviews erfolgte entlang der zuvor erhobenen quantitativen Daten, um ein möglichst breites Spektrum an Best-Practice-Fällen für die Befragung einzufangen.

Die Interviews erbrachten einige interessante Ergebnisse zum interdisziplinären Konzept sozialpsychiatrischer Maßnahmen. Die Traumaambulanz eröffnet den betroffenen Opfern von Gewalttaten nicht nur eine zeitnahe Versorgung, sondern vor allem eine interdisziplinär und psychosozial ausgerichtete, parteiliche, stützend-entlastende und ressourcenorientierte Arbeit. Dabei umfasst sie ein Spektrum von Kurzzeittherapie bis hin zu einer lebensweltorientierten, alltagsnahen, sozialarbeiterisch geprägten Begleitung. Dies

soll im nun folgenden Artikel entlang eines Einzelfalles aus dem qualitativen Untersuchungsteil anschaulich gemacht werden.

Zum Bedarf einer sozialpsychiatrischen Einrichtung im Rahmen der Opferhilfe

Betrachtet man die Struktur und inhaltliche Beschaffenheit der Krisenhilfandschaft Deutschlands, so zeigt sich sinnbildlich gesprochen ein »Flickenteppich« der Versorgungslandschaft in Krisenfällen (CREFELD & GAHLEITNER 2010, S. 38). Das Land Brandenburg z. B. ist aus Sicht der Krisenversorgung, der psychotherapeutischen Versorgung und der Versorgung mit Ambulanzen im bundesdeutschen Durchschnitt maßgeblich benachteiligt. Traumaambulanzen existierten bislang kaum. Das Land verfügt auch über keine angemessene psychotherapeutische Versorgung. Im Rahmen der Regelversorgung sollen entsprechende individuelle Bedarfe abgedeckt werden, das Modell der Regelversorgung ist jedoch zur Versorgung traumatisierter Menschen nicht geeignet (u. a. SCHULTE-HERBRÜGGEN 2012). Eine Aufstockung der Kassenplätze um 56 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollte hier Erleichterung schaffen (KRAUDZUN 2013), konnte den Versorgungsmangel jedoch auch nicht angemessen abfangen.

Das ist insofern bedenklich, als das Land Brandenburg besonders großen Bedarf an der Versorgung von Opfern von Straftaten hat. Dieser zeichnet sich u. a. in der polizeilichen Kriminalitätsstatistik ab: Im Jahr 2015 sind auszugsweise 23.163 Fälle von Straftaten gegen das Leben, Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und Rohheitsdelikte zur Anzeige gebracht worden (Polizeipräsidium Land Brandenburg 2016, S. 19). Damit sind circa 1 % der Brandenburger Gesamtbevölkerung potenziell traumatisierte Gewaltopfer. Polizeiliche Kriminalstatistiken bilden jedoch nur einen kleinen Teil der real erfahrenen Straftaten ab, es ist anzunehmen, dass die Dunkelziffer deutlich höher liegt. Betroffene Personen, die nach einem traumatischen Ereignis zeitnah eine Akuttherapie benötigen würden, müssen zumeist sehr lange Wartezeiten in Kauf nehmen, manche sogar über ein Jahr (HANNICH 2008). Sind die Möglichkeiten einer sofortigen Therapie nicht gegeben, können sich Traumafolgestörungen ausbilden und chronifizieren (SACK et al. 2013).

Die psychotraumatologische Nachversorgung im Rahmen der Frühintervention übernehmen die sechs Opferberatungsstellen der Opferhilfe Land

Brandenburg e. V. Ist Traumatherapie indiziert, so können Betroffene die Opferberatung als Überbrückungsmoment nutzen, und zwar so lange, bis ein Therapieplatz zur Verfügung steht. Der Modellversuch der Traumaambulanz, welche in das bestehende Beratungsangebot der Opferhilfe Land Brandenburg e. V. eingegliedert wurde, zeigte sich hier als direkte, zeitnahe Hilfe und damit als ideale Ergänzung zum bereits existierenden Angebot.

Der Verein Opferhilfe Land Brandenburg und die integrierte Traumaambulanz

Der Verein Opferhilfe Land Brandenburg e. V. ist der einzige Anbieter professioneller Opferhilfe (NEUBAUER 2012) und Träger eines landesweiten Netzes von sechs professionellen Opferberatungsstellen. Ein multiprofessionelles Team bietet psychosoziale Beratung für Opfer, Zeuginnen und Zeugen von Straftaten an. Das Beratungsangebot streckt sich über die psychotraumatologische Fachberatung, Beratung bei andauernder Gefährdung, Sozialberatung hin zur Angehörigenberatung und zur psychosozialen Prozessbegleitung. Die Kernaufgabe ist die psychotraumatologische Fachberatung: Diagnostik, Indikation, Stabilisierung und Verarbeitung des Traumas. Rund 540 Personen pro Jahr suchen die Beratungsstellen auf, die meisten wurden Opfer einer Sexualstraftat oder Körperverletzung (je rund 30 %). Primäre Zielgruppe des Vereins sind Menschen, die durch eine Gewalterfahrung traumatisiert wurden. Der Zugang zum Angebot erfolgt meist auf Vermittlung anderer Institutionen, wie Polizei, Justizbehörde oder andere Beratungsstellen.

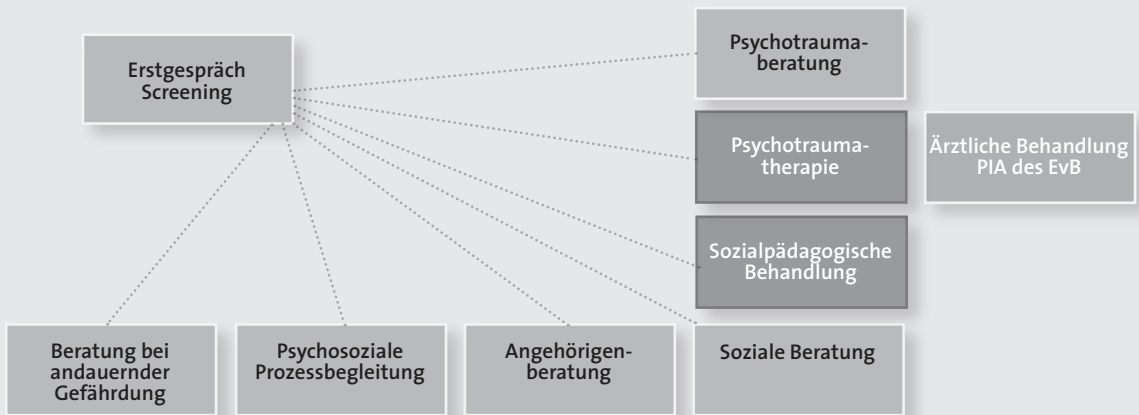
Die grundlegenden Ziele des Vereins Opferhilfe Land Brandenburg e. V. sind:

1. Wiederherstellung von Sicherheit,
2. Unterstützung bei der Bewältigung der Straftat,
3. Vermeidung zusätzlicher Belastungen im Nachgang der Straftat.

Im Arbeitsalltag zeigte sich, dass manche Betroffene frühestmöglich Psychotherapie benötigen, um eine Ausbildung bzw. Chronifizierung einer Traumafolgestörung verhindern zu können. Den Mitarbeitenden der Opferberatungsstellen wurde hier eine eklatante Lücke in der Versorgung vor Augen geführt. Als Antwort darauf wurde eine Traumaambulanz als Modellprojekt in die bereits gut etablierte Opferberatung integriert.

Die Traumaambulanz verfügt über das Angebot einer Akut- bzw. Kurzzeittraumatherapie sowie sozialpädagogischer Begleitung mit Fokus auf die soziale und berufliche Reintegration. Die beiden Angebote komplettieren die psychotraumatologische Nachsorge und ermöglichen phasen- und zielgruppenspezifisch ausgerichtete Angebote, denn schon nach Abklingen des Schockzustandes können psychotraumatologische Akuthilfen angeboten werden. In weiterer Folge kann im Rahmen der Eingangsdiagnostik bzw. im Rahmen des Clearings erörtert werden, ob ein weiteres Angebot nötig ist. Diese prompte Versorgung hilft bei der Verkürzung von Wartezeiten auf Psychotherapie und mindert dadurch das Risiko der Ausbildung von Traumafolgestörungen sowie Chronifizierung. Besonders gut können sekundäre Viktimisierungsrisiken gemindert werden (vgl. Abb. 1).

ABBILDUNG 1 Angebot der Traumaambulanz – dunkle Felder – in der Opferberatung
(nach GAHLEITNER et al. 2015, S. 37; basierend auf PRIET 2015)



Untersuchungsdesign

Psychosoziale Arbeit benötigt eine »verlässliche Selbstkontrolle und theoretisch fundierte Anleitung, die der Komplexität des ... Handlungsfeldes gerecht wird« (MÜHLUM 2004, S. 123; vgl. hier und im Folgenden GAHLEITNER et al. 2017).

Sie muss darüber hinaus in der Lage sein, verschiedene Bezugswissenschaften für die Praxis vor Ort nutzbar zu machen. Die Herausforderung besteht darin, in der Ausbildung diese Vielfalt an Wissens- und Kompetenzbeständen nicht nur zu vermitteln, sondern den angehenden Fachkräften zu ermöglichen, die jeweiligen Inhalte kritisch zu reflektieren und sie sich jeweils »berufs- und situationsangemessen zunutze« (GALUSKE & MÜLLER 2005, S. 495) zu machen. Nur ein konsequent disziplinübergreifender Ansatz ermöglicht daher – auch in der Forschung – das Auffinden hilfreicher Zusammenhänge und notwendiger Wissensbestände. Dies bringt Forschung in diesem Bereich in einige Schwierigkeiten. Häufig ist weder eine Kontrolle über alle Einflussfaktoren möglich noch eine Manualisierung der Interventionen noch eine Homogenität in der Symptomatik sowie eine zufällige Zuweisung zu Forschungsgruppen, die dem »Goldstandard« genügen würde.

Diese Tatsache hat neben vielen methodologischen Grabenkämpfen auch zu einer konstruktiven Weiterentwicklung geführt, in der neben den bisher bewährten quantitativen Methoden ein wesentlich breiteres Spektrum an Forschungsmethoden einbezogen wird (zum Diskurs vgl. EPPLER et al. 2011; SOMMERFELD & HÜTTEMANN 2007; kurz gefasst GAHLEITNER 2012). Entlang dieser Überlegungen gibt die aktuell gültige Übersicht über »Multiple Types of Research Evidence« (APA 2006, S. 274 f.) praxisnahen, qualitativen Vorgehensweisen und partizipativen Forschungsanliegen deutlich mehr Gewicht als früher (PETR & WALTER 2009; LEVANT 2005). Die Kombination verschiedener methodischer Herangehensweisen, heute weitgehend gefasst unter den Begrifflichkeiten »Methodenintegration«, »mixed methods« oder »Triangulation«, erweist sich dabei als besonders geeignet, den induktiv-deduktiven Wechselprozess zwischen bestehendem und zu ermittelndem Wissen zu realisieren (vgl. SCHREIER & FIELDING 2001). Neben dem Erkenntnisgewinn der quantitativen Forschung mit ihrem Fokus auf verallgemeinerbare Ergebnisse bzgl. Lebensbedingungen und Lebensumfeldparametern und ihren Fähigkeiten der Reduktion (PAULS 2006) ermöglicht die qualitative, rekonstruktive Sozialforschung den Zugang zu subjektiven Deutungen, also der »anderen« komplexen Seite zwischen Theorie- und Fall-Orientierung (BOCK & MIETHE 2010).

Hier interessieren insbesondere das subjektive Erleben und reaktive Verhalten der Betroffenen in bestimmten Lebensumfeldern und prekären Situationen, um die Interdependenz somatischer, psychischer und sozialer Faktoren auch in der Forschung triangulativ zu nutzen und theoriebildend herauszuarbeiten. Dieses Vorgehen wurde daher auch im vorliegenden Projekt gewählt.

In der Evaluation des Modellprojekts der Traumaambulanz wurden die Aufgabenbereiche Psychotraumatherapie und sozialpädagogische Begleitung sowie zusätzlich die Psychotraumaberatung des Projekts auf Notwendigkeit und Wirkung hin untersucht. Als methodischer Zugang wurde eine Kombination aus quantitativen Verfahren mit klinisch bewährten Messinstrumenten sowie narrativen, qualitativen Interviews und einer Gruppendiskussion gewählt. Diese Vielfältigkeit in den Perspektiven ermöglichte eine explorative Annäherung an die Wirkungsforschung (MAYRING & GAHLEITNER 2010).

Beginnend mit der Entwicklung des Forschungsdesigns, über die Konstruktion der Interviewleitfäden bis hin zur Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner wurde eng mit der Praxis zusammengearbeitet. In problemzentrierten Interviews (WITZEL 1982, 2000) wurden Betroffene mit einer offenen Eingangsfrage und explorativen Erzählanstößen zu ihren positiven wie negativen Erfahrungen in der Arbeit mit ihnen befragt, um dem subjektiven Gehalt der Aussagen Gewicht zu verleihen.

Das qualitative Vorgehen im Modellprojekt zeichnete sich somit durch einen partizipativen Zugang aus: Menschen, die Opfer wurden, sowie Mitarbeitende der Beratungsstellen kamen zu Wort. Durch eine narrativ beschaffene Einstiegsphase sollte im Zuge der qualitativen Interviewstudie ein Zugang zur Lebensrealität der Betroffenen wie der Fachkräfte geschaffen werden (WITZEL 1982, 2000). Durch eine schrittweise Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner sollte möglichst viel Diversität und Reichhaltigkeit in den Ergebnissen erzielt werden (GLASER & STRAUSS 1967/1998). Die Teilstandardisierung ermöglichte dennoch eine gute Vergleichbarkeit. Diese Vergleichbarkeit war auch die Basis für eine prozesshafte, flexible Strukturierung zwischen Induktion und Deduktion im Datenmaterial. In der Datenaufbereitung und Auswertung wurde bewusst eine inhaltsanalytische Methode gewählt, die den induktiven Textanteilen ein besonderes Gewicht verleiht (MAYRING & GAHLEITNER 2010). Fallverläufe einzelner betroffener Personen wurden induktiv über die entstandenen Kategorien mit dem biopsychosozialen Modell nach SCHMIDT (2010) und den quantitativen Ergebnissen in Beziehung gesetzt. Insgesamt wurden acht Personen befragt.

Im interpersonalen Gewaltbereich Forschung durchzuführen, wird weithin als sehr riskant angesehen. Die dortigen Probleme gilt es reflektiert – und mithilfe angemessener Traumakompetenz der Forschenden – auszubalancieren (vgl. GAHLEITNER 2002). Insbesondere durch das vorab eingeholte Ethik-Approval, jedoch auch durch engagierte Praxisvertreterinnen konnte das Risiko auf diese Weise bereits vorab auf ein Mindestmaß reduziert werden. Interviewte, die

sich belastet fühlten, konnten das Interview zu jedem Zeitpunkt beenden und die anwesende beratende Hilfe in Anspruch nehmen. Es konnte aber nicht nur eine Minimierung des Risikos, sondern auch eine völlig gegensätzliche Erfahrung für die Interviewten beobachtet werden: Heilungsfördernde und positive Effekte durch die narrativ angelegten Interviews waren im Verlauf des Projekts keine Seltenheit (vgl. auch BAR-ON 1996).

»Aus meiner Ruine wird langsam wieder ein Haus« – ein Einzelfall?

Brunhilde Beran wurde von ihrem Ex-Partner über Monate misshandelt, vergewaltigt und terrorisiert. Als die Gewalt sich auf das gemeinsame Kind zu erstrecken beginnt, entkommt sie dem Täter mit Mühe. Dieser beginnt ein hartnäckiges Stalking. Misshandlung und Missbrauch sind im Leben von Brunhilde Beran seit der Kindheit präsent. Von den Eltern war daher auch keine Unterstützung zu erwarten. Inzwischen hat sie sich jedoch eine neue Existenz aufgebaut, der Täter hat keinen Zugriff mehr und ist nicht nur familienrechtlich auf minimale Rechte begrenzt, sondern auch strafrechtlich verurteilt. Wie hat sich dieser Weg vollzogen? Wir berichten dazu aus Brunhilde Berans Interview.

Gleich eingangs betont sie, wie sehr sie sich von der Einrichtung »Opferhilfe« in ihrem Hilfebedarf zum richtigen Zeitpunkt und bedarfsgerecht »abgeholt« fühlte: »Na, ich finde das so schön, dass wir das auch so ziemlich nach meinen Wünschen und Bedürfnissen machen. Dass wir da auch richtig nachhaken, was mir genau gerade am wichtigsten ist.« Dennoch setzt sie im selben Atemzug hinzu, dass Fachkompetenz im Traumabereich die Voraussetzung für alles andere ist: »Und das war auf jeden Fall schon mal ganz wichtig, ... dass sie Erfahrung mit solchen Problemen und Schemata haben, die man dann halt irgendwie an den Tag legt. Und da fühlt man sich halt auch gleich schon mal viel aufgehobener, weil man merkt, ›hey, die wissen was sie machen‹ ... Also ist ein bisschen, ja, wenn man ins Krankenhaus auf die und die Station geht, da weiß man ja auch, da hat jede Schwester ihren Job und die macht das und kennt das und hat schon viel gesehen und weiß schon, was sie tut.«

Besonders wichtig an der Fachkompetenz ist Brunhilde Beran, dass sie mit einer Einsicht der Mitarbeitenden in traumatische Gewaltzusammenhänge rechnen kann, mit einer beziehungsorientierten und parteilichen Grundhaltung, die die Machtverhältnisse in einer Gewaltsituation klar erkennt: »Dass ich da nur

mit netten Leuten zu tun hatte, die viel Verständnis gezeigt haben, wo man sich auch keinen Kopf machen muss, dass man irgendwie an den Pranger gestellt wird oder sonst irgendwas.« Brunhilde Beran wird genügend Raum geboten, um wichtige Themen zu strukturieren und zu bearbeiten: »Mir macht es dann auch konkret noch mal leichter, sich halt seine ganzen Pläne und Ziele, was man gerade tut und macht, das noch mal besser zu koordinieren und da auch Zeit für sich zu finden, also gucken, dass man irgendwie alles in einem gesunden Rahmen unterbringt, damit man irgendwie wieder zu Kraft kommt. Ja. ... Da halt lernt irgendwie in seinem Leben, dann damit umzugehen, und dass man aber auch einfach mal Gefühle hier rauslassen konnte und weiterhin kann. Ja, und die rauslassen und auch einordnen und die verarbeiten und dann Woche für Woche ein bisschen weiter, das ist schon ganz gut.«

Als Kompetenzen der Mitarbeitenden benennt sie neben der Fachkompetenz vor allem eine behutsame, beziehungsorientierte und methodenflexible Herangehensweise: »Und ja, da braucht es, denke ich zumindest, schon Leute, die da auch vorsichtig und sensibel damit umgehen und einen auch nicht dann zu Sachen nötigen, die man nicht will. Das hat man eh schon gehabt. Das braucht man nicht noch mal.« Dadurch entsteht Passfähigkeit.

Brunhilde Beran empfindet die Passung zwischen ihren Bedürfnissen und den Angeboten des Vereins als stimmig: »Bin ich voll zufrieden damit. Passt im Moment so genau.« Besonders wichtig findet sie auch, dass in der Einrichtung das soziale Umfeld mit in die Behandlung einbezogen wird. Anders, so sagt sie, wäre es bei ihr nicht »vorangegangen«. Das galt bei ihr für ihre Freundinnen wie auch für alle Anliegen rund um ihr Kind: »Na ja, ich habe ja auch ein Kind, das von mir abhängig ist. Und da fühlt man sich einfach dann noch mit so einem Auffangbecken hier auch noch mal sicher, dass man einfach weiß, wenn es einem schlecht geht, dann hat man halt nochmal eine zusätzliche Ressource ... Wenn ich weiß, irgendwas Schlimmes passiert eventuell, habe ich halt nochmal einen Fallschirm, ja.«

Auch die gute Kooperation mit anderen Einrichtungen nennt Brunhilde Beran als wichtigen Aspekt der qualifizierten Hilfe: »Na, und dass man hier auf jeden Fall auch Bescheid weiß, an welche Stellen man sich in welchen Situationen wenden kann, wenn man verzweifelt ist. Weiß man ja auch nicht genau, was sind die genauen Anlaufstellen, und das ist ja dann auch alles schwierig. Ja, und das ist auf jeden Fall total hilfreich für mich gewesen. Würde ich auch anderen so empfehlen, ja.«

Brunhilde Beran berichtet als Ergebnis der gemeinsamen Arbeit über eine erhöhte Achtsamkeit im Umgang mit sich selbst: »Hier habe ich z.B. auch

öfter über Probleme mit einer bestimmten Mitbewohnerin geredet, die hat auch ziemlich krasse psychische Probleme, und da habe ich halt auch gelernt, wo ich wirklich auch auf mich selber aufpassen muss und nicht zu nett sein darf, sondern mich auch abgrenzen muss und sagen muss: ›Stopp, bis hierher und nicht weiter.‹ ... Und das habe ich auch umgesetzt und eingehalten, und das hat funktioniert.«

Auch Brunhilde Berans psychisches Befinden hat sich seit der Kontaktaufnahme zur Opferhilfe stark verbessert: »Also, vor drei Monaten noch ging es mir richtig, richtig schlecht, und ich habe so viel geweint, und das ist heute schon wesentlich besser, also, vor drei Monaten hätte ich das jetzt so mit Ihnen auch noch nicht machen können. Und das hat mir definitiv Halt gegeben hier. Es hat mich stabil gehalten, und es hat mir auch echt geholfen, einfach auch, na ja, so einen gewissen Raum von Schutz und Auffang erstmal zu kriegen und dass man merkt, dass man ernst genommen wird.«

Schlussfolgerungen aus den Interviews zur Traumaversorgung gewaltbetroffener Menschen

Hält man sich die Ergebnisse der gesamten qualitativen Evaluation der Traumaambulanz vor Augen, emergiert aus dem Datenmaterial eine Reihe von Kriterien, die wir aus der Fachdiskussion in der Versorgung Traumabetroffener kennen:

Personzentrierung Die Einrichtung arbeitet beziehungsorientiert, parteilich, ressourcenorientiert und methodenflexibel.

Netzwerkorientierung Das soziale Umfeld wird in die Behandlung einbezogen, und Vernetzung spielt eine wichtige Rolle.

Bedarfsorientierung Die Einrichtung arbeitet bedarfsorientiert und sozialpsychiatrisch entlang psychosozialer Behandlungsansätze aus der Klinischen Sozialarbeit.

Beziehungsorientiert, parteilich, ressourcenorientiert und methodenflexibel: »Man macht sich ja schon nackig«, erzählt Brunhilde Beran im Interview. Hohe Feinfühligkeit und Bindungssensibilität der Mitarbeitenden im Umgang mit ihren Problemen sind für Brunhilde Beran daher besonders wichtig: »Und merken auch einfach schnell, wenn was nicht gut ist und wenn es einem mit

was nicht gut geht und haken da dann auch immer mit der genau richtigen Dosis an Stärke, sage ich mal, ... gerade, wenn man in so einem sensiblen und zerbrechlichen Zustand ist, wo man, also ich war ja ganz kaputt. ... Und das kommt wieder hoch.« Die kontinuierliche Auseinandersetzung mit ihrer Traumatisierung fördert Brunhilde Berans Problemakzeptanz und Verarbeitung: »Ja, dass es wirklich so alles passiert ist, dass man das akzeptiert und das halt nicht alleine.« Im Mittelpunkt steht dabei die Aktivierung persönlicher Ressourcen: »Aber wir haben halt wirklich noch mal auch meine Ressourcen erarbeitet, wir haben geguckt, was stabilisiert mich, was ist mir wichtig, worauf kann ich mich verlassen, und was ist eine Basis, ja, wir, das ist halt auch das wieder mit dem Wochenfeedback, dass wir so gucken, und auch mit der Wochenplanung, wo man sich dann auch daran festhalten kann, wieder Schemata, die irgendwie fest sind.«

Das soziale Umfeld wird in die Behandlung einbezogen, und Vernetzung spielt eine wichtige Rolle: Brunhilde Beran ist alleinerziehende Mutter: »Na ja, ich habe ja auch ein Kind, das von mir abhängig ist. Und da fühlt man sich einfach dann noch mit so einem Auffangbecken hier auch noch mal sicher, ... und dann auch hier mal, sich einfach mal Zeit für sich zu nehmen.« In Krisensituationen stellt die Opferhilfe auch hinsichtlich ihrer sozialen Bindungen eine wichtige Absicherung für Brunhilde Beran dar: »Und das macht mich auf jeden Fall sicherer, dass da nichts Schlimmes passieren kann. Wenn ich weiß, irgendwas Schlimmes passiert eventuell, habe ich halt noch mal einen Fallschirm.« Diese Aussage ist übergreifendes Thema in den Interviews.

Auch Offenheit und gute Vernetzungen stellen für Brunhilde Beran und die anderen Interviewten wichtige Charakteristika des Vereins dar: »Na, und dass man hier auf jeden Fall auch Bescheid weiß, an welche Stellen man sich in welchen Situationen wenden kann, wenn man verzweifelt ist. Weiß man ja auch nicht genau, was sind die genauen Anlaufstellen, und das ist ja dann auch alles schwierig. Ja, und das ist auf jeden Fall total hilfreich für mich gewesen. Würde ich auch anderen so empfehlen.« Durch persönliche Erfahrungen geprägt, fällt Brunhilde Beran z. B. der Umgang mit polizeilichen Einrichtungen zunächst schwer, sie überwindet diese Angst jedoch in der Arbeit mit der Fachkraft: »Und ich hatte ganz lange, ganz doll Angst vor der Polizei, und das ist halt noch nicht weg ... so, und hab' dann auch mit ihr zusammen erste Schritte mit Polizei und Anzeigen und Anwaltskontakten aufgenommen ... , die war ganz toll.«

Wie sich am Fallbeispiel Brunhilde Berans zeigt, ist dann auch das soziale Umfeld beruhigt, in der Opferhilfe eine sichere Anlaufstelle für die Betroffenen

zu wissen: »Also, ... meine Freunde sind auf jeden Fall auch beruhigter und glücklicher, wenn sie wissen, dass ich zur Therapie gehe, an meinen Depressionen arbeite, da auf jeden Fall was mache. So, weil die merken auch einfach, mir tut das gut, einfach auch halt, dass ich mich hier schon mal dann aufgehobener fühle und weil es einfach, ich kann nicht irgendwie noch mal so wie früher abstürzen, weil ich hier hingeh.«

Die Einrichtung arbeitet bedarfsorientiert und sozialpsychiatrisch entlang psychosozialer Behandlungsansätze aus der Klinischen Sozialarbeit: Brunhilde Beran befindet sich nicht in einer Psychotherapie, sie nimmt eine sozialpädagogische Begleitung in der Traumaambulanz wahr. Aufgrund ihrer vielen traumatischen Vorerfahrungen in der Kindheit hat das Eingangsscreening eine Empfehlung für eine behutsame alltagsorientierte Begleitung ergeben. Auch Brunhilde Beran betont selbst im Interview, dass insbesondere die alltagsorientierte Begleitung und stete Reflexion der eigenen Entwicklung ihr hilft, neue Kraft zu finden: »Konkret unterstützen die mich jede Woche, indem wir ein Wochenfeedback machen, gucken, was ich schon geschafft habe ... Man hat dann einen besseren Verlauf und kann sich das wirklich noch mal genauer dann auch im zeitlichen Überblick angucken, von den Wochen her ... Und das gibt mir dann auch noch mal irgendwie Kraft, Sachen besser zu schaffen ..., holt mich auf den Boden der Tatsachen.« Die Vernetzung mit Institutionen der Traumaambulanz ermöglicht es Brunhilde Beran und den anderen Interviewten, auch in diesem Bereich mehr Sicherheit zu erlangen und Alternativerfahrungen zu machen. Nachdem sie ihre Angst vor den Behörden überwunden hat, wird das Rechtssystem für sie zu einer echten Ressource. Über ihre Anwältin sagt sie: »Die hat mir halt auch schon mal Mut und Kraft gegeben, auch einfach mal alles, was mir passiert ist, aufzuschreiben, damit ich eine Timeline habe, mit der ich mit der Polizei arbeiten kann, und auch, um damit selbst fertigzuwerden. Und das war wirklich toll ..., also, gerade vor dem letzten Gerichtstermin und bei etlichen Sachen jetzt, wenn ich irgendwelche Briefe von der Polizei bekommen habe, auch, wo mein Mann mich angezeigt hat, mein Ex-Mann.«

Diskussion und Resümee

Brunhilde Berans psychosoziales Befinden hat sich seit der Kontaktaufnahme zur Opferhilfe stark verbessert. Noch vor drei Monaten war sie suizidgefährdet, nun schaut sie voller Pläne in die Zukunft. Sie hat gelernt, mit den

traumatischen Erfahrungen umzugehen und dennoch weiter ein zukunftsorientiertes Leben zu leben. Ängste überfallen sie durchaus immer noch, aber sie weiß sich inzwischen dagegen zu wehren. Die Bezüge zu anderen haben sich grundsätzlich gewandelt, Brunhilde Beran konnte aus dem Gewaltsystem aussteigen und Perspektiven sowie Grenzen für sich entwickeln. Ein Selbstbemächtigungsprozess hat stattgefunden, das Selbstwertgefühl ist wieder in den Normalbereich gestiegen. Vor allem kann sie wieder die volle Verantwortung für ihren Sohn übernehmen. Der Rückhalt durch die Opferhilfe hat Brunhilde Beran zudem im Umgang mit behördlichen Instanzen Halt gegeben und für eine umfassende institutionelle Einbettung gesorgt. »Und das hilft einem halt, das Ganze erst mal durchzustehen, gerade, wenn akut eine Krise ist, und sich wieder aufzubauen«, fasst sie diese Entwicklungen zusammen.

Auch in der begleitenden quantitativen Untersuchung (GAHLEITNER u. a. 2015) erwies sich die Hilfeform, die Brunhilde Beran erhalten hatte, als sehr wirkungsvoll, ebenso im Vergleich mit der Traumafachberatung und der Kurzzeittherapie in der Traumaambulanz. Die sozialpädagogische Begleitung der Traumaambulanz nutzt dafür psychosozial orientierte Konzepte. Im Gegensatz zu benachbarten Disziplinen im Gesundheitsbereich wie der Psychologie und der Medizin wirkt diese klinisch und psychosozial engagierte Soziale Arbeit bei defizitären sozialstrukturellen Faktoren kompensierend und bei sozialen Problemlagen und Ungleichheitsverhältnissen im Alltag unterstützend. Sie betrachtet – im Sinne eines doppelten Fokus – menschliches Verhalten als Ergebnis von individuellen und sozialen Lebensverhältnissen, behält also die individuelle und die klinische Perspektive im Blick (vgl. PAULS 2011). Im Zuge dessen hat sich Soziale Arbeit in den letzten Jahren an komplexen gesellschaftlichen Transformationsprozessen orientiert, die viele Menschen ins Abseits gedrängt haben. Fachkräfte Sozialer Arbeit sind in der Arbeit mit traumatisierten Menschen nicht nur gefordert, über bezugswissenschaftliche – in diesem Fall klinisch-psychiatrische – Kenntnisse zu verfügen, sondern zusätzlich gehalten, diese für ihre Berufspraxis kritisch zu reflektieren, sie auf das Spektrum sozialarbeiterischer Anforderungen zu beziehen und integrativ in Anwendung zu bringen (vgl. MÜHLUM & GAHLEITNER 2008).

Dazu gehört auch das gründliche Eingangsscreening (vgl. GAHLEITNER & PAULS 2013). Personen, die ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen, sollten idealerweise durch ein Screening schon vor der Ausbildung einer Störung identifiziert werden, resümieren auch MICHAEL und Kolleginnen (2006). Auch ist aus der Literatur bekannt (ebenda), dass Menschen nach einem Trauma sehr unterschiedliche Ausprägungen

traumatischer Belastungen entwickeln und formalisierte Interventionen nach einem Trauma nicht zweckdienlich sind. Dieses Eingangsscreening und die individuell flexible und bedarfsorientierte Indikationsstellung scheint in der Traumaambulanz Potsdam äußerst gut zu gelingen und vor allem partizipativ angelegt zu sein. Dies belegen insbesondere die Einzelinterviews mit den Betroffenen selbst. Ihr positives Echo spiegelt die Bedarfsorientierung der Einrichtung wider.

Flexible Beobachtung bzw. Überwachung des psychischen Zustandes einer traumatisierten Person im Sinne eines Monitorings wird zunehmend mehr als Kernkriterium guter Hilfeleistung erachtet (»watchful waiting«). Sogenannte »Screen-and-treat-Ansätze« in multidisziplinären Teams zielen darauf ab, Personen mit posttraumatischen Beschwerden schnell zu identifizieren und ihnen gezielte Interventionen anzubieten (MARAGKOS 2006). Verschiedene Hilfeangebote innerhalb der Traumaambulanz kommen dabei »aus einer Hand« und das daraus resultierende Hilfespektrum bezieht alle betroffenen Lebensbereiche der Klientinnen und Klienten in die Behandlung ein.

Dieses Vorgehen trägt offenbar nicht nur zur Vermeidung einer sekundären Viktimisierung bei, es kommt sogar zu Phänomenen, die als posttraumatisches Wachstum bezeichnet werden können (TEDESCHI & CALHOUN 1995). Kritik an der Einrichtung wird eigentlich nur in Bezug auf zwei Punkte geäußert: Die Einrichtung sollte bekannter sein und das Angebot ohne jede Zeitbegrenzung. In diesem Sinne bietet die Traumaambulanz nicht nur für Brunhilde Beran eine sichere Anlaufstelle bei Problemen. Eine weitere Interviewte resümiert im Interview: »Also, ich würde sofort die Telefonnummer weitergeben von der Traumaambulanz und würde ihr sagen ›Ruf hier an. Schildere, was du hast, und hoffe darauf, dass du einen Platz kriegst‹.«

Zur Vertiefung

GAHLEITNER, S. B.; FRANK, C.; BOECKLE, M.; GERLICH, K.; HINTERWALLNER, H.; KOSCHIER, A.; LEITNER, A. (2015): »Aus meiner Ruine wird langsam wieder ein Haus« – Evaluation der Traumaambulanz der Opferhilfe Potsdam. Modellprojekt zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung traumatisierter Gewaltopfer im Rahmen der Frühintervention. Abschlussbericht. Krems: Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit Donau-Universität Krems, Fakultät Gesundheit und Medizin.

- GAHLEITNER, S.B.; SCHMITT, R.; GERLICH, K. (Hg.) (2014): Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision. Coburg: ZKS.
- MAYRING, P.; GAHLEITNER, S.B. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: BOCK, K.; MIETHE, I. (Hg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen, S. 295–304.

Die Autorinnen

Prof. Dr. phil. habil. Silke Birgitta Gahleitner, Studium der Sozialwissenschaften, Promotion in Klinischer Psychologie, Habilitation in den Erziehungswissenschaften, langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in der Praxis tätig. Seit 2006 lehrt und forscht sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit im Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Intervention an der Alice Salomon Hochschule in Berlin.

Christina Frank ist Soziologin und freie Mitarbeiterin in psychosozialen Forschungsprojekten. Sie war u. a. wissenschaftlicher Mitarbeiterin an der Donau-Universität Krems am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit. Aktuell ist sie Fachreferentin der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) sowie Projektmitarbeiterin eines Berufsqualifizierungsprojekts für Menschen mit Behinderung der Caritas Wien.

Rosmarie Priet, Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin, ist Leiterin der Opferberatungsstellen/Traumaambulanz des Opferhilfe Land Brandenburg e. V. und leitet den Zertifikatskurs Professionelle Opferhilfe an der Alice Salomon Hochschule.

Referenzen

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006): Evidence-based practice in psychology. In: American Psychologist, 61 (4), S. 271–285. <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-statement.pdf> (17.01.2018).
- BAR-ON, D. (1996): Ethical issues in biographical interviews and analysis. In: JOSSELYN, R. (Hg.): Ethics and process in the narrative study of lives, S. 9–21. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

- BOCK, K.; MIETHE, I. (Hg.) (2010): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- CREFELD, W.; GAHLEITNER, S.B. (2010): Krisenhilfe heute – Struktur und Inhalt einer bedarfsgerechten Ausgestaltung. In: ORTIZ-MÜLLER, W.; SCHEUERMANN, U.; GAHLEITNER, S.B. (Hg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte, 2. überarb. Aufl., S. 36–47. Stuttgart: Kohlhammer.
- EPPLER, N.; MIETHE, I.; SCHNEIDER, A. (Hg.) (2011): Qualitative und quantitative Wirkungsforschung. Ansätze, Beispiele, Perspektiven. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- GAHLEITNER, S.B. (2002): Research on interpersonal violence – a constant balancing act. In: KIEGELMANN, M. (Hg.): The role of the researcher in qualitative psychology, S. 159–168. Schwangau: Verlag Ingeborg Huber.
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:291-psydok-9437> (17.01.2018).
- GAHLEITNER, S.B. (2012): Forschung in der Sozialen Arbeit: Eine Bestandsaufnahme. In: GAHLEITNER, S.B.; KRAUS, B.; SCHMITT, R. (Hg.): Über Soziale Arbeit und über Soziale Arbeit hinaus. Ein Blick auf zwei Jahrzehnte Wissenschaftsentwicklung, Forschung und Promotionsförderung, S. 59–76. Lage: Jacobs Verlag.
- GAHLEITNER, S.B.; FRANK, C.; BOECKLE, M.; GERLICH, K.; HINTERWALLNER, H.; KOSCHIER, A.; LEITNER, A. (2015): »Aus meiner Ruine wird langsam wieder ein Haus« – Evaluation der Traumaambulanz der Opferhilfe Potsdam. Modellprojekt zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung traumatisierter Gewaltopfer im Rahmen der Frühintervention. Abschlussbericht. Krems: Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit Donau-Universität Krems, Fakultät Gesundheit und Medizin.
- GAHLEITNER, S.B.; GERLICH, K.; HEILER, R.; HINTERWALLNER, H.; HUBER, E.; KÖRNER, M.; PFAFFENLEHNER, J.; YVETTE, V. (2017): Psychosoziale Arbeit mit Frauen aus dem Frauenhandel. Ein Plädoyer für bindungs- und traumasensible interprofessionelle Zusammenarbeit. In: Trauma & Gewalt, 11 (1), S. 22–34.
- GAHLEITNER, S.B.; PAULS, H. (2013): Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In: GAHLEITNER, S.B.; HAHN, G.; GLEMSER, R. (Hg.): Psychosoziale Diagnostik, Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 5, S. 61–77. Köln: Psychiatrie Verlag.

- GALUSKE, M.; MÜLLER, W. C. (2005): Handlungsformen der Sozialen Arbeit – Geschichte und Entwicklung. In: THOLE, W. (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, 2. überarb. Aufl., S. 485–508. Wiesbaden: VS.
- GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Hans Huber Verlag.
- HANNICH, H.-J. (2008): Situation der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, insbesondere in den Neuen Bundesländern. Vortrag am Jahresempfang der OPK am 11.06.2008 in Leipzig.
- KRAUDZUN, H. (2013): Psychologen dringend gesucht. In: Märkische Online Zeitung, 19.06.2013. <http://www.moz.de/artikel-ansicht/dg/o/1/1175180> (06.01.2017).
- LEVANT, R. F. (2005): Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice. American Psychological Association. <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf> (17.01.2018).
- MARAGKOS, M. (2006): Mehrphasige Integrative Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Psychotherapie im Dialog, 7 (4), S. 408–412.
- MAYRING, P.; GAHLEITNER, S. B. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: BOCK, K.; MIETHE, I. (Hg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit, S. 295–304. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- MICHAEL, T.; MUNSCH, S.; LAJTMAN, M. (2006): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Frühinterventionsverfahren nach Traumatisierung: Übersicht und Evaluation. In: Verhaltenstherapie, 16 (4), S. 283–292.
- MÜHLUM, A. (2004): Zur Notwendigkeit und Programmatik einer Sozialarbeitswissenschaft. In: MÜHLUM, A. (Hg.): Sozialarbeitswissenschaft. Wissenschaft der Sozialen Arbeit, S. 121–156. Freiburg: Lambertus.
- MÜHLUM, A.; GAHLEITNER, S. B. (2008): Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit – Professionstheoretische Annäherung und professionspolitische Folgerungen. In: GAHLEITNER, S. B.; HAHN, G. (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder, Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 1, S. 44–59. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- NEUBAUER, T. (2012): Überblick über die Zeugen- und Prozessbegleitung in Deutschland. Vortrag bei der ado-Fachtagung »Gemeinsam sind wir VIELE« am 22./23.11.2012 in Stuttgart. http://www.opferhilfen.de/Praesentation_Berlin2012.pdf (06.01.2017).
- PAULS, H. (2006): Standards, evidenzbasierte Praxis, Praxisforschung: Was können wir tun? In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 2. Sonderausgabe, S. 38–39. http://www.zks-verlag.de/files_s620_e2327_o25428_o_size_o_klinsa_special_2006.pdf (17.01.2018).

- PAULS, H. (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung, 2. überarb. Aufl. Weinheim: Juventa.
- PETR, C. G.; WALTER, U. M. (2009): Evidence-based practice: a critical reflection. In: *European Journal of Social Work*, 12 (2), S. 221–232.
- Polizeipräsidium Land Brandenburg (2016): Polizeiliche Kriminalstatistik Brandenburg 2015. Eberswalde: Polizeipräsidium Land Brandenburg. <https://polizei.brandenburg.de/fm/32/Jahrbuch%202015.pdf> (10.01.2019).
- PRIET, R. (2015): Modellprojekt Traumaambulanz Potsdam. Vortrag bei der Tagung »Schnelle Hilfe, kurze Wege – Traumatisierung und Frühintervention für Gewaltopfer« der Opferhilfe Land Brandenburg am 03.03.2015 in Potsdam.
- SACK, M.; SACHSSE, U.; SCHELLONG, J. (Hg.) (2013): Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- SCHMIDT, G. (2010): »Den Albtraum beenden ...« – Krisenintervention nach akuten Traumatisierungen. In: ORTIZ-MÜLLER, W.; SCHEUERMANN, P.; GAHLEITNER, S. B. (Hg.): *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte*, 2. überarb. Aufl., S. 273–293. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHREIER, M.; FIELDING, N. (Hg.) (2001): Qualitative and quantitative research: Conjunctions and divergences. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2 (1). <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/issue/view/26> (17.01.2018).
- SCHULTE-HERBRÜGGEN, O. (2012): Traumaambulanz Berlin für Opfer und Zeugen von Gewalt. Interview der Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e. V. Berlin. http://signal-intervention.de/download/Newsletter_Interview_DrSchulte-Herbrueggen_7_2012.pdf (06.01.2017).
- SOMMERFELD, P.; HÜTTEMANN, M. (Hg.) (2007): Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis, Reihe: Grundlagen der sozialen Arbeit, Band. 17. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- TEDESCHI, R. G.; CALHOUN, L. G. (1995): *Trauma and transformation. Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- WITZEL, A. (1982): *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*, Reihe: Campus Forschung, Band 322. Frankfurt a. M.: Campus.
- WITZEL, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1 (1), Art.22. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> (06.01.2017).

Der Einsatz von Forschungstagebüchern am Beispiel der Evaluation eines Modellprojekts

Sebastian von Peter, Julian Schwarz

Narrative und partizipative Methoden werden in der sozialpsychiatrischen Forschung zunehmend eingesetzt (KRUMM et al. 2006; SIKORSKI et al. 2010; TRIVEDI et al. 2002). Nachfolgend wollen wir am Beispiel der Evaluation eines Modellprojekts nach § 64b SGB V den Einsatz von Forschungstagebüchern vorstellen, einer im Feld der Sozialpsychiatrie kaum genutzten und im Methodenrepertoire der empirischen Gesundheitsforschung weitgehend vergessenen Methode (ELLIOTT 1997).

Einsatz persönlicher Dokumente in der Forschung

Der wissenschaftliche Einsatz von Tagebüchern hat eine lange Tradition in der psychologischen Forschung. Die Entwicklungspsychologen PREYER (1895) und das Ehepaar STERN (1914) nutzten bereits Ende des 19. Jahrhunderts Tagebuchaufzeichnungen, um die Entwicklung ihrer Kinder zu untersuchen (HOPPE-GRAFF et al. 2007). ALLPORT (1943) unterschied verschiedene Typen von Tagebüchern:

- Das intime Tagebuch mit unzensierten Gedanken, bestimmt zum privaten Gebrauch,
- Memoiren als unpersönliches Tagebuch, verfasst zur Veröffentlichung und
- das Protokoll als chronologische Listung von Ereignissen ohne ausführliche persönliche Notizen.

Heutzutage beschäftigen sich vor allem die Biografieforschung bzw. die Sozial- und Geschichtswissenschaften mit Sinnkonstruktionen auf Basis persönlicher Dokumente und Tagebücher (METH 2003).

Seit den 1970er-Jahren hat sich eine weitere Anwendung etabliert (ELLIOTT 1997): Eine Person wird beauftragt, ein Tagebuch anzufertigen, in dem sie Beobachtungen, Gefühle und Erfahrungen im Hinblick auf eine vorgegebene

Forschungsfrage notiert. Ihr kommt dadurch eine Doppelrolle zu, nämlich die eines Forschungssubjektes und -objektes zugleich.

Verbreitet ist diese Form des Tagebuchs vor allem in der medizinischen Psychologie und Versorgungsforschung. Dabei werden Forschungstagebücher vorrangig eingesetzt, um Krankheitssymptome prospektiv aufzuzeichnen und somit Längsschnittbetrachtungen zu ermöglichen. Beispiele sind Demenz-, Angst- oder Schmerzstagebücher (WALDRON et al. 1975; WILZ et al. 1997). Oft handelt es sich dabei um Checklisten mit strukturierten Antwortformaten, um den Aufwand für die Ausfüllenden möglichst gering zu halten und eine quantifizierbare Auswertung zu ermöglichen. Die Erfassung subjektiver Krankheitserfahrungen spielt demgegenüber häufig nur eine untergeordnete Rolle.

Forschungstagebücher werden außerdem in der qualitativen Sozialforschung genutzt. Dort werden Forschungstagebüchern als Reflexions- und Distanzierungsinstrumente von Forschenden eingesetzt (BERGOLD et al. 2010), um sie im Forschungsprozess zu unterstützen und Transparenz herzustellen: Wissenschaftler sollen sich während der Forschungssituation durch das Notieren von Erfahrungen, Meinungen und Gefühle ihrer Voreingenommenheit bzw. ihres persönlichen Einflusses bewusst werden (ORTLIPP 2008)

In unserer Studie nutzten wir Forschungstagebücher vor allem als qualitatives Erhebungsformat und nicht als reines Reflexionsinstrument. Nachfolgend möchten wir anhand eines Evaluationsprojekts zeigen, wie wir Forschungstagebücher angewendet haben und welche Variationen es bei der Durchführung gab.

Der Einsatz der Forschungstagebüchern im Modellprojekt

Seit 2013 sind die Möglichkeiten für integrative Behandlungsformen in der psychiatrischen Versorgung gemäß § 64b SGB V erweitert worden: Durch ein klinikbezogenes Gesamtbudget über alle Behandlungssettings hinweg – stationär, teilstationär, ambulant – zielen diese sogenannten Modellvorhaben auf eine flexiblere, bedarfsgerechtere Versorgung. Inzwischen gibt es 19 Modellprojekte in ganz Deutschland. Zwölf daran beteiligte Einrichtungen haben sich zusammengeschlossen, um eine vorwiegend qualitativ ausgerichtete Evaluation voranzutreiben (VON PETER et al. 2017). Ziel war zum einen die Entwicklung einer gegenstandsangemessenen Theorie mittlerer Reichweite

für die Modellbehandlung (PFAFF et al. 2009), zum anderen eine Prozess- und Outcome-Evaluation mithilfe eines eigens entwickelten Fragebogens (IGNATYEV et al. 2017).

Neben Fokusgruppen und Experteninterviews kamen in diesem Projekt auch Forschungstagebüchern zum Einsatz, um das Erleben des Versorgungsalltags aus der Sicht von Betroffenen, Mitarbeitern und Angehörigen abzubilden. Ihre Rekrutierung erfolgte durch vorher in den Studienzielen und -methoden geschulte Studienkoordinatoren der Modellprojekte. Allen Tagebuchschreibenden wurde schriftlich ihre Anonymität im Umgang mit ihren Daten zugesichert. Die ethische Begutachtung der Studie erfolgte durch die Landesärztekammern der jeweiligen Bundesländer.

Alle Teilnehmenden erhielten schriftliche Anweisungen zur Anfertigung der Forschungstagebücher. Ein Ziel war die detaillierte Beschreibung des Alltags, um oft selbstverständlich erscheinende Routinen besser abzubilden. Nach dem Prinzip »anything is data« (STRAUSS 1967) sollten eigene Eindrücke, Gefühle und Gedanken, vor allem beschreibend, aufgezeichnet werden. Die Probanden wurden gebeten, die Forschungstagebücher etwa ein- bis zweimal pro Woche über insgesamt drei Monate zu führen. Die Dokumentation sollte am besten am Tag der Beobachtung erfolgen, entweder per Hand oder elektronisch. Das Datum der Dokumentation sollte vermerkt und involvierte Personen anonymisiert werden.

Zweitens enthielten die Anweisungen jeweils eine konkrete Fragestellung: Die Patienten der Modellprojekte wurden beispielsweise gebeten, Situationen zu beschreiben und zu bewerten, in denen sie in ihrem häuslichen Umfeld versorgt wurden. Dabei sollten sie die aus ihrer Sicht bedeutungsvollen Momente festhalten und auf den subjektiv erlebten Nutzen und die empfundenen Schwierigkeiten eingehen. Andere Fragestellungen betrafen die empfundene Qualifikation und Haltung der Mitarbeitenden, den erlebten Nutzen eines Einbezugs der eigenen Angehörigen in die Behandlung und das Erleben von Behandlungskontinuität. Diese Themenauswahl erfolgte entlang vorher entwickelter spezifischer Merkmale für die Modellversorgung nach § 64b SGB V (VON PETER et al. 2017).

Die Auswertung der Forschungstagebücher erfolgte nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse (MAYRING 2015). Dies bot sich in unseren Projekten vor allem aufgrund der methodischen Triangulation an.

Die meisten Forschungstagebücher wurden elektronisch verfasst. Außerdem fiel auf, dass sie sehr unterschiedliche Längen hatten: Manche waren nur zwei, andere bis zu 16 Seiten lang. Die Häufigkeit der Eintragungen variierte deutlich:

Von einmal täglich bzw. wöchentlich bis hin zu stark diskontinuierlichen Abständen oder längeren Pausen von bis zu einem Monat. Diese Varianzen sind beschrieben (MILLIGAN et al. 2005; VÄLIMÄKI et al. 2007; VERBRUGGE 1980), sie machen den Reiz der Methode aus.

Auch inhaltlich wurde sehr unterschiedlich dokumentiert: Manche Probanden arbeiteten eher deskriptiv, andere machten intimere, emotionalere Eintragungen; manchmal findet sich auch ein Mischbild aus Situationen, Gefühlen, Kognitionen, Interaktionen, Verhaltensweisen und Ereignissen. Auch das ist typisch für Forschungstagebücher (VÄLIMÄKI et al. 2007).

Methodische Diskussion: Vor- und Nachteile von Forschungstagebüchern

Jeder kennt Tagebücher. Dies ist von Vorteil, wenn es darum geht, Probanden mit der Methode vertraut zu machen (SYMON 2004). COXON et al. (1996; 1988) sprechen sogar von einer »natürlichen Methode«. Mit Forschungstagebüchern lassen sich Phänomene erheben, die für Forschende sonst nicht zugänglich sind, oder die durch deren Präsenz anders dargestellt würden (ELLIOTT 1997). In unserem Projekt erlaubte der Einsatz von Forschungstagebüchern beispielsweise einen Einblick in den häuslichen Alltag der Patientinnen und Patienten und die erlebte Versorgungsqualität.

Ein Vorteil von Forschungstagebüchern ist, dass Schreibende eigene Prioritäten in Bezug auf die Forschungsfrage einbringen können; sie können frei entscheiden, was sie, wann und wo schreiben (MILLIGAN 2005). Ein weiterer großer Vorteil von Forschungstagebüchern ergibt sich aus der – im Vergleich zu anderen Erhebungsformaten – geringeren retrospektiven Zensur (ELLIOTT 1997; METH 2003; SYMON 2004). Daraus kann eine höhere externe Validität resultieren (IIDA et al. 2012): Durch das nur kurze Zeitfenster zwischen Erfahrung und Dokumentation gibt es weniger Erinnerungslücken (VERBRUGGE 1980). Auch in unserem Projekt haben wir festgestellt, dass sich beispielsweise in Interviews bestimmte Gedächtnisinhalte eher verlieren können.

Nutzen und Anforderungen für die Schreibenden Aus Sicht der Forschenden sind Forschungstagebücher zeitökonomisch, da die Datenerhebung von den Probanden übernommen wird (MILLIGAN et al. 2005). Der Aufwand ist diesen durchaus bewusst und sollte honoriert werden. Einige Probanden meldeten uns zurück – und hier kommen wir zu den Anforderungen –, dass das Schreiben

eines Forschungstagebuches zeitaufwendig und teilweise auch frustrierend sein kann. Es erfordert die Bereitschaft, das Forschungstagebuch regelmäßig und entsprechend der Vorgaben der Forschenden zu führen. Eine Vergütung der Schreibenden ist also angeraten (METH 2003).

Das Führen eines Forschungstagebuches kann für die Schreibenden aber auch ein Gewinn sein: In unserem Projekt berichteten einige Probanden, dass das Schreiben zu dem Gefühl führte, einen sinnvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu leisten. Außerdem beobachteten sie, dass der Schreibprozess zur Auseinandersetzung mit ihren eigenen Gedanken und Gefühlen führte. Das Schreiben von Forschungstagebüchern kann »empowernd« wirken (VÄLIMÄKI et al. 2007) und dazu führen, den eigenen Alltag stärker zu reflektieren (VERBRUGGE 1980).

Beziehung zu den Schreibenden In unserem Projekt haben nur etwa ein Drittel der Probanden ihre Forschungstagebücher ausgefüllt bzw. zurückgegeben. Dieser geringe Rücklauf lag vor allem daran, dass der Kontakt zu den Schreibenden nur mittelbar, durch die Studienkoordinatoren, gegeben war. Die erfolgreiche Anwendung von Forschungstagebüchern hängt jedoch ganz wesentlich davon ab, wie gut es den Forschenden gelingt, eine Vertrauensbeziehung zu den Schreibenden herzustellen (LINCOLN et al. 1985). So wird ein persönliches Kennenlernen empfohlen, bevor die Forschungstagebücher übergeben werden (MILLIGAN et al. 2005). Ein enger Austausch mit den Schreibenden ist die wirkungsvollste Maßnahme, um die Beteiligung der Schreibenden zu erhöhen (VÄLIMÄKI et al. 2007).

Triangulation In unserem Projekt neben Forschungstagebüchern auch andere Methoden eingesetzt. Eine solche Einbettung ist beschrieben (BEGLEY 1996). Vor allem die Kombination aus Tagebuch und anschließendem Einzelinterview ist etabliert (CORTI 1993): Unklare oder besonders relevante Eintragungen können so tiefer exploriert bzw. kontextualisiert werden, denn im Gegensatz zu beispielsweise Fokusgruppen, erlauben Forschungstagebücher keine Nachfragen. Außerdem können durch ein diskontinuierliches Führen von Forschungstagebüchern über längere Zeiträume hinweg gegensätzliche Positionen entstehen, die sich ohne ein zusätzliches Interview oft nicht auflösen lassen.

Inhaltliche Diskussion: Welches Wissen produzieren Forschungstagebücher?

Forschungstagebücher erzeugen ein Verständnis darüber, wie Probanden ihren Alltag wahrnehmen. Dabei ist zu beachten, dass das erzeugte Wissen nicht allein die Sichtweisen der Schreibenden widerspiegelt, sondern durch die Forschungssituation co-produziert wird (BELL 1998; ELLIOTT 1997): Es sind die Forschenden, die den inhaltlichen Fokus des Forschungstagebuches bestimmen. Außerdem werden Forschungstagebücher »im Auftrag« erstellt, d. h. sie richten sich an (einen) Adressaten (ELLIOTT 1991; MILLIGAN 2005) und werden im Bewusstsein dessen erstellt. Forschungstagebücher sind also eine Form der Selbstrepräsentation, die immer auch die Forschende-Beforschte-Beziehung spiegelt (METH 2003).

Aufzeichnung des Alltags Forschungstagebücher erzeugen ein Wissen über alltägliche Routinen, das in anderen Erhebungsformaten leicht untergehen kann, da es (fälschlicherweise) für zu trivial gehalten wird (VERBRUGGE 1980). So schrieb eine Mitarbeiterin:

»Noch passiert (die Behandlung; Anmerkung der Autoren) im tagesklinischen Setting, wir wollen aber gerne in ambulant Akutbehandlungssetting überleiten. Der Patient hat eine Stunde Fahrzeit mit dem Taxi jeden Tag und das ist die obere Grenze, besonders für einen Achtjährigen. Er ist dann erst 17:30 zu Hause. Sich einstellen auf die neue Schule kostet ihn auch viel Kraft.« Anders als bei Fokusgruppen oder Interviews, die vor allem kognitive Konstruktionen bzw. Meinungen hervorbringen, dominieren situative Darstellungen von Handlungen und Interaktionen. Hier die Äußerung einer Mitarbeiterin:

»Bei unserem Besuch bittet sie uns in ihr Wohnzimmer, der Kamin brennt, der Raum ist ziemlich vollgestellt. Ihre Hunde »beschnuppern« und »begrüßen« uns, ihre Liegeplätze im Wohnzimmer nehmen viel Raum ein. Die Patientin begegnet uns anfangs skeptisch, mit einer Art distanzierterem Interesse. Wir erläutern unsere Intentionen (...) sie zeigt sich angetan durch diese Herangehensweise.«

Forschungstagebücher erzeugen also oft ein sehr anschauliches Wissen, wodurch sich konkrete Einsichten in das Alltagsleben der Patienten eröffnen können:

»In dieser Woche bin ich dreimal bei der Ergotherapie gewesen und habe meine Gespräche bei Herrn X gehabt. Mit Frau Y habe ich eine soziale Netzwerkkarte gemacht. Ich weiß nicht, was das bringen soll.« Während der Beschreibung

des Alltags können ProbandInnen den Bezug zur Fragestellung verlieren. So waren einige der uns vorliegenden Forschungstagebücher kaum auswertbar, weil der Zusammenhang zur Forschungsfrage nicht ersichtlich wurde.

Introspektionen und Bewertungen Häufig stehen Bewertungen und Gefühle im Vordergrund der Patienten-Eintragungen:

»Es fällt mir schwer, jeden Tag in die Klinik zu fahren. Ich bin auf dem Hin- und dem Rückweg jeweils 20 Minuten mit dem Auto unterwegs. Ich finde es anstrengend, morgens aufzustehen und das Haus zu verlassen. In der Klinik geht es dann wieder, weil ich da in mein Zimmer gehen kann.«

Bei der Interpretation dieser Äußerungen ist Vorsicht geboten. Denn Forschungstagebücher sind, wie zuvor erwähnt, immer auch eine Form der Selbstrepräsentation (KENTEN 2010; Milligan 2005):

»Ich kann von keiner anderen Situationen berichten. Vielleicht stellt Sie (die Forschenden; Anmerkung der Autoren) das nicht zufrieden.«

Die »innere Verfasstheit« der Schreibenden, ihr inneres Ringen oder ihre Ambivalenzen können trotzdem sehr deutlich werden, ähnlich wie bei einem »inneren Dialog«:

»Der Pfleger lacht immer, wenn die Ärztin mit mir viele Sachen machen will. Das stresst auch total. Sie ist neu und tooooootal motiviert – aber deswegen muss ich ja nicht gleich eine Biografiearbeit schreiben oder einen Lebensstrahl malen.« Das Befinden der Schreibenden – hier eines Mitarbeiters – wird dabei entweder explizit benannt oder es äußert sich eher implizit, »zwischen den Zeilen«:

»Jetzt muss ich den Brief schreiben. Wordgenerierung funktioniert gerade nicht im System. Wichtig, dass die Familie den Brief zeitnah bekommt. Die Suche nach einem Therapieplatz bei einem niedergelassenen Therapeuten hat bisher nicht gefruchtet.«

Dieses introspektive, intime Moment kann auch verloren gehen. Dies ist aus unserer Sicht insbesondere dann der Fall, wenn es in den Forschungstagebücher vorrangig um die Beschreibung anderer statt der eignen Verfasstheit geht.

Gleichzeitig scheinen Forschungstagebücher Patienten auch die Artikulation von »heiklen« oder kritischen Themen zu ermöglichen:

»Diese Woche war doof (...) Herr X war gereizt, hat mich nicht verstanden, hat nie richtig zugehört und behauptet, dass ich viel Zeit kriegen würde. Ich warte ständig auf Termine mit ihm und immer ist er zu spät. Ständig geht sein Telefon und immer ist irgendetwas. Ich fühle mich unwichtig.« Das grenzt sie positiv von Fokusgruppen oder Interviewsituationen ab, die oft sozial erwünschtes Antwortverhalten mit sich bringen (MILLIGAN et al. 2005). Auch

Themen wie Gewalt- und Missbrauchserfahrungen sind für Fokusgruppen zu sensibel, können jedoch mit Forschungstagebüchern exploriert werden (IDA et al. 2012; METH 2003; TUCKETT & STEWART 2004).

Momentaufnahme versus Längsschnittbetrachtung Schließlich ermöglichen Forschungstagebüchern Verlaufsbeobachtungen. Eine Mitarbeiterin notiert am ersten Tag:

»Frau Kohl wird seit heute im stationersetzenden Setting geführt. Sie äußert sich sorgenvoll und ängstlich (...) alleine zu Wohnen, ohne soziale Kontakte zu sein.«

Knapp zwei Wochen später schreibt dieselbe Mitarbeiterin dann:

»Frau Kohl berichtet in der Visite von ihrem zurückliegenden Wochenende. Sie habe es genießen können, zu Hause zu sein. Ihr tue die Gemeinschaft auf der Station gut – andererseits könne sie sich zu Hause gut entspannen.«

In Fokusgruppen und Interviews geben Befragte meistens nur das wieder, was für den Moment wichtig ist. Das kann problematisch sein, da sich Einsichten in Bezug auf die Forschungsthemen oft erst durch eine wiederholte Beschäftigung entwickeln bzw. festigen.

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

Forschungstagebücher werden im Feld der Sozialpsychiatrie kaum genutzt und sind auch in der qualitativen Gesundheitsforschung eine Seltenheit. Wie gezeigt, eignet sich diese Methode jedoch für spezifische Themen oder zur methodischen Triangulation. Sie kann Prozesse der Selbstreflexivität und -ermächtigung bei den Schreibenden fördern und passt dadurch gut zu sozialpsychiatrischen Fragestellungen und auch zu partizipativen Studiendesigns.

Forschungstagebücher generieren subjektive Alltagsbeschreibungen. Den Schreibenden ist es freigestellt, wann und wo sie schreiben, wodurch dem Schreibakt etwas Natürliches und Intuitives anhaftet. Infolgedessen entsteht ein an Introspektionen und (emotionalen) Bewertungen gesättigtes Wissen, auch heikle und kritische Wissensbestandteile können geäußert werden.

Der hohe Erkenntnisgewinn von Forschungstagebüchern liegt auch daran, dass das Schreiben zumeist direkt dort stattfindet, wo soziale Realität entsteht, z. B. in der eigenen Wohnung. Eintragungen in Forschungstagebüchern sind also stärker in konkrete Situation eingebettet, als dies bei Äußerungen in

Fokusgruppen oder Interviews der Fall ist. Infolgedessen erscheint das durch Forschungstagebücher generierte Wissen dicht und kontextuell gebunden, die geäußerten Einsichten und Bewertungen der ProbandInnen sind leicht nachvollziehbar.

Gleichzeitig sind und bleiben Forschungstagebücher angeforderte Dokumente, d. h. sie richten sich immer auch an (einen) Adressaten und sind demzufolge als co-produziert aufzufassen. Forschungstagebüchern spiegeln also nicht nur die »innere« Verfassung der Schreibenden, sondern auch ihre Beziehung zu den Forschenden und zur Forschungssituation wider. Indem sich die Schreibenden an ein Publikum richten, nehmen sie auch soziale Positionierungen vor, die wiederum über soziale Regeln Aufschluss geben können.

Es wäre wünschenswert, wenn Forschungstagebücher in der sozialpsychiatrischen Forschung zu mehr Bekanntheit gelangen könnten. Dies setzt weitere Erfahrungsbildung im Umgang mit dieser Methode voraus.

Zur Vertiefung

PETER, S. VON; IGNATYEV, Y.; INDEFREY, S.; JOHNE, J.; SCHWARZ, J.; TIMM, J.;

HEINZE, M. (2017): Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. Der Nervenarzt, 88 (5), S. 1–6.

ELLIOTT, H. (1997): The Use of Diaries in Sociological Research on Health Experience. Sociological Research Online, 2 (2) <http://www.sagepub.com/doi/abs/10.5153/sro.38> (04.06.2018)

HARVEY, L. (2011): Intimate reflections: Private diaries in qualitative research. Qualitative Research, 11 (6) <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468794111415959> (02.11.2018)

Die Autoren

PD Dr. med. Sebastian von Peter ist Oberarzt an der Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Brandenburg an der Immanuel Klinik Rüdersdorf. Er leitet dort einen Forschungsschwerpunkt zu partizipativen und qualitativen Ansätzen der psychiatrischen Versorgungsforschung. Klinisch baut er ein Team für die stationsäquivalente Behandlung (StäB) auf.

Dr. med. Julian Schwarz ist Arzt in Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie. Studium und Promotion an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Seit 2017 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Aktuelle Projekte zur Evaluation der sektorenübergreifenden Versorgung (nach § 64b SGB V) sowie krankenhausalternativer Unterstützungsformen (Evaluation der Krisenzimmer des Landesverbandes Psychiatrieerfahrener NRW).

Referenzen

- BEGLEY, C.M. (1996): Triangulation of communication skills in qualitative research instruments. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (4), S. 688–693.
- BELL, L. (1998): Public and private meanings in diaries: researching family and childcare. In: RIBBENS, J.; EDWARDS, R. (Hg.): *Feminist dilemmas in qualitative research: public knowledge and private lives*, S. 72–86. London: Sage.
- BERGOLD, J.; THOMAS, S. (2010): Partizipative Forschung. In: MEY, G.; MRUCK, K. (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 333–344. Wiesbaden: VS.
- CORTI, L. (1993): Using diaries in social research. *Social research update*, 2 (2) <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU2.html> (04.06.2018)
- COXON, A.P.M. (1996): Between the sheets: Sexual diaries and gay men's sex in the era of AIDS. London: Weidenfeld & Nicolson.
- COXON, T. (1988): Something sensational. The sexual diary as a tool for mapping detailed sexual behaviour. *The Sociological Review*, 36 (2), S. 353–367.
- ELLIOTT, H. (1997): The Use of Diaries in Sociological Research on Health Experience. *Sociological Research Online*, 2 (2) <http://www.socresonline.org.uk/2/2/7> (04.06.2018)
- HOPPE-GRAFF, S.; HYE-ON, K. (2007): Von William T. Preyer zu William Stern: Über die Durchführung und Nutzung von Tagebuchstudien in den Kindertagen der deutschen Entwicklungspsychologie. *Journal für Psychologie*, 27 (3), S. 15.
- IGNATYEV, Y.; TIMM, J.; HEINZE, M.; INDEFREY, S.; PETER, S. VON (2017): Development and Preliminary Validation of the Scale for Evaluation of Psychiatric Integrative and Continuous Care – Patient's Version. *Frontiers in Psychiatry*, S. 8.

- IIDA, M.; SHROUT, P.E.; LAURENCEAU, J.-P.; BOLGER, N. (2012): Using diary methods in psychological research. In: COOPER, H.; CAMIC, P.M.; Long, D.L.; Panter, A.T.; Rindskopf, D.; Sher, K.J. (Hg.): APA handbook of research methods in psychology, Vol 1: Foundations, planning, measures, and psychometrics, S. 277–305. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- KENTEN, C. (2010): Narrating Oneself: Reflections on the use of Solicited Diaries with Diary Interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, 11 (2).
- KRUMM, S.; BECKER, T. (2006): Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. *Psychiatrische Praxis*, 33 (2), S. 59–66.
- LEWIS, C. (1982): Using the »thinking-aloud« method in cognitive interface design. IBM TJ New York: Watson Research Center.
- LINCOLN, Y.S.; GUBA, E.G. (1985): Naturalistic inquiry (Bd. 75). Beverly Hills: Sage.
- MAYRING, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken 12. Aufl. Weinheim: Beltz.
- METH, P. (2003): Entries and omissions: using solicited diaries in geographical research. *Area*, 35 (2), S. 195–205.
- MILLIGAN, C.; BINGLEY, A.; GATRELL, A. (2005): Digging deep: using diary techniques to explore the place of health and well-being amongst older people. *Social Science & Medicine*, 61 (9), S. 1882–1892.
- MORSE, J.M.; FIELD, P.-A. (1995): Nursing research: The application of qualitative approaches. Cheltenham: Nelson Thornes.
- ORTLIPP, M. (2008): Keeping and using reflective journals in the qualitative research process. *The qualitative report*, 13 (4), S. 695–705.
- PFAFF, H.; ALBERT, U.-S.; BORNEMANN, R.; ERNSTMANN, N.; GOSTOMZYK, J. (2009): Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen*, 71 (11), S. 777–790.
- PETER, S. VON; IGNATYEV, Y.; INDEFREY, S.; JOHNE, J.; SCHWARZ, J.; TIMM, J.; HEINZE, M. (2017): Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. *Der Nervenarzt*, 88 (5), S. 1–6.
- PREYER, W.T. (1895): Die Seele des Kindes: Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren. Leipzig: T. Grieben.
- SIKORSKI, C.; GLAESMER, H.; BRAMESFELD, A. (2010): Quantität versus Qualität – Zum Stand der Methodendebatte in der Versorgungsforschung. *Psychiatrische Praxis*, 37 (07), S. 322–328.

- STANLEY, L. (1995): *The Auto/biographical I: The Theory and Practice of Feminist Auto/biography*. Manchester University Press.
- STERN, W. (1914): *Psychologie der frühen Kindheit bis zum sechsten Lebensjahre. Mit Benutzung ungedruckter Tagebücher von Clara Stern*. Leipzig: Quelle & Meyer.
- STRAUSS, A. L. (1967): *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publications Company.
- SWINDELLS, J. (1995): *The Uses of Autobiography. Gender & Society: Feminist Perspectives on the Past and Present*. Bristol: Taylor & Francis.
- SYMON, G. (2004): *Qualitative Research Diaries*. In: CASSEL, C.; SYMON, G. (Hg.) *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*, S. 98–113. London: SAGE.
- TRIVEDI, P.; WYKES, T. (2002): From passive subjects to equal partners. *The British Journal of Psychiatry*, 181 (6), S. 468–472.
- TUCKETT, A. G.; STEWART, D. E. (2004): Collecting qualitative data: Part II Journal as a method: experience, rationale and limitations. *Contemporary Nurse*, 16 (3), S. 240–251.
- VÄLIMÄKI, T.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K.; PIETILÄ, A.-M. (2007): Diaries as research data in a study on family caregivers of people with Alzheimer's disease: methodological issues. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (1), S. 68–76.
- VERBRUGGE, L. M. (1980): Health diaries. *Medical care*, 18 (1), S. 73–95.
- WALDRON, I.; EYER, J. (1975): Socioeconomic causes of the recent rise in death rates for 15–24-yr-olds. *Social Science & Medicine*, 9 (7), S. 383–396.
- WILZ, G.; BRÄHLER, E. (Hg.) (1997): *Tagebücher in Therapie und Forschung. Ein anwendungsorientierter Leitfaden*. Göttingen: Hogrefe.

VON DER FREMD- ZUR SELBSTBESCHREIBUNG PSYCHIATRISCHER VERSORGUNG: PARTIZIPATIVE FORSCHUNGSANSÄTZE

Partizipativ forschen in der Forschungswerkstatt

Christel Achberger

Partizipative Forschung ist in den USA und Großbritannien aus der Betroffenenbewegung von Psychiatrieerfahrenen entstanden. In Deutschland haben sich partizipative Forschungsprojekte vor dem Hintergrund der Einbeziehung Psychiatrieerfahrener in die psychiatrische Versorgung und den damit verbundenen Projekten wie Trialog und EX-IN-Kursen an Bedeutung entwickelt. Die UN-Behindertenrechtskonvention (Ratifizierung in Deutschland 2009) und das Bundesteilhabegesetz (BTHG) bilden den rechtlichen Rahmen. Die Forschungsprojekte, die Psychiatrieerfahrene einbeziehen, nehmen seitdem zu. In Ausschreibungen von Forschungsprojekten wird die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen zunehmend vorausgesetzt. Daneben werden Fortbildungsangebote für Psychiatrieerfahrene entwickelt, die sie befähigen sollen, an Forschungsprojekten zu partizipieren. Psychiatrieerfahrene bringen ihre Erfahrungen auch beratend in die Forschung ein. So entstehen Forschungsprojekte, die Selbstbestimmung und Emanzipation psychisch erkrankter Menschen fördern.

Formen Partizipativer Forschung

Grundlegendes Prinzip der partizipativen Forschung ist nach BERGOLD und THOMAS (2010, S. 333) »die Forschung *mit* Menschen« und »nicht die Forschung *über* Menschen und auch nicht *für* Menschen«. Die Teilhabe Betroffener an der Forschung ist das vorrangige Merkmal. Psychiatrieerfahrene können als Mitforscher ihr Erfahrungswissen aus ihrer Lebenswelt einbringen. Sie sind zwar weiterhin in der Situation, dass über sie geforscht wird, aber sie werden mit ihren Erfahrungen, ihrer subjektiven Sicht auf Erkrankung und Behandlung sowie psychosoziale Betreuung beachtet. Auch bleibt es Ziel der Forschung, Verbesserungen der Lebensbedingungen für die Betroffenen zu erreichen. Partizipative Forschung sowie auch ihre Vorläufer Aktionsforschung und Praxisforschung erleichtern die Implementation der Forschungsergebnisse in die Praxis.

BERGOLD und THOMAS (2010, S. 333) betonen, dass partizipative Forschung »keine eigenständige Methode ist, sodass man besser von einem Forschungsstil oder einer Forschungsstrategie sprechen sollte«. Wie ihre Vorläufer Aktionsforschung und Praxisforschung ist die partizipative Forschung geprägt durch Haltungen, Werte und ein anthropologisches Krankheitsverständnis.

Partizipative Forschung lässt sich nach UNGER (2014) mit folgenden Komponenten umschreiben:

- Beteiligung von Mitforschenden am gesamten Forschungsprozess,
- Befähigungs- und Ermächtigungsprozesse der Mitforschenden (Empowerment),
- Verstehen und Verändern sozialer Wirklichkeit,
- Wertebasierter Ansatz (Fokus auf demokratische Prozesse, Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit, Verbesserung der Lebensbedingungen und Erweiterung der Handlungsräume).

Für die Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen in Forschungsprojekte haben sich unterschiedliche Bezeichnungen entwickelt, z. B. kooperative Forschung, co-produzierte Wissenschaft, kollaborative Forschung, kollektive Wissensproduktion, nutzerkontrollierte Forschung, nutzergeleitete Forschung. So werden unterschiedliche Aspekte in der Zusammenarbeit betont, die Form der Kommunikation, die gemeinsame Durchführung aller Schritte im Forschungsprozess, die neue Definition der Rollen zwischen psychiatrieerfahrenen Mitforschern sowie Probanden auf der einen Seite und der Wissenschaftler auf der anderen Seite, die Teamarbeit und Fragen der Entscheidungsmacht. Diese

und weitere Aspekte müssen bei partizipativen Forschungsprojekten beachtet, gestaltet und beschrieben werden.

ARNSTEIN (1969) hat verschiedene Stufen der Bürgerbeteiligung analysiert: die Nichtbeteiligung oder auch bloße Beratung, die Scheinbeteiligung in Form von Information und Anhörung, die Partizipation, die in Aushandlungsprozessen stattfindet, Entscheidungskompetenzen überträgt und Bürgerkontrolle ermöglicht. Versteht man aber die Stufen wie WRIGHT und Kollegen (2007) als Vorstufen der Partizipation, kann jede dieser Stufen einen Beitrag zum Partizipationsgewinn leisten. Der Gefahr der Scheinbeteiligung oder Manipulation kann durch Transparenz begegnet werden. Partizipative Forschung erfordert eine klare Kommunikation über Ziel und Umfang der Beteiligung in jeder Phase des Forschungsprozesses und in der Umsetzung jeder Dimension nach PLUTO (2007).

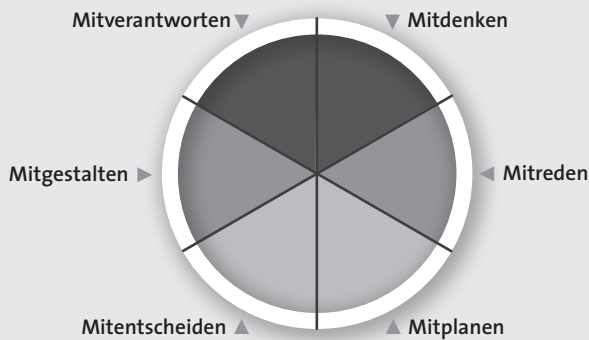
Nach WRIGHT, BLOCK und UNGER (2007, S. 1f.) zieht Arnstein eine zu harte Grenze zwischen einer echten Partizipation und einer Scheinbeteiligung. Sie beschreiben die Stufen der Beteiligung als einen Entwicklungsprozess und unterscheiden zwischen Nicht-Partizipation, Vorstufen der Partizipation und Partizipation, um Übergänge sichtbar zu machen. Aus ihrer Sicht »müssen zunächst Vorstufen der Partizipation realisiert werden, bevor eine direkte Beteiligung an Entscheidungsprozessen möglich ist« (WRIGHT et al. 2007, S. 2).

ABBILDUNG 1 Stufen der Partizipation nach WRIGHT et al. (2017, S.1f.)

Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

PLUTO (2007, S. 53) beschreibt Partizipation mit einem Beteiligungskreis. Dieses Modell entstand in der Jugendhilfe und wurde für die Beteiligung von Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen entwickelt. Es werden Beteiligungsprozesse in sechs Dimensionen beschrieben. Sie machen deutlich, dass Partizipation erst dann verwirklicht ist, wenn sich die Mitforschenden auf allen sechs Dimensionen einbringen können. Die sechs Dimensionen sind Mitdenken, Mitreden, Mitplanen, Mitentscheiden, Mitgestalten und Mitverantworten.

ABBILDUNG 2 Beteiligungskreis nach PLUTO (2007, S. 53)



BERGOLD (2017, S. 3 f.) unterscheidet zwischen Forschung in der dritten, zweiten und in der ersten Person. Er ermöglicht so eine Unterscheidung zwischen partizipativer Forschung auf der einen und nutzerkontrollierter Forschung auf der anderen Seite. Forschung in der dritten Person steht für objektivierende Forschung im Sinne nomothetischer Forschung: »Erkenntnissubjekte sind akademisch ausgebildete Wissenschaftler. Ihr Blick entscheidet nach den Kriterien der Wissenschaft.« (BERGOLD 2017, S. 3)

Forschung in der zweiten Person ist im engeren Sinne partizipative Forschung. Es handelt sich um Forschung, in der Mitforschende und Wissenschaftler in Beziehung zueinander treten. BERGOLD (2017, S. 3) nennt dies »Wir-Forschung«. Sie ermöglicht, dass die Mitforschenden »als Experten ihrer Lebenswelt am Forschungsprozess als Forschungspartner partizipieren« (ebd. S. 3).

Forschung in der ersten Person nennt BERGOLD (2017, S. 6 f.) »Ich-Forschung«: Die Forscher untersuchen ihre Lebenswelt. Im Unterschied zu den

Forschungsperspektiven der dritten und der zweiten Person bestimmen die betroffenen Menschen den Forschungsgegenstand und das Vorgehen. Alle drei Forschungsansätze wenden wissenschaftliche Forschungsmethoden an und erfüllen wissenschaftliche Kriterien.

ABBILDUNG 3 Die drei Forschungsansätze nach BERGOLD (2017, S. 3–6)

	Erkenntnissubjekt	Erkenntnisobjekt
Objektivierende Forschung in der 3. Person	akademisch ausgebildete Wissenschaftler	psychisch erkrankte Menschen
Partizipative Forschung in der 2. Person	akademisch ausgebildete Wissenschaftler + Mitforschende aus der befragten Zielgruppe	psychisch erkrankte Menschen
Nutzerkontrollierte Forschung in der 1. Person	Erkenntnissubjekt und Erkenntnisobjekt haben denselben Erfahrungshintergrund	

Wenn man Bergold folgt, dass es sich bei den drei Forschungsansätzen um eigenständige Vorgehensweisen handelt, die sich nicht ineinander überführen lassen, könnte man die Idee entwickeln, dass es wünschenswert wäre, eine Forschungsfrage mit allen drei Vorgehensweisen zu bearbeiten. Es ist anzunehmen, dass sich die Ergebnisse unterscheiden werden. Die Diskussion über die Unterschiede würde zu neuen Erkenntnissen führen, das Wissen erweitern und neue Fragestellungen aufwerfen.

Beispiele für partizipative Forschung

Es gibt keine umfassende Übersicht zu partizipativen Forschungsansätzen. Im Bereich der Sozialpsychiatrie sind mir auch keine Zusammenführungen der Praxiserfahrungen bekannt, die über die Aussagen von BERGOLD und THOMAS (2010) hinausgehen. Aus dem dialogischen Seminar und den EX-IN-Kursen

sind am Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg drei Projekte entstanden, die sich mit partizipativer und nutzerkontrollierter Forschung auseinandersetzen. Bevor sie beschrieben werden, soll noch die Frage gestellt werden, wie forschungsunerfahrene Ex-Patienten Forschungskompetenzen erwerben können.

BRÜTT und Kollegen haben 2017 ein Forschungstraining für Menschen mit psychischen Erkrankungen erarbeitet und evaluiert. Psychiatrieerfahrene sollen mit dem Forschungstraining befähigt werden, an Forschungsprozessen zu partizipieren und ihr Erfahrungswissen einzubringen. Inhalte des Forschungstrainings sind z.B. Informationen zu Forschungsansätzen, -richtungen und -prozessen, Methoden, Forschungsdesign, Recherche. Die Trainingsteilnehmenden sollen so in die Lage versetzt werden, den Ablauf des Forschungsprojektes zu verfolgen, die Ausführungen der Wissenschaftler nachzuvollziehen und sich mit ihren Erfahrungen einzubringen.

Das Forschungstraining wurde mit Psychiatrieerfahrenen entwickelt und evaluiert. Zwar zeigten sich Effekte hinsichtlich des forschungsbezogenen Empowerments, es blieb jedoch offen, inwieweit das Forschungstraining das gegenseitige Verstehen und die Zusammenarbeit zwischen Mitforschern und Wissenschaftlern förderte. Möglicherweise wäre auch ein wissenschaftlicher Coach, der die Mitforschenden während des Forschungsprozesses begleitet und fortlaufend den Forschungsprozess übersetzt, eine Alternative oder Ergänzung zum Forschungstraining.

Erwähnt werden sollte auch, dass die positiven Effekte des Forschungstrainings möglicherweise damit zusammenhängen, dass es als Aufbau modul eines EX-IN-Kurses geplant wurde. Die Teilnehmenden hatten also Erfahrungen mit der Ich-Du-Wir-Methode erworben (UTSCHAKOWSKI 2013, S. 143 f.). Diese Methode fördert die Reflexion der Betroffenen. In einem ersten Schritt formuliert der Betroffene ausgehend von einer Fragestellung seine Erfahrungen. Er tauscht sich dann mit einem anderen Betroffenen über seine Erfahrungen aus. Im Austausch beantwortet er Fragen des anderen, reflektiert seine Erfahrungen und beschreibt sie genauer. So wird die Selbstreflexion differenzierter. Der Austausch in der Gruppe, der Wir-Schritt ist dann die Herausforderung, Gemeinsames zu formulieren, ohne die Besonderheiten des Einzelnen zu übergehen. Ob die Ich-Du-Wir-Methode nur eine gute Vorbereitung des Forschungstrainings darstellt oder gar eine Voraussetzung, wäre noch zu klären.

Von großer Bedeutung ist auch die Fähigkeit der Mitforschenden, ihre Erfahrungen in den Forschungsprozess einzubringen. Sie müssen ihre eigenen Erfahrungen reflektieren, sie mit anderen austauschen und in der Gruppe

der Mitforschenden gemeinsame Aussagen entwickeln können. Auch diese Fähigkeiten müssen erworben werden.

EmPeeRie

EmPeeRie wendet sich an Betroffene mit und ohne Vorkenntnisse in der Forschung. EmPeeRie steht für »Empower peers to research«. Mit diesem Projekt werden eigenständige Forschungsprojekte von Psychiatrieerfahrenen angestoßen, gecoacht und finanziert. Das Forschungscoaching wurde von Wissenschaftlern mit und ohne Psychiatrieerfahrung durchgeführt. Die geförderten betroffenenkontrollierten Forschungsprojekte bearbeiteten nach DEMKE und Kollegen (2017, S. 45 f.) u. a. folgende Fragestellungen:

- »Genesungsbegleitung in der Psychiatrie – warum und wozu? Mit welcher Motivation werden Genesungsbegleiter eingestellt, und was ist ihr eigener Auftrag?«
- »DBT bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen – was sind die Anwendungshindernisse, bzw. warum ist die Therapie bei einigen Betroffenen wirkungslos?«
- »Welche Vorstellungen haben Menschen mit Psychiatrieerfahrung zum Umgang mit Krisen?«

Wissenschaftler, die das Forschungscoaching durchführten, berichteten von ihrer Gratwanderung zwischen Beratung und unvermeidlicher methodischer Einflussnahme.

EmPeeRie NoW

NoW steht für »Nutzerorientierte Wissenschaftsberatung«. In diesem Projekt berät ein trialogisches Gremium aus Experten mit eigener Krisen-, Genesungs- und Angehörigenerfahrung wissenschaftliche Forschungsprojekte. Die Beratung findet sowohl im Antragsstadium statt als auch bei der Umsetzung und bei der Überführung in die Praxis. Das Beratungsangebot möchte partizipative Forschungsansätze befördern.

RUSO und FINK (2003, S. 5) kritisieren solche Ansätze partizipativer Forschung als unzureichend, da die Ausarbeitung von Fragestellungen, der Analyse und Bewertung der Forschungsergebnisse vorwiegend in der Hand von Wissenschaftlern bleibt. Jasna Russo setzt sich für nutzerkontrollierte Forschung ein. Einen Überblick über ihre Forschungsarbeiten findet man auf den Seiten www.EmPeeRie.de.

tektek.de und www.researchgate.net/profile/Jasna_Russo. Ihre Themen sind z. B. der Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan, Obdachlosigkeit, Zwang und Krisenintervention. Anders als in England ist nutzerkontrollierter Forschung in Deutschland aber noch kein großes Thema. Nutzerkontrollierte Forschung findet in Deutschland nicht an den Hochschulen statt, und es stehen nur begrenzte finanzielle Mittel außerhalb öffentlicher Forschungsförderung zur Verfügung.

Partizipative Forschung – Erfahrungen aus der Forschungswerkstatt

Das Projekt Forschungswerkstatt ist der Versuch, in einem provisorischen Rahmen mit Werkstattcharakter mit eher einfachem methodischem Handwerkszeug Erfahrungen in partizipativer Forschung zu sammeln und Methoden und Vorgehensweisen zu erproben. In dieser Werkstatt versuchen sich die Autorin, eine Psychologin und eine Gruppe Psychiatrieerfahrener in der »Wir-Forschung«. Die Themen, ausgewählt von den Psychiatrieerfahrenen, konzentrieren sich vor allem auf das Krankheitsverständnis, ihre Situation in psychosozialen Einrichtungen und die Frage nach dem Sinn ihrer Erkrankung. Sie formulierten folgende Forschungsfragen:

- Welchem Krankheitsverständnis begegnen psychisch erkrankte Menschen in der Psychiatrie?
- Was macht ein hilfreiches, genesungsförderndes Krankheitsverständnis aus?
- Was sind gute Wege aufrichtiger Einbeziehung und Beteiligung psychisch erkrankter Menschen in psychosozialen Einrichtungen?
- Was hilft und was verhindert, dass an einer Psychose erkrankte Menschen einen Sinn in ihrer Erkrankung erkennen können?

Diese Fragen zeigen, dass sich das Erkenntnisinteresse der Betroffenen insbesondere auf das Krankheitsverständnis und die Genesung richtet.

Wir bearbeiten die Fragen mit qualitativen Methoden. Die Daten werden in wenig strukturierten Gesprächen und narrativen Interviews erhoben, da subjektive Sinnkonstruktionen sowie Prozesse der Alltags- und Lebenswelt mit offenen Fragen besser erfasst werden können als mit standardisierten Antwortvorgaben. Gelingt es, die Zusammenarbeit der Forschenden und Mitforschenden gleichberechtigt zu gestalten, können die unterschiedlichen Perspektiven auf bestimmte Themen und Befunde ein großer Gewinn sowohl für die Forschung, aber auch für jede einzelne beteiligte Person sein.

Die Forschungswerkstatt trifft sich monatlich und bearbeitet die ausgewählten Themen in folgenden Schritten: Fragestellung bestimmen, Recherche durchführen, Hypothesen entwickeln, Entscheidung über Forschungsmethoden und Forschungsdesign treffen, Erhebung der Daten, Auswertung, Ergebnisse diskutieren, Interpretation und Schlussfolgerungen. Es ist ein langer Prozess, der noch nicht abgeschlossen ist. Ende 2018 können aber schon einige Erfahrungen festgehalten werden.

Fragestellungen In den gemeinsamen Diskussionen zeigte sich, dass die Fragestellungen der Mitforschenden näher an der Lebenswirklichkeit der Nutzerinnen und Nutzer psychosozialer Unterstützungsangebote waren. In den Fragestellungen bildet sich ihre Sicht auf ihre Probleme ab. Da unsere Forschungswerkstatt ganz unabhängig ist, gibt es keine Zwänge irgendwelcher Art. Schwierigkeiten sind aufgetreten, wenn keine gemeinsame Sicht auf das jeweilige Thema gefunden werden konnte. Wir lösten diese Probleme, indem ich meine Interessen als Professionelle zurückstellte.

Gelingt es in partizipativen Forschungsprozessen nicht, gemeinsame Fragestellungen zu entwickeln, wäre es denkbar, zum selben Forschungsthema Forschung der dritten Person und der ersten Person zeitgleich durchzuführen, um die möglicherweise abweichenden Ergebnisse zu reflektieren und zu bearbeiten.

Recherche, Hypothesen In der Forschungswerkstatt haben wir ausgewählte Texte gelesen. Die Mitforschenden haben Akzente gesetzt und Ergänzungen aus ihrem Erfahrungswissen vorgenommen. So wurden blinde Flecke in der bisherigen Forschung deutlich.

Der Blick auf vorliegende Forschungsergebnisse war unter den Mitforschenden durchaus unterschiedlich, je nachdem, ob ihre Erfahrungen positiv oder negativ gewesen sind. Aus den Aushandlungsprozessen ergeben sich wichtige Informationen für die Weiterentwicklung der Fragestellungen und Hypothesen.

Interviewleitfaden, Fragebogen In der Forschungswerkstatt wird die Formulierung der Fragen von den Mitforschenden geprägt. Sie prüften die Formulierungen, indem sie sich fragten, wie sie antworten würden: umfassend und ehrlich, ausweichend, sozial erwünscht oder sich verweigernd. Dieses Verfahren empfehlen auch KRÄMER und ROSE (2017, S. 41). Psychiatrie-erfahrene können besser einschätzen, wann Assistenz bei der Beantwortung eines Fragebogens notwendig ist. So führten die Mitforschenden aus, dass manche nicht antworten würden, weil sie ungern schrieben, ihre Schrift nicht lesbar sei oder sie Unsicherheiten in den Formulierungen oder in der Rechtschreibung spürten.

Psychiatrieerfahrene als Interviewer In der Interviewsituation sind Befragte gegenüber Peers offener und teilen ihre Erfahrungen auch unbefangener mit. KRÄMER und ROSE (2017, S. 40) erklären es mit dem gleichen Erfahrungshintergrund, mit der größeren Toleranz für Ausschweifungen und mit der nicht vorhandenen Abhängigkeit zwischen Interviewperson und Befragten. Dieser Vorteil beim Einsatz von Psychiatrieerfahrenen als Interviewer kann in traditionellen Forschungen zu einer Instrumentalisierung führen, in partizipativer Forschung besteht diese Gefahr unethischen Handelns eher nicht.

Im Rahmen der Forschungswerkstatt befragten die Mitforschenden unterschiedliche Profis z. B., wie sie ihren Patienten oder Klienten psychische Krankheiten erklären würden. Nach der Analyse stellten sie Diskrepanzen zu ihren Erwartungen fest. Ihr eigenes Interesse bei dieser Befragung war geleitet von der Hoffnung, eine Erklärung für ihre ganz persönlichen Probleme zu erhalten. Die Autorin konnte die Antworten der befragten Profis mit Interesse an den Aussagen zum Krankheitsverständnis analysieren, während es Mitforschenden nicht gelang, ihre Betroffenheit zurückstellen und sich auf die Rolle als Mitforscher zu beschränken. Die von der Forschungswerkstatt aus der Fachliteratur erarbeiteten vielfältigen Krankheitsmodelle fanden sie in der Versorgungsrealität nicht wieder. Vielmehr wurden sie mit einem reduktionistischen Krankheitsmodell konfrontiert. Auch wenn die befragten Profis ihnen als Interviewpartnerinnen und -partner anders als im Klinikalltag begegneten, erhielten sie doch Antworten, die sie gewohnt waren: Sie wurden weiter als Patienten behandelt.

Erreichen der Zielgruppe Die Mitforscher können Aussagen darüber treffen, wo und wie man die Zielgruppe der Psychiatrieerfahrenen erreichen kann. Sie können Interesse an dem Forschungsprojekt vermitteln und so Probanden motivieren, an der Befragung teilzunehmen.

Rating der Antworten auf offene Fragen In meiner Eigenschaft als Profi entschied ich viel schneller, ob in einer Antwort deutlich wurde, dass ein Proband den Sinn seiner Psychose erkennen konnte. Die Mitforschenden waren sehr viel vorsichtiger bei solchen Bewertung. Sie unterschieden in der Folge drei Gruppen »kann Sinn erkennen«, »ist auf dem Weg Sinn zu erkennen« und »erkennt keinen Sinn«. Erst durch diese Unterscheidung konnten Aussagen über die Unterschiede zwischen den Gruppen getroffen werden. Es erwies sich also als sehr sinnvoll, die Mitforschenden in das Rating einzubeziehen und die Unterschiede zwischen Wissenschaftlern und Mitforschern zu diskutieren.

Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschungspraxis

In der partizipativen Forschung ist das Erfahrungswissen von großem Wert. Die Ich-Du-Wir-Methode, Fokusgruppen und gemeinsame Diskussionen zwischen Mitforschenden und Wissenschaftlern müssen Teil des Forschungsprozesses sein. Dabei ist es wichtig, immer wieder die Rollen zu klären und den Umfang der Beteiligung in jedem Schritt des Forschungsprozesses deutlich zu machen, Unterschiede zwischen den Auffassungen zu dokumentieren und transparent zu bleiben.

Durch die Einbeziehung des Erfahrungswissens der Mitforschenden werden die Ergebnisse der Forschung um wesentliche Aspekte ergänzt. Es entstehen neue Einsichten in die Situation psychisch erkrankter Menschen. Gleichzeitig eröffnet die Einbeziehung in die Forschung den psychisch erkrankten Menschen eine neue Rolle an der Seite der Forscher. Die Tätigkeit als Mitforschende ermöglicht ihnen ein Mehr an Empowerment und Recovery. Darüber hinaus haben die Ergebnisse partizipativer Forschung praktische Relevanz für Versorgungskonzepte, die sich an den Grundsätzen Empowerment und Recovery orientieren.

Zur Vertiefung

- DEMKE, E. (2017): EmPeeRie-Empower peers to research. Sozialpsychiatrische Informationen, 47 (2), S. 43–45.
- BERGOLD, J.; THOMAS, S. (2010): Partizipative Forschung. In: MEY, G.; MRUCK, K. (Hg.) (2010): Handbuch der qualitativen Forschung in der Psychologie, S. 333–344. Wiesbaden: VS.

Die Autorin

Christel Achberger ist Diplom-Psychologin und hat langjährige Erfahrung in der Gemeindepsychiatrie mit Projekte zu den Themen Partizipation, Recovery und Peer-Involvement. Sie ist auch in Fort- und Weiterbildung aktiv.

Referenzen

- ARNSTEIN, S. (1969): A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planners*, 35 (4), S. 216–224.
- BERGOLD, J. (2017): Partizipative Forschung: Wer partizipiert an Was mit Welchen Rechten? http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/pdfs/PPPraesentationen_Vortraege/Jahrestagung_DGSP_2017/Bergold_Vortrag_DGSP_Jahrestagung_Hamburg.pdf (01.06.2018).
- BERGOLD, J.; THOMAS, S. (2010): Partizipative Forschung. In: MEY, G.; MRUCK, K. (Hg.) (2010): *Handbuch der qualitativen Forschung in der Psychologie*, S. 333–344. Wiesbaden: Springer VS.
- BRÜTT, A. L.; BERNGES, T.; MAGAARD, J.; SIELAFF, G. (2017): Mitforschen, aber wie? Entwicklung und Evaluation eines Forschungstrainings für Psychiatrieerfahrene. *Psychiatrische Praxis*, 44 (2), S. 99–104.
- DEMKE, E.; MAHLKE, C.; HEUMANN, K.; BOCK, T. (2017): EmPeeRie – Empower Peers to Research. Vorstellung eines Hamburger Projekts zur Förderung von Partizipativer und betroffenenkontrollierter Forschung. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 47 (2), S. 43–46.
- KRÄMER, U.; ROSE, D. (2017): Wie Psychiatrie-Erfahrene Forschungsprozesse gestalten. Geschichte und Methoden der Nutzer-geleiteten partizipativen Forschung in englischsprachigen Ländern. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 47 (2), S. 35–41.
- PLUTO, L. (Hg.) (2007): *Partizipation in den Hilfen zur Erziehung. Eine empirische Studie*. München: DJI Verlag.
- RUSO, J.; FINK, T. (Hg.) (2003): *Stellung nehmen. Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen*. Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband.
- UNGER, H. VON (2014): *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- UTSCHAKOWSKI, J. (2013): Genesungsbegleiter in der Psychiatrie. Neue Perspektiven für die Psychiatrie durch Experten mit praktischer Erfahrung. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 64 (2), S. 143–144.
- WRIGHT, M.; BLOCK, M.; UNGER, H. VON (2007): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: *Gesundheit Berlin (Hg.): Dokumentation 13. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit*, S. 2–5.

Qualitative Forschung und Partizipation

Von der Evaluation der Peer-Arbeit zur Peer-Forschung

*Gwen Schulz, Candelaria Mahlke, Elena Demke, Kolja Heumann,
Thomas Bock*

Qualitative Forschung ist grundsätzlich nicht besser oder schlechter als quantitative Forschung. Die Wahl der Methodik hängt von der Fragestellung, vom Erkenntnisinteresse und vom Forschungsstand ab. Bei komplexen Fragestellungen, bei dem Bemühen um tiefes Verstehen und bei Pilotprojekten ist qualitative Forschung erste Wahl, so stellt sich das zumindest für die Arbeit der AG für sozialpsychiatrische und partizipative Forschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) dar.

Nach einer wissenschaftstheoretischen Einleitung werden zuerst frühere Projekte zur Erforschung subjektiver Krankheits- und Genesungsperspektiven vorgestellt, gefolgt von Beispielen qualitativer Arbeit anhand der Evaluation von Peer-Arbeit im Rahmen zweier Forschungsverbünde (Psychnet und BAESCAP) sowie eines betroffenenkontrolliert durchgeführten Beispiel-Projekts aus der Projektförderung von »EmPeeRie« (Empower Peers to research).

Betroffenheit und Methode

»Die empirische Sozialforschung steht einer Art Antinomie gegenüber. Je exakter ihre Methoden sind, um so mehr sind (sie) in Gefahr, an die Stelle des eigentlich erfragten einen in operational terms definierten zu setzen (...), das gesellschaftlich Relevante zu vernachlässigen.« (Adorno 1957, zit. nach DEMKE 2015, S. 261) Diese Warnung Theodor Adornos besitzt Aktualität für sozialpsychiatrische Forschung. Sie kann zudem den Umgang mit Methoden in der partizipativen oder betroffenenkontrollierten Forschung erhellen.

Um dies zu verdeutlichen, muss das Zitat verortet werden: Adorno antwortete so 1957 auf Kritik an der qualitativen Forschung des Frankfurter Instituts für Sozialforschung zum Antisemitismus im Nachkriegsdeutschland durch Peter R.

Hofstätter. Der als wichtigster sozialpsychologischer Autor der Bundesrepublik der Fünfzigerjahre geltende spätere Direktor des Psychologischen Instituts der Universität Hamburg wandte sich – in weitgehender Übereinstimmung mit der öffentlichen Meinung – nicht nur in methodischen Debatten gegen die Aufarbeitung der NS-Verbrechen und ihres Kontexts (siehe DEMKE 2014, hier auch alle Nachweise im Einzelnen). Als Philosoph und jüdischer Remigrant nahm Adorno dagegen eine Haltung der reflektierten Betroffenheit ein. Vor diesem Hintergrund legte er sein Kriterium für methodische Abwägungen offen: Sie seien im Lichte gesellschaftlicher Funktion von Forschung zu treffen. Von dieser Position aus forderte Adorno, dass »Pädagogen und Psychologen (...) nicht unterm Vorwand wissenschaftlicher Objektivität der dringenden Aufgabe sich entziehen, die ihren Disziplinen heute gestellt ist«. Diese Aufgabe hieß für Adorno: Eine Wiederholung von Auschwitz zu verhindern. Seine Forderung und ihre Verankerung im Bekenntnis zur Betroffenheit lassen sich aber darüber hinaus verallgemeinern.

Betroffenheit bringt einen Impetus des dringlichen Fragens nach der gesellschaftlichen Verantwortung von Forschung mit sich. Im Lichte dieser Dringlichkeit werden Methoden nicht einfach als Diskursregeln einer Scientific Community betrachtet, sondern sie müssen in einer sinnvollen Beziehung zum emanzipatorischen Potenzial von Wissenschaft, und damit zur Relevanz der untersuchten Fragen, stehen.

Erfassung des subjektiven Sinns von Psychosen

Bereits 1997 erschien das Buch »Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie, Selbstverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen« (Bock 2007). Im Rahmen einer offenen Feldforschung interviewte Thomas Bock 34 Menschen, die mindestens ein Jahr Psychosen ohne Behandlung erlebt hatten. Diese Menschen kamen aus sehr unterschiedlichen Szenen – aus Obdachlosigkeit, spirituellen und religiösen Gemeinschaften, antipsychiatrischer Szene, vor allem aber aus sehr verschiedenen individuellen Kontexten. Die Gespräche wurden jeweils verdichtet und vergleichend analysiert. Dabei wurden fünf etwa gleich große Gruppen gebildet: reine »Naturgeschichten«, »Stippvisiten«, »Abgeschreckte«, »Spätnutzer«, »Grenzgänger«, also Patienten ohne jede Psychiatrienutzung, mit sehr unverbindlichen Kontakten zum Hilfesystem,

mit anfangs schlechter Psychiatrieerfahrung, mit späten Psychiatriekontakten, mit Psychosen ohne und mit professioneller Hilfe. Das Projekt offenbarte,

- dass Genesung auch jenseits des Hilfesystems möglich ist,
- dass es Familien mit soteriaähnlichem Hilfeangebot gibt,
- dass die Vita-minima-These von der zwangsläufigen Verschlechterung unbehandelte Patienten nicht stimmt,
- dass subjektive und objektive bzw. quantitative und qualitative Daten zur Lebensqualität widersprüchlich sind,
- dass psychotische Symptome eine immanente Schutzfunktion haben können,
- dass auch die sogenannte negative Symptomatik positiv funktioniert (positive withdrawal).

Diese Ergebnisse entstanden nur durch die qualitative Analyse der Einzelfälle, sie sagen nichts über die Häufigkeit solcher Fälle aus oder darüber, was im Einzelfall möglich ist. Methodologisch wird hieran deutlich, dass qualitative Forschung wie der Popper'sche »schwarze Schwan« funktioniert, der die These widerlegt, dass alle Schwäne weiß seien. Es wird aber auch deutlich, dass gerade individuell und eigensinnig verlaufende Prozesse wie subjektives Coping durch die Raster quantitativer Forschung »durchzurutschen« drohen und durch qualitative Rekonstruktion eher sichtbar werden.

Im Gegensatz dazu war das erste trialogische und partizipative Forschungsprojekt in Hamburg, das SuSi-Projekt zur Erfassung des subjektiven Sinns von Psychosen, quantitativ ausgerichtet. Erstes und vorrangiges Ziel war die Konstruktion eines Fragebogens zum subjektiven Sinn bzw. zur subjektiven Bedeutung psychotischer Symptome zunächst aus Sicht der Betroffenen, später auch trialogisch. Absicht war, bei einer großen Stichprobe von Psychoseerfahrenen mit unterschiedlichen Krisenerfahrungen zu prüfen, ob das Sinnbedürfnis, das z. B. in Psychoseseminaren (vergleichbar qualitativen Fokusgruppen) feststellbar ist, auf einer Stichprobenselektion beruht oder verallgemeinert werden kann.

Nach einem aufwendigen Verfahren mit zahlreichen trialogischen Experteninterviews und mehreren Zwischenschritten, entstand ein praktikabler Fragebogen mit ca. zwanzig Items auf drei Zeitebenen: Rückblick auf die Entstehung der Psychose, Einblick in das Erleben der Psychose und Ausblick auf die erwarteten, erlebten, befürchteten Folgen. Die Testwerte sind gut (Bock et al. 2014). Das Ergebnis sei hier nur kurz erwähnt: Fast 80 % legen Wert auf eine Verbindung von Erkrankung und Lebenslauf, fast 50 % erleben die

Psychose, z. B. bestimmte Aspekte der Wahrnehmung auch positiv, über 50 % schreiben der Psychose auch konstruktive Auswirkungen zu. Die Faktoren interagieren. Je stärker Psychose und eigenes Leben in Verbindung gebracht wird, desto positiver ist das Erleben und desto hoffnungsvoller der Blick in die Zukunft. Daraus ergab sich die klinisch bedeutsame Konsequenz, Hilfe bei der Aneignung der ungewöhnlichen Erfahrungen zu empfehlen – ob nun in Form von Psychotherapie oder von Peerarbeit.

Evaluation von Peerarbeit

Die Evaluation von Peerarbeit hat aufgrund der fortschreitenden Implementierung im klinischen Kontext einen hohen Stellenwert. Am UKE konnten hier positive Erfahrungen mit der Verknüpfung quantitativer Erfassung von Veränderungen mit einer qualitativen Implementierungsevaluation verknüpft werden (MAHLKE et al. 2014; HEUMANN et al. 2015). In zwei Projekten wurde Peerarbeit sowohl im klinischen Setting (Psychenet-Projekt) als auch im außerklinischen Setting der ambulanten Sozialpsychiatrie (BAESCAP-Projekt) untersucht. Qualitative Methoden wurden in beiden Projekten mit unterschiedlichem Schwerpunkt eingesetzt, Durchführung und Auswertung waren hingegen ähnlich: Die Datenerhebung erfolgte durch Einzel- oder Gruppeninterviews (Fokusgruppen), die Auswertung erfolgte durch qualitative Inhaltsanalysen, da die Fragestellungen an einen bestehenden Forschungsstand anknüpften.

Psychenet

Im Rahmen des *psychenet* Projekts wurde Peerarbeit für betroffene Patienten und Angehörige implementiert und untersucht (MAHLKE et al. 2015). Im Vordergrund stand eine randomisiert kontrollierte Studie zum Nutzen von Peerarbeit für die Selbstwirksamkeit bei Betroffenen psychischer Krisen (MAHLKE et al. 2017) und die Lebensqualität und subjektive Belastung bei Angehörigen in einer Prä-post-Befragung (HEUMANN et al. 2016). Um den Prozess der Implementierung inhaltlich abbilden zu können, wurden diese Studien durch qualitative Interviews mit den Klinikleitern der zehn beteiligten Kliniken und den Peerbegleitern selbst ergänzt.

Die Interviews mit den Klinikleitern zeigten, dass der eingeschätzte Nutzen der Peerarbeit gegenüber Risiken und Hindernissen deutlich überwog – und

das bei sehr unterschiedlichen Varianten der Peerarbeit (das Thema wird am Ende des Beitrags von Gwen Schulz vertieft). Die Klinikleiter sprachen sich für eine dauerhafte und breite Implementierung im klinischen Setting aus, bei der allerdings die Rollenerwartung an Peerbegleiter bei der Implementierung benannt und berücksichtigt werden sollte (FEIHSTEL 2015).

Die Betroffenen- und Angehörigen-Peebegleiter wurden am Anfang und Ende des Programms interviewt (KUNZE 2013; SCHULZ 2016). Die Interviews offenbarten Begeisterung und Idealismus der Peer-Kollegen insbesondere zu Beginn ihrer Arbeit sowie zahlreiche Widrigkeiten in der Folge. Die Peerbegleiter verstanden ihre Tätigkeit im klinischen Rahmen als ergänzendes Angebot. Sie betonten, wie wichtig es ist, die Rollen nicht zu vermischen. Sich selbst verstanden sie als Brückenbauer zwischen Betroffenen und anderem Klinikpersonal. Hauptmotiv, als Peerbegleiter zu arbeiten, war zum einen der Wunsch nach einer sinnvollen und bezahlten Tätigkeit und zum anderen die Befriedigung darüber, für andere mit dem eigenen Erfahrungshintergrund hilfreich zu sein. Betont wurde, wie wichtig die Supervision in belastenden Situationen war. Konstatiert werden musste in vielen Fällen, das Klinikmitarbeiter mit dem Konzept der Peerbegleitung nicht so vertraut waren, woraus Vorurteile und zum Teil stigmatisierende Haltungen gegenüber den Peers resultierten (KUNZE 2013).

In beiden Befragungen der Peers und der Klinikleiter zeigte sich somit der Wert einer zusätzlichen qualitativen Begleitforschung. Während quantitativ der Nutzen von Peerbegleitung für beide Zielgruppen festgestellt wurde, konnten die Schwierigkeiten in der Umsetzung und der Implementierung nur auf qualitative Weise erfasst werden. Daraus konnten dann Erkenntnisse für die weitere Implementierung von Peerarbeit genutzt werden, zum Beispiel die Wichtigkeit von Schulung der Klinikmitarbeitenden sowie der Stellenwert der Supervision.

BAESCAP¹

Im Gegensatz zum Psychenet-Projekt wurde im Rahmen des BAESCAP-Forschungsverbundes (siehe z.B. Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. et al. 2018) die qualitative Methodik nicht begleitend, sondern als hauptsächliche Methode gewählt. Für diese Wahl sprach sowohl die Fragestellung als auch das Forschungsfeld und die Einflussmöglichkeiten

¹ Bewertung aktueller Entwicklungen der sozialpsychiatrischen Versorgung auf Basis des Capabilities-Approachs und der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen

auf dieses (bspw. Planung der untersuchten Intervention). Ziel war es, den strukturellen und inhaltlichen Stellenwert von Peerarbeit in der ambulanten Sozialpsychiatrie anhand der Erfahrungen von Nutzern, Peers und anderen Berufsgruppen zu erfassen.

Die Nutzerinnen (KESSLER 2017) und die Peers (BREDTHAUER 2017) wurden in Einzelinterviews befragt, die Erstellung der Interviewleitfäden und die Durchführung der Interviews erfolgte partizipativ durch wissenschaftliche Mitarbeiterinnen sowie Peerforscher mit Betroffenen-Hintergrund. Analog wurden die Vorbereitung und Durchführung der Mitarbeitendeninterviews durch ehemalige Mitarbeiter aus dem Feld unterstützt (KIEL 2017).

Insgesamt zeigte sich in den Ergebnissen eine große Zufriedenheit mit dem Peerangebot bei allen Beteiligten. Kritische Aspekte bezogen sich eher auf Einzelsituationen. Komplikationen in der Zusammenarbeit ergaben sich durch Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen sowie an der Frage des Umgangs mit vertraulichen Informationen und Nähe/Distanz. Diese Problembereiche wurden allerdings aus Sicht der interviewten Nutzer anders bewertet: Sie sahen Peerarbeit größtenteils als ergänzendes und nicht als alternatives Angebot, mit einer klaren Vorstellung davon, welche Berufsgruppe für welches Anliegen zuständig ist. In diesem Zusammenhang stellten gerade der Umgang mit Vertraulichkeit und die nähere Art des Kontakts für die Nutzer einen wesentlichen Bestandteil von Peerarbeit und keinen Konfliktpunkt dar. In Bezug auf die strukturelle Einbindung wurde zudem deutlich, dass die Peerarbeiter und -arbeiterinnen durch die niedrigschwellige Erreichbarkeit und alltagsorientierte bzw. strukturierende Angebote einen wichtigen Anteil an der Förderung von Teilhabe und Empowerment der Nutzenden der ambulanten Sozialpsychiatrie leisten.

Diese Ergebnisse können zu einer weiteren Rollenschärfung von Peerarbeitenden beitragen und damit ihren Stellenwert weiter verdeutlichen. Für diesen Zweck war die Anwendung von qualitativen Methoden sowie das partizipative Vorgehen unabdingbar.

EmPeeRie – zum Hintergrund

Das Hamburger Projekt EmPeeRie (Empower Peers to research), das 2014 bis 2017 am Universitätsklinikum Hamburg aus Mitteln der Hamburger Stiftung zur Förderung von Wissenschaft und Kultur gefördert wurde, galt und gilt

dem Einbringen von Erfahrungsexpertise in auch sozialpsychiatrisch relevante Fragestellungen auf verschiedenen Wegen (siehe DEMKE et al. 2017).

Ein Teilprojekt galt und gilt dabei dem Fruchtbarmachen der Expertise Psychiatrieerfahrener für eine verbesserte Nutzerorientierung sozialpsychiatrischer Forschung und konnte auch über 2017 hinaus fortgeführt werden. Unter dem Akronym EmPeeRie NoW (nutzerorientierte Wissenschaftsberatung) werden wissenschaftliche Projekte insbesondere aus dem Bereich der Klinischen Psychologie und der Versorgungsforschung von Nutzerinnen und Angehörigen, hinsichtlich der geplanten Fragestellung, Methodik, dem Feldzugang, der Stichprobengewinnung, Auswertung und Interpretation der Daten, Translation der Ergebnisse u. a. beraten.

Des Weiteren wurden Psychiatrieerfahrene mit und ohne akademische Ausbildung eingeladen, sich um finanzielle und ideelle Unterstützung beim Verfolgen eigener Forschungsfragen zu bewerben. Nach Durchlaufen eines trialogischen Gutachterverfahrens wurden neun Projekte zur Förderung ausgewählt. Nicht zufällig sind alle vorwiegend qualitativ ausgerichtet, z. B. weil sie Pilotcharakter haben, subjektive Perspektiven einbeziehen und eher hochkomplexen Fragen nachgehen.

Als Beispiel sei im Folgenden das Projekt von Gwen Schulz zur Diskussion gestellt. Die Planung, parallel Peers und Klinikleitungen zum Stellenwert von Peerarbeit zu befragen, brachte nicht zuletzt neue, spannende Fragen hervor.

Befragung von Peers und Führungskräften

Von »EmPeeRie« habe ich das erste Mal Anfang 2016 gehört. Die Idee richtet sich an Psychiatrieerfahrene, die eine eigene Frage entwickeln und diese beforschen wollen. Ausschlaggebende Kriterien für die Entscheidung der Projektbewilligung waren »Erkennbares Fruchtbarmachen eigener Psychiatrie-, Psychosen- oder Krisenerfahrung: Weshalb ist diese Fragestellung vor dem Hintergrund der Erfahrungsperspektive von Bedeutung?«

Ich habe noch nie geforscht, habe weder Abitur noch irgendein Studium. Ich bin Tischlerin und Erzieherin und psychoseerfahren verbunden mit fünf Jahren zum Teil schrecklichen stationären Aufhalten. Seit sechseinhalb Jahren bin ich als Genesungsbegleiterin in der Universitätsklinik Hamburg tätig. Meine Arbeit, die Begleitung und Unterstützung von Menschen in Not, erfüllt

mich sehr. Die Strukturen der Klinik fordern mich allerdings viel stärker heraus, als ich es vorher angenommen habe. Die Interpretationshoheit von Krankheit und Gesundheit ist machtvoll in den Händen der Profis geblieben. Es gibt nach wie vor die Erlaubnis, oft folgenschwere Diagnosen zu verteilen, ohne sich mit dem Eigensein, dem So-geworden-Sein eines Betroffenen zu beschäftigen. Gleichzeitig werden Genesungsbegleiter eingestellt.

Ich frage mich, warum? Ich frage mich sehr lebendig und am »eigenen Leib« warum, weil ich selbst in die Höhle des Löwen zurückgekehrt bin und etwas verändern will. Ich habe als Patientin überwiegend grenzüberschreitende, wenig hilfreiche Erfahrungen in der Psychiatrie gemacht. Jetzt arbeite ich in einem kleinen Peerteam (zwei Betroffene, eine Angehörige) an der Schnittstelle ambulant/stationär.

Ich erlebe von Beginn an eine starke positive Außenbeschreibung unserer Arbeit (Zeitungsartikel, Darstellung in Büchern). Offenbar gehört es zum guten Ton, Genesungsbegleiter einzustellen. Nach innen werden wir aber bis auf wenige Ausnahmen von den Stationsmitarbeitenden ignoriert, arbeiten nicht gleichberechtigt und werden oft nicht als Anlaufstelle für Betroffene empfohlen. Ich erlebe große Vorbehalte seitens der Profikollegen uns gegenüber, Verunsicherung und unausgesprochene Fragen: Wie soll man mit uns umgehen? Sind wir nun krank oder gesund? Können wir überhaupt arbeiten? Was ist unser Arbeitsauftrag? Unterhöhlen wir das Psychiatriesystem?

Dieses Missverhältnis, »Maskottchen« nach außen hin sein, nach innen aber geringe bis keine Bedeutung oder sogar Abgrenzung zu erfahren, würde ich gern besser verstehen. Außerdem möchte ich erforschen, wie andere Genesungsbegleiter das Problemfeld im stationär psychiatrischen Bereich erleben. Ich möchte genauer wissen, warum, mit welchem Motiv seitens der Entscheidungsträger in Kliniken Genesungsbegleiter angestellt werden. Was ist ihre Erwartung, was sind ihre Befürchtungen?

Ich habe einen Forschungsantrag mit genau diesen Fragen gestellt. Und ich habe mich sehr gefreut, als mein Antrag angenommen wurde.

Ich habe mich entschieden Interviews im deutschsprachigen Raum zu führen. (England wäre sicher sinnvoll gewesen, aber meine englischen Sprachkenntnisse sind zu undifferenziert.)

Ich wollte nicht nur einen vorgefertigten Fragebogen nutzen. Bei festgelegten Fragen fürchte ich, dass sich mein Horizont nicht wirklich weitet, dass ich mich nicht überrasche, weil ich nur Fragestellungen formulieren kann, die ich bereits denke, die bereits in mir vorkommen. Und das Nutzen von vorgefertigten Fragebögen ist eine sehr statische Methode. Ich bin zwar überhaupt

nicht neutral in meiner Forschung, sondern bin emotional stark mitbeteiligt, mein Wunsch aber ist, mehr zu erfahren, als ich bisher interpretiere und nur mit meiner eigenen Logik verstehen kann. Ich will nichts beweisen. Ich möchte etwas öffnen. Auch – und vor allem vielleicht – mich selbst.

Schließlich habe ich sowohl für meine Genesungsbegleiterkollegen als auch für leitende Personen Interviewleitfäden entwickelt. Im Laufe des Jahres 2017 habe ich insgesamt 23 Interviews geführt. Meine Gesprächspartner habe ich zum Teil gekannt, zum großen Teil aber habe ich sie durch Internetrecherche gefunden.

Zu diesem Zeitpunkt gab es noch nicht viele psychiatrische Krankenhäuser, die Genesungsbegleiter beschäftigen. Ich habe den Leitungen per E-Mail mein Anliegen geschildert. Fast alle haben mir ein Interview zugesagt und waren ausgesprochen freundlich und selbst interessiert an meinem Thema. Die Auswertung der Interviews mit den Genesungsbegleitern war sehr, sehr interessant, aber im Kern und in der Vielschichtigkeit nicht wirklich überraschend für mich.

Mein Leitfaden für die leitenden Personen beinhaltete im ersten Jahr zunächst Themen wie:

- Seit wann und wie viele Genesungsbegleiter arbeiten in der Einrichtung mit welchem Stellenanteil?
- Warum haben Sie Genesungsbegleiter eingestellt, was war Ihre Erwartung? Gab es Befürchtungen?
- Wie wurde das Team vorbereitet?
- Was sind die Aufgabengebiete der Genesungsbegleiter, gibt es etwas Besonderes daran?
- Welche konkreten Erfahrungen haben Sie mit Genesungsbegleitern (ermutigende oder auch schwierige)?
- Formales: Dokumentation, Akteneinsicht, Schweigepflicht, Schweigerecht

Bereits nach dem ersten Interview wurde mir klar, dass ich zwar ein sehr schönes, sehr zugewandtes Gespräch geführt habe, aber eigentlich nichts erfahren habe, was über meine Konzeptfragen hinausging. Es war das, was in den Büchern steht. Gerade das will ich nicht erforschen.

Mir fehlte ein zentraler Bereich im Spannungsfeld Genesungsbegleitung – Psychiatrie in der Literatur. Genau benennen konnte ich dieses Thema noch nicht, aber im Kern ging es immer darum: Will die Psychiatrie wirklich etwas abgeben von ihrer Macht und Reglementierungsfunktion? Welche Rolle spielen Genesungsbegleiter in diesem System?

Ich erlebe sehr widersprüchliche Aufträge an unsere Rolle. Einerseits sollen wir stören, »der Stachel im Fleisch sein«, andererseits dürfen wir nicht »groß« werden, kein wirklich eigenes Profil haben und sollen in gewisser Weise sogar in einer – fast dankbaren – ehemaligen Patientenrolle bleiben.

Durch das eigene mühevollen Abschreiben der Interviews und die damit verbundene Reflexion der sehr unterschiedlichen und für mich extrem aufschlussreichen Inhalte ist in mir ein sehr inspirierender Forschungsprozess entstanden. Jedes Interview hat in mir ein weiteres Verstehen ausgelöst, aber auch weiterführende Gedanken und Fragen zur Folge gehabt. Aufgrund dessen habe ich den Interviewleitfaden für die Klinikleiter bereits nach dem ersten Interview immer wieder überarbeitet und meinen Erkenntnissen angepasst. Daraus haben sich ergänzende Fragen ergeben.

Eine Kernüberlegung hat sich im Laufe dieser inneren Entwicklung herauskristallisiert: Genesungsbegleiter werden mit der Qualifikation, Krisen bewältigt zu haben, mit ihnen umgehen zu können – ich nenne das Krisenfähigkeit – eingestellt. Es wird davon ausgegangen, dass gerade das Hoffnung machen kann. Es bedeutet, auch mit einem »unperfekten« Leben zufrieden sein zu können, nicht nach fremden symptomfreien Lebensentwürfen zu streben, nicht unbedingt krisenfrei zu werden. Wenn das so ist, stellen sich mir mehrere Fragen:

- Wie vermitteln Profis Hoffnung, wenn sie ihre eigenen Zweifel, ihrer Brüchigkeit heraushalten?
- Was für eine Rolle übernimmt ein Genesungsbegleiter im Team als geouteter »Krisenträger«?
- Wird Krisenfähigkeit dadurch ausgelagert? (In dem Sinne: Wir haben einen Genesungsbegleiter, der das für uns erledigt im Team?)

Daraufhin habe ich über die Interviews hinaus per Mail vielen unterschiedliche Profis und Genesungsbegleitern die Frage gestellt: »Wie – glauben Sie – vermitteln Sie Hoffnung in der Begegnung mit Menschen in Not?« Die Genesungsbegleiter habe ich außerdem gefragt: »Wodurch wurde Ihnen in professionellen Kontakten Hoffnung vermittelt?«

Ich habe insgesamt etwa 45 Antworten auf diese spezielle Frage bekommen. Ich schreibe hier nichts zur Auswertung, es geht eher um den Prozess, der sich entwickelt hat.

Meine subjektive Beobachtung in der Psychiatrie ist, dass so getan wird, als seien die einen hauptberuflich gesund und die anderen hauptberuflich krank. Meine Erkenntnis nach sechseinhalb Jahren »hinter die Kulissen schauen« und keine bedürftige Patientin mehr zu sein, ist, dass diese Rollenzuweisung

absurd ist, überhaupt nicht stimmt und in meinen Augen für »beide Seiten« nicht hilfreich ist.

Es begegnen sich Menschen in sehr unterschiedlichen Rollen, in sehr unterschiedlichen Erwartungshaltungen. Ich habe mich gefragt, was genau ist außer der geouteten Krisen- bzw. Psychiatrieerfahrung der Unterschied zwischen Genesungsbegleitern und professionell Tätigen? Gibt es nicht auch biografisch gute Gründe für professionell Tätige, genau in diesem Bereich zu arbeiten? Haben sie sich nicht schon während des Studiums in einigen Diagnosen teilweise wiedergefunden und sie als zutiefst menschlich erkannt, um sich dann in einer späteren Berufstätigkeit den Betroffenen gegenüber abzugrenzen und eine nicht einfühlbare Krankheit zu erfinden?

- Warum werden Psychiater eigentlich Psychiater?
- Was ist ihr inneres Anliegen? Was ist ihre Biografie?
- Wie gehen sie selbst mit Krisen um? Kennen sie Krisen?
- Wie wird im Team mit Krisen umgegangen?
- Kann Entstigmatisierung eigentlich glaubhaft funktionieren, wenn Profis den Betroffenen gegenüber so tun, als hätten sie keine Krisen? Wenn einseitig Betroffene über ihre Krisen sprechen sollen, es sonst aber tabuisiert ist?

Man kann zu Peerarbeit nicht forschen, ohne die Peers einzubeziehen. Man kann auch zu Obdachlosen nicht forschen, ohne Obdachlose nach ihrer Realität, ihren lebensnahen Themen zu fragen. Sonst ist Forschung sinnlos, abgehoben und praktisch uninteressant für die, über die man forscht. Deswegen sehe ich es als wertvoll an, dass wir die »Nutzerorientierte Wissenschaftsberatung« (NoW) des Projekts EmPeeRie am UKE fest etablieren konnten.

Ich bin dabei, meine Interviews auszuwerten. Es wird keine einfachen Antworten geben. Ich hoffe aber, dass es zu einer mutigeren Auseinandersetzung zwischen Genesungsbegleitern und professionell Tätigen führt. Die Perspektiven, wenn sie sichtbar gemacht werden und in der Unterschiedlichkeit gewollt sind, könnten die Psychiatrie zu einem Ort machen, wo Verantwortlichkeiten an Patienten zurückgegeben wird, sich Menschen als Experten ihrer selbst begegnen.

Zur Vertiefung

- FAULKNER, A. (2004): The Ethics of Survivor Research. Guidelines for the ethical conduct of research carried out by mental health service users and survivors. Bristol: The Policy Press..
- GILLARD, S.; SIMONS, L.; TURNER, K.; LUCOCK, M.; EDWARDS, C. (2012): Patient and public involvement in co-production of knowledge: Reflection on the analysis of qualitative data in a mental health study. *Qualitative Health Research*, 22 (5), S. 1126–1137. doi:10.1177/1049732312448541
- RUSO, J.; STASTNY, P. (2009): Beyond Involvement. Looking for a Common Perspective on Roles in Research. In: WALLCRAFT, J.; SCHRANK, B.; AMERING, M. (Hg.): The Handbook of User Involvement in Research, West Sussex: Wiley-Blackwell, S. 61–72.
- SVEENEY, A.; MORGAN, L. (2009): The Levels and Stages of Service User/Survivor Involvement in Research. In: WALLCRAFT, J.; SCHRANK, B.; AMERING, M. (Hg.): Handbook of service user involvement in mental health research, S. 25–35. Oxford: John Wiley & Sons

Die Autorinnen und Autoren

Gwen Schulz ist Genesungsbegleiterin, Mitglied bei EmPeeRie NoW und außerdem auch Tischlerin.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Candelaria Mahlke ist wissenschaftliche Projektleiterin an der Uniklinik Hamburg-Eppendorf. Sie forscht zu den Themen Peerbegleitung, Reduktion von Zwangsmaßnahmen und Stigma. Sie ist Co-Leiterin der AG für sozialpsychiatrische und partizipative Forschung und EmPeeRie NoW.

Elena Demke, M.A., Historikerin, psychiatrie- und psychosozialwissenschaftlerin, ist gemeinsam mit Thomas Bock Initiatorin und Co-Leiterin des Projekts EmPeeRie 2014–2017. Sie forscht derzeit zu Ding-Bedeutungen und Krisen- und Verrücktheitserfahrungen (BMBF-Förderung).

Kolja Heumann, MSc, arbeitet als Psychologin und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, u.a. in der AG sozialpsychiatrische und partizipative Forschung.

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas Bock leitet an der Uniklinik Hamburg-Eppendorf (UKE) u.a. die AG für sozialpsychiatrische und partizipative Forschung. Mit Elena Demke hat er das Projekt EmPeeRie initiiert.

Referenzen

- BREDTHAUER, R. (2017): Erfahrungen von Genesungsbegleitern. Bachelorarbeit vorgelegt an der Medical School Hamburg.
- BOCK, T. (Hg.) (2007): Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Selbstverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- BOCK, T.; RUPPELT, K.; KLAPHECK, K. (2014): Sinnsuche und Genesung – Erfahrungen und Forschungen zum Subjektiven Sinn von Psychosen, Köln: Psychiatrie Verlag.
- DEMKE, E.; MAHLKE, C.; HEUMANN, K.; BOCK, T. (2017): EmPeeRie – Empower Peers to Research – Vorstellung eines Hamburger Projekts zur Förderung von Partizipativer und betroffenenkontrollierter Forschung. Sozialpsychiatrische Informationen, 47 (2), S. 43–46.
- DEMKE, E. (2014): »Dass dieses Deutschland sich offenbart ...«. Geschichtspolitik und Sozialpsychologie bei P.R. Hofstätter 1949–1963. In: MACK, W. (Hg.): Behaviorismus und Erkenntnistheorie im psychologisch-historischen Kontext, S. 133–149. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- DEMKE, E. (2015): Kritische Theorie. In: GALLIKER, M. (Hg.): Kompendium psychologischer Theorien, S. 259–263. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- FEIHSTEL, T. (2015): Peerarbeit aus der Leitungsperspektive. Masterarbeit, vorgelegt der Universität Hamburg.
- HEUMANN, K.; JANSSEN, L.; RUPPELT, F.; MAHLKE, C.; SIELAFF, G.; BOCK, T. (2016): Auswirkungen von Peer-Begleitung für Angehörige auf Belastung und Lebensqualität – eine Pilotstudie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 64 (1), S. 45–53.
- HEUMANN, K.; UTSCHAKOWSKI, J.; MAHLKE, C.; BOCK, T. (2015): Implementierung von Peer-Arbeit. Nervenheilkunde, 34 (4), S. 275–278.
- KESSLER, R. (2017): Der Einbezug von Peerbegleitern in der ambulanten Sozialpsychiatrie – Chancen und Möglichkeiten der Angebotsnutzung auf Inklusion und Teilhabe. Eine qualitative Studie zur Exploration des Beitrags von Peerbegleitern in der Eingliederungshilfe zur Förderung von Inklusion und Teilhabe. Masterarbeit vorgelegt Universität Hamburg, Hamburg.
- KIEL, N. (2017): Erfassung der Einstellungen und Erfahrungen von Mitarbeitern der Ambulanten Sozialpsychiatrie mit Genesungsbegleitern. Masterarbeit vorgelegt an der Medical School Hamburg.

- KUNZE, N. (2013): Peer-Beratung in der Psychiatrie. Empirische Untersuchung der Wirkung von Peer-Tätigkeit auf die Peer-Berater selbst. Masterarbeit vorgelegt Universität Hamburg, Hamburg.
- Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.; SPECK, A.; STEINHART, I. (Hg.) (2018): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- MAHLKE, C.; HEUMANN, K.; RUPPELT, F.; MEYER, H. J.; ROUHIAINEN, T.; SIELAFF, G.; LAMBERT, M.; BOCK, T. (2015): Peer-Begleitung für Erfahrene schwerer und langfristiger psychischer Störungen und Angehörige – Hintergrund, Konzept und Baseline-Daten. *Psychiatrische Praxis*, 42 (1), S. 12–16.
- MAHLKE, C. I.; KRÄMER, U. M.; BECKER, T.; BOCK, T. (2014): Peer support in mental health services. *Current opinion in psychiatry*, 27 (4), S. 276–281.
- MAHLKE, C. I.; PRIEBE, S.; HEUMANN, K.; DAUBMANN, A.; WEGSCHEIDER, K.; BOCK, T. (2017): Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *European Psychiatry*, 42 (103), S. 103–110.
- SCHULZ, A. (2016): Rollenfindung als Peer-Begleiter. Rückblick auf drei Jahre in der Akutpsychiatrie: Masterarbeit vorgelegt Universität Hamburg, Hamburg.



Samuel Thoma

Common Sense und Verrücktheit im sozialen Raum

Entwurf einer phänomenologischen
Sozialpsychiatrie

1. Auflage 2018

318 Seiten, 39 Euro

ISBN Print 978-3-88414-928-7

Auch als E-Book erhältlich

Immer noch fehlt es der Sozialpsychiatrie an einem belastbaren und zeitgemäßen theoretischen Grundgerüst. Samuel Thoma nähert sich dem Thema aus phänomenologisch-anthropologischer Sicht und leistet einen Beitrag zur Erneuerung sozialpsychiatrischer Theorie und Praxis.

Dieses Buch trägt zu einem aktualisierten Selbstverständnis der Sozialpsychiatrie bei: Die Phänomenologie stellt die subjektive Welterfahrung ins Zentrum der Analyse, die phänomenologische Psychiatrie untersucht die »Verrückung« dieser Welt, der Sozialpsychiatrie wiederum geht es um ein subjektorientiertes, soziales Verständnis dieser »Verrückung« sowie um ihre sozial orientierte Therapie. Der anthropologische Blick auf den Verlust von Selbstverständlichkeit, Sinn und Regeln in sozial geteilten Räumen wirkt der Psychopathologisierung und der Stigmatisierung des radikal Anderen entgegen und begründet die praktische Gestaltung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen.

10 Verlust und Therapie des sozialen Raums

In diesem letzten Kapitel werde ich die bisherige Theorie des Sensus communis und des sozialen Raums anhand von Erfahrungsbeispielen der Verrücktheit sowie anhand verschiedener sozialpsychiatrischer Therapieansätze veranschaulichen. Verrücktheit wird in dieser Arbeit anhand phänomenologischer Analysen des Schizophreniebegriffs verhandelt. Diese Verrücktheit erwies sich als Verlust des Sensus communis, d. h. als das Herausfallen aus einem bestehenden sozialen Bedeutungs- und Ordnungszusammenhang. Damit wurde auch unterstrichen, dass Verrücktheit nicht ahistorisch, sondern immer nur relational, d. h. in Bezug auf einen bestimmten sozialen Kontext beschrieben werden kann. In Teil eins der Arbeit wurde gezeigt, wie sich dieser Verlust auf den verschiedenen Ebenen des Sensus communis als Verlust von Lebendigkeit, Vertrautheit und Gewissheit in Bezug auf die Lebenswelt ausdrückt. Daraufhin wurde der Sensus communis als das umfassende Vermögen zur ortsgebundenen Abstimmung mit einer Vielzahl räumlicher Interaktionsregeln verstanden (Teil zwei). Zuletzt gerieten Nicht-Orte als jene Orte in den Blick, in denen eine selbstverständliche, sozial abgestimmte Raumkonstitution nicht möglich ist.

Ausgehend von der radikalen Erfahrung von Nicht-Orten möchte ich nun Verrücktheit im wörtlichen Sinn als Verrückung der räumlichen Erfahrungsstrukturen bestimmen. MERLEAU-PONTY erklärt: »Was den gesunden Menschen vor Wahn oder der Halluzination schützt, ist nicht sein kritischer Geist, sondern die Struktur seines Raums« (1945/1974, S. 338, Übersetzung korrigiert). Dieser Raum ist, so muss hinzugefügt werden, ein sozialer Raum, d. h., er ist ein durch und durch von sozialen Interaktionen geprägter und geteilter Raum, wie ich es im letzten Kapitel beschrieben habe. Was sich in der Verrücktheit also verrückt, ist die Ordnung des sozialen Raums und die Architektur seiner Teil-Räume überhaupt, was unter Umständen in den Verlust der Teilhabe an seinen unterschiedlichen Teil-Räumen mündet.

Diese räumliche Verrückung kann nun einerseits plötzliche und dramatische Formen annehmen, auf die ich zuerst eingehe (10.1.1, S. 226 ff.). Andererseits kann sie aber auch in stabilisierter und dauerhafter Form vorliegen und vom Subjekt angeeignet werden (10.1.2), womit immer auch eine *kreative Nischenbildung* einhergeht (10.1.3). Im Anschluss an diesen aneignenden und kreativen Aspekt der Verrücktheit stellt sich die Frage der Berechtigung und Notwendigkeit eines therapeutischen Eingriffs, womit ich zum zweiten Teil des Kapitels überleite. Dort gehe ich zunächst kritisch auf die Funktion der Psychiatrie innerhalb des sozialen Raums ein (10.2.1,

10.2.2), um dann Therapien zu analysieren, die den Bedürfnissen der Betroffenen angemessen sind (10.2.3). Die abschließende Zusammenfassung (10.2.4) leitet zum letzten, ausblickenden Kapitel der Arbeit über.

10.1 Verrücktheit des sozialen Raums

Die folgende Darstellung orientiert sich grob an der psychopathologischen Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Stadien der Schizophrenie. Problematisch an der Unterscheidung von »akut« und »chronisch« ist jedoch, dass sie in beiden Fällen einen defizitären und krankhaften Zustand der Betroffenen nahelegt. Dadurch wird verdeckt, dass diese Wahnsinnserfahrungen immer auch Herausforderungen mit der Möglichkeit zur identitätsstiftenden Anverwandlung sind. Ich ziehe daher die Unterscheidung zwischen »krisenhaft« und »dauerhaft« vor, womit noch nicht festgelegt ist, ob die entsprechende Verrückung auch zu einem leidvollen Scheitern oder »missglückten Dasein«, wie es Binswanger abwertend ausdrückt, führt.

10.1.1 Krisenerfahrung der Verrücktheit

In verrückt machenden Krisen kommt es zu einer tief greifenden Erschütterung des Raumerlebens. Die Konstitution eines geteilten und vertrauten Raums durch unseren Sensus communis scheitert. Krisen wurden in dieser Arbeit bereits mehrfach thematisiert und sollen hier kurz im Hinblick auf ihre räumliche Dimension vergegenwärtigt und erläutert werden: Zum einen wurde die Debatte zwischen Kulenkampff und Conrad um den Fall eines unglücklich verliebten jungen Mannes erwähnt, der eine Schizophrenie entwickelte (s. Kapitel 1., S. 28 f.). Kulenkampff beschreibt in seiner Falldarstellung den ungeschickten und die Regeln der sozialen Annäherung gewissermaßen überspringenden Versuch, die von ihm umschwärmte Frau für sich zu gewinnen. Als er dann von ihr abgewiesen wird, scheint aus räumlicher Sicht der von ihm ersehnte gemeinsame Intimraum mit dem Gegenüber in sich zusammenzubrechen.²⁶⁰ Es kommt zu einer seine gesamte Existenz erfassenden »abnormen Krise«. Auch die erwähnte Patientin Kuhns erfährt offenbar den Zusammenbruch des Raums: Im starren Blick ihres Vaters während des Gewehrknalls, durch den sich ihr Bruder das Leben nimmt, scheint ihr Familienraum am Frühstückstisch mit einem Mal all seine Vertrautheit und Lebendigkeit zu verlieren (s. Kapitel 4.4, S. 100 ff.). Schließlich wurde im vorigen Kapitel (9.5.5, vgl. 4, S. 101 f.) das Beispiel

260 Vgl. ein ähnliches Beispiel bei VON BAEYER (1966/1985, S. 168 ff.).

Suzanne Urbans aufgegriffen, die während der urologischen Untersuchung ihres Mannes von der »schrecklichen Pantomime« des Arztes sowie durch die »absolute Nähe« und »faszinierende Macht« seines Blicks aus dem vertrauten Raum herausgerissen und an einen unheimlichen Nicht-Ort versetzt wurde (vgl. BINSWANGER, 1957/1994, S. 216; MALDINEY, 1991/2007 b, S. 203). Bei all diesen Beispielen scheint es sich nicht lediglich um kurzfristige oder oberflächliche Verletzungen von Räumen wie etwa des Intimraums oder des Familienraums der Betroffenen zu handeln. Vielmehr gerät offenbar das sozialräumliche Gefüge insgesamt ins Wanken, d.h. nicht nur einzelne Räume, sondern auch die Abstimmung der Räume miteinander und ihre Grenzen brechen zusammen. Um dies zu veranschaulichen, ist es hilfreich, nochmals auf die räumliche Erfahrung einer Landschaft zurückzukommen (vgl. Kapitel 8.1, S. 171). SCHLEUNING u.a. (1978/2016, S. 495) ziehen eben dies zur Beschreibung typischer Krisenerfahrungen heran:

» Wie sieht die Landschaft einer Krise aus? Wir stellen uns einen Wanderer vor [...]. Beim Queren eines Schotterfeldes kommt er plötzlich ins Rutschen. [...] Der ganze Hang gerät in Bewegung, und als sich alles zu beschleunigen beginnt [...] da verändert sich mit einem Schlag seine Sicht auf die Welt: Nichts ist mehr sicher, die Almlandschaft nicht mehr idyllisch, sondern auf einmal bedrohlich, alle bekannten Manöver versagen. Der Wanderer ist außer sich, fühlt sich hilflos und ausgeliefert, der Ausgang des Ganzen ist offen; plötzlich und unerwartet muss er mit Verletzungen rechnen, blickt unter Umständen sogar dem Tod ins Auge. «

An dieses Bild des Erdrutsches lässt sich treffend MALDINEYS (2012 b, S. 205) Charakterisierung des Schwindels am Berghang als »*Selbstbewegung des Chaos*« anfügen, worin weder »der Mensch das Zentrum noch der Raum der Ort« sei und es »kein Da mehr« gebe (vgl. Kapitel 4, S. 97). Die Landschaft der Krise verwandelt sich demnach in einen Nicht-Ort, an dem der Mensch seine vertraute Sicht auf die Welt und seine gewohnheitsmäßige Art, den Raum zu bewohnen, verliert.

Diese Beschreibung muss allerdings auf den hier vorgestellten Gedanken einer *sozialen* Landschaft (s. Kapitel 8, S. 180 f.) ausgeweitet werden: In der sozialen Landschaft befinden sich einzelne Orte und entsprechende öffentliche und private (etc.) Interaktionsräume für uns gewöhnlich in einem relativ geordneten Bezug zueinander. Wir stehen zu dieser Landschaft und den darin begegnenden Menschen in einem vertrauten Verhältnis, aber immer auch mit einem gewissen Handlungs- und Bewegungsspielraum, etwa was die Auslegung und Anwendung von räumlichen Verhaltensregeln anbelangt. Diese Ordnung der Landschaft und ihre Vertrautheit geht in einer Krise erdrutschartig verloren, einzelne soziale Räume verlieren ihre zuvor gewiss geglaubten Grenzen und schieben sich auf einmal bedrohlich ineinander, sie lassen uns keinen Handlungsspielraum mehr.

forschen und teilen

Open Access für die sozialpsychiatrische Forschung

Das Portal für sozialpsychiatrische Projektarbeiten, Habilitationen,
Dissertationen, Master- und Bachelor-Arbeiten:

www.forschen-und-teilen.de

- Neue Impulse für die Versorgung und Behandlung psychisch erkrankter Menschen
- Innovativ und praxisrelevant
- Methodische Qualität
- Eindeutige und dauerhafte Identifikation der Forschungsbeiträge

Sinnverlust und Sinnrekonstruktion

Wie organisieren Menschen mit psychischen Erkrankungen unter den jeweiligen Rahmenbedingungen ihr Leben sinnhaft, und welche Wechselbeziehung besteht zwischen diesem Prozess und der psychosozialen Versorgung? Durch die qualitative Forschung wird die zentrale Bedeutung sozialer Faktoren für das Verständnis und die Behandlung psychischer Erkrankungen sichtbar.

Das Herausgeberteam versammelt vorbildhafte Beispiele qualitativer sozialpsychiatrischer Forschung. Diese werden methodischen Ansätzen zugeordnet, deren Merkmale und Leistungen, aber auch blinde Flecken zuvor einführend dargestellt werden. So entsteht eine Übersicht, die Lehrenden der Sozialen Arbeit, der Psychiatrie und der Psychologie die Vermittlung von Forschungswissen erlaubt und Studierenden und Qualitätsbeauftragten den Zugang zur Forschung erleichtert – auch für eigene Forschungsvorhaben.

