

Marion Memhardt

Krisen und soziale Einbettung

Zur Bedeutung sozialer Unterstützung für psychisch belastete Patient*innen einer akutpsychiatrischen Kriseninterventionsstation aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit

Marion Memhardt

Krisen und soziale Einbettung

Zur Bedeutung sozialer Unterstützung für psychisch belastete Patient*innen einer akutpsychiatrischen Kriseninterventionsstation aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Marion Memhardt

Krisen und soziale Einbettung

Zur Bedeutung sozialer Unterstützung für psychisch belastete Patient*innen einer akutpsychiatrischen Kriseninterventionsstation aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit

Höchberg b. Würzburg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2020 Marion Memhardt

ISBN 978-3-947502-41-7

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	5
A. Einleitung	6
B. Theoretische Grundlagen	8
1. Soziale Einbettung und Krisen in der postmodernen Gesellschaft.....	8
1.1 Gesellschaftliche Individualisierungsprozesse.....	9
1.2 Neue Lebensgestaltungsspielräume.....	11
1.3 Demographische Veränderungen und Veränderungen der Wohnformen	12
1.4 Beschleunigte technologische Entwicklungen und Beschleunigung des Zeitempfindens	13
1.5 Gesellschaftliche Veränderungen und Gesundheit.....	15
1.6 Der Stellenwert Klinischer Sozialarbeit im Gesundheitssystem einer postmodernen Gesellschaft	16
2. Forschungsstand und theoretische Hintergründe.....	21
2.1 Forschungsstand und theoretische Ansätze im Bereich „Soziale Unterstützung“.....	21
2.1.1 Historische Entwicklung der Supportforschung.....	21
2.1.2 Begriffsklärung und Formen sozialer Unterstützung	23
2.2 Forschungsstand und theoretische Ansätze im Bereich „Sozialer Netzwerke“.....	27
2.2.1 Begriffsklärung.....	28
2.2.2 Erkenntnisse und Theorien im Bereich der sozialen Netzwerkforschung.....	29
2.3 Soziale Unterstützung, soziale Netzwerke und Gesundheit aus bio-psycho-sozialer Perspektive..	31
2.3.1 Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit	31
2.3.2 Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung, Persönlichkeitskomponenten und psychiatrischen Symptomen.....	40
2.3.3 Soziale Unterstützung und soziodemografische Merkmale	46
2.4 Soziale Einbettung aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit.....	47
3. Theoretische Hintergründe zum Thema „Krise“ unter Einbezug des Supportansatzes.....	51
3.1 Klärung des Begriffs „Krise“	51
3.2 Krisenentstehung aus bio-psycho-sozialer Perspektive.....	53
3.3 Soziale Unterstützung in der Krisenintervention	60
4. Konzepte und Ziele stationärer Krisen-interventionen.....	65
4.1 Stationäre Krisenintervention in Deutschland.....	66
4.2 Die stationäre Kriseninterventionsstation des KPPPM Schloss Werneck.....	74

C. Empirische Erhebung sozialer Unterstützung bei Patient*innen einer psychiatrischen Kriseninterventionsstation.....	77
5. Quantitative Erhebung der Ausprägung sozialer Unterstützung mit dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung F-SozU S-54	77
5.1 Forschungsfragen und Hypothesen	78
5.2 Stichprobenbeschreibung.....	79
5.3 Methodisches Vorgehen	85
5.4 Darstellung der Ergebnisse.....	87
5.4.1 Die Ausprägung sozialer Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation im internen Vergleich und im Vergleich zu anderen Stichproben.....	87
5.4.2 Soziale Unterstützung und Geschlecht.....	90
5.4.3 Soziale Unterstützung und Alter	92
5.4.4 Soziale Unterstützung und psychiatrische Diagnosen.....	94
5.4.5 Soziale Unterstützung und Anzahl der (teil-)stationären Behandlungen im KPPPM	102
5.5 Überprüfung der Hypothesen	104
6. Qualitative Erhebung der Bedeutung sozialer Unterstützung	109
6.1 Forschungsfragen	109
6.2 Stichprobenbeschreibung	110
6.3 Methodisches Vorgehen	116
6.4 Darstellung der Ergebnisse.....	118
6.4.1 Aussagen über soziale Unterstützung.....	119
6.4.2 Aussagen über soziale Belastung	122
6.4.3 Aussagen über personenbezogene Faktoren.....	125
6.4.4 Aussagen über Veränderungswünsche in Bezug auf die soziale Situation	128
6.4.5 Aussagen über soziale Unterstützung im professionellen Rahmen.....	130
6.5 Ergebnisdiskussion und Hypothesenbildung.....	136
6.5.1 Individuelle Bedeutung sozialer Unterstützung und Belastung in Bezug auf die Krisensituation	136
6.5.2 Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Verhältnissen und dem subjektiven Wohlbefinden	140
6.5.3 Für die Krisenbewältigung hilfreiche Faktoren der Behandlung auf der Krisenstation	141
D. Diskussion der Gesamtergebnisse	147
E. Schlussteil: Zusammenfassung und Ausblick	159
F. Literaturverzeichnis.....	165
G. Anhang.....	177

Anhang I: Anschreiben Fragebögen F-SozU S-54 für die Patient*innen der Krisenstation	177
Anhang II: Items des F-SozU S-54 nach Brähler et al., 2007, S. 73 f.....	178
Anhang III: Ergebnisse der F-SozU S-54 Erhebung aus IBM SPSS	180
Anhang IV: Kodiertabelle zur Auswertung der qualitativen Interviews	201
Anhang V: Interviewprotokolle der qualitativen Interviews (vgl. 6.)	228
Protokoll Frau A.....	228
Protokoll Herr B	232
Protokoll Frau C	236
Protokoll Herr D.....	240
Protokoll Frau E	243

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Trifokales Behandlungsmodell Sozialer Psychotherapie nach Deloie, 2011, S. 192.....</i>	20
<i>Abbildung 2: Moderatorenmodell sozialer Unterstützung (eigene Abbildung in Anlehnung an Gottlieb, 1983, S. 37).....</i>	34
<i>Abbildung 3: Sozialökologisches Unterstützungsmodell nach Nestmann, 2010, S. 19</i>	40
<i>Abbildung 4: Entwicklungsheterotopie von Traumafolgen nach Fegert et al., 2010, S. 49.....</i>	45
<i>Abbildung 5: Krisenmodell: Anlass - Ablauf (reduzierte Abbildung nach Wolfersdorf, 2008, S. 1327)</i>	57
<i>Abbildung 6: Abteilungen und Stationen des KPPPM Schloss Werneck (eigene Abbildung)</i>	75
<i>Abbildung 7: Vergleich der F-SozU Skalenwerte der Stichprobe der Krisenstation und der Normstichprobe nach Brähler et al., 2007, S.80 (eigene Abbildung)</i>	88
<i>Abbildung 8: Verteilungskurve der T-Werte der Skala "Soziale Integration" (eigene Abbildung).....</i>	89
<i>Abbildung 9: EU, PU, SI, WasU - Vergleich nach Geschlecht (eigene Abbildung)</i>	90
<i>Abbildung 10: Bel, Rez, Zuf, Vert - Vergleich nach Geschlecht (eigene Abbildung)</i>	91
<i>Abbildung 11: F-SozU Skalenwerte im altersspezifischen Vergleich I (eigene Abbildung)</i>	92
<i>Abbildung 12: F-SozU Skalenwerte im altersspezifischen Vergleich II (eigene Abbildung)</i>	93
<i>Abbildung 13: Vergleich der F-SozU Skalenwerte EU, PU, SI und WasU mit den Diagnosegruppen ICD-10 F1, F3, F4 und F6 (eigene Abbildung)</i>	95
<i>Abbildung 14: Vergleich der F-SozU Skalenwerte Bel, Rez, Zuf und Vert mit den Diagnosegruppen ICD-10 F1, F3, F4 und F6 (eigene Abbildung)</i>	96
<i>Abbildung 15: F-SozU Skalen EU, PU, SI und WasU - Vergleich zwischen PTBS und Anpassungsstörung nach ICD-10 (eigene Abbildung)</i>	96
<i>Abbildung 16: F-SozU Skalen Bel, Rez, Zuf und Vert Vergleich zwischen PTBS und Anpassungsstörung nach ICD-10 (eigene Abbildung)</i>	97
<i>Abbildung 17: Vergleich der F-SozU Skalen zwischen ICD-10 F60.31 und F6 (eigene Abbildung) ...</i>	99
<i>Abbildung 18: F-SozU Skalenwerte EU, PU, SI und WasU im Vergleich zwischen ICD-10 F32.1, F32.2, F33.1 und F33.2 (eigene Abbildung)</i>	100
<i>Abbildung 19: F-SozU Skalenwerte Bel, Rez, Zuf und Vert im Vergleich zwischen ICD-10 F32.1, F32.2, F33.1 und F33.2 (eigene Abbildung)</i>	101
<i>Abbildung 20: Aufteilung der Stichprobe der Krisenstation nach Aufenthaltshäufigkeit (eigene Abbildung).....</i>	102

Abbildung 21: Vergleich der F-SozU Skalenwerte EU, PU, SI und WasU nach Häufigkeit der (teil-)stationären Aufenthalte im KPPPM (eigene Abbildung)	103
Abbildung 22: Vergleiche der F-SozU Skalenwerte Bel, Rez, Zuf und Vert nach Häufigkeit der (teil-)stationären Aufenthalte im KPPPM (eigene Abbildung)	103
Abbildung 23: Soziales Atom Frau A (pseudonymisiert; eigene Abbildung)	112
Abbildung 24: Soziales Atom Herr B (pseudonymisiert; eigene Abbildung)	113
Abbildung 25: Soziales Atom Frau C (pseudonymisiert; eigene Abbildung)	114
Abbildung 26: Soziales Atom Herr D (pseudonymisiert; eigene Abbildung)	115
Abbildung 27: Soziales Atom Frau E (pseudonymisiert; eigene Abbildung)	116

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale sozialer Netzwerke nach Röhrle, 1994, S. 16.....	29
Tabelle 2: Bedeutung wahrgenommener sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden in Anlehnung an Paulus, 1997, S. 185 f.....	38
Tabelle 3: Kontextuelle Barrieren sozialer Unterstützung nach Pearson, 1997.....	42
Tabelle 4: Personenabhängige Barrieren für soziale Unterstützung nach Pearson, 1997, S. 112.....	43
Tabelle 5: Indikationen für Kriseninterventionen (eigene Tabelle in Anlehnung an Stein, 2009, S. 157)	60
Tabelle 6: Übersicht über Stationen mit der Bezeichnung als „Kriseninterventionsstation“ oder „Krisenstation“ in Deutschland (eigene Tabelle).....	69
Tabelle 7: Hypothesen für die quantitative Erhebung (eigene Tabelle)	79
Tabelle 8: Auf der Krisenstation des KPPPM vergebene ICD-10-GM-Fx-Diagnosen (Krollner & Krollner, 2019) (eigene Tabelle).....	83
Tabelle 9: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Komorbiditäten (eigene Tabelle).....	84
Tabelle 10: Vergleich F-SozU-Skalen ICD-10 F6-Diagnose vs. keine F6-Diagnose (eigene Tabelle)	98
Tabelle 11: Vergleich der F-SozU Skalen: F 32.1 vs. keine Depression (eigene Tabelle)	101
Tabelle 12: Interviewleitfaden der qualitativen Interviews (eigene Tabelle).....	110
Tabelle 13: Sampling qualitativer Interviews (eigene Tabelle)	111

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeit-Defizit-Hyperaktivität-Störung	PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
Bel	Soziale Belastung	r	Korrelationskoeffizient nach Pearson
Bzw.	beziehungsweise	R	Range (Spannweite)
df	Freiheitsgrade	Ref.	Referentin
ebd.	ebenda	Rez	Reziprozität
EBW	Einzelbetreutes Wohnen in einer eigenen Wohnung	S.	Seite
EU	Emotionale Unterstützung	s.	siehe
F-SozU S-54	Fragebogen zur sozialen Unterstützung nach Brähler, Fydrich & Sommer, 2007 in der Version mit 54 Items.	SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
Hrsg.	Herausgeber*in	SF	Standardfehler des Mittelwerts
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	SF-Differenz	Standardfehlerdifferenz
k. A.	Keine Angabe	SI	Soziale Integration
KH	Krankenhaus	s. o.	siehe oben
KPPP M	Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin Schloss Werneck	sog.	sogenannt*e
M	Mittelwert	u. a.	unter anderem
Md	Median	V. a.	Verdacht auf
m. E.	Meines Erachtens	Verf.	Verfasserin
N	Anzahl	Vert	Verfügbarkeit einer Vertrauensperson
o. J.	ohne Jahresangabe	vgl.	vergleiche
o. S.	ohne Seitenangabe	vs.	versus
p	Signifikanzniveau	WasU	Wahrgenommene Unterstützung
P-	Protokoll (im Anhang V)	WHO	World Health Organization
Pat.	Patient*in	z. B.	zum Beispiel
psych.	psychisch	zit. n.	zitiert nach
PU	Praktische Unterstützung	Zuf	Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung

„Wenn ich mit dir rede dann ist irgendwie das Leben ganz anders.“
(Anhang III: P-Frau A., Z.49f.)

A. Einleitung

Im Rahmen der vorliegenden Masterthesis beschäftigt sich die Autorin mit der individuellen Ausprägung und Bedeutung sozialer Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation eines Krankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin. Inspiriert für die Thematik wurde die Autorin durch ihre Tätigkeit als Sozialarbeiterin auf der Kriseninterventionsstation, wo wiederkehrend der Eindruck entstand, dass die Patient*innen der Station in ihrer Krise soziale Unterstützung in ihrem Alltagsumfeld nicht in dem Umfang erhalten, wie es zur Bewältigung der Krise nötig wäre, oder sich das bestehende soziale Umfeld sogar schädlich auswirkt und die Krisenentwicklung dadurch begünstigt. Dieser Eindruck vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen der Postmoderne, in welchen nach dem Eindruck der Autorin vor allem jüngere Patient*innen teilweise Schwierigkeiten haben Fuß zu fassen, führten zu dem Vorhaben, die soziale Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation systematisch näher zu betrachten. Die Autorin beschäftigt sich im Rahmen der vorliegenden Masterthesis gezielt mit Ausprägung, Qualität und Quantität sozialer Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation, um hieraus Impulse für die Stationsarbeit abzuleiten und auch für andere, nicht sozialarbeiterische Berufsgruppen die Rolle sozialer Unterstützung herausarbeiten zu können. Da der Recherche der Autorin zufolge bisher zu Konzepten psychiatrischer Kriseninterventionsstationen nur wenig geforscht wurde kann von einem durch die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit ausgehenden Mehrwert für die psychosoziale Fachwelt ausgegangen werden. Neben der Erfassung der Ausprägung und Bedeutung sozialer Unterstützung der Patient*innen werden die nach ICD-10 vergebenen Diagnosen aus der F-Gruppe, sowie Aufenthaltshäufigkeit, Aufenthaltsdauer, Verlegungen und die soziodemographischen Merkmale Geschlecht und Alter erfasst und jeweils mit der Ausprägung sozialer Unterstützung in Verbindung gebracht.

Um die soziale Unterstützung der Patient*innen zu erfassen finden sowohl quanti- als auch qualitative Verfahren der empirischen Sozialforschung Anwendung. Im Rahmen eines quantitativen Verfahrens wurde zunächst im Zeitraum August bis Dezember 2019 möglichst zu Be-

ginn des stationären Aufenthaltes bei möglichst allen Patient*innen deren Ausprägung einzelner Unterformen sozialer Unterstützung sowie die soziale Belastung mithilfe eines standardisierten Fragebogens erfasst (N=101). Ergänzend wurden im Rahmen eines qualitativen Verfahrens fünf Patient*innen der Kriseninterventionsstation interviewt, um deren individuelle Bedeutung sozialer Unterstützung vor allem in Bezug auf die persönliche Krisenentwicklung und -bewältigung nachvollziehen zu können. In Verbindung mit einem vorangehenden Theorieteil werden die Erkenntnisse der empirischen Forschungsarbeit schließlich diskutiert und Impulse für die professionelle soziale Unterstützung auf der Kriseninterventionsstation abgeleitet.

Im Rahmen des Theorieteils der Arbeit wird zunächst ein Blick auf gesellschaftliche Prozesse der postmodernen Zeit und deren potentielle Auswirkungen auf die persönliche Gesundheit gerichtet. Im Zuge dessen wird der Stellenwert der Klinischen Sozialarbeit, der dieser Arbeit zugrundeliegenden Disziplin, erörtert. Die definitorische Kenntnis der Klinischen Sozialarbeit wird vorausgesetzt, weshalb hier lediglich eine kurze Einordnung des hier angewandten Verständnisses Klinischer Sozialarbeit folgt: Pauls (2013a) zufolge sei die Klinische Sozialarbeit ein

integrierter professionelle[r] Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt. Klinische Sozialarbeit ist spezialisiert beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens. Mittels einer Fülle von Hilfeformen sowie geeigneter Settings wendet Klinische Sozialarbeit in ihren jeweiligen fall- und situationsspezifischen Bezügen spezifische Methoden psycho-sozialer Diagnostik und Intervention an. (S. 17)

Nach den Ausführungen gesellschaftlicher Hintergründe werden die Begrifflichkeiten „Soziale Unterstützung“ und „Soziale Netzwerke“ geklärt. Mithilfe des bestehenden Forschungsstandes wird im Anschluss daran die Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke auf die individuelle Gesundheit erörtert. Dabei findet ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis Anwendung. Anschließend wird der Begriff „Krise“ geklärt, die Krisenentstehung ebenfalls aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive betrachtet und die Bedeutung sozialer Unterstützung in der Krisenintervention herausgearbeitet. Im darauffolgenden Abschnitt wird das Konzept psychiatrischer Kriseninterventionsstationen in Deutschland erläutert und ein Überblick über die von der Autorin im Internet recherchierten Kriseninterventionsstationen in Deutschland gegeben. Die Kriseninterventionsstation, auf welcher die Forschung der vorliegenden Thesis stattgefunden hat wird ebenfalls kurz vorgestellt, bevor der empirische Teil der Arbeit mit Stichproben- und Methodenbeschreibung sowie Ergebnisaus-

wertung folgt. Die aus dem Theorieteil und dem Empirieteil abgeleiteten Erkenntnisse werden in einer Diskussion miteinander verknüpft.

Im folgenden Kapitel B werden zunächst die der Thematik zugrundeliegenden theoretischen Inhalte beschrieben.

B. Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die für die empirische Arbeit dieser Thesis relevanten theoretischen Inhalte dargestellt. Zunächst werden gesellschaftliche Entwicklungen der postmodernen Zeit beschrieben und erörtert, inwieweit diese Einfluss auf die individuelle soziale Unterstützung und Gesundheit nehmen können. Im Zuge dessen wird der Stellenwert Klinischer Sozialarbeit in der Postmoderne betrachtet und in diesem Zusammenhang wichtige klinisch sozialarbeiterische Haltungen und Methoden beschrieben.

Im Anschluss daran werden Forschungsstand und theoretische Inhalte zu den Themen „Soziale Unterstützung“, „Soziale Netzwerke“ und „Krise“ dargelegt und mit Gesundheit aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive in Verbindung gebracht. Außerdem wird der Zusammenhang mit der Klinischen Sozialarbeit hergestellt. Vor dem empirischen Teil der Arbeit erfolgt außerdem die Beschreibung der Konzepte stationärer Kriseninterventionsstationen sowie die Vorstellung der Kriseninterventionsstation, auf welcher die empirische Erhebung vorgenommen wurde.

Zunächst werden mit der Postmoderne einhergehende gesellschaftliche Änderungen beschrieben.

1. Soziale Einbettung und Krisen in der postmodernen Gesellschaft

Wenn eingespielte Regeln und Normen alltäglicher Lebensführung infrage gestellt werden oder außer Kraft gesetzt werden, dann beginnt der Boden unter uns zu schwanken. Krisen können durch akute lebensverändernde Ereignisse ausgelöst werden ... Es gibt aber auch Krisen der Normalität selber, wenn sich die Grundlagen eines soziokulturellen Systems so verändern, dass bislang tragfähige Schnittmuster der Lebensgestaltung ihre Tauglichkeit verlieren. (Keupp, 2010, S. 25)

Um einen Bestandteil der Entstehung der Fragestellung für die vorliegende Masterthesis nachvollziehbar zu machen, werden im Folgenden zunächst die gesellschaftlichen Rahmen-

bedingungen beschrieben, aus welchen die gesellschaftliche Relevanz und Aktualität der Thematik hervorgeht.

Der Begriff der „Postmoderne“ wird von den verschiedensten Philosoph*innen und Soziolog*innen auf unterschiedliche Weise geprägt und teilweise angezweifelt, worauf in dieser Arbeit nicht näher eingegangen wird. Es soll jedoch an dieser Stelle nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich um ein nicht unhinterfragtes Konstrukt handelt. Nach Zima (1997) werden

„in regelmäßigen Abständen ... Stimmen laut, die die >>Postmoderne<< als leere Worthülse auf den wachsenden Haufen menschlicher Irrtümer werfen oder ins Reich der Schimären verbannen. Der Einwand, die Postmoderne könne keine Schimäre sein, weil sich unzählige Autoren mit ihr befassen, denen ebenfalls ihr Gegenstand abhängen käme, überzeugt nicht, da je bekannt ist, daß Menschen sich mit Vorliebe nebulösen Begriffen ... zuwenden. Plausibler scheint, die Überlegung zu sein, daß der Begriff Postmoderne keinen nachweisbaren Gegenstand bezeichnet, sondern, wie Brian McHale [1992] richtig erkannt hat, eine Konstruktion ist“ (S. 1).

Unabhängig von der Diskussion über den Begriff der Postmoderne seien Keupp (2012) zufolge die gesellschaftlichen Entwicklungstendenzen der modernen Zeit geprägt durch eine Veränderung der Lebensformen im Sinne einer zunehmenden Individualisierung, Pluralisierung und Mobilität (Keupp, 2012).

Im Folgenden werden verschiedene gesellschaftliche Veränderungen zusammengefasst. Zunächst werden gesellschaftliche Individualisierungsprozesse beschrieben.

1.1 Gesellschaftliche Individualisierungsprozesse

Peuckert (2005) zufolge sei die Individualisierungsthese von Ulrich Beck aus den Jahren 1986 und 1994 in Anlehnung an Aussagen von Emile Durkheim, Ferdinand Tönnies, Georg Simmel und Max Weber der gegenwärtig populärste Erklärungsansatz für den sozialen Wandel von Ehe, Familie und Partnerschaft. Beck (1986) beschreibt die Individualisierung als Teil der Modernisierung, neben Veränderungen wie einem zunehmenden Massenkonsum, Mobilität und Kapitalkonzentrationen als Herauslösung aus historisch vorgegebenen Sozialformen und -bindungen, als Verlust von traditionalen Sicherheiten und als eine neue Art der sozialen Einbindung. Die Entwicklung einer zunehmenden gesellschaftlichen Individualisierung sei Keupp (1987) zufolge „nicht zu trennen ... von der langen Geschichte der bürgerlichen Gesellschaft“ (S. 39). In der vorindustriellen Zeit bewältigten Menschen ihren Alltag in Gemeinschaften wie der traditionellen Großfamilie, der religiösen Gemeinde und der Dorfgemeinschaft (Promberger & Zapfel, 2011). Die Dorfgemeinschaft unterstützte neben religiösen Vereinigungen die von Armut bedrohten Menschen, die selbst keine Familie hatten (ebd.). Im

Verlauf der Industrialisierung veränderte sich dieses System der Unterstützung der Gemeinschaft zunehmend:

Mit voranschreitender Industrialisierung gerieten – vor allem seit dem 18. Jahrhundert – gemeinschaftliche Lebensverhältnisse immer weiter in den Hintergrund, kamen den traditionellen Gemeinschaften die Chancen und Ressourcen, ihre Mitglieder sozial zu schützen, abhanden. Der gesellschaftliche Rahmen – bei Tönnies zusammengesetzt aus dem kapitalistischen Wirtschaftssystem, der öffentlichen Meinung und dem modernen Staat – begann die Sozialverhältnisse zu dominieren. (Promberger et al., 2011, S. 9)

Da Versuche der Arbeiterbewegung die entstandenen Sicherungslücken zu kompensieren nicht ausreichten, entwickelte sich daraus resultierend nach und nach die staatliche Sozialpolitik, welche heute gemeinsam mit Wohlfahrtsverbänden ein wohlfahrtsstaatliches Mehrebenensystem bildet (ebd.).

Gesellschaften veränderten sich in vergangenen Jahrhunderten immer wieder, wie beispielsweise von Stammes- zu Agrargesellschaften (Peuckert, 2005). Trotz Überschneidungen zu traditionellen Gesellschaftsformen sei die postmoderne Gesellschaft am weitesten von allen bisherigen traditionellen Gesellschaftsordnungen entfernt (ebd.). Zum einen könne in der Postmoderne die gesamte Menschheit auf dem Globus miteinander kommunizieren, zum anderen habe sich die Qualität der alltäglichen persönlichen und vertrauten Beziehungen verändert, und zwar innerhalb einer sehr kurzen historischen Zeitperiode (ebd.).

Grunwald, Köngeter und Thiersch (2012) fassen die gesellschaftliche Situation der Postmoderne folgendermaßen zusammen:

Die Individualisierung der Lebensführung und die Pluralisierung und Entgrenzung von Lebenslagen verschärfen sich. Ordnungen und Rahmenbedingungen in Arbeits- und Konsumverhältnissen ebenso wie in den sozialräumlichen und sozialen Bezügen geraten in den Sog einer grundlegenden Offenheit und Flexibilisierung, die wiederum im Widerspruch zu den zunehmenden gesellschaftlichen Strukturierungen im Zeichen von Rationalität und Effektivität stehen. (S. 180)

Mit dem Begriff des „Pluralismus“ (Hurrelmann, 2012a, S. 60) sind die Vielzahl sozialer Institutionen, konkurrierenden Organisationen und die Vielfalt an Werteorientierungen und Lebensstilen gemeint (ebd.).

Die gesellschaftlichen Veränderungen des Verständnisses von Gemeinschaft haben sowohl Vor- als auch Nachteile. Diewald (1991) bringt dies in zwei Thesen zum Ausdruck: Die These des Verlusts von Gemeinschaft wird bereits seit den Anfängen der Soziologie vielfach vertreten und geht davon aus, dass tradierte Lebens- und Beziehungsformen in modernen Industriegesellschaften zersetzt werden, ohne von gleichwertigen Beziehungsstrukturen ersetzt zu werden (ebd.). Familiäre, nachbarschaftliche und verwandtschaftliche Beziehungen hätten an

Bedeutung und Umfang verloren, die negativen Konsequenzen traditioneller Beziehungsmuster, wie beispielsweise soziale Kontrolle, werden in dieser eher pessimistischen These hingegen billigend in Kauf genommen (Diewald, 1991). Die These der Liberalisierung von Gemeinschaft geht von einem „Fortbestehen stabiler und funktionierender Netzwerke [aus], auch wenn sie gegenüber früheren Zeiten räumlich weniger konzentriert sind und frei gewählte Sozialbeziehungen im Vergleich zu vorgegebenen in ihrer Bedeutung gestiegen sind“ (ebd., S. 20).

Nachfolgend werden die durch gesellschaftliche Prozesse entwickelten neuen Lebensgestaltungsspielräume erläutert.

1.2 Neue Lebensgestaltungsspielräume

Technologische und ökonomische Veränderungen unserer postmodernen Gesellschaft führen zu dramatischen Veränderungen der „Normalbiografien“ (Hurrelmann, 2012a, S. 35), gleichzeitig versiegen jedoch auch Deutungsmuster, die früher noch zur Entschärfung persönlicher Krisen beitragen konnten (ebd.). Bereits Kinder sind von der mit dem Pluralisierungsprozess einhergehenden Individualisierung betroffen, indem sie sich eigenständig mit sich und ihrer Umgebung auseinandersetzen müssen, um, weitgehend losgelöst von traditionellen Bindungen und Versorgungsbezügen ihren Lebensalltag bewältigen und eine einzigartige Persönlichkeit entwickeln zu können (ebd.). Diese Spannung der Lebenssituation von Kindern beschreibt Hurrelmann (ebd.) wie folgt:

Einerseits sind die Freiheitsgrade für die Gestaltung der eigenen Lebensweise für Kinder sehr hoch, andererseits werden aber diese Chancen durch die Lockerung von sozialen und kulturellen Bindungen und Umweltbedingungen erkauft, die dem Wohl und der Gesundheit von Kindern abträglich und wenig förderlich sein können. (S. 61)

Ob Kinder Verlierer*innen oder Gewinner*innen dieser neuen Lebensverhältnisse werden entscheidet sich häufig über die finanzielle Lage, das *soziale Netzwerk* der Familie, *soziale Unterstützung* und die Qualität des Familienlebens (ebd.).

Durch den Ausbau der Bildungsprozesse wurden traditionelle Orientierungen, Lebensstile und Denkmuster zunehmend herausgelöst, die Möglichkeit der individuellen Aufstiegschancen förderte die „Herausbildung von Einzelsubjekten“ (Keupp, 1987, S. 39). Selbstüberschreitung ist in der hypermodernen Gesellschaft zur Norm geworden und damit einhergehend die Anforderung, immer schneller und immer besser zu werden und ununterbrochen zu arbeiten, um über sich selbst hinauszuwachsen (Aubert, 2009). Schon aus ökonomischer Sicht ist das Individuum gezwungen, nicht im Mittelmaß zu bleiben, da das Leben und Arbeiten im Mittelmaß

gleichzeitig eine Existenzbedrohung darzustellen scheint (ebd.). Gleichzeitig verlieren traditionelle religiöse oder ideologische Sinnquellen an Wert, was es umso notwendiger macht, sich selbst eine Sinnquelle zu sein (Aubert, 2009). Für das Individuum entstehen ungeheure Gestaltungsräume, die jedoch gleichzeitig ein Risiko des Scheiterns mit sich bringen (Keupp, 2012). Der Konkurrenzdruck auf dem Arbeitsmarkt begünstigt die „Vereinzelung und gegenseitige Abschottung“ (Keupp, 1987, S. 42).

Baumann (2007) führt die Eigenschaft der flexiblen Modifizierung sozialer Netzwerke in der neuen Moderne aus seiner Sicht näher aus und beschreibt das Individuum dabei als „Schöpfer, Eigentümer und Manager seines eigenen Netzwerkes“ (S. 121):

Einzelne >>Knoten<< [des Netzwerks] lassen sich mühelos hinzufügen oder entfernen, man muß nur eine neue Telefonnummer eintippen oder eine alte löschen. Das Netzwerk ist die Erweiterung einer ausgesprochenen instabilen Identität und paßt sich deren sukzessiven Neubildungen und Redefinitionen prompt und reibungslos an. Es handelt sich um leicht zu lösende, eindimensionale und voraussetzungslose Bindungen ohne feste Dauer und langfristige Verpflichtung. (S. 121 f.)

Keupp (ebd., S. 44) beschreibt die entstandenen Gestaltungsräume wie folgt:

Die Subjekte verfügen über gewachsene Chancen, sich endlich eigene Wege zu wählen, sich gegenüber bornierten Nachbarn und umklammernden Familienmitgliedern ignorant zu zeigen und sich mit anderen Menschen zu assoziieren, mit denen sie gemeinsam Interessen verbinden. In Beziehungsnetzen, die auf einem solchen Hintergrund entstanden sind, entwickeln sich ungleich mehr Chancen für unterschiedliche Lebensentwürfe, für die Emanzipation aus zugeschriebenen Identitäten.

Im folgenden Abschnitt werden demographische Veränderungen und Veränderungen der Wohnformen im Rahmen gesellschaftlicher Entwicklungen erläutert.

1.3 Demographische Veränderungen und Veränderungen der Wohnformen

Peuckert (2005) fasst die Veränderung bürgerlicher Familienmuster zusammen und schreibt von „*kulturellen Legitimitätseinbußen* der Normalfamilie seit der radikalen Kritik an der Familie durch die antiautoritäre Studentenbewegung Ende der 60er Jahre“ (S. 37). Gemeint sind Legitimitätseinbußen in Bezug auf die Bedeutung der Ehe, die Geschlechterrollen, den Abbau sozialer Normen und Kontrollmechanismen, den Rückzug des Staates als normierende Instanz, das Nachlassen der informellen sozialen Kontrolle betreffend die Ehe- und Sexualmoral sowie die Auflösung bürgerlicher Familienmuster. Vermehrt komme es zu Lebens- und Haushaltsformen ohne Kinder, da sich bei durchschnittlich geringerer Kinderzahl und wachsendem Lebensalter die Familienphase im Verhältnis verkürze (ebd.). *Die traditionale soziale Unterstützung der Familie habe sich im Zuge dessen eher auf haushaltsübergreifende Hil-*

*febeziehungen zwischen Freund*innen verlagert (ebd.). Durch die Veränderung der Wohnformen von Wohngebieten mit „über Generationen gewachsenen Bindungen“ (Keupp, 1987, S. 42) hin zu Wohngebieten mit „gelockerten Bekanntschafts- und Nachbarkeitskreisen“ (Keupp, 1987, S. 43) entstand eine zunehmende Tendenz zur „isolierenden Abgrenzung von einander“ (ebd.). Dreigenerationenhaushalte hätten Peuckert (2005) zufolge zwar deutlich an Gewicht eingebüßt, wobei diese auch vor der Industrialisierung nicht die Bedeutung gehabt hätten, welche ihnen oftmals zugeschrieben werde. Dies liege schon allein an der damals deutlich kürzeren Lebensdauer und der Tatsache, dass in der heutigen Zeit so viele Kinder wie noch nie ihre Großeltern erleben können. Vielmehr habe es eine große Anzahl von Haushaltsgliedern gegeben, welche aber eher aus „Eltern, Geschwistern, sonstigen Verwandten[n] und vor allem ... Gesinde“ (ebd., S. 339) bestanden hätten.*

Thiersch (2016) führt die Problematik demographischer Veränderungen, die Herausforderung multiethnischer Gesellschaften und die Veränderung und Verfügbarkeit des Wissens durch die neuen Medien auf.

Im Zeichen der Entgrenzung wachsen Offenheiten, Unsicherheiten und Orientierungslosigkeit; Der Reichtum des Verfügbaren führt ... auch zu Desorientierung, Verunsicherung und Angst. Parallel dazu – und in ganz gegensätzlicher Richtung gleichsam kompensatorisch – wächst die Bedeutung der Institutionen mit ihrer eigenen Handlungslogik und wachsen generell die Ansprüche an Planbarkeit, Rationalität und kalkulierbare Erfolge. (ebd., S. 485)

Anschließend werden durch gesellschaftliche Entwicklungen entstandene technologische Veränderungen sowie Veränderungen des Zeitempfindens beschrieben.

1.4 Beschleunigte technologische Entwicklungen und Beschleunigung des Zeitempfindens

Die Beschleunigung der Individuen durch veränderte technologische (z.B. Kommunikation via Handy) und ökonomische (z.B. auf die Minute ausgerichtete Finanzmärkte) Grundlagen hat darüber hinaus zu einem beschleunigten Zeitempfinden geführt (Aubert, 2009). Der Mensch hat evolutionsbedingt eine bemerkenswerte Anpassungsfähigkeit an neue Lebensumstände, so auch an die in der Moderne rasant entstandene Beschleunigung auf nahezu allen materiellen Lebensebenen (Böhme, 2009). Ähnlich beschreibt Baumann (2016) die Intuition der Postmoderne als das Erleben eines radikalen Wandels menschlichen Zusammenlebens, welcher daraus entsteht, dass „das Projekt der fortwährenden Beschleunigung in der Gegenwart an seine >>natürliche Grenze<< gestoßen ist“ (S. 18). Giddens (1990) zufolge bringe die Postmoderne eine *Entbettung sozialer Systeme* („Disembedding of social systems“, (S. 21))

mit sich. Soziale Kontakte werden nicht mehr nur in der direkten Interaktion, sondern unabhängig von Zeit und Raum mit Hilfe neuer Technologien gestaltet. Nach Lutz (2014) untergräbt die Beschleunigung Identitäten und führt dazu, dass Lebensentwürfe einerseits vorläufig und andererseits von „platziertem Trotz“ (S. 95) geprägt seien. So gehe man eine Berufsausbildung mit dem Ziel, ein den Traumjob zu ergattern, ohne die berufliche Perspektive zu kennen oder richte eine Traumhochzeit aus, mit dem Wissen, dass die Dauerhaftigkeit der Beziehung unklar ist (ebd.).

Darüber hinaus beschleunigen sich auch Lebens- und Entwicklungsphasen, welche es zwar immer schon gegeben hat, welche in der Postmoderne jedoch häufiger, schneller und radikaler geworden sind, und zwar auf mikro-, meso-, und makrosozialer gesellschaftlich-kultureller Ebene (Nestmann & Weinhold, 2012). Die Bewältigung von Übergängen, das Nutzen neuer Entwicklungschancen und neuer Optionen erfordern sowohl von den Individuen, als auch von formellen und informellen sozialen Systemen einige Ressourcen (ebd.).

Keupp und Kolleg*innen (2006) fassen zehn Umbrucherfahrungen im Rahmen spätmoderner Gesellschaften zusammen:

- 1) Die „Entbettung“ der Subjekte nach Giddens 1997
- 2) Vorgegebene Normen verlieren in einer „multioptionalen Gesellschaft“ (S. 47) an Normalität.
- 3) Identität wird nicht mehr im selben Umfang wie in der Zeit der Industrialisierung über Erwerbsarbeit geformt.
- 4) „Fragmentierung von Erfahrungen“ (S. 48) durch eine wachsende Komplexität von Lebensverhältnissen.
- 5) Entwicklung von neuen Technologien, deren Konsequenzen für das menschliche Zusammenleben noch nicht vorhersehbar sind.
- 6) Beschleunigtes Zeitempfinden.
- 7) „Pluralisierung von Lebensformen und Milieus führen zu einer schier unendlichen Fülle von Alternativen“ (S. 50)
- 8) Veränderung der Geschlechterrollen mit Konsequenzen auf häusliche, familiäre, berufliche, sexuelle und politische Arrangements
- 9) Verlust des Glaubens und individualisierte Formen der Sinnsuche
- 10) „Individualisierung im Widerspruch von Egozentrierung und selbstbestimmten Gemeinschaftserfahrungen“ (S. 51).

Im folgenden Abschnitt werden die im Vorfeld beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen der Postmoderne in Bezug zur individuellen Gesundheit gesetzt.

1.5 Gesellschaftliche Veränderungen und Gesundheit

Lutz (2014) bezeichnet das Individuum, welches mit den Gestaltungsspielräumen flexibel jonglieren muss als „neuen Spielertyp“, welcher dem Risiko der Entwicklung von Pathologien ausgesetzt ist:

Dieser „neue Spielertyp“ passt in die Gegenwart, doch er lässt sich nicht verallgemeinern. Nicht alle verfügen über die Fähigkeit das Skript dieses Spielers zu spielen, die Folgen sind Pathologien, Burnout oder, weitaus dramatischer, soziale Erschöpfung, die Menschen an den Rand der Gesellschaft treibt, sie aus dem Chancenreichtum der Gesellschaft ausschließt und sie in einer „Kultur der Armut“ einschließt. (Lutz, 2014, S. 95)

Unter sozialer Erschöpfung versteht Lutz (ebd.) „eine soziale Situation, in der Menschen zwar initiativ sind, aber nicht im Sinne von Teilhabe, Reflektion und Gestaltung, sondern lediglich hinsichtlich eines alltäglichen Kampfes die Zumutungen des Alltags einigermaßen zu bewältigen“ (S. 105). Auch das in der Postmoderne beschleunigte Zeitempfinden erzeuge Böhme (2009) zufolge „neue Krankheiten, Psychopathologien, Abhängigkeiten“ (S. 81). Zeitgewinn ist im unmittelbaren Alltag eher positiv als ein Zuwachs an Möglichkeiten konnotiert, doch dieser kann auf unterschiedlichen psychischen und sozialen Ebenen ebenso ein Risiko für Individuen darstellen (Gerisch & King, 2009). Als Kehrseite der neu entstandenen Gestaltungsräume des eigenen Lebens führt Keupp (1987.) aus, dass diese ständig ausgehandelt werden müssen, was, solange keine neuen „kollektiven Sinnhorizonte entstanden sind“ (S. 45) einen „kaum zu befriedigenden Krisenherd“ (ebd.) darstellt. Die Bewältigung dieses Krisenherdes erfordert psychosoziale Ressourcen, die nicht bei jedem Individuum in ausreichendem Maße vorhanden sind (ebd.). Auch ungleiche ökonomische und geschlechterspezifische Voraussetzungen bieten Risiken für mit weniger Ressourcen ausgestattete Individuen, nicht flexibel und offen genug auf wechselnde Situationskonstellationen eingehen und die zur Verfügung stehenden Freiheitsgrade für sich nutzen zu können - mit den Folgen psychischer Erkrankungen (Hurrelmann, 2012b).

Peuckert (2005) beschreibt eine durch Individualisierungsprozesse veränderte Verfügbarkeit sozialer Unterstützung und die dadurch entstandene Gefahr der Vereinzelung:

Gemeinschaftsbildung ist immer mehr zu einer *individuell zu erbringenden Leistung* geworden. Diejenigen Menschen, deren Lebenslauf dem traditionalen Familienzyklus folgt, verfügen im Durchschnitt über ein hohes Maß an sozialer Unterstützung. Der größten Vereinzelungsgefahr unterliegen die (künftig noch anwachsenden) Gruppen der älteren Ledigen, der kinderlos gebliebenen Paare und der Verwitweten. (S. 42)

Besonders Menschen mit psychiatrischen Belastungen sind eher vom Nachteil der gesellschaftlichen Entwicklungen betroffen, sie sind aufgrund mangelnder sozialer Unterstützung und sozialer Einbindung besonders verletzlich und benötigen Unterstützung beim Aufbau von Basiskompetenzen psychosozialen Verhaltens (Geißler-Piltz, Mühlum und Pauls, 2005).

Im Anschluss wird die Rolle der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitssystem der durch postmoderne Prozesse geprägten Gesellschaft erörtert.

1.6 Der Stellenwert Klinischer Sozialarbeit im Gesundheitssystem einer postmodernen Gesellschaft

Keupp (o. J.) zufolge soll psychosoziales Handeln auf aktuelle psychosoziale Befindlichkeiten und Problemlagen reagieren, wobei auf die Mitberücksichtigung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen nicht verzichtet werden kann. Für die Menschen in der heutigen Zeit ist die eigene Zukunft kaum noch voraussehbar, das Finden und Bewältigen eines eigenen Lebensweges wird bei allen Vorteilen der vielen Möglichkeiten zu einem Risiko, da eine Orientierung an traditionsbestimmten sozialen Vorgaben kaum mehr stattfinden kann und das Individuum auf seine eigenständige Lebensorganisation - unter der Nutzung sozialer und ökonomischer Ressourcen - angewiesen ist (ebd.). Chronische Erkrankungen dominieren das deutsche Gesundheitswesen mit einem Anteil von rund zwei Dritteln (Ansen, Ortmann & Röh, 2017). Zahlreiche sozialepidemiologische und gesundheitswissenschaftliche Studien haben empirische Belege dafür hervorgebracht, „dass soziale Belastungssituationen, geringe oder fehlende soziale Integration und mangelnde soziale Unterstützung (Social Support) die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung in Deutschland erheblich beeinflussen (Dehmel, 2008, S. 17). Nach Dehmel (2008) eigne sich das Konzept sozialer Unterstützung zur „Beschreibung und Analyse sozialer Lebenswelten und biete darüber hinaus ein Handlungsmodell für die Klinische Sozialarbeit“ (S. 18). Röh (2008) zufolge sei das Konzept sozialer Unterstützung Grundlage klinisch-sozialarbeiterischer Praxis und diene als Orientierung für die bio-psycho-soziale Analyse.

Für das Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Klinischen Sozialarbeit ist das **bio-psycho-soziale Modell** zentral, welches auf einer Weiterentwicklung der Definition von Gesundheit der WHO beruht und das Konzept der „Person-in-ihrer-Umwelt“ in den Mittelpunkt stellt (Geißler-Piltz et al., 2005). Das im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und Netzwerkorientierung erwähnte Person-in-Environment-Konzept ist der Bezugsrahmen klinisch-sozialarbeiterischer Diagnostik und steht für die Sichtweise des Menschen als Teil seines Umfeldes oder seiner Lebenswelt (ebd.). Im Sinne dieses Modells muss das Subjekt im-

mer im interaktionistischen Zusammenhang mit seiner jeweiligen Umgebung bzw. Situation betrachtet werden, da diese sich wechselseitig beeinflussen (Ningel, 2011). Dieses Modell beruht wiederum auf einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit und ergänzt die naturwissenschaftlich-medizinische und psychologisch-psychotherapeutische Sichtweise um den sozialen Einflussfaktor (ebd.).

In der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1986 wird die soziale Unterstützung als ein wesentlicher Bestandteil für die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit in einem bio-psycho-sozialen Sinne als „complete physical, mental and social well-being“ (WHO, 2019, S. 1) genannt:

Health promotion focuses on achieving equity in health. Health promotion action aims at reducing differences in current health status and ensuring equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential. **This includes a secure foundation in a supportive environment, access to information, life skills and opportunities for making healthy choices** [Hervorhebung v. Verf.].

Sowohl psychische und physische Erkrankungen als auch die Gesundheit im Allgemeinen stehen hiernach im Kontext komplexer biologischer, psychologischer *und* sozialer Wechselwirkungen (Pauls, 2014). Es wird eine Distanzierung vom rein biomedizinischen Krankheitsverständnis vorgenommen (Geißler-Piltz et al., 2005), soziale, psychische und somatische Aspekte von Krankheit werden als potentiell gleichrangig angesehen (Ortmann & Röh, 2012). Die Spezifität sozialarbeiterischen Denkens und Handelns liegt darin, die Bedeutung sozialer Unterstützungsleistung im Rahmen einer Behandlung für die Problembewältigung nutzbar zu machen und entsprechend geeignete Maßnahmen auf die Lebenswelt der Betroffenen auszurichten, womit auch die Abgrenzung und Positionierung der Klinischen Sozialarbeit zu anderen Professionen im Gesundheitswesen besser gelingen kann (Dehmel, 2008). Soziale Belastungsstörungen können als Passungsstörungen verstanden werden, die Symptome auf psychischer und körperlicher Systemebene hervorrufen können (Ortmann & Röh, 2012). Alle psychischen Vorgänge im Menschen sind immer auch körperliche, was jedoch nicht bedeutet, dass die spezifischen Produkte dieser Prozesse automatisch auf biologische Prozesse heruntergebrochen werden können (Pauls, 2013a).

Im Bereich der Psychiatrie war am ehesten evident, dass ein Krankheitsfall nicht hinreichend erfasst wird, wenn nur die akute Krankheitssymptomatik berücksichtigt wird, sondern dass ebenso auch der gesamte Gesundheitsstatus und die sozialen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden müssen. (Baron, Linden, Muschalla, Ostholt-Corsten, 2015, S. 46)

Soziale Beziehungen und Strukturen beeinflussen „grundsätzlich auch die biophysiologischen Zustände der Menschen und formen die biologischen Strukturen in spezifischer Weise“

(Ningel, 2011, S. 46), wobei beispielsweise der Bereich der Neuroplastizität und der Epigenetik genannt werden können (Pauls, 2013a). Die helfende soziale Beziehung ist grundsätzlich eine Bindungsbeziehung, welche physiologische Regulationen einschließt (Ningel, 2011). Engel (1977), auf welchen das bio-psycho-soziale Modell zurückzuführen ist beschreibt den Einfluss des bio-psycho-sozialen Modells auf die Wahrnehmung von Krankheit:

By evaluating all the factors contributing to both illness and patienthood, rather than giving primacy to biological factors alone, a biopsychosocial model would make it possible to explain why some individuals experience as ‚illness‘ conditions which others regard merely as ‚problems of living,‘ be they emotional reactions to life circumstances or somatic symptoms. (S. 133)

Der Stellenwert klinisch sozialarbeiterischer Interventionen auch bei auf den ersten Blick rein biologischen Phänomenen wird durch den bio-psycho-sozialen Ansatz besonders deutlich (Pauls, 2013a). Das medizinische Versorgungssystem, inklusive der Psychotherapie ist jedoch nicht auf die Bearbeitung sozialer Probleme ausgerichtet (Ortmann & Röh, 2012). Lediglich im Bereich der Rehabilitationsleistungen sind sozialtherapeutische Maßnahmen enthalten, wie die in § 37a SGB V verankerte Soziotherapie, welche in der Praxis jedoch häufig unterentwickelt ist und sich als Beratungs- und Case-Management-Methode verstehen lässt (ebd.), sowie die stationäre und ambulante sozialtherapeutisch ausgerichtete Suchttherapie (Pauls, 2013a). Viele Aufnahmen in die stationäre psychiatrische Behandlung erfolgen primär aus sozialen Gründen, weshalb die Frage gestellt werden muss, wie solchen Aufnahmen unter Berücksichtigung des bestehenden ambulanten sozialpsychiatrischen Angebotes vorgebeugt werden kann (ebd.). Wird der Fokus der Behandlung ausschließlich auf medizinische und psychotherapeutische Ansätze gerichtet und werden soziale Probleme nicht angemessen bearbeitet, so können sich somatopsychische (bzw. psychosomatische) Krankheitssymptome verschlimmern oder sogar chronifizieren (ebd.). Wenn sich trotz der medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung keine Zustandsbesserung einstellt, so gelten die betroffenen Patient*innen häufig als austherapiert oder non-compliant (ebd.).

Klinische Sozialarbeit kann kein Allheilmittel zur Problemlösung sein, jedoch können mithilfe eines sozialtherapeutischen Settings sozial relevante Probleme thematisiert und die entsprechenden Hilfestellungen erschlossen werden, was zu einer Verbesserung des Befindens und der Lebensqualität führen und zu einer Fortsetzung abgebrochener medizinisch-psychotherapeutischer Behandlung beitragen kann (ebd.). Die **Sozialtherapie** als Handlungskonzept Klinischer Sozialarbeit widmet sich besonders dem Zusammenspiel sozialer Belastungen und gesundheitlicher Beeinträchtigungen (Ansen, et al., 2017). Sie wird in der Klinischen Sozialarbeit als dritte Behandlungssäule neben somatischen und psychotherapeutischen

Therapien betrachtet (Deloie & Lammel, 2017). Sozialtherapie befasst sich vor allem mit den sozialen Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Krankheit (ebd.). Psychosoziale Probleme und Störungen werden als „Inkongruenzen oder Passungsprobleme zwischen Konstitution, Zielen, Wünschen, Anforderungen, Potentialen, Ressourcen etc. auf den Ebenen der betroffenen Individuen, der sozialen Umgebung und Netzwerke, der gesellschaftlichen Bedingungen und Chancenstrukturen“ (Pauls, 2013a, S. 292) verstanden. Besonders für chronische und komplex verlaufende Erkrankungen mit ihren Auswirkungen auf zahlreiche alltägliche Lebensumstände sind sozialtherapeutische Behandlungsverfahren relevant (Ansen et al., 2017).

Komplexe multiple Problemstellungen mit Schwerpunkt in der sozialen Bezogenheit verlangen nach komplexen (biopsychosozialen bzw. soziopsychobiologischen) therapeutischen Ansätzen auf der Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung Gebraucht werden bindungssensible ... sichere Beziehungsangebote, die über Sprache hinaus für Klientel faktisch, leiblich spürbar sind und (Nach-) Reifungsprozesse fördern (Deloie & Lammel, 2017).

Priorität haben immer solche Interventionen, welche den betroffenen Personen die Möglichkeit geben, ihre eigenen Kompetenzen zu erproben und zu entwickeln, um ihre Lebensweise und ihre Lebenssituation besser zu verstehen, zu beeinflussen und Krisen besser meistern zu können (Pauls, 2013a). Die soziale Therapie findet im Rahmen Klinischer Sozialarbeit vor allem angesichts des Konsenses eine Heimat, dass psychosoziale Behandlung sowohl auf personen- als auch auf umgebungsbezogene Hilfen orientiert sein sollte (Person-in-Environment-Ansatz) (ebd.). Auch für die Sozialtherapie ist das bio-psycho-soziale Gesundheits- und Krankheitsverständnis grundlegend bedeutsam, wonach sich gesundheitliche Problemlagen physiologischen, sozialen und psychischen Systemebenen zuordnen lassen (Ansen et al., 2017). Lebende Systeme sind als Einheit von Organismus und Umwelt definiert, welche durch Assimilation und Akkommodation hergestellt werden muss (ebd.). Sowohl professionelle soziale Unterstützung als auch die Förderung sozialer Unterstützung der Umgebung des/der Betroffenen sowie dessen/deren sozialer Integration findet im Rahmen sozialtherapeutischer Interventionen Anwendung. Sozialtherapie überschreitet die psychosoziale Beratung durch aufsuchende und umweltbezogene Interventionen, indem sie die Unterstützungsfähigkeit der Unterstützer*innen fördert und versucht, die Umgebung zu verbessern, in welcher die Unterstützung und Therapie stattfindet, beispielsweise über die Erhöhung der Kapazität der Gemeinschaft, für ihre Mitglieder*innen zu sorgen (Pauls, 2013a). Sie beschäftigt sich außerdem mit Fragen der sozialen Sicherung und Überwindung sozialer Ungleichheit, da diese häufig mit alltäglichen Belastungen und einer gesundheitlich ungünstigen Lebensweise verbun-

den sind (Ansen et al., 2017).

Deloie (2011) erweitert in seinem Plädoyer für eine soziale Psychotherapie im Rahmen Klinischer Sozialarbeit die bifokale personen- und umgebungsbezogenen Sichtweise um die interpersonelle Ebene und beschreibt somit einen trifokalen Behandlungsansatz sozialer Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit (vgl. Abb. 1).



Abbildung 1: Trifokales Behandlungsmodell Sozialer Psychotherapie nach Deloie, 2011, S. 192

Auch Vogt (2014; 2018) empfiehlt einen Paradigmenwechsel von einem uni- zu einem bi- oder trifokalen Vorgehen bei der Arbeit mit Menschen, die sich in psycho-sozialer Not befinden - über eine Interventionsgestaltung auf personen- beziehungs- und systembezogener Ebene, um die Komplexität der psychosozialen Notlage besser verstehen zu können und somit die Passung zwischen der Notlage und dem fachlichen Angebot zu erhöhen (ebd., 2018).

Als Aufgabenstellung gilt die „Passung“ zwischen dem Subjekt (psychologische Merkmale, Lebensweise), seinen interpersonalen Beziehungen (soziale Unterstützung, soziales Netzwerk) und der Außenwelt mit realen materiellen, sozio-ökonomischen und sozialrechtlichen Merkmalen unter Einbezug gesundheitlicher (biologischer) Merkmale, also eine ökologische Perspektive. (ebd., 2014, S. 94)

Besonders bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, chronischen Erkrankungen und psychosozialen Einschränkungen zielt Sozialtherapie auf die Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen und der sozialen Integration, da die Betroffenen häufig aufgrund von Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen sozial nur unzureichend eingebettet und

angesichts mangelnder sozialer Unterstützung besonders verletzlich sind (Pauls, 2013a). Zu betonen ist, dass durch sozialtherapeutische Maßnahmen eine mittelbare Wirkung auf die Ursachen und den Verlauf einer psychischen oder somatischen Erkrankung erzielt wird und nicht nur eine Symptombehandlung erfolgt (Ansen et al., 2017). Die Konzepte der sozialen Unterstützung (social support) und sozialer Netzwerke zählen zu den Theorien der sozialen Arbeit, welche zur Konzeptualisierung der Sozialtherapie herangezogen werden (ebd.). Ein weiterer für die Sozialtherapie bedeutsamer Ansatz neben dem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis und dem Modell der Trifokalität klinisch sozialarbeiterischer Interventionsgestaltung liegt im Modell der Salutogenese, welches auf den Medizinsoziologen Antonovsky zurückgeht (Ansen et al., 2017). Auf dieses wird in Kapitel 3.2 näher eingegangen.

Im folgenden Kapitel werden die dieser Arbeit zugrunde liegenden theoretischen Inhalte zu den Begrifflichkeiten „soziale Unterstützung“, „soziale Netzwerke“ und „Krise“ beschrieben.

2. Forschungsstand und theoretische Hintergründe

Sowohl das Konzept sozialer Unterstützung als auch das Konzept sozialer Netzwerke erweisen sich „heuristisch fruchtbar zum Verständnis und zur Analyse psychischer, somatischer, psychosomatischer und psychosozialer Auffälligkeiten und wirk[en] innovationsfördernd für die Interventionspraxis im Schnittfeld von Prävention, Gesundheitsförderung und sozialer Arbeit“ (Paulus, 1997, S. 197).

In diesem Kapitel werden Forschungstand und theoretische Hintergründe der für die empirische Arbeit relevanten Inhalte sozialer Unterstützung, sozialer Netzwerke und Krisen betrachtet.

2.1 Forschungsstand und theoretische Ansätze im Bereich

„Soziale Unterstützung“

Zunächst werden historische Entwicklungen des Forschungsstandes und Begriffe geklärt sowie theoretische Inhalte im Bereich „soziale Unterstützung“ beschrieben.

2.1.1 Historische Entwicklung der Supportforschung

Die Beobachtung, dass soziale Unterstützung einen bedeutenden Anteil bei der Entwicklung und Erhaltung der Funktionsfähigkeit von Gruppen und Individuen innehalt, ist insofern weder

wirklich neu, noch besonders überraschend, als dass historisch gesehen von den Mahnungen zum Beistand anderer Menschen des Buches des Leviticus im Alten Testament, über John Donnes Verbindung des Wohlergehens des Einzelnen mit dem anderer Menschen, bis hin zu dem Song „A little help from my friends“ von den Beatles, die Bedeutung sozialer Unterstützung für das menschliche Wohlergehen bereits hervorgehoben wurde (Pearson, 1997). Auf wissenschaftlicher Basis beschäftigten sich vor allem die Sozial- und Verhaltenswissenschaften in deren Blütezeit im 19. und 20. Jahrhundert mit den Auswirkungen des sozialen Kontext auf die menschliche Entwicklung und das menschliche Verhalten (ebd.). Aus den verschiedenen Forschungstraditionen entwickelte sich erst in den 1950er Jahren das Konzept der sozialen Unterstützung (Hass & Petzold, 1999). Die ersten Vertreter*innen der klinisch-psychologisch relevanten Supportforschung entwickelten in den 1970er Jahren unterschiedliche Definitionen (Röhrle, 1994). Gesundheitswissenschaften beschäftigten sich gegen Ende des 20. Jahrhunderts vermehrt mit primärpräventiven Aspekten sozialer Unterstützung (Pearson, 1997). Während man in der Anthropologie und der Soziologie dazu tendierte, den sozialen Kontext als den bedeutsamsten Einflussfaktor zu betrachten, wurde die relative Bedeutung intra- und extrapsychischer Einflussfaktoren in der Psychologie kontrovers diskutiert (ebd.). Kurt Lewin entwickelt im Jahre 1963 die These, dass Verhalten (V) eine Funktion (f) von Person (P) und Umwelt (U) darstellt, woraus er die bis heute bekannte Formel $V=f(P+U)$ entwickelte, wobei die spezifischen Einflüsse der jeweiligen Faktoren verschiedene Interpretationen zulassen (ebd.). Berton, Cassel, Gore und Kaplan schreiben im Jahre 1977 über den damaligen Forschungsstand der Zusammenhänge sozialer Unterstützung und Gesundheit:

While many researches ... have speculated on the importance of social support and a few have proclaimed it to be significant in myocardial infarction ... there is little strong empirical evidence to confirm the role it may play in health and illness. This is not surprising: attempts at conceptualization and measurement have been inadequate, discipline-bound (or study-bound), and usually formulated for post-hoc interpretation of unexpected, but striking findings. (S. 47)

Im Jahre 1983 stellte Gottlieb fest, dass die Forschung zur sozialen Unterstützung rapide zunimmt und sich dem Feld von den verschiedensten Blickwinkeln und Forschungsfeldern angenähert wird. Es werden die Berufsfelder der Medizin, der sozialen Arbeit und der Gemeindepsychiatrie genannt. Weiteres Forschungsinteresse, sowohl an der Prävention als auch an der Klinik bestand im Bereich der Anthropologie, der Soziologie, der Psychologie und der Sozialpsychiatrie (ebd.).

Mittlerweile gibt es zahlreiche Sammelbände, die den Forschungsstand sozialer Unterstützung wiedergeben (Hass & Petzold, 1999). Aktuellere Zusammenfassungen des Forschungsstandes

geben beispielsweise Nestmann (2010) oder Gahleitner (2010). Nach Thoits (1995) ist soziale Unterstützung (social support) die wohl am häufigsten untersuchteste psychosoziale Coping-Ressource, auf welche Menschen zur Bewältigung von Stressoren zurückgreifen können. Mittlerweile weist eine kaum noch überschaubare Menge an empirischen Studien auf die Bedeutung sozialer Unterstützung für die Lebensführung und Lebensbewältigung hin (Nestmann & Weinhold, 2012). Bei der Literaturrecherche für die vorliegende Arbeit ging dies aus der Stichwortsuche in einschlägigen Fachdatenbanken eindrücklich hervor. So ergab - um nur einige wenige Beispiele für die Recherche zu nennen - die Suche des Stichwortes „social support“ (Stand 09/19) bei der Fachdatenbank PubMed 371.074, bei PubPsych 127.148, bei APA PsychINFO 7698 und bei GESIS (unter der Einstellung „und weitere“) 22.275 Suchergebnisse. Die Suche nach dem Stichwort „social network“ ergab bei PubMed 32.842, bei PubPsych 9613, bei APA PsychINFO 3001 und bei GESIS 4565 Suchergebnisse. Das Stichwort „soziale Unterstützung“ ergab bei PubPsych 28.033 und bei GESIS 4494 Treffer.

Abhängig vom jeweiligen Forschungshintergrund finden sich verschiedene Herangehensweisen und Betrachtungsweisen sozialer Unterstützung, in den letzten Jahren haben jedoch einige Unterscheidungen sozialer Unterstützung weite Verbreitung gefunden, wie die Unterscheidung zwischen sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung (Kienle, Knoll & Renneberg, 2006), welche auch in der vorliegenden Arbeit vorgenommen wird.

Der „historische Forschungsboom“ (Nestmann, 2010, S. 20) der Support-Forschung (soziale Unterstützung und soziale Netzwerke) ist heute weniger anzutreffen als der selbstverständliche Miteinbezug der Support-Variable in psychologischen, soziologischen, sozialpädagogischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldern (ebd.). Während ältere Support-Modelle sich eher auf die Krankheitsverhinderung fokussierten, konzentrieren sich neuere Modelle eher auf die Förderung positiver Gesundheitsfolgen (well-being) und des Wohlbefindens (ebd.).

Im Folgenden wird eine definitorische Klärung der Begrifflichkeit „soziale Unterstützung“ vorgenommen sowie auf deren unterschiedliche Formen und Wirkungsweisen eingegangen.

2.1.2 Begriffsklärung und Formen sozialer Unterstützung

Für den Begriff „soziale Unterstützung“ gibt es keine einheitliche, letztgültige Definition (Diewald & Sattler, 2010a), weshalb im Folgenden einige verschiedene Definitionsversuche dargestellt werden. Die Begrifflichkeiten der sozialen Unterstützung und der sozialen Netzwerke dürfen nicht synonym verwendet werden, da sich soziale Netzwerke ebenso wie positiv auch negativ auf Individuen auswirken können (Dettmers, 2017). Auf den Themenbereich der

sozialen Netzwerke wird deshalb in einem eigenen Kapitel näher eingegangen, vorweggenommen werden kann jedoch,

dass sich der Netzwerkbegriff auf formale Eigenschaften von Beziehungen und Beziehungsnetzen stützt, während der Unterstützungs begriff auf Beziehungs inhalte und - qualitäten abhebt. Soziale Netzwerke sind demnach als eine Art Infrastruktur für die Produktion und Verteilung sozialer Unterstützung anzusehen und nicht als soziale Unterstützung selbst (Diewald & Sattler, 2010a, S. 189).

Mit der Begrifflichkeit der sozialen Unterstützung wird immer auf inhaltliche und funktionale Beziehungsaspekte verwiesen (Hass & Petzold, 1999). Häufig bezieht sich soziale Unterstützung auf signifikante Andere wie Familienmitglieder, Arbeitskolleg*innen oder Freund*innen (ebd.), doch auch „alltägliche Helfer und Helferinnen“ (Nestmann, 2005, S. 362) aus engen oder entfernten sozialen Netzwerken können zu Hilfe- oder Belastungsquellen werden (ebd.). Wie eine Handlung zu einer sozialen Unterstützung wird könne Kienle und Kolleg*innen (2006) zufolge nur aufgrund der Kognitionen beider Interaktionspartner geschlossen werden. So komme es einerseits auf die Intention der Gebenden und andererseits auf die Wahrnehmung und Einschätzung der Handlung durch die Empfänger*innen an (ebd.).

Gottlieb stellte im Jahr 1983 fest, dass es kein einheitliches Konzept unter den zahlreichen verschiedenen Definitionen sozialer Unterstützung gibt und stellte eine Definition sozialer Unterstützung auf, die eine Abgrenzung von Konstrukten wie „support systems,‘ ,natural helping networks,‘ and ,personal networks.““ (S. 28) ermöglichen sollte: *“Social support consists of verbal and/or nonverbal information or advice, tangible aid, or action that is prof- fered by social intimates or inferred by their presence and has beneficial emotional or behav- ioral effects on the recipient”* (ebd., S. 28 f.). Brownell und Shumaker definierten soziale Unterstützung im Jahre 1984 ähnlich wie Gottlieb als “exchange of resources between two indi- viduals perceived by the provider or the recipient to be intended to enhance the well- being of the recipient” (S. 11). Brähler und Kolleg*innen spezifizierten die Definition im Jahr 2007 wie folgt:

Soziale Unterstützung wird als das Ergebnis kognitiv-emotionaler Verarbeitung und Bewertung sozialer Interaktionen betrachtet, durch die Personen Hilfestellungen erleben oder erwarten, um persönliche Ziele zu erreichen oder Aufgaben und Belastungen zu bewältigen. Damit verstehen wir unter sozialer Unterstützung die wahrgenommene bzw. antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk. (S. 7)

Mit dem Begriff „soziale Unterstützung“ ist die wahrgenommene oder die erhaltene Unter- stützung zwischen Unterstützungsgeber*in und -empfänger*in gemeint, mit welcher das Ziel verfolgt wird, einen Problemzustand zu verändern oder zu verbessern (Kienle et al., 2006).

Im Gegensatz zu tatsächlich erhaltener Unterstützung (»received support«), die den retrospektiven Bericht des Unterstützungsempfängers über die erhaltene Hilfeleistungen beinhaltet, bezeichnet wahrgenommene Unterstützung (»perceived support«) die Erwartung eines Individuums über die generelle zukünftige Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung in seinem sozialen Netz.“ (ebd., S. 109)

Die wahrgenommene und die tatsächliche soziale Unterstützung können auseinanderklaffen, womit es beispielsweise zu Enttäuschungen kommen kann, wenn bei hoher wahrgenommener Unterstützung nur geringe Unterstützung folgt, oder zu Erstaunen, wenn bei geringer wahrgenommener Unterstützung viel Unterstützung erfolgt (Paulus, 1997).

Darüber hinaus kann es zu einer Diskrepanz zwischen der Intention des*der Unterstützungsgeber*in und der Wahrnehmung und Bewertung dieser Handlung durch den*die Empfänger*in kommen, sodass beispielsweise positiv intendierte Unterstützung eine negative Wirkung entfaltet (Diewald & Sattler, 2010a):

Es sollte demnach zwischen (a) der Absicht und Fähigkeit zur Unterstützungsleistung beim (potentiellen) Geber, (b) der Nachfrage, Wahrnehmung und Bewertung des Unterstützungsprozesses beim Empfänger, (c) der tatsächlichen Unterstützungswirkung unterschieden werden. Diese vier Perspektiven können unter Umständen erheblich auseinander-klaffen. Latente soziale Unterstützung wird oft erst dann bewusst, wenn sie plötzlich fehlt. (ebd., S. 693)

Kienle und Kolleg*innen (2006) beschreiben soziale Unterstützung als einen interaktiven „Prozess, auf den sowohl Gegebenheiten der Situation (situationale Faktoren), intrapersonale und interpersonale Faktoren einwirken“ (S. 110). Bei den *situationalen Faktoren* handle es sich nicht nur um einzelne Lebensereignisse, sondern um komplexe vielschichtige Lebenskontexte, weshalb beispielsweise die alleinige Betrachtung kritischer Lebensereignisse wie bei Holmes und Rahe 1967 wenig aussagekräftig sei, um die erforderlichen Unterstützungsleistungen zu charakterisieren (ebd.). Die *intrapersonalen Faktoren* beziehen sich auf die innere Einstellung des*der Unterstützungsempfänger*in in Bezug auf das soziale Unterstützungsverhalten seiner*ihrer Mitmenschen (ebd.). Dabei spielt vor allem die wahrgenommene soziale Unterstützung eine Rolle, welche aus bindungstheoretischer Sicht vor allem durch die individuellen internalen Arbeitsmodelle geprägt wird (ebd.). Bei den *interpersonalen Faktoren* handelt es sich um „die Struktur der spezifischen Beziehung zwischen Unterstützungsgeber und Unterstützungsempfänger und auch die Struktur und Größe des gesamten sozialen Netzwerkes einer Person“ (ebd., S. 110 f.).

Die **Arten sozialer Unterstützung** definiert Haß (1998) wie folgt:

Unter ‚*emotional support*‘ kann ein Bündel konkreter Verhaltensweisen verstanden werden, welche allesamt darauf gerichtet sind, ein Gefühl des Geliebtwerdens zu vermitteln und auf diese Weise eine emotionale Stabilisierung einer Person zu erreichen.

.... ,*Instrumental support*‘ umfaßt die Bereitstellung oder den Austausch von Gütern oder Dienstleistungen, finanzielle Hilfen sowie das Spektrum praktischer Hilfen im Alltag. Unter ,*informational support*‘ können alle Formen der Kommunikation verstanden werden, die Informationen, Hinweise, Tips, Einschätzungen oder Ratschläge beinhalten.Unter ,*appraisal support*‘ schließlich lassen sich alle Transaktionen der Wertschätzung, Anerkennung und Bestätigung einer Person fassen. (S. 28 f.)

Pauls (2013a) fasst diese beschriebenen Ansatzpunkte und Arten sozialer Unterstützung als Ergebnis zahlreicher Studien zusammen, welche allgemein häufig folgendermaßen in der Literatur zu finden sind:

- Emotionale Unterstützung
- Positiver sozialer Kontakt
- Instrumentelle Unterstützung
- Informationelle Unterstützung
- Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung
- Wahrnehmung emotionaler Unterstützung nach Cassel (1974) und Cobb (1976)

In dem von Brähler und Kolleg*innen (2007) entwickelten Fragebogen zur Erhebung der sozialen Unterstützung (F-SozU), welcher auch im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit zur Erhebung der Ausprägung sozialer Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation Anwendung findet, werden die Skalen „Praktische Unterstützung“, „Emotionale Unterstützung“, „Soziale Integration“, „Wahrgenommene soziale Unterstützung“, „Soziale Belastung“, „Reziprozität“, „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ und „Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung“ erfasst (ebd.). Somit werden nicht nur der positive Effekt sozialer Netzwerke, sondern auch belastende Effekte berücksichtigt. Unter Reziprozität verstehen Brähler und Kolleg*innen (ebd.) den Grad „der Ausgeglichenheit im Geben und Nehmen innerhalb einer Beziehung oder innerhalb des persönlichen sozialen Netzes“ (S.12).

Eine spezielle Form sozialer Belastung stellt die *soziale Unterminierung* dar. Bei der sozialen Unterminierung (social undermining) handelt es sich um aktive

„Handlungen eines Interaktionspartners, die dazu beitragen, die **Probleme oder den Zustand** des anderen **zu verschlimmern**. >>Social undermining<< kann im Deutschen übersetzt werden als ein Prozess des >>Untergrabens durch soziale Interaktionen<<“ (Kienle, 2006, S. 112).

Laireiter (1993a) entwickelte eine Übersicht über die Systeme alltagsbezogener sozialer Unterstützung. Alltagsunterstützung besitzt demnach auf der untersten Ebene zehn Einzelfunktionen, die sich in psychologische und instrumentelle Formen differenzieren lassen (ebd.). Diewald und Sattler (2010a) geben eine Übersicht über Verhaltensweisen sozialer Unterstüt-

zung und unterscheiden hierbei zwischen konkret beobachtbaren Interaktionen, der Vermittlung von Kognitionen und der Vermittlung von Emotionen.

Zur strukturierten Erfassung sozialer Unterstützung gibt es mittlerweile verschiedene standardisierte Testverfahren. Kienle und Kolleg*innen (2006) beispielsweise führen deutsch- und englischsprachige Testverfahren zur strukturierten Erfassung sozialer Unterstützung auf. Diese Erhebungsinstrumente sind sehr heterogen und unterschiedlich elaboriert (ebd.). Sie beziehen sich zum Teil auf unterschiedliche Inhalte sozialer Unterstützung (ebd.). Soziale Belastungsfaktoren und objektivierte Daten zur Netzwerkgröße werden nicht immer miteinbezogen (ebd.)

Über die hauptsächlichen inhaltlichen Komponenten sozialer Unterstützung war man sich in der Forschung inzwischen weitgehend einig (Paulus, 1997). Pearson (1997) zufolge sei die Streitfrage weniger gewesen, ob soziale Unterstützung hilft, sondern weshalb und wie sie dies tut. Für die Wirkung sozialer Unterstützung sind sowohl Qualität als auch Quantität sozialer Beziehungen von Bedeutung (Dehmel, 2008). Eine Annäherung an die Wirkungsweise sozialer Unterstützung wird in Bezug auf die individuelle Gesundheit unter der Gliederungsziffer 2.3 vorgenommen. Nachfolgend wird zunächst der Themenbereich sozialer Netzwerke in Abgrenzung zum Themenbereich sozialer Unterstützung beschrieben.

2.2 Forschungsstand und theoretische Ansätze im Bereich „Sozialer Netzwerke“

Über einen langen Forschungszeitraum hinweg wurden die Begriffe der sozialen Unterstützung und der sozialen Netzwerke miteinander vermengt, erst mit der Zeit ist der Begriff des sozialen Netzwerks losgelöst von dem der sozialen Unterstützung betrachtet worden (Hass & Petzold, 1999; Haß, 2002). Die ersten Forschungsbemühungen zum Konzept sozialer Netzwerke gingen von Sozialanthropologen aus, die Kulturen mithilfe neuer theoretischer und methodischer Zugänge analysierten, indem sie informelle Beziehungsgefüge anstelle bisheriger normativer Orientierungen, Organisationen und Institutionen betrachteten (Röhrle, 1994). John Barnes prägte im Jahre 1954 erstmals den Begriff „soziales Netz“, indem er die einzelnen Mitglieder des Geflechts sozialer Beziehungen einer norwegischen Insel mit Knoten eines Fischernetzes und ihre sozialen Beziehungen mit den Bändern des Netzes verglich (Paulus, 1997).

Im Folgenden wird eine definitorische Einordnung der Begrifflichkeit „sozialer Netzwerke“ vorgenommen.

2.2.1 Begriffsklärung

Röhle (1994) definiert soziale Netzwerke als „*das Gesamt an sozialen Beziehungen zwischen einer definierten Menge von Personen, Rollen oder Organisationen*“ (S. 1), Hass und Petzold (1999) eher inhaltlich als „*Strukturen, die eine soziale Matrix für verschiedene Inhalte wie etwa soziale Unterstützung und soziale Sinnssysteme, bereitstellen*“ (S. 195). Dettmers (2017) zufolge „definieren [soziale Netzwerke] den Beziehungsraum, in dem Personen miteinander leben und kommunizieren“ (S. 261). Sie bestehen nicht aus qua Definition bestimmten Eigenschaften zugeschriebenen sozialen Kategorien wie Haushalt, Familie etc., sondern aus sozialen Beziehungen, zwischen welchen immaterieller oder materieller Austausch stattfindet (Haß, 2002). Brähler und Kolleg*innen (2007) beschreiben soziale Netzwerke als „*einzelne oder Gruppen von Personen, die wechselweise soziale Beziehungen oder Verbindungen zueinander haben. Das soziale Netzwerk wird meist durch die Strukturmerkmale Größe, Dichte, Homogenität, Art und Dauer der Beziehungen beschrieben*“ (S. 9). Pauls (2013a) beschreibt das soziale Netzwerk als „*das System sozialer Beziehungen in dem ein Individuum lebt*“ (S. 317). Während das soziale Netzwerk den quantitativen Aspekt sozialer Beziehungen darstellt, umfasst soziale Unterstützung „*den qualitativen Aspekt von Hilfsinteraktionen zwischen einem Unterstützungsgeber und einem Unterstützungsempfänger*“ (Kienle et al, 2006, S. 108). Gesunde Menschen verfügen tendenziell über große Netzwerke und nehmen stabile und positiv bewertete soziale Rollen ein, woraus wiederum positive Gefühle durch ein wertschätzendes Umfeld, Stressresistenz und gelingende Belastungsbewältigung resultieren (Pauls, 2013b). Diese Wirkung sozialer Unterstützung kann in einem bio-psycho-sozialen Zusammenhang gesehen werden (ebd.; siehe 2.3).

In der Netzwerkforschung werden soziale Beziehungen zumeist handlungstheoretisch als Austauschprozesse bezeichnet, „*in denen jedes Individuum die mit Aufnahme, Pflege und Abbrechen von Kontakten wie auch für die Wahl einer Unterstützungsperson verbundenen Nutzen ... und Kosten ... gegeneinander abwägt und darüber seine soziale Umgebung aktiv gestaltet*“ (Haß, 2002, S. 20).

Der Unterschied zu Gruppen oder anderen sozialen Gefügen ist, dass Netzwerke auf das Individuum zugeschnitten sind, welches im Mittelpunkt des Netzwerkes steht, wodurch die einzelnen Individuen des Netzwerkes nicht zwingendermaßen miteinander bekannt oder in deren Netzwerken zugehörig sein müssen, wie es bei Kollektiven wie einer Gemeinde, Kirche oder Nation der Fall ist (Baumann, 2007).

Im nächsten Abschnitt werden theoretische Erkenntnisse aus dem Bereich der sozialen Netzwerkforschung zusammengetragen.

2.2.2 Erkenntnisse und Theorien im Bereich der sozialen Netzwerkforschung

Engel, Nestmann und Sickendiek (1999) zufolge stellt das Konzept sozialer Netzwerke ein beliebtes Forschungskonzept dar,

da es die oft gesuchte überbrückende Funktion zwischen der Mikroebene zwischenmenschlicher Interaktion zur Makroebene sozialer und gesellschaftlicher Beziehungs- und ökologischer Strukturen einzunehmen vermag. Somit schafft der Begriff ‚soziales Netzwerk‘ eine Brücke zwischen den Betrachtungen über die Kommunikations- und Interaktionsformen von Personen und en lebensweltlichen Kontexten (S. 152).

Nach Baumann (2007) entstehen soziale Netzwerke „im Verlauf der Interaktion und können nur durch fortlaufende Kommunikation aufrechterhalten bzw. permanent neu geschaffen oder wiederbelebt werden“ (S. 121). Inhaltlich reichen soziale Netzwerke von „nicht organisierten primären Netzen“ (Röhrle, 1994, S. 179) über „gering- bis höhergradig organisierte sekundäre Netzwerke“ (ebd.) bis hin zu „tertiären Netzen, die die Vernetzung der Mitglieder von Organisationen ... beinhalten“ (ebd.). Röhrle (ebd., S. 16) führt die in der nachfolgenden Übersicht (vgl. Tabelle 1) aufgezeigten Merkmale sozialer Netzwerke auf und unterscheidet hierbei zwischen relationalen, kollektiv und individuell bedeutsamen funktionalen Merkmalen und Merkmalen der Morphologie (ähnliche Ausführungen finden sich u.a. bei Pearson, 1997 oder Bullinger & Nowak, 1998).

Tabelle 1: Merkmale sozialer Netzwerke nach Röhrle, 1994, S. 16

Merkmale sozialer Netzwerke
<ol style="list-style-type: none">1. Relationale Merkmale<ol style="list-style-type: none">A. <i>Starke vs. schwache Bindungen</i> (Intimität, Intensität)B. <i>Kontakthäufigkeit</i>C. <i>Latente vs. aktualisierte Beziehungen</i>D. <i>Dauer</i> (Stabilität)E. <i>Multiplexe vs. uniplexe Beziehungen</i> (Vielartigkeit der Beziehungsinhalte; z. B. diverse Rollenbeziehungen)F. <i>Egozentrizität vs. Altruismus</i>G. <i>Reziprozität</i>H. <i>Homogenität</i>I. <i>Grad der an Bedingungen geknüpften Zugänglichkeiten</i>2. Kollektiv und individuell bedeutsame funktionale Merkmale<ol style="list-style-type: none">A. <i>Soziale Unterstützung</i> (Sicherheit, Rückhalt usw.)B. <i>Soziale Kontrolle</i> (Normorientierung, Übermittlung von Werten)3. Merkmale der Morphologie<ol style="list-style-type: none">A. <i>Größe</i> (Zahl der Elemente; z. B. Personen, Organisationen, Nationen)

- B. *Dichte* (Zahl der möglichen zu den tatsächlich vorhandenen Beziehungen)
- C. *Erreichbarkeit* (Möglichkeiten zur Herstellung von direkten und indirekten sozialen Beziehungen zwischen undefinierten oder definierten Mengen von Verknüpfungspunkten [Pfaden] [sic])
- D. *Zentralität* (Grad der sozialen Integration)
- E. *Cluster/Cliquen* (Zahl der partiell oder total abgrenzbaren, in sich dichten Netzwerkteile)
- F. *Sektoren/Zonen* (Familie, Verwandte, Freunde usw.)

Beim Begriff „soziales Netzwerk“ wird häufig zwischen informellen, alltäglichen Helfenden wie Bekannten, Eltern, Freund*innen etc. und formellen wohlfahrtsstaatlichen Unterstützungsleistungen unterschieden (Kienle et al., 2006). Darüber hinaus unterscheidet Hülshoff (2017) zwischen lebensbereichsinternen Unterstützungsmodi wie beispielsweise die Unterstützung durch Arbeitskolleg*innen sowie lebensbereichsfremden Unterstützungsmodi, wie die familiäre Hilfe bei arbeitsbedingtem Stress, welche im Vergleich in der Regel weniger stark wirken. Als entscheidend „für die soziale Integration oder Isolation eines Individuums gilt die Anzahl der aktiven Bindungen, die jemand aufrechterhält. Einen möglichen Indikator für soziale Integration stellt die Zahl der sozialen Rollen eines Individuums dar“ (Kienle et al., 2006, S. 108).

Aus zahlreichen empirischen Studien geht hervor,

dass soziale Netzwerke wichtige integrative und Schutz-Funktionen in unserem Leben und Lebenslauf übernehmen können und dass soziale Unterstützung eine Funktion solcher sozialen Beziehungssysteme sein kann – neben regulativen, kontrollierenden aber auch konflikträchtigen und belastenden Dimensionen (Nestmann, 2000, S. 259).

Aus diesem *positiven Blickwinkel* betrachtet vermitteln soziale Netzwerke „Hilfe und Unterstützung, sie puffern Belastungen ab oder lassen sich als Schutzschild gegen belastende Lebensumstände fassen“ (Keupp, 1987, S. 106). Soziale Netzwerke können komplexe Strukturen reduzieren bzw. filtern, Individuen und deren institutioneller Umgebung verknüpfen und von institutionellen Anforderungen des Alltags entlasten (Haß, 2002).

Aus einem *negativen Blickwinkel* gesehen können soziale Netzwerke jedoch auch „Verlust, Abwesenheit oder ... [eine] quantitativ und qualitativ unzureichende Quelle von sozialer Unterstützung“ (Keupp, 1987, S. 106) darstellen. Soziale Netzwerke können nicht nur soziale Unterstützung sondern auch belastende und traumatisierende Effekte hervorbringen (Dällenbach, Hollenstein, Rüegger & Sommerfeld, 2016). Nach Diewald und Sattler (2010a) könne es sowohl auf Ebene des*der Hilfegebenden als auch auf Ebene des*der Hilfeempfangenden im Rahmen sozialer Unterstützungsprozesse und auch unabhängig davon zu sozialen Belastungen kommen:

Dabei geht es zum ersten um psychische, zeitliche oder materielle Belastungen für den Hilfegeber, der dadurch selbst in der Verfolgung seiner Lebensziele eingeschränkt werden kann. Zum zweiten geht es um psychische Belastungen des Hilfeempfängers im Zusammenhang mit der Annahme der Unterstützung wie zum Beispiel Scham, Unterlegenheitsgefühle und unerwünschte Verpflichtungen zur Gegenleistung. Zum dritten können gerade enge Beziehungen auch ohne konkreten Zusammenhang mit Unterstützungsprozessen durch Konflikte, enttäuschte Erwartungen oder unerwünschte soziale Kontrolle geprägt sein. (S. 690)

Diese negative Ebene sozialer Gefüge wird unter anderem auch von Brähler und Kolleg*innen (2007) in den Blick genommen, welche auch die Soziale Belastung als Skala im Rahmen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU) berücksichtigen (vgl. 2.1.2).

Im nachfolgenden Kapitel wird der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung, sozialen Netzwerken, Gesundheit und Krankheit aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive hergestellt. Darüber hinaus werden die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Persönlichkeitskomponenten, verschiedenen psychischen Erkrankungen sowie soziodemographischen Merkmalen beleuchtet.

2.3 Soziale Unterstützung, soziale Netzwerke und Gesundheit aus bio-psycho-sozialer Perspektive

Aus verschiedenen Modellen zur Entstehung psychischer Störungen geht die Bedeutung sozialer Unterstützung als Umweltressource bei der Bewältigung von Belastungen hervor. Im Folgenden werden zunächst Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit, Persönlichkeitskomponenten und soziodemographischen Merkmalen hergestellt. Dabei findet ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis Anwendung (vgl. 1.6).

Zunächst wird die Bedeutung sozialer Unterstützung für die individuelle Gesundheit beschrieben.

2.3.1 Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit

Viele Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass Merkmale sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke den Verlauf verschiedener somatischer und psychischer Erkrankungen mitsteuern können (Laireiter, 1993b). In Querschnitts- und retrospektiven Studien wurde vor allem die Bedeutung nahestehender Bezugspersonen und die von ihnen wahrgenommene Unterstützung herausgearbeitet (ebd.). Soziale Isolation, Defizite an engen Bezugspersonen, geringe wahrgenommene soziale Unterstützung von diesen sowie negative Aspekte sozialer Beziehungen wirken sich auf den Verlauf und Ausgang verschiedener psychischer Störungen negativ aus (ebd.). Stein (2009) ordnet soziale Netzwerke und soziale Unterstützung den sozialen

Ressourcen zu, welche im Zusammenspiel mit persönlichen und instrumentellen Ressourcen zur Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen mobilisiert werden können. Soziale Unterstützung wirkt sich als Teilbereich sozialer Netzwerke direkt auf das psychische Wohlbefinden aus, lindert Stress und mildert die Auswirkungen ungünstiger Lebensbedingungen ab (Robert Koch Institut, 2011).

Schwach integrierte Personen berichteten besonders häufig von gesundheitlichen Einschränkungen (Lampert & Kroll, 2007). Besonders bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung fehlt häufig die Ressource sozialer Beziehungen (Dällenbach et al., 2016). Dällenbach und Kolleg*innen (ebd.) vergleichen psychische Erkrankungen mit einem „‘corrosive damage’ ... , der sich auf alle Bereiche eines Lebensführungssystems (und die damit einhergehenden Capabilities) auswirkt“ (S. 111). Soziale Unterstützung und Integration sind wichtige Faktoren bei Gesundungsprozessen, soziale Rollen geben dem Leben Sinn, Richtung und Aufgaben, während soziale Isolation unter anderem mit häufigeren Hospitalisierungen einhergeht (ebd.). Besonders Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis leiden häufig unter stark ausgeprägten sozialen Einschränkungen (ebd., zit. n. Alptekina et al., 2005). Manz, Schepank und Valentin (1987) untersuchten im Rahmen eines epidemiologischen Feldforschungsprojektes die Prävalenz psychogener Erkrankungen, mit dem Ergebnis, dass bei stärker psychogen beeinträchtigten Menschen häufig schützende Netzwerke enger Bezugspersonen fehlen, wobei die Einordnung zwischen psychogenen und endogenen psychischen Erkrankungen heute weniger vorgenommen wird.

Inzwischen wurde in hunderten Studien nachgewiesen, dass „soziale Bindungen und personale Beziehungssysteme in mehrfacher Hinsicht für die Gesundheit und das Wohlbefinden zweckdienlich sind“ (Deloie, 2011, S. 179) und dass soziale Unterstützung sowohl gesundheitsfördernd als auch stressmindernd wirkt (Nestmann, 2010).

Thoits (1995) führt aus der Literatur drei Hauptformen von Stressoren auf: akute Life-Events, chronische Belastungsfaktoren und alltägliche Belastungen. Stress wird „durch ein Missverhältnis oder Ungleichgewicht zwischen dem Menschen und seiner Umwelt ausgelöst“ (Hurrelmann, 2012a, S. 65):

Stress findet immer dann statt, wenn eine Diskrepanz oder ein Konflikt besteht zwischen Lebensbedingungen, Zwängen und Erwartungen auf der einen Seite und individuell gegebenen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Ressourcen auf der anderen - und dieses Missverhältnis vom Einzelnen als ein Wohlbefinden bedrohend oder beeinträchtigend erfahren wird. (ebd.)

Als stressreduzierende Funktionen sozialer Unterstützung beschreibt Nestmann (2010.) angelehnt an Shumaker und Brownell beispielhaft kognitive Bewertungen, belastungsspezifische

Hilfen und individuelle Coping-Strategien, als gesunderhaltende Funktionen werden der Aufbau von Selbstbewusstsein und Selbstwert, die Aufrechterhaltung und Förderung von Selbstgefühl, Selbstverständnis und persönlicher Identität sowie die Befriedigung von Gemeinschafts- und Beziehungsbedürfnissen genannt.

Bezogen auf die Rolle sozialer Unterstützung im Umgang mit stresshaften Situationen kamen viele Studien zu der Erkenntnis, dass sowohl persönliche als auch umweltbezogene Faktoren als Moderatorvariablen im Stressbewältigungsprozess dienen können (Nestmann, 2010).

Eine von Ensel, Lin, Kuo und Simeone (1979) beschriebene repräsentative Untersuchung chinesisch-amerikanischer Erwachsener in Washington D.C. im Jahre 1979 zeigte beispielsweise, dass soziale Unterstützung negativ mit psychiatrischen Symptomen korreliert, während „stressful life events“ (S. 108, unter Bezugnahme auf Holmes & Masuda, 1974; Holmes & Rahe, 1967; Rahe, 1975 und Rahe et al., 1963) positiv mit psychiatrischen Symptomen korrelierten, wobei soziale Unterstützung einen zuverlässigeren Prädiktor für das (Nicht-)Auftreten psychiatrische Symptome darstellte als die Life-Events.

Leppin und Schwarzer (1991) fanden in ihren empirischen Untersuchungen negative Korrelationen zwischen Depression und erhaltener Unterstützung, was damit erklärt wurde, dass einerseits eventuell eher Abstand zu depressiven Menschen gehalten werde und andererseits die tatsächlich gewährte Unterstützung im Rahmen der Depression eventuell nicht als solche bewertet wurde.

Gottlieb (1983) fasst die damaligen Forschungsergebnisse über die Effekte sozialer Unterstützung auf die Gesundheit im sogenannten **Moderatorenmodell** sozialer Unterstützung zusammen und unterteilt die Effekte sozialer Unterstützung in sogenannte Haupt- und Puffereffekte (vgl. Abb. 2).

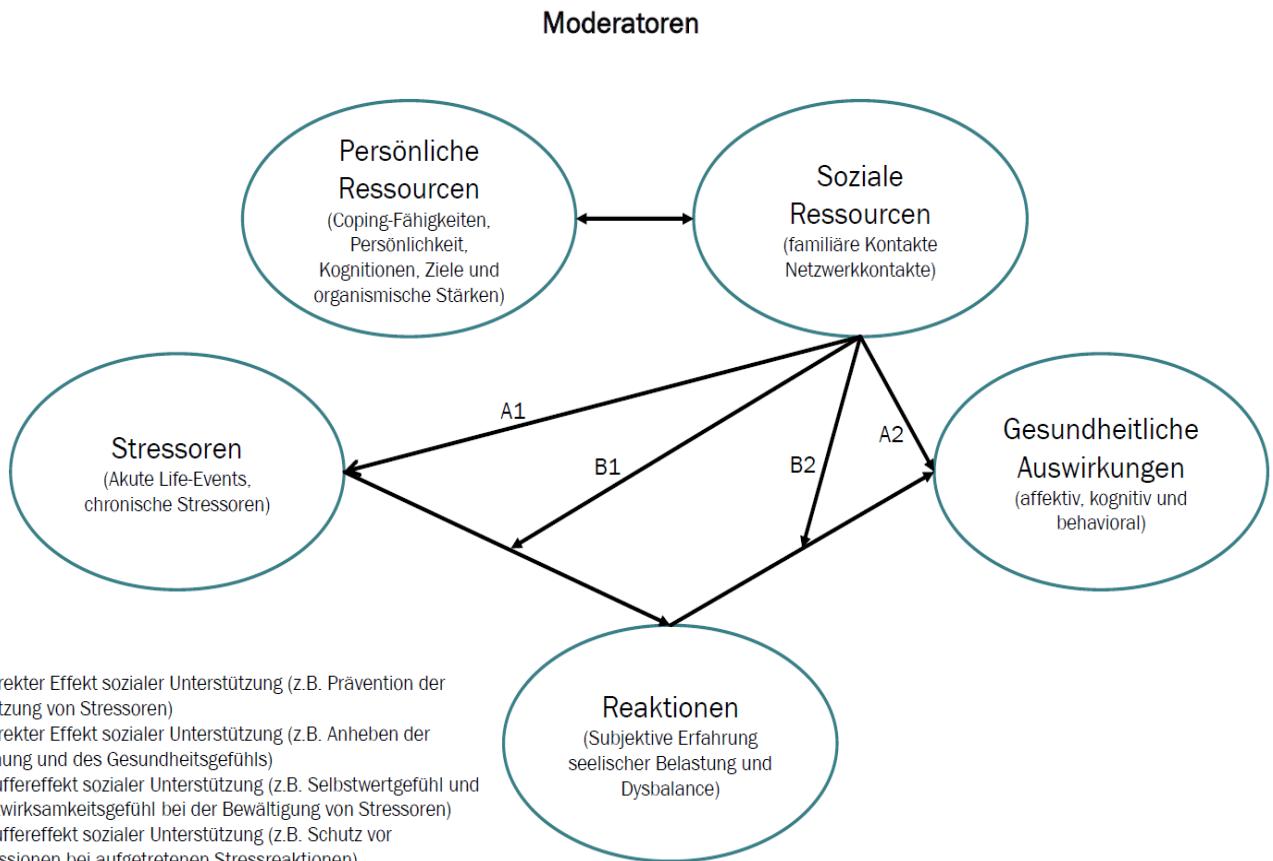


Abbildung 2: Moderatorenmodell sozialer Unterstützung (eigene Abbildung in Anlehnung an Gottlieb, 1983, S. 37)

Pauls (2013a) beschreibt die Haupt- und Puffereffekte sowie die Einflüsse auf die Wahrnehmung der Betroffenen im Rahmen klinisch sozialarbeiterischer Diagnostik folgendermaßen:

In der Praxis Klinischer Sozialarbeit ist abzuklären, ob der Klient aufgrund mangelnder sozialer Unterstützung verzerrt wahrnimmt und dadurch viele objektiv neutrale Stimuli als Stressoren bewertet (Haupteffekt, A1). Oder ob er aufgrund seiner mangelnden sozialen Unterstützungssituation sich generell unwohl und belastet fühlt (Haupteffekt, A2). Oder ob er aufgrund mangelnder sozialer Unterstützung nicht in der Lage ist, Stressoren, die in unserem Leben zwangsläufig vorkommen, konstruktiv zu bewältigen (Puffereffekt, B1). Oder ob er aufgrund fehlender sozialer Unterstützung ... chronische Stressreaktionen nicht abbauen kann und depressiv wird (Puffereffekt B2). (ebd., S. 85)

Laireiter (1993b, S. 193) fasst Schlüsse zu ätiologiebezogenen Funktionen sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung aus den damaligen Forschungsergebnissen zusammen und bezieht sich dabei mitunter auf die Puffereffekte sozialer Unterstützung:

1. Über alle Phasen hinweg dürfte das Fehlen von Bezugspersonen und von Unterstützung ein ubiquitärer Risikofaktor sein. Auf der anderen Seite konnte der Besitz enger Beziehungen und von diesen wahrgenommene Unterstützung als ein ebenfalls über alle Phasen hinweg protektiv wirksamer Faktor beobachtet werden. Die-

se scheinen auch für sogenannte ‚Puffereffekte‘ verantwortlich zu sein. Lediglich bei der Schizophrenie könnte die emotionale Qualität einer Beziehung weniger bedeutsam sein.

2.
3. Ätiologisch wichtig erscheint das Ergebnis, daß schwere und vor allem chronische Belastungen zu einer Erosion Sozialer Unterstützung und Stützsysteme beitragen können.

Wolf (1998) konnte in seinen Untersuchungen zahlreiche Forschungsergebnisse der Haupt- und Puffereffekte sozialer Unterstützung und sozialer Belastung bestätigen, wonach regressionsanalytische Zusammenhänge zwischen Depressivität und Unterstützungs- und Belastungsmaßen bestehen. Der Gesamtwert wahrgenommener Verfügbarkeit sozialer Unterstützung der Komponenten Bewertungsunterstützung, Selbstwertunterstützung und Zugehörigkeitsunterstützung wies einen Puffereffekt auf Depressivität auf, welcher in Bezug auf materielle Unterstützung nicht vorhanden war. Wolf (ebd.) zufolge sei zusammenfassend davon auszugehen, „daß bei wahrgenommenem Stress einen [sic] Puffereffekt von wahrgenommener sozialer Unterstützung in Hinsicht auf Depressivität auftritt und so das Vorkommen depressiver Symptome vermindert“ (S. 353).

Leppin und Schwarzer (1991) kritisieren die Beschränkung der Forschung auf die Haupt- und Puffereffekte sozialer Unterstützung und schlagen ein komplexeres Kausalmodell vor. Ihnen zufolge resultiere die seelische Gesundheit einer Person aus einer Kombination aus Persönlichkeit (Selbstkonzept, Soziale Kompetenz), sozialer Integration (soziales Netzwerk, Beziehungsinhalte), wahrgenommener Unterstützung (erwarteter Verfügbarkeit sozialer Unterstützung) und Stressbewertung (Anforderung vs. Ressourcen). Die Bewältigung von Stress sei sowohl abhängig von der erhaltenen sozialen Unterstützung (Mobilisierung, Erhalt, Evaluation) als auch von dem spezifischen Coping-Verhalten der Person (ebd.). Dabei wird auch davon ausgegangen, dass Reziprozität im Sinne gegenseitiger hilfreicher Beziehungen die seelische Gesundheit begünstigt (ebd.).

In den 90er Jahren beschäftigte man sich vermehrt mit der Frage, auf welche Weise die Haupt- und Puffereffekte sozialer Unterstützung erzielt werden, woraufhin sich ein **biopsychosoziales Erklärungsmodell der Wirkung sozialer Unterstützung** abzeichnet (Nestmann, 2010). Es kann heute nicht mehr von einer Anlage-Umwelt-Dichotomie ausgegangen werden, denn vielmehr beeinflussen sich die biologische Ausstattung, die sozialen Umgebungsfaktoren und psychische Komponenten eines Individuums reziprok (Richter, 2003; vgl. 1.6). Die biologische Ausstattung eines Menschen kann durch soziale Einflüsse verändert werden, bis hin zur Veränderung der Genexpression (ebd.). Doch auch die soziale Umwelt eines Individuums verändert sich nicht nur durch im Laufe des Lebens veränderte

Umwelteinflüsse, sondern sie wird auch durch das Individuum persönlich selektiert, indem es sich relevante soziale Umwelten aktiv sucht (ebd.). Bedeutende Entwicklungsschritte eines Menschen werden sowohl durch dessen biologische Ausstattung, als auch durch soziale und gesellschaftliche Umwelten beeinflusst, welche mitunter die Relevanz der Ausprägung reduzieren und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten beeinflussen können (ebd.).

Unter einem bio-psycho-sozialen Blickwinkel hemmt soziale Unterstützung auf biologischer Ebene schädigende physische Prozesse und nimmt positive Einflüsse auf immunologische und neuronale Prozesse sowie auf das Herz-Kreislauf-System (Adler, Huether & Rüther, 1999). Auf psychologischer Ebene werden durch soziale Unterstützung der Selbstwert, das Selbstbewusstsein und das Wohlbefinden gesteigert, eine optimistische Stimmung geschaffen, Sicherheitsgefühl gesteigert und Ängste reduziert (ebd.). Durch reziprokes Helfen und Gebrauchtwerden entstehen positive Kontrollerfahrungen und Bestätigung. Im Alltag wie auch in Krisensituationen wirken unterstützende Interpretationsprozesse, emotionaler Beistand, Trost und Ermutigung (ebd.). Auf sozialer Ebene werden Gesundheits- und andere Verhaltensweisen durch Umgebungsfaktoren beeinflusst (ebd.). Über soziale Regulation und Kontrolle werden Werte und Normen geregelt, die beispielsweise schädlichem Gesundheitsverhalten entgegenwirken können (ebd.). Soziale Unterstützung „puffert“ und „förderst“ im praktisch sozialen Austausch von Leistungen und Waren durch alltägliche soziale Transport- und Versorgungsleistungen“ (ebd., S. 20).

Soziale Netzwerke können auf unterschiedliche Art und Weise zu einer biographischen Sicherheit beitragen (Pelizäus-Hoffmeister, 2006). Einerseits können sie als normativer Rahmen dienen, welcher Orientierung in Bezug auf Handlungen bieten kann. Andererseits können sie durch Verstärkung des eindeutigen Selbst zu mehr Selbstsicherheit führen. Individuen können sich mithilfe der sicheren Basis sozialer Netzwerke auf die Unsicherheit und Uneindeutigkeit der Lebensplanung einlassen, was insbesondere in der postmodernen Zeit von Bedeutung ist (vgl. 1.) (ebd.).

Auch die **Bindungstheorie** ist beim Verständnis der Wirkung sozialer Unterstützung auf die Menschliche Entwicklung von Bedeutung. Sichere Bindungsstrukturen haben Gahleitner (2009) zufolge eine solche charakteristische Doppelfunktion: „Sie dienen der momentanen Sicherheit und dem aktuellen psychischen Wohlbefinden, aber auch als Risikopuffer für die gesamte weitere Kompetenzentwicklung, Beziehungs- und Lebensgestaltung“ (S. 154). Bowlby (2014) zufolge sei das Bindungsverhalten des Kindesalters, welches im Erwachsenenalter immer wieder auftritt, ein „integrales, im biologischen Sinne schützendes Merkmal . . . Die Gewissheit, in kritischen Situationen einen vertrauten Menschen um Hilfe bitten zu können,

stellt zweifellos eine beruhigende Rückversicherung dar“ (S. 21). Unter dem Bindungsverhalten versteht Bowlby „jegliches Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, die Nähe eines vermeintlich kompetenteren Menschen zu suchen oder zu bewahren, ein Verhalten, das bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung und entsprechendem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten wird“ (ebd.). Das Bindungsverhalten hat nicht nur psychische sondern auch physiologische Konsequenzen in der Stressverarbeitung heranwachsender Kinder – und die Stressverarbeitung ist wiederum eine wichtige Komponente in der Entwicklung der Resilienz (Richter, 2003). Soziale Unterstützung weist starke Zusammenhänge mit einer sicheren bzw. autonomen Bindung auf (Gahleitner, 2009). Ebenso finden sich Zusammenhänge zwischen Bindungssicherheit und sozialer Kompetenz (ebd.). Über positive Beziehungen wird ein Wohlbefinden in anderen Lebensbereichen wahrscheinlicher und die Aufrechterhaltung positiver Bindungen vermittelt ein Gefühl von Sicherheit (ebd.). Außerdem wird über ein positives Bindungsverhalten das Kohärenzgefühl nach Antonovsky 1997 gefördert, welches eine entscheidende Rolle bei der Gesunderhaltung innehalt (ebd.).

Henderson, Joseph, Pierce, Sarason und Sarason (1996) zufolge stehen die vielfältigen Komponenten sozialer Unterstützung miteinander in Wechselwirkung. Unterstützende Transaktionen der Eltern ihren Kindern gegenüber begünstigen, dass Kinder positive „support schemata“ (S.7) entwickeln, welche wiederum die Entwicklung unterstützender Beziehungen in der späteren Kindheit und im Erwachsenenleben beeinflussen, sowohl im Sinne des Hilfe-Empfangens, als auch des Hilfe-Gebens. Soziale Unterstützung im Kindesalter bietet darüber hinaus sowohl kurz- als auch langfristige Effekte (ebd.). Langfristig beeinflusst die elterliche Unterstützung, welche sozialen Beziehungen die Kinder in ihrem späteren Leben eingehen, welche wiederum das Verhalten mitbeeinflussen (ebd.). Kurzfristig können Kinder durch die elterliche Unterstützung Coping-Fähigkeiten aufbauen, welche sie dazu befähigen, stresshafte Situationen zu meistern (ebd.). Diese erworbenen Coping-Strategien lassen stresshafte Situationen wiederum weniger bedrohlich erscheinen (ebd.).

Mithilfe der elterlichen Unterstützung können Kinder Autonomie, Unabhängigkeit, Verantwortung, Empathie, Altruismus und Vertrauen gegenüber ihren Mitmenschen entwickeln (Richter, 2003). Außerdem erlernen sie die Fähigkeit, Probleme zu lösen, mit ihren Mitmenschen zu kommunizieren und mit negativen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen umzugehen, womit sie wiederum zunehmend ihre eigene Resilienz zu fördern lernen (Grotberg, 2011). Aus frühen desorganisierten Bindungsmustern können sich in der Adoleszenz Erkrankungen wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln (Britsch, 2009).

Soziale Unterstützung hat einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung von **Resilienz**.

Nach Chmitorz, Helmreich, Kubiak, Kunzler, Lieb und Linz (2018) diene die Resilienz der „Aufrechterhaltung bzw. rasche[n] Wiederherstellung der psychischen Gesundheit während oder nach stressvollen Lebensumständen“ (o. S.). Grotberg (2011) beschreibt Resilienz als „eine grundlegende menschliche Kraft, die allen Kindern innewohnt. Eltern und andere fürsorgliche Erwachsene fördern Resilienz in Kindern durch ihre Worte, Handlungen und die Lebenswelt, die sie ihnen eröffnen“ (S. 57f.).

Als empirisch gelegt gilt, dass die mit einer geringen sozialen Einbindung zusammenhängenden geringeren Unterstützungsleistung mit einem schlechten Gesundheitsstatus korreliert (Deloie, 2017).

Paulus (1997, S. 185 f.) führt in Anlehnung an Schwarzer und Leppin 1991 S. 182 ff. die Bedeutung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf das Wohlbefinden auf (vgl. Tabelle 2). Auf die Bedeutung der Persönlichkeitsmerkmale in Bezug auf soziale Unterstützung wird unter der nächsten Gliederungsziffer näher eingegangen.

Tabelle 2: Bedeutung wahrgenommener sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden in Anlehnung an Paulus, 1997, S. 185 f.

Bedeutung wahrgenommener sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden
1) Die wahrgenommenen [sic] Unterstützung hängt von den relationalen und morphologischen Merkmalen des Netzwerks ab.
2) Die wahrgenommene Unterstützung hängt ... von Persönlichkeitsmerkmalen ab. Wenn sich jemand soziale Bedeutung und Beliebtheit zuschreibt, wird er z.B. auch eher mehr soziale Unterstützung erwarten als jemand, der dies nicht tut.
3) Die wahrgenommene Unterstützung hat direkte Auswirkungen auf die seelische Gesundheit. Jemand, der sich geborgen fühlt, ist z.B. emotional stabiler als jemand, der nicht auf die Hilfe anderer vertrauen kann.
4) Die wahrgenommene Unterstützung beeinflusst die Stressbewertung. Jemand, der sich geborgen fühlt, wird kritische Umweltanforderungen eher als nicht bedrohlich oder schädigend, sondern positiv als Herausforderungen wahrnehmen können.
5) Die Stressbewertung hat je nach Ausgang einen direkten Einfluss auf die Stressbewältigung bzw. seelische Gesundheit.
6) Die Bewältigung von Stress wird ... direkt durch Merkmale der Person beeinflusst. [Genannt werden hier u. a. das Vertrauen auf das existieren eines sozialen Netzwerkes, die Fähigkeit zur Mobilisierung und Inanspruchnahme sozialer Unterstützung und das Kohärenzgefühl nach Antonovsky 1981, 1987.]
7) Die relationalen und morphologischen Gegebenheiten des Netzwerks beeinflussen auch direkt die Stressbe-

wältigung. Denn sie bestimmen z.B. mit, ob jemand überhaupt mit Unterstützung rechnen kann.

8) Die Bewältigung der Stressbelastung trägt zum Erhalt und zur Förderung der seelischen Gesundheit direkt bei. Wohlbefinden stellt sich ein, und die Personen sind weniger durch Ärger, Ängste und depressive Verstimmungen beeinträchtigt, das ‚Kohärenzgefühl‘ wird gestärkt.

Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen *sozialen Netzwerken* und Gesundheit, so erforschte Bruns (2013) die Möglichkeiten und Restriktionen der Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke empirisch auf Basis eines salutogenetischen Gesundheitsverständnisses. Aus den empirischen und theoretischen Ergebnissen ließ sich ableiten, dass die Qualität netzwerkübergreifender Beziehungsstrukturen, die zeitliche Intensität, die Beziehungsstrukturen innerhalb einer Netzwerkebene (primär: informelle persönliche Netzwerke auf Mikroebene; sekundär: Einbindung und Partizipation in lokale Organisationen auf Mesoebene; tertiär: formelles medizinisches Versorgungssystem) und die Beziehungen zwischen verschiedenen Netzwerkebenen die Gesundheit beeinflussen (ebd.). In Bezug auf den Zusammenhang zwischen primären und tertiären Netzwerken und Gesundheit wird unter anderem folgende Feststellung getroffen (ebd., S. 234):

Anhand der empirischen Ergebnisse zeigt sich, dass die spezifischen Voraussetzungen der primären Netzwerkebene (u. a. Größe, Dichte, Multiplexität, soziale Unterstützungsleistungen) einen direkten gesundheitsrelevanten Einfluss haben, aber zum Teil auch die Beurteilungen der tertiären Netzwerkebene determinieren. So wird die tertiäre Netzwerkebene besser beurteilt, wenn auf der primären Netzwerkebene wenige Ressourcen (z. B. finanzielle oder materielle Unterstützungsleistungen) vorhanden sind.

Zusammenfassend wird das „**sozialökologische Unterstützungsmodell**“ nach Nestmann (2010, S. 19) herangezogen, welches unter einer bio-psycho-sozialen Perspektive die reziproken Wechselwirkungen zwischen Personen- und Umweltsystem, Lebenskrisen und -übergängen, deren jeweiliger kognitiver Bewertung und Copingreaktionen sowie Gesundheit und Wohlbefinden beinhaltet (vgl. Abb. 3).

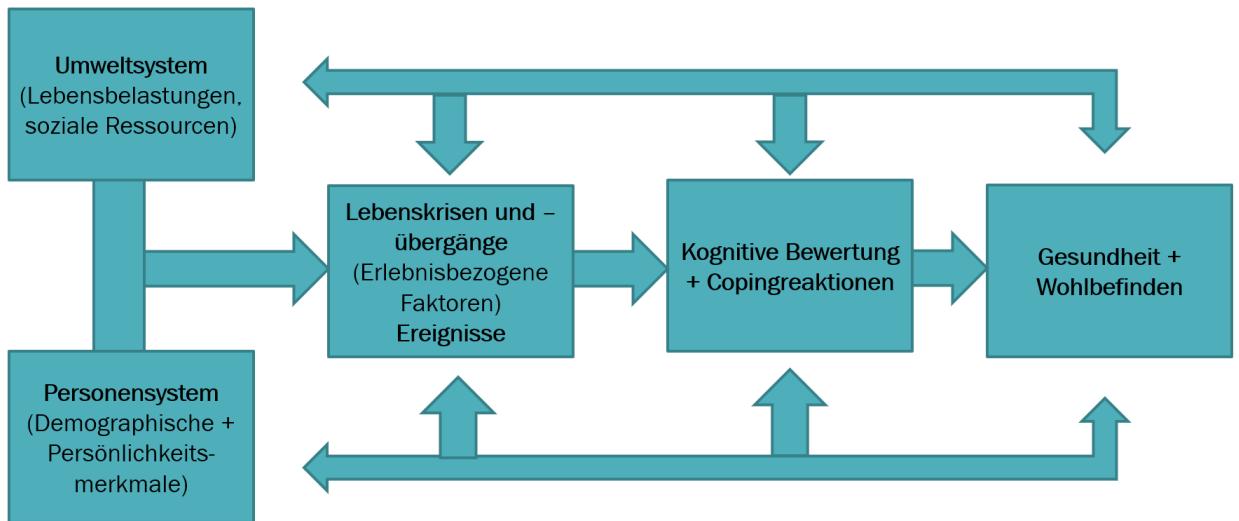


Abbildung 3: Sozialökologisches Unterstützungsmodell nach Nestmann, 2010, S. 19

Das sozialökologische Modell orientiert sich eher an neueren Support-Modellen, die weniger eine kurative als eine salutogenetische Perspektive (siehe Gliederungspunkt 3.2) einnehmen (Nestmann, 2010). Diese Perspektive wird insofern vertieft, als dass davon ausgegangen wird, dass Personen in und an Krisen wachsen können, zum Beispiel wenn sie angemessene soziale Unterstützung zur Bewältigung erhalten (ebd.).

Es gibt eindrückliche positive Effekte der Überwindung kritischer Lebensereignisse auf die Persönlichkeit, auf Bewältigungsoptimismus, Kontrollbewusstsein und Selbstwert. Zudem ist Stress auch eine Chance, Problemlösekompetenz mit Hilfe anderer zu entwickeln und Vertrauen in die Hilfe anderer zu lernen. (ebd., S. 19)

Hierzu wird der Zusammenhang zwischen der Bewältigung von Stress und Krisen und sozialer Unterstützung in Kapitel 3. ausführlich beleuchtet.

Im nächsten Abschnitt wird die Ausprägung sozialer Unterstützung in Bezug auf unterschiedliche Persönlichkeitskomponenten sowie psychiatrische Symptome betrachtet.

2.3.2 Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung, Persönlichkeitskomponenten und psychiatrischen Symptomen

Wolf (1998) untersuchte neben einigen weiteren Autor*innen die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung, Stress und Persönlichkeitsvariablen. In seinen Untersuchungen konnte Depressivität die wahrgenommene soziale Unterstützung einschließlich der materiellen Unterstützung, der Bewertungsunterstützung und der Selbstwert-Unterstützung nicht beeinflussen. Bei Brähler und Kolleg*innen (2007) fanden sich hingegen Zusammenhänge zwischen Depressivität, erhoben durch das Beck-Depressionsinventar und sozialer Unterstützung, erhöht

ben über den Fragebogen zur Sozialen Unterstützung F-SozU. So ergaben sich positive Korrelationen zwischen sozialer Belastung und Depression sowie negative Korrelationen zwischen sozialer Unterstützung und Depression (ebd.). Wolfs (1998) Untersuchung in Bezug auf Partnerschaftsstress oder Scheidungen/Trennungen ergab keine Differenzierung der von Partnerschaftsstress betroffenen Personen im Vergleich zur Kontrollgruppe in der Wahrnehmung sozialer Unterstützung und im Einsamkeitserleben. Die Betroffenen berichteten über signifikant mehr wahrgenommene soziale Belastung, unterschieden sich aber nicht in der Anzahl unterstützender Personen, was Wolf am ehesten auf die durch soziale Kompetenz der Untersuchungsteilnehmenden - welche ein überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau, einen hohen sozialen Status und ein durchschnittliches Lebensalter von 30 Jahren aufwiesen - zurückgehende Kompensierung der verlorengegangenen Unterstützung zurückführt.

Brown (1978) hat im Rahmen einer Längsschnittstudie über hilfesuchendes Verhalten an 1.106 in Städten lebenden Erwachsenen im Alter zwischen 20 und 70 Jahren herausgefunden, dass sich das Verhalten von Menschen, die sich in schwierigen Lebenssituationen befinden in Bezug auf das Hilfesuchen unterscheidet: Einige Personen vertrauten auf ihre eigenen Bewältigungskompetenzen, einige suchten sich informelle Unterstützung und einige waren abgeneigt, sich Hilfe zu suchen. Die ersten beiden genannten Personenkreise schienen am besten zur Bewältigung schwieriger Lebensübergänge und Krisen in der Lage, während der dritte genannte Personenkreis im Vergleich hierzu größeren Risiken ausgesetzt war.

Brähler und Kolleg*innen (2007) führten verschiedene Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung, sozialer Belastung und verschiedenen Persönlichkeitskomponenten durch. Korrelationen zwischen sozialer Unterstützung und sozialer Kompetenz sind ausgesprochen positiv (ebd.). Sie fanden unter anderem positive Korrelationen zwischen den Hauptskalen des F-SozU und Komponenten sozialer Kompetenz und Selbstvertrauen aus dem Grazer Assertivitätstest (GAT) sowie negative Korrelationen zwischen sozialer Belastung und sozialer Kompetenz, allgemeiner Selbstsicherheit und Selbstvertrauen aus dem GAT. Ein ähnliches Bild der positiven Korrelationen zwischen den GAT Skalen zur sozialen Kompetenz und dem F-SozU ergab sich bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (ebd.). Daneben korrelierte soziale Angst substanzell positiv mit sozialer Belastung und der Anzahl belastender Menschen, was darauf zurückzuführen sei, dass sich Menschen mit einer ausgeprägten Angst vor negativer Bewertung weniger gegen soziale Belastungen wehren können (ebd.). Außerdem fühlen sich Menschen, die „sich leicht kritisiert fühlen, Angst vor eigenen Fehlern haben, verletzbar sind, ihre Gefühle schwer äußern können und Angst vor Abhängigkeit haben ... eher und intensiver von anderen Personen belastet“ (Brähler et al., 2007, S. 43).

Die wahrgenommene soziale Unterstützung hängt häufig mit sozialer Kompetenz und Kontaktangst zusammen, da das Anfordern und Annehmen sozialer Unterstützung zum einen soziale Fertigkeiten und zum anderen ein gewisses Ausmaß an Angstfreiheit erfordert, sich vor anderen Menschen als verwundbar zu zeigen (ebd.).

Bezüglich weiterer Persönlichkeitsmerkmale gibt es prägnante Zusammenhänge zwischen der Skala „Lebenszufriedenheit“ des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R) und den F-SozU Skalen, insbesondere der Skalen „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ und „soziale Integration“. Allerdings erlauben die vorliegenden Daten keiner Erklärung, ob sich die Zusammenhänge aus einem bei einer allgemein eher positiven Lebenszufriedenheit eher positiv verzerrten Blick auf das soziale Umfeld ergeben oder ob vorhandene soziale Unterstützung und fehlende soziale Belastung einen wesentlichen Teil der Lebenszufriedenheit ausmachen (ebd.).

Weiter ergaben sich Zusammenhänge zwischen der Symptom-Checkliste (SCL-90), mit welcher allgemeine psychopathologische Symptome erfasst werden und den Skalen des F-SozU (ebd.). Die Hauptskalen sozialer Unterstützung korrelierten meist signifikant negativ mit psychopathologischen Symptomen und es ergaben sich enge negative Zusammenhänge zwischen sozialer Integration und Psychopathologie, emotionaler Unterstützung und Psychopathologie sowie etwas geringere Zusammenhänge zwischen praktischer Unterstützung und Psychopathologie (ebd.). Am bedeutsamsten zeigte sich der Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung und psychopathologischen Symptomen (ebd.). Brähler und Kolleg*innen (ebd.) gehen davon aus, dass es sich bei der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung um die psychologisch wichtigste Dimension handelt, da sie das kognitiv-emotionale Ergebnis des Unterstützungserlebnisses repräsentiert (ebd.). Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung sozialer Unterstützung zeigte sich als bedeutsamer als objektive Maße der Größe des sozial unterstützenden bzw. belastenden Netzwerks (ebd.).

Betrachtet man die Barrieren des Erhaltens sozialer Unterstützung, so unterscheidet Pearson (1997) zwischen personen- und kontextbezogenen Barrieren, die soziale Unterstützung verhindern können. Auf kontextueller Ebene beschreibt Pearson (ebd.) Barrieren, die einzeln oder in Kombination in anderen Personen liegen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Kontextuelle Barrieren sozialer Unterstützung nach Pearson, 1997

Kontextuelle Barrieren sozialer Unterstützung
<ul style="list-style-type: none">- Räumliche Trennung von anderen Personen<ul style="list-style-type: none">o Trennung von wichtigen anderen Menschen

- Trennung vom informellen Netzwerk
- Trennung vom weiten sozialen Kontext
- Begrenzte Ressourcen anderer Personen
 - Begrenzte Ressourcen wichtiger anderer Personen und des >>natürlichen<< Systems
 - Begrenzte gesellschaftliche Ressourcen
- Dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen anderer Personen
 - Rückzug anderer Personen
 - Rückzug des informellen Netzwerks
 - Rückzug wichtiger anderer Personen
- Inkomp petente Unterstützer*innen
 - Inkomp petenz wichtiger anderer Personen und das informelle System
 - Inkomp petenz der Gesellschaft
- Andere Personen wenden sich gegen die Klient*innen
 - Ablehnung
 - Aggressionen anderer Personen
 - Interaktion innerer und äußerer Barrieren, die in den anderen Personen liegen
 - Unterstützungsbarrieren in der physikalischen Umwelt

Auf personenbezogener Ebene beschreibt er in Anlehnung an Sarason, Sarason und Shearin, 1986 verschiedene Einstellungen und Überzeugungen, welche die Unterstützungsbereitschaft anderer Menschen negativ beeinflussen (ebd.) (vgl. Tabelle 4). Am häufigsten seien dies ein geringes Selbstwertgefühl, Angst und Misstrauen gegenüber anderen, Angst vor Abhängigkeit, fehlendes Einfühlungsvermögen oder ein stigmatisierender Status („Anderssein“ (S. 61)), wobei diese in der Praxis häufig in Kombination aufträten (ebd.).

Tabelle 4: Personenabhängige Barrieren für soziale Unterstützung nach Pearson, 1997, S. 112

Personenabhängige Barrieren für soziale Unterstützung: Einstellungs- und Verhaltenskorrelate		
Barriere	Einstellungen	Verhalten
Rückzug	Niedriges Selbstwertgefühl; Angst vor Kritik; Erwartungen, >>andere werden nicht helfen<<	Andere meiden; Selbstabwertung; Stillsein/Schweigen; Zurückhaltung; keine Selbstbehauptung; keine Hilfesuche
Ungeschicklichkeit	Ambivalenz gegenüber anderen	Leicht unpassendes Verhalten
Abstoßen	Selbstbezogenheit; Verdächtigung; Unsensibilität	Andere belästigen; forderndes Verhalten; manipulieren; fehlende Reziprozität; Ausbeutung; Aggressivität

Diese Sichtweise, die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung unmittelbar mit bestimmten Persönlichkeitsdispositionen gleichzusetzen ist nicht unumstritten und wurde beispielsweise von Rörle (1994) kritisiert.

Pearson (1997) führt ebenso Strategien und Interventionen zur Beseitigung oder Verringerung klient*innenabhängiger Barrieren, soziale Unterstützung zu erhalten, auf. Dazu zählen ihm nach als einstellungsorientierte Interventionen korrigierende Erfahrungen (direkt, stellvertretend, simuliert), Selbstexploration und Konfrontation sowie als verhaltensorientierte Interventionen das klassische und operante Konditionieren, Modelllernen und das Kompetenztraining zum Aufbau und Aufrechterhalten von Beziehungen (ebd.).

Besonders traumatisierte Menschen leiden häufig an Interaktionsschwierigkeiten, einer eingeschränkten Mimik und Gestik, und Problemen in der Emotionsregulation, worauf Mitmenschen reagieren und woraufhin wiederum Interaktionsschwierigkeiten verstärkt werden können (Fegert, Petermann & Schmid, 2010). Chronisch traumatisierte Menschen sind häufig in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe in allen wichtigen Lebensbereichen massiv eingeschränkt (ebd.). Traumatisierungen sind von großer Bedeutung für die Entwicklungspsychopathologie fast aller psychischer Störungen und die Entstehung von Komorbiditäten (ebd.). Fegert und Kolleg*innen (ebd.) zufolge sind die Entwicklungsverläufe vieler sequentiell traumatisierter Menschen fast regelhaft (vgl. Abb. 4), sodass

die Patienten bereits als Säuglinge unter Regulationsstörungen litten, im Vorschulalter eine Bindungsstörung mit/oder ohne Entwicklungshemmung diagnostiziert worden wäre, im Schulalter vermutlich eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens oder eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen in der Adoleszenz, dann eine Persönlichkeitsstörung, nicht selten in Kombination mit Substanzmissbrauch, selbstverletzendem Verhalten und affektiven Störungen (S. 48).

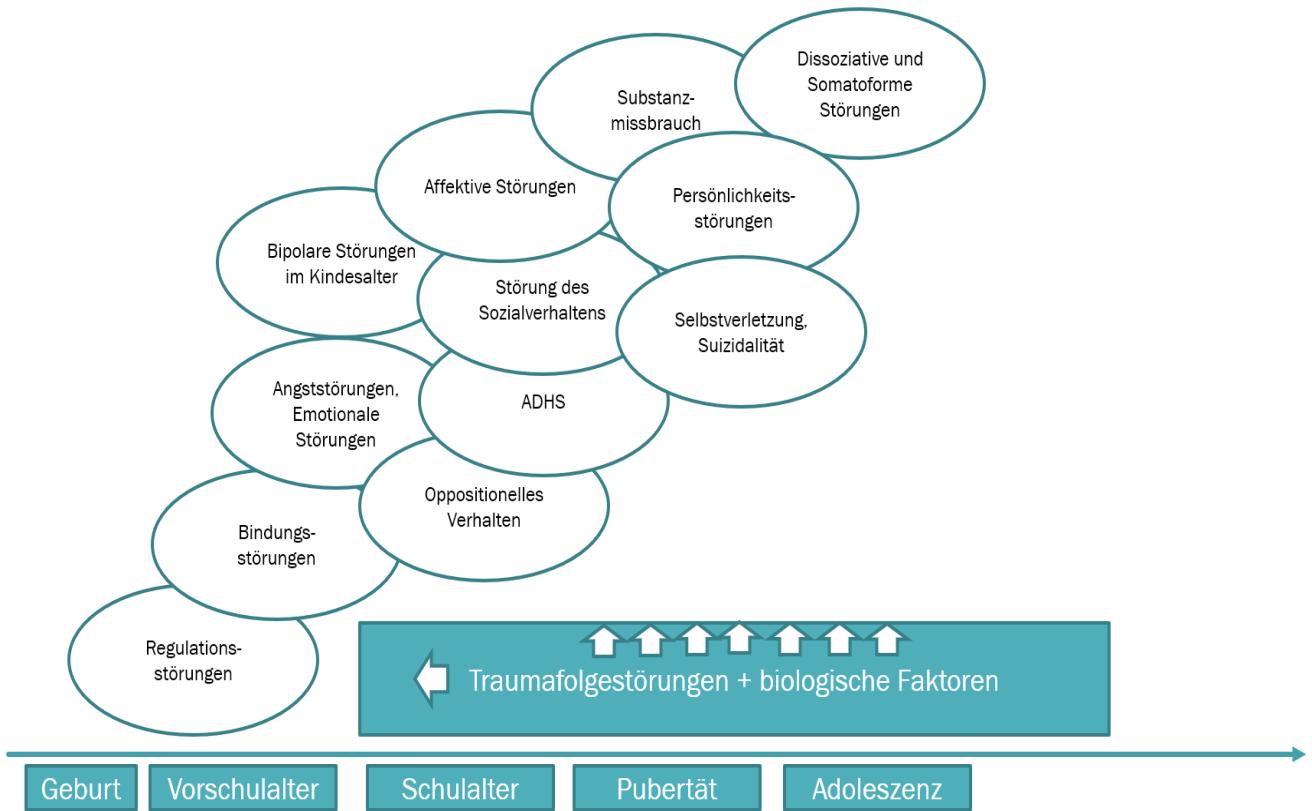


Abbildung 4: Entwicklungsheterotopie von Traumafolgen nach Fegert et al., 2010, S. 49

Bei Menschen, die unter der Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden ist die soziale Integration häufig äußerst mangelhaft (Bohus, 2019). Frühe Erfahrung sexueller und körperlicher Gewalt sowie Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen oder auch Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter, bei gleichzeitig fehlender zweiter Bezugsperson, welche Schutz- und Sicherheit gewähren und die Wahrnehmung der Betroffenen teilen kann, gelten als empirisch gesicherte Risikofaktoren für die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus, 2019). Nach dem Konzept „schützender Inselerfahrungen“ kann das

„Bestehen nur einer einzigen förderlichen Bindung ... trotz sonstigem Vorherrschen negativer Erfahrungen einen bedeutsamen Schutzfaktor darstellen, eine elementare Tatsache für helfende Personen in der Bemühung auf Bewältigungsmöglichkeiten schwer beeinträchtigter Klient/innen einzuwirken“ (Gahleitner, 2009, S. 154).

Sexuelle Traumatisierungen erzeugen zumeist ein großes Bedürfnis nach emotionalem Austausch, um eine soziale Sicherheit und soziale Unterstützung zurückzuerhalten sowie die innere Konsistenz wiederherzustellen, was bei Nichterfüllung als zusätzliche soziale traumatische Erfahrung erlebt wird (Bohus, 2019). Aus den traumatischen Erfahrungen häufig resultierende negative kognitiv-emotionale Grundannahmen und neurobiologisch verankerte affektive Hypersensitivität führen zu Emotionsregulationsstörungen, Störungen der Identität und der zwischenmenschlichen Kooperation (ebd.).

Im Folgenden wird auf die Ausprägung sozialer Unterstützung im Hinblick auf soziodemografische Merkmale eingegangen.

2.3.3 Soziale Unterstützung und soziodemografische Merkmale

Bezüglich der Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und sozialer Unterstützung konnte häufig folgendes in der Literatur gefunden werden: Frauen gaben eine stärkere soziale Unterstützung (u.a. Bähler et al., 2007; Wolf, 1998) und eine geringfügig höhere (Brähler et al., 2007) oder gleich große (Wolf, 1998) soziale Belastung an als Männer. Untersuchungen von Baumann, Ganitzer und Laireiter (1993) ergaben, dass Frauen in intensiveren sozialen Beziehungen lebten als Männer, bei welchen gesellige Beziehungen überwogen. Partnerschaften mit Kindern hatten reduzierte Bezüge zu Arbeitskolleg*innen, während der Kontakt zu Nachbar*innen zugenommen hatte (ebd.). Gleichzeitig verfügten Eltern über eine geringere finanzielle, jedoch höhere emotionale Unterstützung (ebd.). Das Vorhandensein einer festen Partnerschaft korreliert positiv mit dem Erleben emotionaler Unterstützung und der Verfügbarkeit einer Vertrauensperson (ebd.).

Die soziale Unterstützung nimmt mit zunehmendem Alter leicht ab (ebd.).

Menschen mit einem höheren Bildungsniveau erleben seltener geringe soziale Unterstützung als Menschen mit einem niedrigen Bildungsniveau (Robert Koch Institut, 2011).

Berufstätige Personen verfügen über die größten sozialen Netzwerke, was sich vor allem aus dem beruflichen Kontaktbereich ergibt (Baumann et al., 1993).

Das Robert Koch Institut führte die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ (GE-DA-Studie 2009) durch und präsentierte folgende Kernaussagen in Bezug auf die soziale Unterstützung der Bevölkerung Deutschlands (Robert Koch Institut, 2011, S. 115):

- Knapp 17% der Befragten berichten, dass sie nur geringe soziale Unterstützung erhalten; Frauen mit 17,3% geringfügig häufiger als Männer mit 15,8%.
- Mit dem Alter steigt der Anteil derjenigen, die nur geringe Unterstützung erhalten, an: bei den über 65-Jährigen sind es gut ein Fünftel der Männer und ein Viertel der Frauen.
- Im Alter von 18 bis 29 Jahren werden die höchsten Anteile starker Unterstützung berichtet: 42,7% der Frauen und 39,7% der Männer erfahren starke soziale Unterstützung.
- Frauen und Männer mit niedrigem Bildungsstatus berichten zu höheren Anteilen als Angehörige mittlerer und höherer Bildungsgruppen von geringer erfahrener sozialer Unterstützung.
- Besonders hohe Anteile erfahrener starker sozialer Unterstützung berichten Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren und Frauen aus oberen Bildungsgruppen.
- Es lassen sich keine Aussagen zu wesentlichen regionalen Unterschieden aus den Daten ableiten.

In der Ergebnisbewertung wird beschrieben, dass

„der Anteil von Männern und Frauen ohne ausreichende soziale Unterstützung mit dem Alter sukzessive zu[nimmt]. Ferner zeigt sich auch ein Bildungsgradient in der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung. Damit muss festgestellt werden, dass in Deutschland die Bevölkerungsgruppen, die häufiger von Gesundheitsproblemen betroffen sind, in geringerem Ausmaß auf soziale Unterstützung zurückgreifen können“ (ebd.).

Damit werden die Daten des sozio-ökonomischen Panels aus dem Jahr 2003 zur Gesundheitswirksamkeit sozialen Kapitals bestätigt, nach welchen deutlich positive Korrelationen zwischen sozialem Vertrauen, dem Glauben an Reziprozität, sozialer Integration, zivilgesellschaftlicher Partizipation auf der einen Seite und der subjektiven Gesundheit auf der anderen Seite bestehen (Lampert & Kroll, 2007). Es wurden multivariate Analysen durchgeführt, mit welchen gesundheitliche Unterschiede auf Unterschiede im Sozialkapital zurückgeführt werden konnte, womit ein Beitrag zum Verständnis der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit geleistet werden konnte (ebd.).

Nachfolgend wird die Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke für die klinisch sozialarbeiterische Tätigkeit erörtert.

2.4 Soziale Einbettung aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit

In diesem Abschnitt wird die Bedeutung des Support- und Netzwerkansatzes für die Klinische Sozialarbeit beschrieben.

Viele Adressat*innen der sozialen Arbeit können keine positiven Netzwerkfunktionen für sich nutzen, da diese entweder nicht oder nicht in ausreichendem Umfang vorhanden, nicht hilfreich oder gar belastend sind (Deloie, 2011). Čejka (2011) zufolge „erfuhr der Netzwerkansatz [in der sozialen Arbeit] spätestens mit dem Professionalisierungsschub durch die Akademisierung des Berufsstandes, aber auch durch Tendenzen der Ökonomisierung der sozialen Arbeit enormen Aufwind“ (S. 156), was vor allem über die Ansprüche an die soziale Diagnose und deren Überprüfbarkeit zu erklären sei. Der Diskurs der Sozialarbeitswissenschaft ist eng mit dem Person-in-Environment-Ansatz verbunden (Röh, 2008; vgl. 1.6). Der Begriff der (psycho-)sozialen Diagnose, bei welcher die Person-in-ihrer-Umgebung betrachtet wird, geht sowohl auf historische Vorbilder der sozialarbeiterischen Berufsgeschichte wie beispielsweise Alice Salomon und Mary Richmond, als auch auf aktuelle Versuche einer „Bestimmung von Funktion, Ziel und Sinnhaftigkeit einer sozialen Diagnose“ (Röh, 2008, S. 35) zurück. Dettmers (2017) zufolge sei es auch die Aufgabe der Sozialarbeitswissenschaft, Konzepte sozialer Netzwerke und daraus resultierender Aspekte sozialer Unterstützung und Belastung zu integrieren, da die Person-in-Environment-Perspektive bereits seit den Anfängen der professionel-

len sozialen Arbeit ein zentraler Bestandteil ihres Selbstverständnisses ist. Mary Richmond definierte die „Soziale Diagnose“ im Jahre 1917 wie folgt:

Social diagnosis is the attempt to arrive at as exact a definition as possible of the social situation and personality of a given client. The gathering of evidence, or investigation, begins the process, the critical examination and comparison of evidence follows, and last come its interpretation and the definition of the social difficulty. (S. 62)

Deloie (2017) führt die soziale Unterstützung und die Netzwerkorientierung als Bestandteil der Paradigmen Klinischer Sozialarbeit im Rahmen des Person-in-Environment-Konzeptes auf, neben der Alltags- und Lebensweltorientierung, der Gesundheitsförderung und Behandlung, der Gender-Orientierung, der Förderung von Arbeit und Beschäftigung, der Ressourcenorientierung, der Salutogenese und Resilienzförderung, sowie der Orientierung an Menschenrechten und sozialer Gerechtigkeit. Pauls (2013a.) betont für den Einbezug sozialer Unterstützung in der Praxis Klinischer Sozialarbeit bei der Interventionsgestaltung die Erforderlichkeit der Abklärung der tangierten Haupt- und Puffereffekte (vgl. Gliederungspunkt 2.3.1) sowie der (ggf. verzerrten) Wahrnehmung der Betroffenen.

Die Betrachtung sozialer Netzwerke der Klient*innen (klinischer) Sozialarbeit sollte möglichst frühzeitig erfolgen, mit dem Ziel, den Klient*innen „ein quantitativ und qualitativ möglichst hohes Niveau sozialer Unterstützung aus seinem/[ihrem] Netzwerk zu ermöglichen“ (ebd., S. 318), um psychosoziale Krisen, Belastungs- und Problemsituationen zu bewältigen und Bedürfnisse zu befriedigen (ebd.).

Pauls (2013a) zufolge basieren

„professionelle soziale Unterstützungsinterventionen zur Belastungsreduktion und Stressbewältigung ... auf der grundlegenden Vorstellung, dass Probleme in Unterstützungsdefiziten im sozialen Netzwerk des Klienten begründet sind, z. B.

- Trennung von wichtigen anderen Menschen (z. B. Partner),
- Trennung von informellen Netzwerken (z. B. Freundeskreis),
- Trennung vom weiten sozialen Kontext,
- Wichtige andere Personen verfügen über begrenzte Ressourcen (z. B. weil sie dem selben Stressor ausgesetzt sind wie der Klient),
- Rückzug anderer Personen aufgrund negativer Einstellungen,
- Inkompétence wichtiger anderer Personen,
- Ablehnung.“ (S. 316)

Im Rahmen von Netzwerkanalysen kann nicht nur die Existenz anderer Personen abgebildet werden, sondern auch deren Einfluss (Haß, 2002). Die **Netzwerkanalyse** beschreiben Hass und Petzold (1999) „als eine *Methode zur Untersuchung sozialer Gefüge, sozialer Sinn-, Handlungs- und Unterstützungssysteme und der in ihnen ablaufenden materiellen, interaktiven und kognitiven Prozesse*“ (S. 195). Als Beispiele für Netzwerkkarten in der Sozialen Ar-

beit nennt Čejka (ebd.) Pantucek, 2006 und Budde und Früchtel, 2005. Pantucek stellt beispielsweise die Software EasyNWK Online zur Verfügung, mit welcher egozentrierte Netzwerke erstellt und automatisch die entsprechenden Kennzahlen errechnet werden können (Pantucek, 2013).

Paulus (1997) definiert **Netzwerkarbeit** als „präventive, gesundheitsfördernde, kurative und rehabilitative Interventionen …, deren (letztes) Ziel es ist, Netzwerke so zu gestalten, daß ihre sozialen Unterstützungsfunktionen für das einzelne Individuum verbessert werden“ (S. 187). Gesundheitsbezogene Sozialarbeit arbeitet über die nachfolgenden Wege mit den Netzwerken der Klient*innen (ebd., S. 187 f.):

1. Netzwerkbeziehungsmuster anreichern und stabilisieren.
2. Netzwerke neu schaffen.
3. Personen den Erwerb von Kompetenzen zum Aufbau, Erhalt und zur Entwicklung von Netzwerken ermöglichen.
4. Nachbarschafts- und Gemeindeunterstützungssysteme aufbauen.
5. Stärkung gemeinschaftlicher, kollektiver Gestaltungspotentiale von Netzwerken.
6. Professionelle Versorgungsinstitutionen für Potentiale (und Grenzen) informeller Unterstützungsnetzwerke sensibilisieren.
7. Professionelle und nicht-professionelle Unterstützungssysteme und Netzwerke
8. Sozial-ökologische Grundlagen und Rahmenbedingungen von Netzwerken schaffen und sicherstellen.
9. Unterstützer unterstützen.

Trotz dieser nicht ausschließlich das Individuum als defizitär betrachtenden Sichtweise sind notwendigerweise zumeist auch Änderungen der Person im Rahmen eines „Person-in-der-Situation Ansatzes“ (S. 326) notwendig, um Veränderungen in deren Lebenswelt erreichen zu können (ebd.) (vgl. 2.3.2). Bei professionellen Unterstützungsnetzwerken wirken zwei Ebenen sozialer Unterstützung: die soziale Unterstützung der Professionellen und der Organisationen untereinander sowie die soziale Unterstützung der Professionellen gegenüber ihren Klient*innen (Pauls, 2013a).

Pearson (1997) zufolge könnte soziale Unterstützung Menschen, denen es daran mangelt sowohl mithilfe der Erhöhung des Ausmaßes und der Qualität verfügbarer sozialer Unterstützung als auch mit der Steigerung der Bereitschaft und Fähigkeit potentieller Unterstützer*innen, tatsächlich Unterstützung zu leisten, zugänglich gemacht werden. Durch die Struktur und Qualität sozialer Verbindungen lassen sich sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene Ableitungen tätigen (Haß. 2002). Auf individueller Ebene lassen sich damit „Entscheidungen, Emotionen oder Wahrnehmungen und auf einer gesellschaftlichen Ebene die Herausbildung von gesellschaftlichen Normen und Institutionen erklären“ (ebd., S. 21).

Die Supportforschung arbeitet mittlerweile zunehmend interdisziplinär und nimmt auch Beziehungskonstellationen und -dynamiken zwischen den betroffenen Personen und professionellen Unterstützenden im Rahmen von Hilfeprozessen zunehmend in den Blick (Gahleitner, 2017). Gahleitner (ebd.) betont die Notwendigkeit, gerade bei schwer erreichbaren Menschen (hard-to-reach-Klientel) die Beziehungsarbeit über die reine Dyade hinaus und im Bewusstsein über soziale Unterstützungsprozesse in soziale Netzwerke hinein zu gestalten. Voraussetzung hierfür sei jedoch gerade bei Personen, die in der Vergangenheit negative Beziehungserfahrungen gemacht haben der Aufbau von Vertrauen über die Dyade mithilfe bindungssensibler korrigierender Beziehungserfahrungen (ebd.).

Gelingt es, die Qualität persönlich tragfähiger Beziehungsdyaden auf diesem Weg – über die Brücke zu primären Beziehungspersonen – in die sekundären und auch tertiären Netzwerke einfließen zu lassen und ein ‚vertrauensvolles Milieu‘ zu entwickeln, entfaltet sich ein umfassendes Wirkungsspektrum, welches wiederum auf das Individuum zurück wirkt und sich über den gesamten Lebensbereich erstrecken kann. (ebd. S. 234f.).

So können professionelle Bindungsbeziehungen Explorations- und Ko-Konstruktionsprozesse fördern, welche wiederum Selbstreflexions- und Selbsttransformationsprozesse anregen können (Gahleitner, 2019). Diese Bindung wirkt Gahleitner (2009) zufolge auf doppelte Weise:

Sie stellt eine Alternativerfahrung für frühe Bindungsunsicherheiten und -störungen dar und wirkt in dieser Form direkt auf das zutiefst verunsicherte Bindungssystem der Betroffenen. Sie ermöglicht jedoch zugleich die Öffnung für ein neues ‚Explorationssystem‘, einen neuen Raum, also die Fähigkeit, sich dem Hilfeprozess zu öffnen und Veränderungsprozesse für die Zukunft zuzulassen“ (S. 163).

Professionelle Beziehungsgestaltung müsse Gahleitner (2009) zufolge daher bestimmte Kompetenzen umfassen. Vorausgesetzt werden muss die Kenntnis zentraler Bindungs- und Beziehungsphänomene sowie des Konzeptes der „schützenden Inselerfahrungen“ (S. 160) in der Biographie der Betroffenen. Darüber hinaus sei eine mehrdimensionale und beziehungssensible diagnostische Abklärung notwendig, im Rahmen derer das Lebensumfeld und die Biographie der Betroffenen Berücksichtigung findet und möglichst nahtlos an den jeweiligen Beziehungsstatus angeknüpft werden kann. Außerdem sollte bei der Interventionskonzeption die professionelle Beziehungsgestaltung vorrangig vor methodischen Aspekten behandelt werden (ebd.).

Im folgenden Kapitel wird zunächst der Begriff der „Krise“ definitorisch geklärt, im Anschluss daran wird die Krisenentwicklung aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive geschildert, woraufhin die Bedeutung sozialer Unterstützung in der Krisenintervention herausgearbeitet wird.

3. Theoretische Hintergründe zum Thema „Krise“ unter Einbezug des Supportansatzes

In diesem Kapitel werden theoretische Hintergründe der Krisenentwicklung und -behandlung aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive unter Einbezug der vorangegangenen theoretischen Hintergründe erörtert.

Im Folgenden werden zunächst verschiedene Definitionen des Begriffs „Krise“ vorgestellt.

3.1 Klärung des Begriffs „Krise“

Der Krisenansatz wurde wesentlich durch das von Caplan und Lindemann im Jahre 1948 gestartete und 15 Jahre andauernde Wellesley-Projekt geprägt, im Rahmen dessen ein gemeindenahes System der Krisenintervention entwickelt wurde (Kunz, Scheuermann & Schürmann, I., 2007). Während Lindemann den Krisenbegriff noch eher allgemein als Sammelbegriff verwendet hatte, versuchte Caplan, ihn wissenschaftlich zu präzisieren und definierte Krise als „eine akute Überforderung eines gewohnten Verhaltensrepertoires durch belastende äußere und innere Erlebnisse. Das Belastungs-Bewältigungs-Paradigma bzw. die Copingtheorie ist das heutige Bezugskonzept für diese Auffassung“ (zit. n. ebd., S. 167). Caplans Krisentheorie hat Kunz und Kolleg*innen (ebd.) zufolge keinen hohen Allgemeinheitsgrad, da sie „zu wenig die historisch-gesellschaftliche, biographische, situative und interpersonelle Variabilität der Bedingungen berücksichtigt“ (S. 168). Berger und Riecher-Rössler (2004) definieren den in der heutigen Gesellschaft, aber auch im psychiatrischen Bereich „fast inflationär“ (S. 11) gebrauchten Begriff der Krise als „den Verlust des seelischen Gleichgewichts infolge akuter Überforderung eines gewohnten Verhaltens-/ Bewältigungssystems durch belastende äußere oder innere Ereignisse. Zur Krise kommt es also, wenn ein Mensch mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann“ (S. 11).

Stein (2009) differenziert in seiner Definition des Begriffs „Krise“ zwischen innerpsychischen und sozialen Auswirkungen:

Das Individuum wird in seiner momentanen Lebenssituation meist überraschend mit neuen belastenden Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert, die bisherige Lebensziele in Frage stellen.

Der Betroffene kann diese Belastung momentan nicht mit seinen üblichen Lebensbewältigungsstrategien meistern, dadurch bekommt sie rasch einen bedrohlichen Charakter und führt zu einer innerpsychischen und sozialen Labilisierung. (S. 22)

Hülshoff (2017) beschreibt eine Krise als eine schwierige Situation, in welcher eine aktive Entscheidung getroffen werden muss, für deren Lösung keine hinlänglichen Erfahrungen oder

Coping-Strategien bereitstehen, was in der betroffenen Person erhebliche Unsicherheiten auslöst und zu deren Lösung die betroffene Person emotional, körperlich und seelisch auf einem höheren Niveau arbeiten muss.

Schefold (2008) definiert Krise als

Ereignis ..., das die Bewältigungsfähigkeiten von Systemen – etwa von Personen auf der psychischen Ebene – übersteigt und so Intervention und Hilfe erfordert. Diese Erschütterungen der Normalität ... lösen Prozesse aus, die zunächst auf die Wiederherstellung von Normalität zielen (S. 323).

In einer Krise gehen „körperliche, seelische und soziale Vorgänge nebeneinanderher und greifen in-einander, sind allenfalls analytisch zu unterscheiden“ (Schefold, 2008, S. 313), wobei krisenhafte Prozesse zumeist mehrere Systemebenen berührten und deren Bewältigung soziale Unterstützung erfordere.

Betrachtet man die zeitliche Erstreckung einer Krise, so handelt es sich um zeitlich begrenzte Zustände (Hülshoff, 2017), welche jedoch eigentlich nicht als Zustand, sondern als ein „Prozess erfolglosen Suchens und Erprobens von Lösungen zu beschreiben“ (Dross, 2001, S. 11) sind.

Einige Autor*innen versuchten Krisen zu spezifizieren, wobei kein stringenter theoretischer Bezug gelang (Kunz et al., 2007). In der Praxis haben sich ohne eine eindeutige Klassifikation bestimmte Unterscheidungen durchgesetzt, welche von Kunz und Kolleg*innen (ebd.) wie folgt zusammengefasst werden:

So spricht man von einer psychosozialen Krise in Abgrenzung von einer psychiatrischen Krise bzw. einem psychiatrischen Notfall, von einer traumatischen Krise bzw. Krisen in der Folge von unerwarteten und traumatischen Belastungen. Es gibt die suizidale Krise, die Reifungs- und Entwicklungskrise, Krisen bei erwartbaren Lebensveränderungen bzw. die Veränderungskrise, die Verlustkrise, Krisen in Zusammenhang mit psychischen Störungen, die Katastrophe usw. (S. 167 f.)

Darüber hinaus gibt es noch die Krisen im politischen, wirtschaftlichen oder gesellschaftlichen Sinne, welche in erheblichem Maße Auswirkungen auf Individuen haben, wie beispielsweise Kriegshandlungen (Stein, 2009). Bei psychiatrischen Krisen kann es sich beispielsweise um die Dekompensation schwerer psychischer Störungen wie einer Psychose handeln (ebd.). Bei Notfällen handelt es sich um Situationen,

„in der sich eine Krise so zugespielt hat, dass die akute Gefahr einer schweren seelischen oder körperlichen, möglicherweise sogar irreversiblen oder lebensbedrohlichen Gefährdung besteht. Auch die Gefährdung anderer (beispielsweise durch Gewalt im Rahmen akuter Erregungszustände) ist in diesem Sinne als Notfall zu betrachten“ (Hülshoff, 2017, S. 13).

Krisen umfassen somit sowohl Zuspitzungen eines Lebensproblems, mit welchen Symptome verbunden sind, welche sich kaum von einer überdauernden psychischen Erkrankung unterscheiden lassen, als auch kritische Zustände im Rahmen psychischer Erkrankungen und psychiatrische Notfälle (Dross, 2001). Krisenhafte Entwicklungen müssen sowohl im Rahmen bestehender psychischer Erkrankungen, als auch bei Menschen, die bislang nicht psychisch erkrankt sind ernstgenommen werden, da sich aus Krisen vorübergehende oder dauerhafte psychische Störungen entwickeln können (ebd.).

Eine Krise kann jedoch nicht nur ein ernstzunehmender Vorläufer einer Störung, Erkrankung oder einer suizidalen Entwicklung sein, sondern stellt gleichzeitig eine Chance, neu zu lernen und ein neues Gleichgewicht zu erlangen, dar (Geißler-Piltz et al., 2005). Wohl kaum durch Zufall besteht das chinesische Schriftzeichen für den Begriff „Krise“ aus den Wörtern Gefahr und Chance

危机 wēijī = Krise
危 wēi = Gefahr
机 jī = Chance
(Übersetzungen über LEO GmbH, 2020)

oder bedeutet im Altgriechischen das Wort „krisis“ Wende, Höhepunkt, Umschlagpunkt oder Entscheidung (Stein, 2009).

Auch dysfunktionale Verhaltensweisen in Krisensituationen wie selbstschädigende Verhaltensweisen können als Bewältigungsversuche der Betroffenen verstanden werden und unter Umständen Hilfen aus dem sozialen Umfeld mobilisieren, die vorher nicht zur Verfügung gestanden hatten (ebd.).

Nachfolgend wird die Krisenentstehung aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive beleuchtet.

3.2 Krisenentstehung aus bio-psycho-sozialer Perspektive

In der Literatur werden oftmals die folgenden Krisenkonzepte zur Erklärung krisenhafter Entwicklungen herangezogen (vgl. beispielhaft Dross, 2001):

- Lindemann und Caplan als Pioniere der Krisenintervention
- Das Konzept kritischer Lebensereignisse
- Belastende Lebenslagen
- Das Ressourcenkonzept
- Das transaktionale Stress-Coping-Modell nach Lazarus & Folkman 1984

- Kognitive Konzepte mangelnder Bewältigung
- Das Salutogenese-Konzept nach Antonovsky, 1997

Patient*innen sind häufig „mit schwerwiegenden sozial(mit)bedingten und sozialrelevanten Störungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen in Multiproblemsituationen belastet“ (Pauls & Stockmann, 2013, S. 11), welche sich sowohl verursachend als auch beteiligend auf Gesundheit und Krankheit auswirken (ebd.). Auf psychosoziale Krisen bezogen stellt sich wie bereits oben erwähnt die Frage, weshalb manche Menschen besser mit Stressoren zureckkommen als andere (Stein, 2009). Von besonderer Bedeutung ist aus dieser Perspektive unter anderem die Beschäftigung mit adaptiven Strategien und dem Wachstumspotential von Krisen (ebd.). Weshalb manche Menschen resistenter auf Belastungsfaktoren reagieren als andere wurde und wird in der Stressforschung, im Speziellen in der Resilienzforschung und Forschungsprojekten zur sogenannten **Salutogenese** (Antonovsky, 1997) erforscht. Mit der Salutogenese ist ein Paradigmenwechsel von der Pathogenese, also dem Blick auf die krankheitsbegünstigenden Defizite, hin zu der Frage nach den Bedingungen von Gesundheit und deren Aufrechterhaltung verbunden (Stein, 2009). Antonovsky (1997, S. 36, deutsche Übersetzung) definiert das **Kohärenzgefühl** als Schutzfaktor im Rahmen seines Salutogenesekonzeptes wie folgt:

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

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

Als einzelne Komponenten des Kohärenzgefühls hat Antonovsky (ebd.) Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit herausgearbeitet. Antonovsky (ebd.) zufolge kann die Zusammensetzung der Ausprägungen der drei Komponenten des Kohärenzgefühls, welche eng mit den sog. „**generalisierten Widerstandsressourcen**“ (S. 36) verbunden seien eine Aussage über die Stabilität einer Person treffen. **Ressourcen** sind Stein (2009) zufolge „so-wohl unspezifische allgemeine Kräfte, als auch individuelle Fähigkeiten des Menschen, die zur Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen mobilisiert werden können“ (S. 35). Die generalisierten Widerstandsressourcen sind zwar von Antonovsky nicht ausreichend analysiert worden, in der Zwischenzeit können sie jedoch ohne weiteres durch sozialepidemiologische Daten belegt werden (Ortmann & Röh, 2012). Von großer Bedeutung sind dabei die so-

zialen Ressourcen, insofern, als dass fehlende soziale Ressourcen in Belastungssituationen nachweislich krankheitsfördernde Auswirkungen haben (ebd.). Auch im Zusammenhang mit der erhöhten Morbidität und Mortalität bei sozialer Ungleichheit spielen soziale Ressourcen eine moderierende Rolle (ebd.). Menschen mit geringen sozialen Ressourcen sind in Krisensituationen für die Entwicklung gesundheitlicher Störung besonders verletzlich (ebd.).

Eine Krise kann sowohl durch akute Belastungen, als auch durch Lebensveränderungen, Verluste, Kränkungen oder Traumata ausgelöst werden (Berger & Riecher-Rössler, 2004).

Kunz und Kolleg*innen (2007) führen einige Konzepte der Entstehung von Krisen auf. So haben **kritische Lebensereignisse** zwar in entwicklungspsychologischer Hinsicht durchaus auch positive Effekte wie Wachstum, sie können jedoch negativerweise nicht nur Krisen, sondern im Rahmen bestehender Vulnerabilitäten auch psychische Erkrankungen wie Depressionen auslösen (ebd.). Unerwartete kritische Lebensereignisse können tiefe emotionale Krisen hervorrufen und die verschiedenen Lebensführungssysteme nachhaltig erschüttern (Dällenbach et al., 2016). Dällenbach und Kolleg*innen (ebd.) beschreiben eine psycho-soziale Dynamik der Problemgenese bei der Entstehung psychiatrisch relevanter Krisen. Diese Dynamik reiche zwar meistens weit in die Entwicklungsgeschichte der Betroffenen zurück, zu akuten behandlungsbedürftigen Krisen führe jedoch ein gegenseitiges Aufschaukeln der Dynamiken unterschiedlicher Lebensführungsbereiche (z.B. Arbeitslosigkeit und Familie). Dieses Aufschaukeln führe

zu einer zunehmenden Steigerung der Spannungen im Individuum, so dass auf der psychischen Ebene problematische Muster (re)aktiviert werden, die sozusagen eine Art Problemlösungsversuch darstellen. Die dabei vom Individuum verwendeten Problemlösungsstrategien führen in den untersuchten Fällen aber nicht dazu, dass die Spannung abnimmt, sondern im Gegenteil verstricken sich die Akteure in diesen Prozessen und in ihren Mustern zunehmend, so dass sich die Spannungen verstärken und sich schließlich in eine psychiatrisch relevante Krise transformieren (ebd., S. 100).

Auch **chronische bzw. länger andauernde soziale Belastungsfaktoren** können Krisen auf unterschiedlichen Ebenen auslösen, wie am Beispiel chronischer Arbeitslosigkeit deutlich gemacht werden kann (Stein, 2009; Kunz et al., 2007). So können beispielsweise finanzielle Schwierigkeiten, konflikthafte Beziehungssituationen und Strukturlosigkeit im Tagesablauf entstehen, aus welchen wiederum dysfunktionale Bewältigungsmuster wie Alkohol- oder Drogenmissbrauch mit negativen körperlich-organischen Folgen oder psychische Störungsbilder wie depressive Verstimmungen aus längerer Arbeitslosigkeit resultieren können (Stein, 2009). Die aus sozialen Netzwerken hervorgehende soziale Unterstützung kann auf emotionaler und praktischer Ebene zur Bewältigung von Arbeitslosigkeit beitragen (Diewald & Sattler, 2010b). Eine Arbeitsstelle kann neben Selbstbestätigung und Strukturierung über die Bereit-

stellung sozialer Unterstützung eine bedeutsame Quelle gesundheitlicher Ressourcen darstellen (Robert Koch Institut, 2015). Bei bestehender Arbeitstätigkeit erhalten Personen mit einer hohen arbeitsbezogenen Handlungskompetenz signifikant mehr soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Arbeitskolleg*innen als Personen mit unterdurchschnittlicher arbeitsbezogener Handlungskompetenz (Gerlmaier, 2019), was einen Risikofaktor für ohnehin vulnerable Personen darstellen könnte.

Kritische Lebenslagen sind im Gegensatz zu Entwicklungsaufgaben

gerade dadurch gekennzeichnet, dass sie unerwartet eintreten. Sie erhalten ihren entwicklungsrelevanten Charakter dadurch, dass sie einschneidend und emotional tiefgreifend sind, wie z.B. der Tod eines Partners. Sie tragen das Potenzial in sich, eine tiefe emotionale Krise auszulösen und erschüttern in diesem Sinn (in unserer Terminologie) ein Lebensführungssystem nachhaltig und lösen dadurch Entwicklung aus (Dälenbach et al., 2016, S. 122).

Richter (2003) zufolge sei **sozialer Stress** das entscheidende Verbindungsglied zwischen sozialen Umweltbedingungen, körperlichen und psychischen Störungsbildern. Nach Giernalczyk (2008) stehe bei der Krise eher die Subjektivität im Zentrum, während sich der Begriff „Stress“ zwar auch auf das Erleben beziehe, jedoch stärker an objektiv beobachtbaren Umständen und Situationen anknüpfe. Sozialer Stress könne nach Richter (2003) aus kritischen Lebensereignissen oder chronischem Stress, aber auch aus der aus einem niedrigen Sozialstatus hervorgehenden Vulnerabilität bestehen (ebd.). Für vulnerable Menschen bedeutet der selbe externe Stressor eine größere Belastung als für weniger verletzliche Menschen (ebd.). Richter zufolge beginne der indirekt-kausale Nexus zwischen einem niedrigen Sozialstatus und psychischen Störungen bereits in der Kindheit, da Elternteile mit einem niedrigen Sozialstatus im Durchschnitt über weniger Ressourcen und Unterstützungssysteme, eine geringere Bildung und ein weniger förderliches Erziehungsverhalten verfügen (ebd.).

Alltägliche kleinere Belastungsfaktoren sind bei der Entwicklung psychopathologischer Symptome weniger relevant als kritische oder traumatische Lebensereignisse, sie sind jedoch nicht selten Auslöser für Krankheitsrückfälle bei vulnerablen Menschen (Richter, 2003). Richter (ebd.) zufolge werden leichtere Formen der Depression, welche auch unter der Bezeichnung der neurotischen Depression bekannt sind weniger durch die Genetik als durch kritische Lebensereignisse beeinflusst.

Wolfersdorf (2008) hat ein **Modell zur Veranschaulichung der Krisenanlässe und -abläufe** entworfen (vgl. Abb. 5). Nach diesem Modell stehen die persönlichen Folgen von Krisenanlässen in Zusammenhang mit den persönlichen Ausgangsbedingungen sowie der Unterstützung durch das informelle und formelle soziale Umfeld.

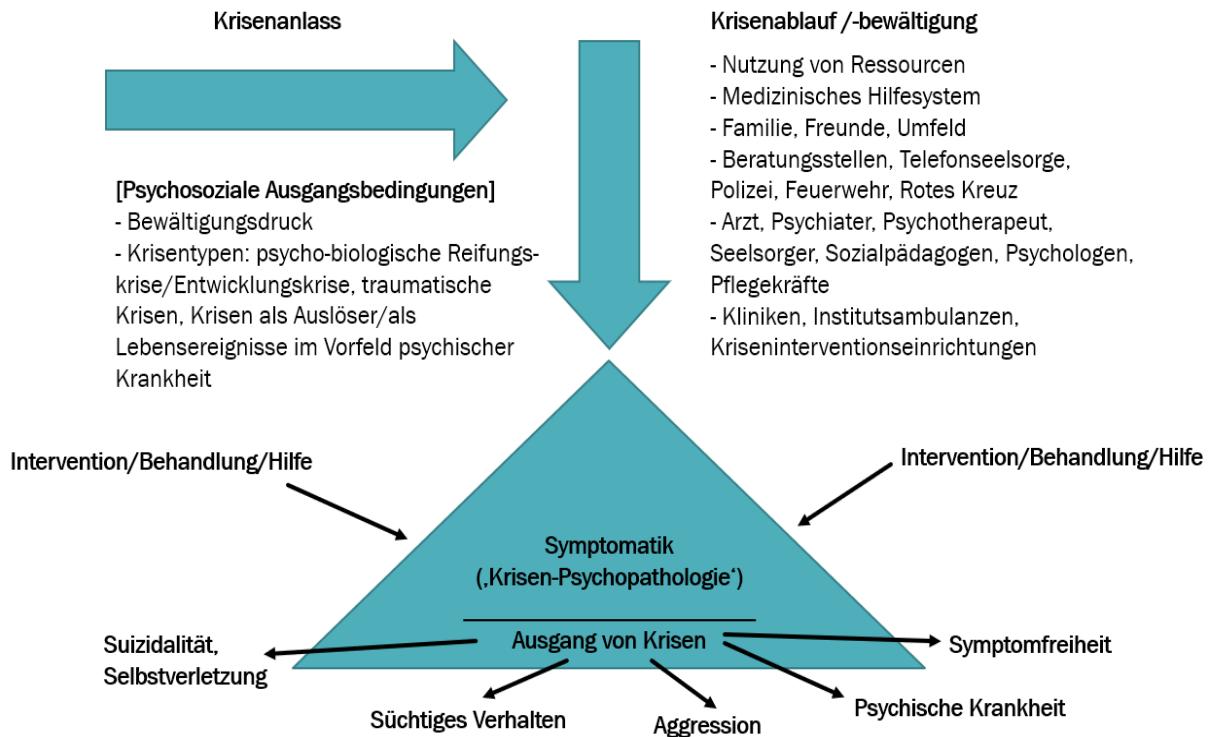


Abbildung 5: Krisenmodell: Anlass - Ablauf (reduzierte Abbildung nach Wolfersdorf, 2008, S. 1327)

Auf **somatischer Ebene** wird in Krisensituationen im neurologischen Bereich das Paniksystem (vegetative Symptome auf Ebene des Parasympathikus wie Kloß im Hals, Harndrang, Druck auf der Brust) in Wechselwirkung mit dem Furchtsystem (vegetative Symptome auf Ebene des Sympathikus wie Blutdruckanstieg, erhöhter Muskeltonus, erhöhte Herzfrequenz) aktiviert (Stein, 2009):

Zunächst erleben betroffene Menschen den durch die äußere Belastung entstandenen Stress als zu massiv und nicht bewältigbar. Sie reagieren panisch und fühlen sich ohnmächtig. Sie benötigen dringend Hilfe, sind aber unter Umständen gar nicht in der Lage, diese anzunehmen. Dabei wirken sie nach außen hin vielleicht ganz normal, sind aber innerlich in höchstem Maße erregt. In solchen Situationen kann man nicht in Ruhe nachdenken und reflektieren und schon gar nicht gezielt handeln. Das Fühlen, Denken und Handeln ist darauf ausgerichtet, diesen Zustand zu beenden. Man spricht in der Krisentheorie von einer Schockphase. (ebd., S. 40)

Durch den subjektiv festgestellten Widerspruch zwischen einer bestimmten Erwartung und einem eingetretenen Ereignis wird ein Stress-Reaktions-Prozess ausgelöst, welcher mit einer unspezifischen Aktivierung (Arousal) assoziativer kortikaler und limbischer Strukturen, insbesondere der Stimulation des zentralen noradrenergen Systems einhergeht (Adler, Huether & Rüther, 1999). Wenn besagter Widerspruch groß ist entsteht ein ausgeprägter und angstbesetzter Handlungsbedarf, welcher in Abhängigkeit von bereits erlebten Vorerfahrungen als bewältigbar oder unkontrollierbar bewertet wird (ebd.). Wird die Situation als kontrollierbar

eingeschätzt, so wirkt das verstärkt ausgeschüttete Noradrenalin stabilisierend auf die neuroalen und synaptischen Strukturen, was die Bewältigung der Situation begünstigt (ebd.). Aus diesem Prozess wird die Erfahrung der Bewältigung mehr oder weniger tief im zentralen Nervensystem verankert, wodurch zukünftige Erwartungen entsprechend modifiziert werden (ebd.). Wird die Situation hingegen als nicht kontrollierbar bewertet, so kommt es zu einer lang anhaltenden neuroendokrinen Stressreaktion mit vermehrter Cortisolausschüttung und einem destabilisierenden Einfluss auf bereits vorhandene, aber für die Bewältigung der aktuellen Stresssituation ungeeignete neuronale Verschaltungen. Durch diesen Prozess entsteht eine mehr oder weniger weitgehende Entwertung bereits gemachter Erfahrungen, wodurch zukünftige Erwartungen wiederum entsprechend modifiziert werden (ebd.). Daneben kommt es auf der Sympathikus-Nebennierenmark-Achse der Stressreaktion unter Einwirkung von Adrenalin zu einer „Fight-and-Flight-Reaktion“ (Hülshoff, 2017, S. 35). Bei **chronischem Stress** kommt es auf der Nebennierenrinden-Cortisol-Achse der Stressreaktion unter Cortisol-Mitwirkung zunächst zu einer Anpassung an das Belastungsniveau, bevor schließlich die Erschöpfung eintritt (ebd.).

Insbesondere im **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** kommt im Rahmen einer bio-psycho-sozialen Perspektive zum Ausdruck, „dass ungünstige biographische Faktoren wie beispielsweise Traumen zu einer erhöhten Verletzlichkeit führen, die bei zusätzlicher massiver Stressexposition in eine akute Krankheit umschlagen kann“ (ebd., S. 30).

Dällenbach und Kolleg*innen (2016) verweisen auf eine Reihe von Untersuchungen, welche die Erkenntnisse aufweisen,

dass Menschen mit psychischen Erkrankungen zumindest vor dem Beginn ihrer Erkrankung nicht nachweislich von mehr Stressoren betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung, und dass viele Personen, die einschneidende Ereignisse erleben, nur vorübergehende und leichte – Z.B. depressive – Symptome entwickeln. Gleichwohl sind im Vorfeld eines Erkrankungsbeginns, der Rückfälle oder einer verstärkten Symptomatik häufig belastende Lebensereignisse oder Stress festzustellen (vgl. ebd.). Dies verweist auf einen weiterführenden Zusammenhang zwischen äußerem Ereignis und innerer Verarbeitung (S. 123).

Der Vulnerabilitäts-Stress-Ansatz richtet den Blick darauf, dass dysfunktionaler Stress zu Krankheiten führen kann, während der Ansatz der Salutogenese den Blick auf gesundheitsfördernde Faktoren richtet (ebd.; s.o.). Hülshoff (2017) zufolge können solche Resilienzfaktoren beispielsweise aus „einer genetisch bedingten, geringeren Vulnerabilität (beispielsweise hinsichtlich Serotoninverschiebung und Depression), Temperamentsunterschieden, Intelligenz, Kommunikationsfähigkeit, einem positiven Selbstwertgefühl, einer inneren Kontrollüberzeugung oder dem Vertrauen auf Selbsthilfemöglichkeiten“ bestehen (S. 31). Hülshoff

(ebd.) betont die „außerordentlich große Rolle“ (S. 34) sozialer Unterstützung bei der Stressbewältigung und Stressreduktion, wobei auf den Haupt- und Puffereffekt sozialer Unterstützung (vgl. 2.3.1) Bezug genommen wird:

Im einfachsten Fall kann die soziale Unterstützung einen direkten Effekt auf das Stressgeschehen haben, wenn beispielsweise ein in seiner Arbeit überforderter Mensch konkret entlastet wird. Zum Zweiten kann die soziale Unterstützung auch als eine Art Puffer verstanden werden, der in allgemeinerer Hinsicht stressreduzierend wirkt. Die Möglichkeit, mit Freunden gemeinsam zu wandern, zu singen, sich auszusprechen u.a.m. kann also ein Milieu bzw. einen Puffer schaffen, der mich andere Stressoren besser ertragen lässt. (S. 34)

Verfügen Betroffene über **sichere Bindungsrepräsentationen**, so sind sie besser in der Lage, in Krisensituationen auf soziale Unterstützung zurückzugreifen und können bestenfalls die Krisenstruktur als Chance des positiven Wachstums für sich nutzen. Schlagen Bewältigungsversuche jedoch fehl, so nehmen Symptome eher noch zu und es kommt unter Umständen (wieder) zu destruktiven Bewältigungsversuchen oder einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten, welches die Betroffenen an der Bewältigung von Herausforderungen hindert (Diewald & Sattler, 2010b). Erhalten Individuen bereits in der Kindheit soziale Unterstützung bei der Bewältigung externer aversiver Stressoren, so ist die Wahrscheinlichkeit entsprechend größer, dass sie psychische Copingmuster aufbauen, welche sie im Erwachsenenalter schützen können (Richter, 2003).

Möller (2015) führt **psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren** für die psychische Entwicklung auf: Zu den biografischen Risikofaktoren gehören ihm zufolge (S. 36):

- niedriger sozioökonomischer Status
- mütterliche Berufstätigkeit im 1. Lebensjahr
- schlechte Schulbildung der Eltern
- große Familie und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der ‚sozialen Kontrolle‘
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- chronische Disharmonie/Beziehungspathologie in der Familie
- unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Lebensmonat
- psychische Störungen der Mutter/des Vaters
- allein erziehende Mutter
- autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- ‚häufig wechselnde frühe Beziehungen‘
- sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
- schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
- Altersabstand zum nächsten Geschwister < 18 Monate
- uneheliche Geburt

Als biografische Schutzfaktoren listet Möller (ebd.) auf:

- dauerhafte, gute Beziehungen zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Großfamilie/kompensatorische Elternbeziehungen/Entlastung der Mutter
- gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust
- überdurchschnittliche Intelligenz
- robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- sicheres Bindungsverhalten
- soziale Förderung (z. B. Jugendgruppen Schule, Kirche)
- verlässlich unterstützende Bezugsperson(-en) im Erwachsenenalter
- lebenszeitlich späteres Eingehen ‚schwerauflösbarer Bindungen‘ (z. B. späte Heirat)

Nachdem nun die Krisenentstehung einschließlich Risiko- und Schutzfaktoren aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive betrachtet wurde, wird unter dem nächsten Gliederungspunkt die Rolle sozialer Unterstützung bei der Krisenintervention näher beleuchtet.

3.3 Soziale Unterstützung in der Krisenintervention

Bevor auf die Rolle sozialer Unterstützung in der Krisenintervention eingegangen wird, wird zunächst der Begriff der „Krisenintervention“ näher betrachtet.

Stein (2009, S. 157) unterscheidet und definiert drei Indikationen für Kriseninterventionen (vgl. Tabelle 5): Lebensveränderungen, Verlustkrisen und akute Traumatisierungen.

Tabelle 5: Indikationen für Kriseninterventionen (eigene Tabelle in Anlehnung an Stein, 2009, S. 157)

Lebensveränderung	Verlustkrisen	Akute Traumatisierung
Überforderungssituationen durch Belastungen des üblichen Lebensverlaufs (z. B. das Verlassen des Elternhauses, Heirat, Umzug) oft an Übergängen von einer in die nächste Lebensphase. Generell dann, wenn gewohnte Abläufe sich ändern und Neu-anpassung erfordern.	Diese entstehen aufgrund plötzlich auftretender Ereignisse, deren schmerzliche Natur allgemein anerkannt ist (Tod einer nahestehenden Person, Ausbruch einer lebensbedrohlichen Erkrankung) und die jeden Menschen in seinem Leben betreffen können.	Schwere psychische und physische Belastungen, die außerhalb der üblichen Erfahrung liegen. Sie überfordern in beinahe jedem Fall die normalen Anpassungsstrategien des Menschen. Im Allgemeinen bedeuten traumatische Ergebnisse eine Bedrohung für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit. Dadurch sind Menschen Erfahrungen von extremer Angst, Kontrollverlust und Hilflosigkeit ausgesetzt.

Da jeder Krise durch das betroffene Individuum eine subjektive Bedeutung beigemessen wird (Kunz et al., 2007; Stein, 2009) ist es kaum möglich, konkrete Handlungsweisen von der jeweiligen Krisenform abzuleiten (Kunz et al., 2007). Neumann (2017) zufolge handelt es sich bei einer Krise um ein Kontinuum zwischen psychosozialer Krise, psychiatrischem Notfall und medizinischem Notfall, mit dem Kriterium der zunehmenden Selbst- und/oder Fremdge-

fährdung. Zur besseren Unterscheidung der entsprechenden Interventionsformen schlägt Neumann (ebd.) den Begriff der „Krisenintervention“ (S. 250) als Intervention bei psychosozialen Krisen und den Begriff der „Notfallintervention“ (ebd.) bei psychiatrischem und medizinischem Notfallhandeln vor. Kanfer, Reinecker und Schmelzer zufolge stellt Krisenintervention eine „eher kurze, sofortige und direkte Maßnahme dar, bei der unter Einsatz aller verfügbaren Hilfsmittel eine akute Krise bewältigt werden muss.“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012, S. 8).

Da Betroffene in der Krise besonders auf mitmenschliche Unterstützung angewiesen sind, im Sinne eines emotionalen Beistands, der Übermittlung praktischer und materieller Hilfen, des Nutzens der Erfahrungen der Mitmenschen in Bezug auf Krisenbewältigung, oder der Erfahrung von Sicherheit durch ein unterstützendes soziales Netz, empfiehlt es sich, die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung Betroffener genauer zu betrachten (Dross, 2001), da sich soziale Beziehungen positiv auf die Krisenbewältigung auswirken können:

Soziale Beziehungssysteme ermöglichen eine gelingendere Lebensführung bei besserem Wohlbefinden, fördern präventiv sowie als Rückhalt und Hilfe in Belastungssituationen und kritischen Lebensübergängen die Gesunderhaltung und Problembewältigung, und sie schaffen die Voraussetzung für ein Überwinden von Unsicherheit, Krisen und Störungen ebenso wie für ein Sich-Arrangieren mit neuen Gegebenheiten, aber auch mit Belastungsfolgen und Krankheiten. (Nestmann & Weinhold, 2012, S. 54).

Gerade wenn in Krisensituationen oder überfordernden Lebenstransitionen die individuellen Copingfähigkeiten nicht ausreichen, kann soziale Unterstützung zur Bewältigung der schwierigen Lebenssituation beitragen (ebd.). In einer Stresssituation können Mitmenschen zur Seite stehen und die Sicherheit vermitteln, wenn nötig zu unterstützen (ebd.). Betroffene können durch ihr soziales Umfeld wichtige Rückmeldungen zur Bewältigung der Belastungssituation und zu sich selbst erhalten und neben informationeller und praktischer Hilfe in Gesprächen emotionale Zuwendung und Halt finden (ebd.). Die soziale Unterstützung im Rahmen eines tragfähigen sozialen Netzes wirkt sich zumeist sehr positiv auf die Krisenbewältigung aus (Stein, 2009). Mangelnde soziale Unterstützung und problematische Bindungsmuster können jedoch beispielsweise bei Verlustkrisen zu einem ungünstigen Verlauf des Trauerprozesses führen (ebd.).

Ob soziale Unterstützung in Krisensituationen durch die Betroffenen organisiert und genutzt werden kann hängt mitunter wesentlich von deren frühen Bindungserfahrungen ab:

Konnte sich der Mensch in der Kindheit Schutz und Halt gebender Beziehungen sicher sein und sich in schwierigen Situationen auf die Hilfe seiner wichtigsten Bezugspersonen verlassen, wird er auch im späteren Leben das Vertrauen haben, dass Probleme oft gemeinsam besser gelöst werden können. (ebd., S. 29)

Auch die Metaressource der Selbstwirksamkeit bildet sich aus ebensolchen frühkindlichen Erfahrungen heraus (ebd.):

Haben ihn die Eltern gleichzeitig darin unterstützt, sich in einem für das jeweilige Alter adäquaten Ausmaß Problemen zu stellen und eigene Bewältigungsstrategien zu entwickeln, trägt dies auch später dazu bei, neue Lebenssituationen nicht als Bedrohung sondern als zum Leben gehörige Herausforderungen zu verstehen.

Viele Krisen können durch soziale Unterstützung aus den persönlichen Netzwerken der Betroffenen gemeinsam bewältigt werden. Wenn diese Unterstützung jedoch nicht ausreicht oder nur unzureichende unterstützende Kontakte zur Verfügung stehen, müssen sehr zeitnah professionelle Kriseninterventionsangebote verfügbar sein, um katastrophale Zusitzungen zu vermeiden (Stein. 2009). Gerade bei komplex traumatisierten Menschen, die sich in Krisen befinden, sollte besonderer Wert auf die Ermöglichung positiver, emotional korrigierender Erfahrungen gelegt werden, welche durch Professionelle vor einem Hintergrund bindungstheoretischem und psychotraumatologischem Wissens ermöglicht werden können (Gahleitner, 2010). Besonders bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist zwischen Krisenintervention und Langzeittherapie zu unterscheiden, da es aufgrund maladaptiver Persönlichkeitszüge

des Öfteren durch Konfrontation mit spezifischen Lebensereignissen oder unter belastenden Lebenssituationen zu den Patienten oder die Umgebung gefährdenden impulsiven Handlungen [kommt], wie etwa Suizidhandlungen oder aggressiven Impulsdurchbrüchen, aber auch zu Angstzuständen und Dissoziation, die mit Hilfe der Krisenintervention akut angegangen werden müssen. Davon zu unterscheiden sind längerfristige Therapien, die die maladaptiven Kognitionen, Verhaltensweisen und interpersonellen Konfliktmuster zum therapeutischen Fokus haben (Bronisch, 2009, S. 27).

Der empirische Teil dieser Arbeit bezieht sich auf die stationäre Form der Krisenintervention im Sinne eines speziellen auf Krisen ausgerichteten Konzeptes einer Kriseninterventionsstation in einem Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin. Dällenbach und Kolleg*innen (2016) erklären den sozialen Wert eines stationären Aufenthalt über eine

damit einhergehende mehr oder wenige vollständige (totale) Inklusion [, welche] auf der anderen Seite eine totale Exklusion aus den anderen Handlungssystemen des Lebensführungssystems [impliziert]. Damit wird die krisenhafte Dynamik zunächst einmal unterbrochen. Entlastet von den problemverursachenden Dynamiken und unterstützt durch die Therapie, kommt es in der Klinik mindestens zu Stabilisierungs- und mitunter zu Lernprozessen, welche nach der Entlassung sozusagen einem ‚Realitätstest‘ unterzogen werden (S. 100).

Allerdings kommt es nach einer Entlassung zurück in die jeweiligen Lebensführungssysteme häufig zu einer Instabilität, gerade dann wenn sich belastende krisenauslösende Umstände und die Muster des/der Betroffenen während des Klinikaufenthaltes nicht verändert haben, wes-

halb es teilweise zu erneuten Klinikaufenthalten im Rahmen des sogenannten „Drehtürefekts“ kommen kann (ebd.). Teilweise können krisenhafte Entwicklungen vor und nach der Entlassung jedoch auch zu einer Änderung belastender Lebensumstände führen (ebd.):

Wenn also im Verlaufe des Re-Integrationsprozesses das Lebensführungssystem nicht eine neue Form annehmen kann, ‚verpuffen‘ die in der Klinik gemachten Entwicklungen und hinterlassen ein Gefühl der Selbstunwirksamkeit, des Scheiterns, was sich negativ auf das Wohlbefinden und damit auf den Krankheitsverlauf auswirkt. ‚Positive‘ Eskalationen hingegen, also wenn die Phase der kritischen Instabilität in eine sich verstärkende Entwicklungs dynamik transformiert werden kann, führen zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Sinnhaftigkeit, Verstehen und Erfolg und einem Zugewinn an Sicherheit. (ebd., S. 101)

Gerade bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann die Veränderung eines Lebensführungssystems viel Zeit in Anspruch nehmen (ebd.). Im Rahmen der professionellen Unterstützung bedarf es einer Erfassung der Interdependenzen zwischen der (bio-) psychischen und der sozialen Dimension, sowie deren Bedeutung für die Entwicklung von Krankheit und Gesundheit (ebd.). Menschen in Krisensituationen und anhaltender sozialer Not fehlt häufig der Zugang zu ihren Kompetenzen und Ressourcen, was häufig wiederum zu einer Häufung weiterer Widrigkeiten und Verluste führt (Geißler-Piltz et al., 2005). In der klinisch-sozialarbeiterischen Krisenhilfe geht es nicht etwa darum, eine Krise möglichst schnell zu beseitigen, sondern darum, die betroffene Person bei deren Bewältigung auf eine Art und Weise zu unterstützen, dass die Person mittels Beratung, sozialer Unterstützung, Psychotherapie und Netzwerkarbeit aus der Krise im besten Fall mit einer Weiterentwicklung und Reifung hervortreten und die Weiterentwicklung der Krise vermieden werden kann (Geißler-Piltz et al., 2005). Die Betrachtung der sozialen Unterstützung der betroffenen Person soll nach Geißler-Piltz und Kolleg*innen (ebd.) einen Teil der Krisenintervention darstellen. Krisenintervention umfasst „im Rahmen Klinischer Sozialarbeit sowohl personenbezogene (proximale) als auch umfeldbezogene (distale) Hilfen, die sich methodisch größtenteils der Mittel der Beratung, Psychotherapie, sozialen Unterstützung und Netzwerkarbeit bedienen“ (Geißler-Piltz et al., 2005, S. 110). Eine gelungene Krisenbewältigung ist abhängig von den Fähigkeiten der Person und ihres sozialen Systems, welche mittels „klinisch-sozialer Unterstützung“ (S. 111) gestärkt werden können (ebd.). Auch Schefold (2008) zufolge sei es wichtig, bei der Analyse von Krisenereignissen verschiedene Wirklichkeitsebenen zu unterscheiden: „die Ebenen der materiellen Umwelt und Körperlichkeit, der Personen und ihre Psyche, der sozialen wie der kulturellen Systeme“ (S. 313), auf welchen jeweils wieder Normalität hergestellt werden müsse. Als Orientierung, was Normalzustände in einem bio-psycho-sozialem Sinne

bezeichnet, hat Schefold (ebd., S. 323f.) für die genannten Systemebenen Zielhorizonte beschrieben:

- Für das biophysische System ist dies zum einen Sicherheit Zum anderen geht es auf dieser Wirklichkeitsebene um die Wiederherstellung und den Schutz der Gesundheit von Personen nach der weitreichenden Definition der WHO.
- Für das psychische System, Personen und ihre seelischen Prozesse gibt es ein breites Segment Es reicht von der ... einfachen Handlungsfähigkeit bis hin zu differenzierten Vorstellungen seelischen Wohlbefindens, der Freiheit von psychotraumatischen Belastungen, der Arbeitsfähigkeit, Liebesfähigkeit, eines positiven Selbstbildes.
- Für soziale Systeme lässt sich als Zielhorizont die Wiederherstellung sozialer Ordnung formulieren, die Sicherheit im alltäglichen sozialen Leben einer Institution oder Organisation verbürgt.
- Für kulturelle Systeme ist der Zielhorizont durch Sinngebung bestimmt; die Erschütterungen dieser Sinngebung auf personaler und sozialer Ebene ... verlangt Antworten, die aus dem überlieferten Fundus von Sinngebungen gewonnen, angeboten und übernommen werden müssen.

Die Bewältigungsmöglichkeiten einer Person oder Gruppe sollen mittels professioneller, haltgebender Beziehungsgestaltung, der Klärung des Vorhandenseins, der Möglichkeiten und Grenzen sozialer Unterstützung sowie sozialökologischer Interventionen innerhalb einer begrenzten Zeitspanne wiederhergestellt werden (ebd.). Häufig macht es Sinn, das bestehende soziale Umfeld in den Krisenbewältigungsprozess mit einzubeziehen. Stein (2009) schreibt hierzu:

Gute soziale Unterstützung (>>social support<<) ist ein Eckpfeiler erfolgreicher Krisenbewältigung. Gelegentlich ist auch die Klärung einer konfliktreichen Situation mit den beteiligten Personen oder eine direkte Intervention seitens des Helfers, z. B. ein Gespräch mit dem Arbeitgeber sinnvoll (S. 155)

Da Krisen häufig mit einem negativen Selbstwertgefühl verbunden sind, welches auch als Risikofaktor für Suizidalität diskutiert wird, ist es wichtig, den **Selbstwertaspekt** in der Krisenintervention zu beachten, indem Selbstwertbelastungen möglichst beseitigt und Selbstwertquellen aktiviert und geschaffen werden (Kunz et al., 2007). Kunz und Kolleg*innen (ebd.) zufolge sei hierbei die professionelle Beziehung von besonderer Relevanz. Darüber hinaus wird das Transaktionale Copingmodell nach Lazarus (Folkman & Lazarus, 1984) als für das Krisenerleben und -bewältigen relevant aufgeführt. Danach spielen hierbei die **Bewertungen** der Situationsanforderungen, der personalen und sozialen Ressourcen sowie der Bewältigungsmöglichkeiten (Kunz et al., ebd.) und die sich aus der Persönlichkeits- und Lebensentwicklung ergebende Psychodynamik, z.B. Bindungserfahrungen (Stein, 2009), eine Rolle. Krisen sind häufig mit einer Ressourcenbedrohung oder einem Ressourcenverlust ver-

bunden, weshalb Krisenintervention immer auch **Ressourcenförderung** mit einschließen sollte (Kunz et al., 2007). Ressourcen können beispielsweise soziale Unterstützung, Selbstwertgefühl oder das Kohärenzgefühl nach Antonovsky sein (ebd.). Als weiteren Bestandteil einer gelingenden Krisenbehandlung nennen Kunz und Kolleg*innen (2007) die adäquate **Bewältigung von Emotionen**, wobei in der Krisenberatung folgende Aspekte möglicherweise von Bedeutung seien (S. 175):

- Emotionen haben verschiedene Reaktionskomponenten wie Kognitionen, physiologische Regulation, Motivation, motorischer Ausdruck und Gefühle der Erregung sowie Gefühle von Lust/Unlust.
- Bei Emotionen wird die kognitive Komponente häufig als wesentlich für die Entstehung und Erklärung von Emotionen gesehen. So geht bei Lazarus die kognitive Bewertung den Emotionen voraus. Es gibt allerdings auch Gefühle, die vor jeder bewussten Wahrnehmung entstehen (Pauli/Birbaumer 2000).
- Emotionen haben eine Bedeutung für Handlungsorientierung und Planung.
- Emotionen sind eine Antwort auf die Bewertung von Ereignissen, die wesentliche Bedürfnisse und Ziele berühren.

Da bei der Entstehung von Krisen sowohl psychologische, als auch medizinische und psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen ist Krisenintervention entsprechend ein **multiprofessionelles** Arbeitsgebiet (Geißler-Piltz et al., 2005). Als Grundlage der multiprofessionellen Teamarbeit in der Krisenintervention sollten gemeinsame Handlungsraster dienen, an welchen die Behandlung gemeinsam ausgerichtet werden kann (Berger, Bödecker, Celenk & Wolf, 2004).

Im nächsten Kapitel werden Konzepte und Ziele stationärer Kriseninterventionsstationen in Deutschland beschrieben. Außerdem wird die Kriseninterventionsstation, auf welcher die empirische Erhebung für diese Arbeit stattgefunden hat, kurz vorgestellt.

4. Konzepte und Ziele stationärer Kriseninterventionen

Nachfolgend wird die historische Entwicklung stationärer Kriseninterventionsstationen in Deutschland geschildert und Ziele und Konzepte sowie Vor- und Nachteile stationärer Krisenintervention erörtert. Darüber hinaus wird die stationäre Kriseninterventionsstation des KPPPM Schloss Werneck kurz vorgestellt, auf welcher die empirische Arbeit dieser Thesis durchgeführt wurde.

4.1 Stationäre Krisenintervention in Deutschland

Stationäre Kriseninterventionsstationen gibt es in Deutschland seit der Psychiatriereform Mitte/Ende der 1970er Jahre (Menzel & Schleuning, 2007). Der Begriff der stationären Krisenintervention hat sich in den darauffolgenden Jahrzehnten genauso ausgeweitet wie der Krisenbegriff selbst (ebd.). Während die stationäre Krisenintervention zu Beginn zumeist noch auf psychosoziale und suizidale Krisen beschränkt war werden heute teilweise, je nach Konzept, auch Krisen im Rahmen psychischer Erkrankungen (sog. komplexe Krisen) eingeschlossen (ebd.). In Deutschland wurde die Fachdiskussion über die Entwicklung von Krisenkonzepten durch die Psychiatriereform, sowie durch die Verbreitung konstruktivistischer und systemischer Denkansätze gefördert, wodurch sich „die Veränderungen in der professionellen Haltung Patienten gegenüber, deren Wunsch nach Berücksichtigung ihrer Individualität und nach Mitverantwortung im Behandlungsprozess ... mit grundlegenden Prinzipien der Krisenintervention“ trafen (ebd., S. 315).

Kunz und Kolleg*innen (2007) zufolge können Einrichtungen der Krisenintervention verschiedene Aufgaben und Aufträge innehaben:

- Prävention
- Früherkennung und Information
- Gefährdungen reduzieren
- Motivieren, weiterführende Hilfe in Anspruch zu nehmen
- Entlastung für Angehörige
- Defizite abdecken
- Entlastung durch Herausnahme aus dem Alltag
- Unterbringung abwenden
- Traumatisch erlebte Unterbringung vermeiden helfen
- Fachberatung und Fortbildung

Welche Aufgaben und Aufträge übernommen werden hängt von der Art der Kriseninterventionseinrichtung ab. Diese reichen von ambulanten, niedrigschwelligen Angeboten (z. B. Telefonseelsorge, Berliner Krisendienst), über spezifische und unspezifische ambulante und stationäre Einrichtungen bis hin zu psychiatrischen Kliniken (ebd.). Stationäre Krisenintervention kann auf allgemeinpsychiatrischen Stationen, im psychosomatischen Bereich, konsiliarisch in somatischen Kliniken oder auf spezialisierten Krisenstationen erfolgen (Menzel & Schleuning, 2007). Menzel und Schleuning (ebd.) zufolge bieten die Einrichtungen eine intensive multiprofessionelle Krisenbehandlung innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums von

wenigen Tagen bis maximal zwei Wochen an, bei meist geringerer Bettenanzahl, meist unter 15 Betten. Allerdings bieten heute einige Einrichtungen auch eine Krisenbehandlung ohne ein Maximum der Behandlungsdauer über eine Dauer von 4 Wochen an und die maximale Bettenanzahl übersteigt eine Anzahl von 15 Betten teilweise (vgl. Tabelle 6). Menzel und Schleuning (ebd.) schätzen, dass die verschiedenen Modelle der Krisenintervention kaum miteinander verglichen werden können, weil sie sich zumeist nicht bis ins Detail gleichen.

Menzel und Schleuning ermittelten im Jahr 2007 über das Cochrane Review und bei Joy und Kolleg*innen (2004), dass es kaum Studien gebe, die die Effektivität von Krisenkonzepten insbesondere im stationären Setting nachzuweisen versuchten. Auch bei der Literaturrecherche für die vorliegende Arbeit konnten kaum einschlägige Studien im deutschsprachigen Raum ausfindig gemacht werden. Die Suche nach dem Stichwort „Kriseninterventionsstation“ ergab beispielsweise bei GESIS 0 Treffer, bei Thieme eRef 50 Treffer, bei PubMed 0 einschlägige Treffer und bei PubPsych 35 Treffer, davon nur zwei innerhalb der letzten zehn Jahre (Stand 09/19). Bei der Recherche nach Studien zur Erfassung sozialer Unterstützung bei Patient*innen einer Kriseninterventionsstation konnte auch bei der Suche auf weiteren Datenbanken wie Springerlink, Google Books, Google Scholar, Content-Select, ResearchGate, JSTOR kein einschlägiges Ergebnis gefunden werden.

Die einzigen beiden für die vorliegende Arbeit als einschlägig ausfindig gemachten Beiträge über stationäre Kriseninterventionsstationen stammen von Menzel und Schleuning (2007) sowie von Eisele, Falk, Göser, Solmaz, Steinert und Tschöke (2009).

Im Jahr 2009 beschreiben Eisele und Kolleg*innen eine Studie über die Auswirkungen der Implementierung einer Kriseninterventionsstation in Ulm auf eine psychiatrische Klinik. Durch die Implementierung einer Kriseninterventionsstation konnte für Patient*innen aus den Diagnosegruppen ICD-10 F4 und F6, die vorher auf allgemeinpsychiatrischen Akutstationen behandelt wurden, die Gesamtzahl von Zwangsmaßnahmen im Vergleich zum Vorjahr von 120 auf 17, die Anzahl aggressiver Patient*innenübergriffe von 7,0 auf 3,8% und die Anzahl gerichtlicher Unterbringungen von 11,0 auf 3,8% reduziert werden (ebd.). Für diese spezielle Patient*innengruppe konnte mit der Implementierung einer Kriseninterventionsstation eine organisatorische Maßnahme beschrieben werden, die zu einer nachweisbaren Qualitätsverbesserung führte (ebd.).

Klinische Erfahrungen zeigten immer wieder, dass Kriseninterventionsstationen von Patient*innen als

freundlicher, leichter zugänglich, weniger aversiv und Angst machend empfunden werden als herkömmliche Psychiatrie-Stationen. Es fällt den Betroffenen leichter, den

(auch inneren) Kontakt zur Lebensnormalität zu halten, wenn der stationäre Aufenthalt keinen so starken Einschnitt, keine so erhebliche Veränderung und Umstellung darstellt. Krisenintervention mit ihrer zeitlichen Limitierung, ihrer Beschränkung auf einen inhaltlichen Fokus, ihrer Ressourcenorientierung und ihrem stark auf Prävention abzielenden Charakter könnte somit grundsätzlich ein willkommenes Behandlungsmodell in der modernen Versorgungslandschaft werden (Menzel & Schleuning, 2007, S. 315).

Menzel und Schleuning schrieben im Jahr 2007, dass es in Deutschland noch keine flächen-deckenden Angebote für Menschen in psychosozialen Krisen für Patient*innen aller Diagnosen gibt, wobei schwer psychiatrisch erkrankte Menschen wie beispielsweise Menschen mit Schizophrenien häufig nicht in die Behandlungskonzepte eingeschlossen werden, was auch der Eindruck der Autorin bei der Recherche für die vorliegende Arbeit war. In der nachfolgenden Tabelle werden die bei der Recherche der Autorin ermittelten in Deutschland befindlichen Stationen in psychiatrischen/psychotherapeutischen/ psychosomatischen Kliniken mit der Bezeichnung als „Kriseninterventionsstation“ oder „Krisenstation“ dargestellt (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Übersicht über Stationen mit der Bezeichnung als „Kriseninterventionsstation“ oder „Krisenstation“ in Deutschland (eigene Tabelle)

PLZ	Klinik	Maximal-dauer	Betten	Aufnahmekriterien	Ausschlusskriterien	Besonderheiten	Quellenangabe
07743	Kriseninterventionsstation 220 im Universitätsklinikum Jena	k. A.	k. A.	Akute Belastungsreaktionen und depressive Störungen; Krisen u.a. im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen	k. A.	Bedarfsgerechte Anwendung der Dialektisch-Behavioralen Therapie und der Schematherapie	Universitätsklinikum Jena (o.J.).
12351	Kriseninterventionszentrum Vivantes Klinikum Berlin Neukölln	k. A.	Offen geführt	Krisensituationen - nicht näher definiert	k. A.	Nach Absprache Mutter-Kind Behandlung für Kinder < 6 Monate	Vivantes Klinikum Neukölln (o.J.); Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH (2019).
13088	Tagesklinik AKI (Akute komplexe Krisenintervention) am Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee	k. A.	k. A.	Schwere psychische Krisen, wenn stationäre Behandlung ungünstig oder nicht gewünscht	k. A.	Ohne Herauslösen aus bestehenden sozialen Bezügen bei tagesklinischer Behandlung	Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH (o.J.).
16225	Psychosomatische Psychotherapiestation für Krisenintervention (Station PSM-K) im Martin Gröppius Krankenhaus Eberswalde	k. A.	k. A.	Lebenskrisen/suizidale Krisen, häufig im Zusammenhang mit Partnerschafts- oder Arbeitsplatzkonflikten oder Todesfällen, Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen, z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung	k. A.		Martin Gröppius Krankenhaus GmbH (o. J.)
16761	Oberhavel Kliniken (Station 34k)	21 Tage	18, Offen geführt	Krisen mit und ohne psychischer Grunderkrankung	Akute Intoxikationen, akute psychotische Zustände, Nichtabsprachefähigkeit	Nachsorge = nachstationäre Behandlung: Teilnahme an max. 7 Therapieeinheiten im Zeitraum von 14 Tagen nach Entlassung, zur besseren Übergang in den ambulanten Bereich	Oberhavel Kliniken GmbH (o. J.).
22043	Kriseninterventionsstation W1 in der Asklepios Klinik Nord – Psychiatrie Wandsbek	k. A.	22, beschützt geführt	Krankheitsbilder: Schizophrenien, Schizoaffektive Störungen, Depressionen, Bipolare Störungen, Angsterkrankungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suizidgefährdete Personen, Suchterkrankungen als Begleiterkrankung	k. A.	Scheint eine „klassische“ beschützt-geführte allgemeinpsychiatrische Akutstation darzustellen.	Asklepios Kliniken Hamburg GmbH – Asklepios Klinik Nord (2019).

PLZ	Klinik	Maximal-dauer	Betten	Aufnahmekriterien	Ausschlusskriterien	Besonderheiten	Quellenangabe
35392	Kriseninterventionsstation Gruppe C im UKGM Gießen/Marburg	4 Wochen	k. A.	Lebenskrisen, Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, reaktive depressive Störungen, akute Belastungsreaktionen. Zugrunde liegen subjektiv bedrohliche Belastungen und traumatische Erlebnisse oder akute Zuspitzungen einer psychischen Störung. Belastungsreaktionen mit Angst und Depression im Rahmen einer chronischen körperlichen oder seelischen Erkrankung	Psychosen, Substanzabhängigkeiten, Chronische Hirnschädigungen (HOPS), Demenzen, akute Suizidgefährdung, schwere körperliche Erkrankung mit stark eingeschränkter Mobilität		UKGM-Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH (2018).
48147	Krisenstation 16.1 in der LWL-Klinik Münster	k. A.	Geschützt geführt	Akute Lebenskrisen mit selbstgefährdenden Erlebens- und Verhaltensweisen	k. A.		Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (o. J.)
63743	Psychiatrische Krisenintervention am BKH Aschaffenburg	10 Tage	8, offen	Behandlung aller seelischer Krisensituationen bei belastenden Lebenssituationen und im Rahmen krisenhafter Zuspitzungen bei bestehenden psychiatrischen Erkrankungen	Primäre Suchterkrankungen und Intoxikationen, ausgeprägte Eigen- oder Fremdgefährdung, fortgeschrittene dementielle Entwicklung		Bezirk Unterfranken (o.J.c).
80336	Kbo-Isar-Amper Klinikum München, Standort Atriumhaus: Krisenstation	14 Tage	15, offen	Sowohl Menschen in Lebenskrisen, als auch Menschen mit Zuspitzungen oder Verschlechterungen bei Psychosen, affektiven Störungen oder anderen psychiatrischen Erkrankungen	Fehlendes Mindestmaß an Kommunikations- und Bündnisfähigkeit	Wohnliches Ambiente	Isar-Amper-Klinikum gGmbH (2008); kbo-Isar-Amper-Klinikum (2019c).
80804	Kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Nord: Psychosomatische Krisenstation Ps01	k. A.	18	Patient*innen in Lebenskrisen, in suizidalen Krisen und nach Suizidversuchen, Anpassungsstörungen, depressive Verstimmungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, traumatische Störungen	Manifeste suizidale Patient*innen, die nicht bündnisfähig sind, akute, floride Psychosen, körperlich schwerkranke, intoxikierte oder substanzabhängige Patient*innen, bei denen ein Entzugssyndrom zu erwarten ist		Kbo-Isar-Amper-Klinikum (2019b).

PLZ	Klinik	Maximal-dauer	Betten	Aufnahmekriterien	Ausschlusskriterien	Besonderheiten	Quellenangabe
84034	Kriseninterventionsstation 1.2 am BKH Landshut	2-4 Wochen	k. A.	Akute psychosoziale und psychische Krisen aufgrund belastender Lebensereignisse	Junge Menschen < 25 J., Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, akute Intoxikation, Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, Manie, rezidivierende Depressionen, Demenzen, Intelligenzminderungen; akute Eigen- oder Fremdgefährdung ohne fehlende Absprache- und Kontrollfähigkeit		Bezirk Niederbayern (o.J.).
85540	Kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost Haar: Krisenstation	k. A.	k. A.	Schwerpunkt: Akute Lebenskrisen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Überlastungsreaktionen, Abklärung/Therapieeinleitung bei depressiven Störungen (z.B. Burnout)	Akute Eigen- und Fremdgefährdung, akute Suchterkrankung, dementielle Erkrankungen	Station ohne Klinikcharakter gestaltet	Kbo-Isar-Amper-Klinikum (2019a).
97422	Kriseninterventionsstation im KPPPM Schloss Werneck	28 Tage	18, offen, fakultativ beschützt geführt	Lebens(veränderungs-) Krisen, traumatisierende (Gewalt-) Erfahrungen, Krisen im Rahmen bestehender psychischer Erkrankungen.	Schizophrene, schizoaffektive und affektive Psychosen, Suchterkrankungen, Hirnorganische Störungen, Intelligenzminderungen		Bezirk Unterfranken (o.J.).
97816	Psychiatrische Kriseninterventionsstation am BKH Lohr am Main	2 Wo	k. A.	„Psychische Krisen“ nicht näher definiert			Bezirk Unterfranken (o.J.b).

In der Tabelle 6 werden die Anzahl der Betten, die maximale Aufenthaltsdauer, Aufnahme- und Ausschlusskriterien sowie Besonderheiten verglichen. Es konnten insgesamt n=15 Kriseninterventionsstationen in Deutschland über die Google Suchfunktion ermittelt werden (Stand 11/19), wobei Krisenstationen ohne Internetauftritt nicht eingeschlossen werden können und durchaus die Möglichkeit besteht, dass die Webseiten einiger Kriseninterventionsstationen nur bei gezielter Eingabe gefunden werden können. Die Tabelle erhebt also keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Bundesländer mit den meisten Krisenstationen scheinen Bayern (n=7), Brandenburg (n=2) und Berlin (n=2) zu sein.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der 7 Kliniken, die im Internet eine Angabe zur stationären Maximaldauer getätigt haben beträgt 19,43 Tage. Die Anzahl der Betten der Kliniken, die hierzu eine Angabe getätigt haben (n=6) beträgt durchschnittlich 16,5 Betten. Kliniken, die hierzu eine Angabe getätigt haben (n=5), führen die Krisenstationen offen, eine Klinik hierunter führt die Station bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung fakultativ beschützend, zwei Kliniken führen die Krisenintervention beschützt (geschlossen), wobei die Krisenstation der Asklepios Klinik Wandsbek konzeptionell eine beschützt geführte allgemeinpsychiatrische Akutstation darzustellen scheint. Es scheint also, dass es keine allgemeingültige Definition für Kriseninterventionsstationen gibt..

Die meisten Kliniken gaben als Aufnahmekriterien sowohl akute Lebenskrisen als auch Krisen im Rahmen bestehender psychischer Erkrankungen an. Auf fast allen oben aufgeführten Kriseninterventionsstationen werden sowohl Menschen mit klassischen Lebenskrisen, als auch mit Krisen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen und anderen bestehenden psychiatrischen Erkrankungen behandelt. Patient*innen, die im Rahmen einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung als nicht absprachefähig eingeschätzt werden sind in den Behandlungskonzepten der meisten Krisenstationen ausgeschlossen und werden vorwiegend auf allgemeinpsychiatrischen Stationen behandelt (ebd.).

An der multiprofessionellen Behandlung sind in den meisten Fällen Ärzt*innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen und Fachtherapeut*innen aus den Bereichen Ergo-, Kunst-, und Musiktherapie beteiligt (Menzel & Schleuning, 2007). Menzel und Schleuning (ebd., S. 317) zufolge sei eine Behandlung auf einer spezialisierten Krisenstation angezeigt, wenn

- eine psychische Problematik als akute Krise zu beschreiben ist,
- die Bewältigungskompetenzen des Betroffenen dabei bereits so weit versagt haben, dass eine Rückkehr nach Hause nicht mehr verantwortet werden kann bzw.

- eine Distanzierung aus der häuslichen Situation als potenziell entlastend eingeschätzt wird,
- sich ein sinnvolles Ziel für den Kurzaufenthalt eingrenzen und formulieren lässt und
- der Betroffene zu minimaler Kooperation bereit und in der Lage ist.

Besonders bei Menschen, die durch die Krisensituation oder auch durch die Erstmanifestation einer schizophrenen Psychose einen ersten Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem haben könne es Menzel und Schleuning (ebd.) zufolge sinnvoll sein, eine Behandlung auf einer spezifischen Krisenstation der Behandlung auf einer allgemeinpsychiatrischen Station vorzuziehen, da das Milieu der Krisenstationen oftmals weniger mit sozialen Stigmatisierungen und Gefühlen der Hilflosigkeit verbunden sei und somit Chronifizierungen vorgebeugt werden könnten (ebd.). Die Erfahrung, mit seinem Leid nicht alleine zu sein und dieses mit anderen Krisenbetroffenen teilen zu können stellt für viele Patient*innen eine Entlastung dar (ebd.). Kritisch anzumerken ist, dass es ebenso kontraproduktiv sein kann, Betroffene in ein intensives therapeutisches Angebot einzubetten und sie nach kurzer Zeit wieder zu entlassen, weshalb die Aufnahmeindikation sorgfältig geprüft werden muss (ebd.). Besonders chronisch erkrankte und vulnerable Menschen können die Entlassung aus einem intensiven, liebevoll behütenden Setting als „Rauswurf“ auffassen und von der neu gefassten Hoffnung auf eine positive Umgebung enttäuscht werden. Ebenso können Betroffene, deren Selbstständigkeit und Entscheidungsfähigkeit durch die Krisensituation stark eingeschränkt sind von den spezifischen, zumeist auf Selbstbestimmtheit ausgerichteten Krisenkonzepten überfordert sein (ebd.). Personen, welchen die Kontaktgestaltung zu Mitmenschen schwer fällt, können die Gruppe von Mitpatient*innen als belastend empfinden (ebd.).

Menzel und Schleuning (ebd., S. 319) empfehlen folgende Rahmenbedingungen für eine gelingende stationäre Krisenbehandlung:

- kleine, räumliche wie organisatorisch gut überschaubare Einheit, wohnortnah gelegen, organisatorisch und atmosphärisch niedrige Schwelle zur Kontaktaufnahme
- offene Station mit 24-stündiger, sofortiger Aufnahmefähigkeit und 7 Tage die Woche umfassendem therapeutischem Programm
- auf 1-2 Wochen beschränkte Aufenthaltsdauer
- sozialpsychiatrisches, biopsychosoziales Behandlungskonzept mit partnerschaftlicher therapeutischer Haltung, multiprofessionelles Team
- Personalschlüssel und Schichtplan ermöglichen koordiniertes interdisziplinäres Arbeiten verschiedener Berufsgruppen an allen Tagen der Woche
- Bezugstherapie, viele milieu- und gruppentherapeutische Angebote, unterschiedliche fachtherapeutische Angebote

- Enge Einbindung in das soziale und psychiatrische Versorgungsnetz der Region mit hoher Kommunikationsdichte und Abstimmungsbereitschaft, Möglichkeit flexibler, abgestuft einsetzbarer Anschlussangebote.

Nachfolgend wird die stationäre Kriseninterventionsstation des KPPPM Schloss Werneck kurz vorgestellt, auf welcher die für die vorliegende Thesis durchgeführte empirische Forschungsarbeit stattfand.

4.2 Die stationäre Kriseninterventionsstation des KPPPM Schloss Werneck

Im Folgenden werden kurz die Klinik und die Kriseninterventionsstation beschrieben, in und auf welcher die empirische Erhebung für die vorliegende Thesis vorgenommen wurde.

Beim Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin Schloss Werneck (KPPPM) handelt es sich um ein psychiatrisches Bezirkskrankenhaus in Trägerschaft des Bezirkes Unterfranken in Bayern. Im Rahmen seines Versorgungsauftrages ist das KPPPM zuständig für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im nordöstlichen Unterfranken. Das Einzugsgebiet umfasst ca. 545.999 Einwohner*innen auf einer Fläche von 4700 qkm. Die Klinik verfügt über 290 Planbetten, mit den Bereichen der Allgemeinpsychiatrie und Spezialstationen, einem forensischen Bereich mit 59 Planbetten, einer Tagesklinik mit 20 Betten, zwei Institutsambulanzen sowie einer psychosomatische Abteilung im Leopoldina Krankenhaus Schweinfurt (vgl. Abb. 6) (Bezirk Unterfranken, 2016).

ABTEILUNGEN DES KPPPM

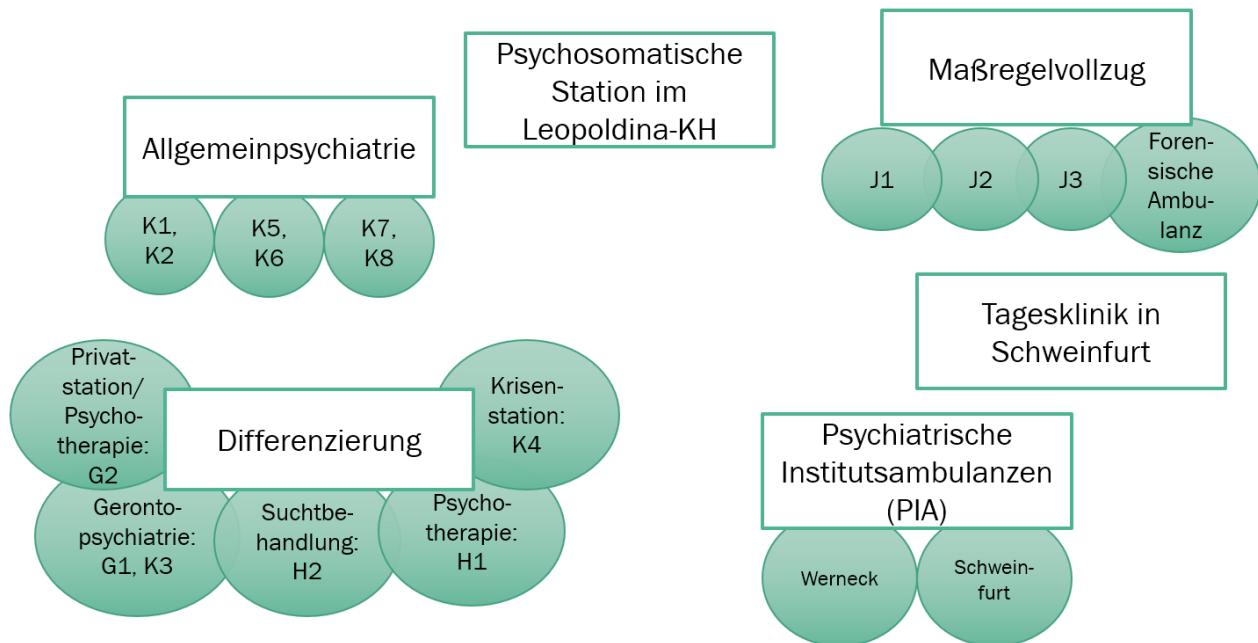


Abbildung 6: Abteilungen und Stationen des KPPPM Schloss Werneck (eigene Abbildung)

Auf der die Forschungsbestrebungen der vorliegenden Thesis betreffenden Kriseninterventionsstation K4 des KPPPM Schloss Werneck, werden konzeptionell am ehesten psychosoziale Krisen im klassischen Sinne und Krisen im Rahmen bestehender psychischer Erkrankungen behandelt, mit der Voraussetzung, dass diese eine voraussichtliche stationäre Behandlungsdauer von maximal 28 Tagen benötigen. Eine Verlängerung des Aufenthaltes ist zwar durch eine Verlegung auf andere Stationen möglich, konzeptionell jedoch eigentlich nicht für die Behandlung auf der Krisenstation vorgesehen. Es findet folgendes Krisenverständnis Anwendung (Bezirk Unterfranken, o. J., a. o. S.):

Krisen ... entstehen für einen Menschen dann, wenn er sich mit Lebensumständen konfrontiert erlebt, die ihn von der Art und dem Ausmaß her überfordern, sie mit ihm verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten zu meistern.

Ein Aufenthalt auf der Kriseninterventionsstation ist dann angezeigt, wenn eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht, die Krise aufzufangen, d.h.

- die psychischen Beeinträchtigungen zu ausgeprägt sind, um ambulant oder teilstationär behandelt zu werden,
- akute Selbst- oder Fremdgefährdung besteht,
- die Betroffenen aufgrund ihrer aktuellen Beschwerden zu einer eigenverantwortlichen Versorgung und Tagesgestaltung nicht in der Lage sind.

Die Autorin ist als Sozialpädagogin im multiprofessionellen Team der Krisenstation eingesetzt. Bei der Zielgruppe der Krisenstation handelt es sich um Patient*innen, die sich in unterschiedlichen Arten von Krisen befinden, darunter suizidale und narzisstische Krisen bei Störung des Selbstwertelebens, Lebensveränderungs- und Beziehungskrisen, Krankheitsbewältigungskrisen, altersspezifische Krisen, Krisen im Rahmen von Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen, traumatische Krisen und Krisen bei Verlust wichtiger Bezugspersonen (Bezirk Unterfranken, 2015). Eine stationäre Behandlung kann nur erfolgen, wenn eine Behandlung im ambulanten Bereich nicht ausreicht, da psychische Beeinträchtigungen zu ausgeprägt sind, eine eigenverantwortliche Alltagsgestaltung nicht mehr möglich ist und/oder akute Eigen- und Fremdgefährdung besteht (ebd.). Das Stationsteam setzt sich multiprofessionell aus Mitarbeitenden der folgenden Berufsgruppen zusammen:

- Pflegerische Mitarbeiter*innen: Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Fachpfleger*innen für Psychiatrie, Pflegerische Stationsleitung
- Therapeutische Mitarbeiter*innen: Oberärztin anteilig, Assistenzärzt*innen, Psychotherapeut*innen in Ausbildung, eine Sozialarbeiterin
- Komplementärtherapeutische Mitarbeiter*innen: Physio- und Sporttherapeut*innen bei Bedarf anteilig, Ergotherapeut*innen anteilig, Musiktherapeut*innen anteilig, ein Krankenhausseelsorger anteilig, ein Gestaltungstherapeut anteilig

Das therapeutische Grundverständnis der Station fußt auf einer stützenden therapeutischen Beziehung, auf der Wahrung größtmöglicher Selbstverantwortung und Autonomie der Patient*innen sowie auf dem Schaffen von Abstand von belastenden Lebensumständen, mit dem Ziel, den Krisenanlass wahrzunehmen und dessen Hintergründe zu verstehen, um individuelle Lösungsmöglichkeiten erarbeiten zu können (Bezirk Unterfranken, o. J.a). Dabei wird konzeptionell eine bio-psycho-soziale Perspektive angestrebt (ebd.). Die Patient*innen erhalten jeweils einen für sie aus allen verfügbaren Angeboten der Klinik und stationseigenen Gruppenangeboten individuell erstellten Wochen-Therapieplan. Es stehen 18 offen geführte Planbetten zur Verfügung, wobei die Station bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung fakultativ beschützt-geführt werden kann und mit individuellen Ausgangsregelungen und Stationsregeln (z.B. Besuchszeiten, Bedeckung von Wunden bei selbstverletzendem Verhalten etc.) arbeitet (Bezirk Unterfranken, 2015a). Die vier hauptsächlich direkt auf der Station tätigen Berufsgruppen (Pflegekräfte, Ärzt*innen, Sozialarbeiterin, Psychotherapeut*innen in Ausbildung) führen jeweils ihre fachspezifische Diagnostik durch, welche in multiprofessionellen Teambesprechungen in die gemeinsame Behandlungsplanung fließen, worauf wiederum die Behand-

lung basiert. Die Arbeit mit den Patient*innen basiert auf ärztlich-pflegerischen Einzelvisiten, einmal wöchentlich Oberarzt*innenvisiten sowie bei Bedarf Einzelgesprächen und Angehörigengesprächen mit verschiedenen Berufsgruppen.

Im folgenden Kapitel wird nun die empirische Arbeit der vorliegenden Thesis vorgestellt. Zunächst wird der quantitative, anschließend der qualitative Teil der Forschung beschrieben, beide werden zunächst getrennt voneinander diskutiert.

C. Empirische Erhebung sozialer Unterstützung bei Patient*innen einer psychiatrischen Kriseninterventionsstation

In diesem Kapitel wird die empirische Arbeit der vorliegenden Thesis beschrieben. In der vorliegenden Thesis werden qualitative und quantitative Methoden trianguliert, was insofern angezeigt ist, weil sich aus der Kombination unterschiedlicher Methoden ein Zugang zu verschiedenen Dimensionen des Phänomens der sozialen Unterstützung ergibt (Flick et al., 2014). Sie werden nicht getrennt voneinander angewendet, sondern aufeinander bezogen und ihnen wird jeweils gleiches Gewicht eingeräumt (ebd.).

Im Folgenden wird zunächst der quantitative Teil, in Anschluss daran der qualitative Teil der Forschung dargestellt.

5. Quantitative Erhebung der Ausprägung sozialer Unterstützung mit dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung F-SozU S-54

In diesem Kapitel wird die quantitative Erhebung der vorliegenden Thesis beschrieben. Es wurde eine Erhebung mit dem standardisierten Fragebogen F-SozU S-54 im Zeitraum 05.08.2019 bis 15.12.2019 auf der Kriseninterventionsstation des KPPPM vorgenommen. Das genaue methodische Vorgehen sowie der Fragebogen werden im Punkt 5.3 geschildert.

Zunächst werden Forschungsfragen beschrieben und Hypothesen aus dem vorangegangenen Theorieteil abgeleitet. Darauffolgend werden die Stichprobe und das methodische Vorgehen

erläutert. Im Anschluss daran werden die ausgewerteten Ergebnisse zunächst beschreibend dargestellt und daraufhin diskutiert.

5.1 Forschungsfragen und Hypothesen

In diesem Abschnitt werden die dem quantitativen Teil dieser Arbeit zugrundeliegenden Forschungsfragen dargestellt sowie Hypothesen aus dem vorangegangenen Theorieteil abgeleitet. Die Autorin hat in ihrer Arbeit als Sozialarbeiterin auf einer Kriseninterventionsstation wiederholt den subjektiven Eindruck gewonnen, dass psychosoziale Krisenlässe mithilfe umfangreicher sozialer Unterstützung und einer fürsorglichen sozialen Einbettung unter Umständen auch im häuslichen Umfeld hätten bewältigt werden können. Im Umkehrschluss entstand der Eindruck, dass die soziale Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation, sei es im Rahmen einer Veränderung sozialer Einbettung in der postmodernen Zeit oder aufgrund personaler und lebensgeschichtlicher Faktoren, bei einigen Patient*innen auffällig schwach ausgeprägt zu sein schien.

Da es sich hierbei jedoch um eine subjektive Beobachtung handelt entstand das Forschungsvorhaben, die Ausprägung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation mithilfe eines objektiven standardisierten Erhebungsinstrumentes konkret zu erfassen, mit dem Ziel, je nach Ergebnis Impulse für die Arbeit auf der Kriseninterventionsstation abzuleiten.

Die Fragestellung des quantitativen Teils der Thesis lautet demnach:

Wie schätzen die Patient*innen einer psychiatrischen Kriseninterventionsstation ihre Ausprägung einzelner Facetten sozialer Unterstützung und sozialer Belastung nach den Skalen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU S-54 nach Brähler et al., 2007) ein?

Hierbei handelt es sich um eine quantitativ zu erhebende Fragestellung, mit deren Überprüfung eine Aussage über den Ist-Zustand getroffen werden und der von der Autorin beschriebene subjektive Eindruck überprüft werden sollte. Diese Fragestellung wurde durch qualitative Fragestellungen in einer zweiten Erhebung ergänzt (vgl. 6.).

Eine Vorannahme der Thesis ist, wie bereits erwähnt, dass die Ausprägungen einzelner Skalen des F-SozU S-54 bei den Patient*innen der Kriseninterventionsstation im Vergleich zur Gesamtbevölkerung unterdurchschnittlich ausfallen. Eine weitere Annahme ist, dass die soziale Belastung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation höher ausgeprägt ist als bei der Gesamtbevölkerung. Die Vorannahmen beruhen auf dem professionellen Eindruck der Auto-

rin bei ihrer sozialpädagogischen Arbeit mit den Patient*innen der Krisenstation, sowie auf den Inhalten des Literaturteils der vorliegenden Arbeit. Auf Basis des vorangegangenen Theorieparts sowie der damit gefestigten Vorannahmen der Autorin wurden somit die folgenden Hypothesen gebildet (Tabelle 7).

Tabelle 7: Hypothesen für die quantitative Erhebung (eigene Tabelle)

Hypothese 1: Beim Vergleich mit einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (vgl. 5.3) fällt die soziale Unterstützung bei Patient*innen der Kriseninterventionsstation bevölkerungsunterschiedschnittlich und die soziale Belastung bevölkerungsüberdurchschnittlich aus.
Hypothese 2: Die F-SozU S-54-Mittelwerte der Patient*innen der Kriseninterventionsstation fallen signifikant niedriger und die soziale Belastung signifikant höher aus als die vergleichbaren Werte der klinisch unauffälligen Stichprobe C-1. Sie unterscheiden sich nicht von der Stichprobe psychisch belasteter Menschen C-2 aus Brähler und Kolleg*innen (2007, S. 91 f.), da es sich bei den Patient*innen der Krisenstation primär um Menschen in klassischen psychosozialen Krisensituationen handelt (vgl. 4.2)
Hypothese 3: Angesichts bestehender Forschungsergebnisse fallen die T-Werte der F-SozU Skalen zum Vergleich der Stichprobe der Krisenstation mit der Allgemeinbevölkerung bei Frauen höher aus als bei Männern.
Hypothese 4: Angesichts bestehender Forschungsergebnisse fallen die T-Werte der F-SozU Skalen bei jüngeren Patient*innen höher aus als bei älteren Patient*innen.
Hypothese 5: Die T-Werte der F-SozU Skalen sind bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung niedriger ausgeprägt als bei Menschen ohne Persönlichkeitsstörung.
Hypothese 6: Die T-Werte der F-SozU Skalen sind bei Menschen mit häufigeren Klinikaufenthalten niedriger ausgeprägt als bei Menschen mit wenigen Klinikaufenthalten.

Nachdem die Forschungsfragen und Hypothesen für die quantitative Forschung beschrieben wurden, wird im Folgenden die Stichprobe der quantitativen Befragung dargestellt.

5.2 Stichprobenbeschreibung

In diesem Abschnitt werden das Sampling und die Stichprobe der quantitativen Erhebung der vorliegenden Arbeit beschrieben.

Im Vorfeld der quantitativen Erhebung befasste sich die Autorin zunächst unter anderem mit ethischen Aspekten der Untersuchung, auf welche im Diskussionsteil dieser Arbeit (vgl. D.) näher eingegangen wird. Die Stichprobenplanung betreffend war eine Befragung der Grund-

gesamtheit (Aushändigung der Fragebögen an möglichst alle Patient*innen der Kriseninterventionsstation im Erhebungszeitraum 05.08.2019-15.12.2019) letztlich möglich. Jedoch bestand bei sehr kurzen Aufenthalten, beispielsweise an Wochenenden, für die Autorin keine Möglichkeit, rechtzeitig den Fragebogen auszuhändigen. Patient*innen, die aus verschiedenen Gründen wie aufgrund unzureichender Sehfähigkeit nicht in der Lage waren, den Fragebogen selbstständig auszufüllen, wurden auf Wunsch von der Autorin oder durch das übrige Stationspersonal bei der Bearbeitung unterstützt. Allerdings war es der Autorin nicht möglich, für Patient*innen, deren Deutschkenntnisse nicht im für das Ausfüllen des Fragebogens benötigten Umfang vorhanden waren, zu übersetzen, womit ca. n=6 Patient*innen den Fragebogen aufgrund von Sprachbarrieren nicht bearbeiten konnten. Zwei Patient*innen verweigerten das Ausfüllen des Fragebogens aktiv, vier Patient*innen gaben den Fragebogen ohne Begründung nicht an die Autorin ausgefüllt zurück. Zwei Patient*innen konnten den Fragebogen aufgrund von Überforderung nicht ausfüllen, darunter eine Patient*in mit einer schizophrenen Psychose und ein Patient mit einer Intelligenzminderung. Um später eine Auswahl für die Stichprobe des qualitativen Forschungsteils treffen zu können und Daten wie ICD-10-Diagnosen hinzuzufügen, wurden die Patient*innen gebeten, ihren Namen im Fragebogen einzutragen. Einige Patient*innen bevorzugten die Anonymisierung, weshalb bei diesen Patient*innen lediglich die F-SozU-Werte und keine soziodemographischen Daten vorliegen (n=9). Ein Fragebogen konnte aufgrund fehlender Angaben nicht gewertet werden.

Die Stichprobe wird anhand mithilfe von IBM SPSS Statistics erstellter deskriptiver und Häufigkeitsanalysen beschrieben. Hinsichtlich des *Rücklaufs* der Fragebögen (N=101) sowie der Missing Data konnten auf Skalenebene des F-SozU, unter Einhaltung der Vorgaben des Testmanuals nach Brähler und Kolleg*innen (2007) jeweils folgende Anzahlen berücksichtigt werden:

- EU: N=101
- PU: N=101
- SI: N=101
- WasU: N=101
- Bel: N=101
- Rez: N=99
- Zuf: N=96
- Vert: N=100

Das *Alter* der Patient*innen betreffend wurde anhand der kumulierten Prozente aller Altersangaben eine Aufteilung vorgenommen. Die Gesamtstichprobe wurde entsprechend der Häufigkeit der Altersangaben in vier möglichst gleichgroße Gruppen aufgeteilt. Von insgesamt N=101 befragten Patient*innen (fehlend: N=12) sind N=23 im Alter zwischen 18-24 J. (21,8%; Altersspanne: 6 J.), N=23 im Alter zwischen 25-34 J. (22,8%; Altersspanne: 9 J.), N=23 im Alter zwischen 35-47 J. (22,8%; Altersspanne: 12 J.), N=21 im Alter zwischen 48-66 J (20,8% - Altersspanne: 18J.). Anhand dieser Aufteilung wird deutlich, dass die Patient*innen der Kriseninterventionsstation insgesamt relativ jung sind, ohne Vergleiche zu allgemeinpsychiatrischen Stationen ziehen zu können. So sind 50,5% aller Patient*innen bis einschließlich 34 Jahre alt und die Altersspanne der nach der Altershäufigkeit gevierten Stichprobe nimmt mit zunehmendem Alter deutlich zu. Die Patient*innenanzahl der Kriseninterventionsstation nimmt demnach mit zunehmendem Alter tendenziell ab.

Die *Geschlechterverteilung* liegt fast hälftig zwischen Männern und Frauen. N=48 Personen sind weiblich (47,5%), N=46 Personen männlich (45,5%) (7 fehlende Werte).

In Bezug auf die vergebenen *ICD-10 Diagnosen aus der F-Gruppe* (Psychische- und Verhaltensstörungen) wurden die in der nachfolgenden Tabelle 8 dargestellten Diagnosen an die Patient*innen der Krisenstation vergeben. Angemerkt werden muss, dass bei der Auswertung alle vergebenen Diagnosen berücksichtigt wurden und bei einigen Patient*innen mehrere Diagnosen vorliegen. Die drei am häufigsten vergebenen Diagnosegruppen sind die affektiven Störungen (33% aller vergebener Diagnosen, 62% von N=85 Patient*innen), die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (23% aller vergebener Diagnosen, 44% von N=85 Patient*innen) und die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (17% aller vergebener Diagnosen, 32% von N=85 Patient*innen).

Von N=85 Patient*innen (N Gesamt=101 abzüglich fehlender Werte N=16) wurde bei N=53 Patient*innen eine depressive Erkrankung diagnostiziert, also handelt es sich bei allen diagnostizierten Störungen aus dem affektiven Kreis um depressive Erkrankungen (vgl. Tabelle 8). Das bedeutet, dass bei 62% der Patient*innen (N=85) der Krisenstation eine depressive Symptomatik besteht, teilweise neben weiteren vergebenen Diagnosen. Unter den depressiven Erkrankungen kommen wiederum die mittelgradige depressive Episode (36% der depressiven Störungen), die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (23% der depressiven Störungen) sowie die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer (26% der depressiven Störungen) am häufigsten vor.

Unter den neurotischen- belastungs- und somatoformen Störungen (F4) sind die posttraumati-

sche Belastungsstörung (30% der F4-Diagnosen) und die Anpassungsstörung (32% der F4-Diagnosen) die am häufigsten diagnostizierten Störungen.

Unter den Persönlichkeitsstörungen- und Verhaltensstörungen (F6) kommt die Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit 59% der F6-Diagnosen, 10% aller vergebener Diagnosen und 18% von N=85 Patient*innen verhältnismäßig häufig vor.

Tabelle 8: Auf der Krisenstation des KPPPM vergebene ICD-10-GM-Fx-Diagnosen (Krollner & Krollner, 2019) (eigene Tabelle)

<u>Diagnosegruppen</u>		
Diagnosegruppe	Anzahl (N Diagnosen Ge- samt=162)	Prozent
N Gesamt=101;		
Fehlende Werte: N=16		
→ N der Patient*innen mit Diagnoseangaben = 85		
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)	0	0
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	21	12,96
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2)	7	4,32
Affektive Störungen (F3)	53	32,72
davon Leichte depressive Episode	1	1,89 von N=53
davon Mittelschwere depressive Episode	19	35,85 von N=53
davon Schwere depressive Episode	7	13,21 von N=53
davon Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwer	12	22,64 von N=53
davon Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer	14	26,42 von N=53
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	37	22,84
davon Posttraumatische Belastungsstörung	11	29,73 von N=37
davon Anpassungsstörung	12	32,43 von N=37
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	4	2,47
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	27	16,67
davon Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Typ Borderline	16	59,26 von N=27
Intelligenzstörung (F7)	4	2,47
Entwicklungsstörungen (F8)	0	0
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	9	5,56
Nicht näher bezeichnete psych. Störungen (F99)	0	0

Als Beispiel für Komorbiditäten werden die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen herangezogen. Menschen die eine F1-Diagnose erhielten (N=21) erhielten ausnahmslos zusätzlich weitere Diagnosen (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Komorbiditäten (eigene Tabelle)

Zu F1 vergebene Diagnosen nach ICD-10 Fx					
F1	F3	F6	F4	F9	F5
F10.2	F32.1				
F10.2, F10.1	F33.1				
F12.1		F60.9			
F19.2			F43.2	F90.0	
F12.2, F10.1				F90.0	
F10.2	F32.1				
F10.1, F12.1	F32.2	F61			
F10.1	F32.2				
F10.2, F10.0		F60.7 (Akzentuierung)	F41.2		
F12.1				F90.0	
F10.1	F32.1	F60.4			
F14.1, F10.1	F32.1, F32.1	F60.31			
F10.1	F32.2, F33.1				
F12.2	F33.2	F62.0			F50.0
F10.1	F33.2		F40.0, F42.1		
F10.1		F60.31		F90.0	
F19.2		F60.31	F45.41	F90.0	
F10.1, F14.1	F32.1	F60.31			
F15.5		F60.31		F90.0	
F19.2	F32.1	F60.31	F43.1	F90.0	
F19.2		F61			

Zusätzlich zu F1-Diagnosen wurden am häufigsten Diagnosen aus den Bereichen F3 (bei N=12 Patient*innen), F6 (bei N=12 Patient*innen, davon Borderline: N=6) sowie F90.0 (Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung=ADHS: N=7) und F4 (N=5) vergeben.

Folgende Anzahl an Diagnosen wurde zusätzlich zu F1 vergeben:

- Eine zusätzliche Diagnose: N=8
- Zwei zusätzliche Diagnosen: N=9
- Drei zusätzliche Diagnosen: N=3
- Vier zusätzliche Diagnosen: N=1

Die *Aufenthaltsdauer* betreffend verbrachte mit 44% von N=85 ein großer Teil der Patient*innen 27 oder 28 Tage, also die maximale Aufenthaltsdauer auf der Krisenstation. 16% der Patient*innen verbrachten bis einschließlich 10 Tage auf der Krisenstation, 24% verbrachten bis zu 15 Tage, 32% bis zu 20 Tage auf der Station. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 21 Tage (N=85; SD=8,69; Varianz=75,52; Schiefe=-,93; Kurtosis=-,58; Minimum 1 Tag, Maximum 28 Tage).

Der Mittelwert der *Anzahl der stationären Aufenthalte im KPPPM*, einschließlich des aktuellen Aufenthaltes der Patient*innen der Krisenstation beträgt 3,1 Aufenthalte (N= 85; SD=4,46; Varianz=19,92; Schiefe=4,58; Kurtosis=27,78; Minimum 1 Aufenthalt, Maximum 34 Aufenthalte). Die meisten Patient*innen der Kriseninterventionsstation verbrachten bisher nur wenige Aufenthalte im KPPPM. Mit 43% verbrachte ein großer Anteil der Patient*innen (N=85) ihren ersten Aufenthalt im KPPPM, 14,9% wurden zum zweiten und 5% zum dritten Mal im KPPPM behandelt. Es wurden Aufenthalte auf allen Stationen gewertet, einschließlich der Tagesklinik für Psychiatrie. Behandlungen in der psychiatrischen Institutsambulanz wurden nicht berücksichtigt.

Betrachtet man die *Jahreszeit* der Erhebung, so wurden 20,8% der Fragebögen im meteorologischen Sommer, 58,4% im meteorologischen Herbst und 12,9% im meteorologischen Winter ausgefüllt (N=93).

Unter dem folgenden Gliederungspunkt wird das methodische Vorgehen der Datenerhebung und -auswertung der Erhebung beschrieben.

5.3 Methodisches Vorgehen

Für die Realisierung der Datenerhebung wurde mit dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU) ein Erhebungsinstrument gewählt, welches bereits vielfach getestet wurde und sich bewährt hat (eine Übersicht über den Einsatz des F-SozU in empirischen Studien findet sich bei Brähler et al., 2007, S. 50 ff.) . Hierbei handelt es sich im Prinzip um folgende Befragungsform (Raithel, 2008):

1. Kommunikationsform: Stark strukturiertes, standardisiertes Befragungsinstrument.
2. Kommunikationsart: Schriftlich.

3. Befragungssetting: Einzelbefragung.
4. Durchführungsform: Schriftlich (Fragebogen).

Es wurde der Teil A der Standardform F-SozU S-54 gewählt (Brähler et al., 2007). In Teil A des Fragebogens werden folgende Aspekte sozialer Unterstützung erfasst (Übersicht über die einzelnen Items (vgl. Anhang II) (ebd.):

- Drei zentrale Aspekte:
 1. Emotionale Unterstützung (EU, 16 Items)
 2. Soziale Integration (SI, 13 Items)
 3. Praktische Unterstützung (PU, 9 Items)
- Über die Auswertung der Skalen EU, PU und SI wird die
 - Wahrgenommene soziale Unterstützung (WasU, 38 Items)
 ermittelt.
- Die vierte Skala des Fragebogens erfasst die
 - Soziale Belastung (Bel, 12 Items)
- Zusätzlich werden drei Teileskalen sozialer Unterstützung erfasst:
 - Reziprozität sozialer Unterstützung (Rez, 4 Items)
 - Verfügbarkeit einer Vertrauensperson (Vert, 4 Items)
 - Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung (Zuf, 5 Items)

Zahlreiche Untersuchungen zur psychometrischen Qualität des Fragebogens belegen, dass er das Konstrukt der sozialen Unterstützung mit seinen verschiedenen Komponenten objektiv, reliabel und valide erfasst (ebd.). Cronbachs Alpha der Hauptskalen liegt mit $.81 \leq \alpha \leq .93$ (EU, PU, SI, Bel, WasU) zufriedenstellend bis sehr hoch, die Nebenskalen weisen mit Cronbachs Alpha $.70 \leq \alpha \leq .84$ geringere, aber zufriedenstellende innere Konsistenzen auf (Brähler et al., 2007).

Als Forschungsdesign wurde das Querschnittsdesign gewählt, welches „eine einmalige und gleichzeitige Messung aller für das Forschungsvorhaben relevanter Merkmale“ (Stein, 2014, S. 142) impliziert. Dies war insofern an dieser Stelle ausreichend, als dass eine aktuelle Beurteilung des Ist-Zustandes sozialer Unterstützung der Patient*innen möglichst zu Beginn der Behandlung auf der Kriseninterventionsstation unternommen werden sollte und keine Ermittlung kausaler Beziehungen angestrebt wurde (ebd.).

Anschließend wurden die erhobenen Daten mit IBM-SPSS ausgewertet. Auf Skalenebene des F-SozU wurden Häufigkeitsberechnungen und explorative Datenanalysen durchgenommen. Zur Überprüfung der Hypothesen wurden aus den Mittelwerten zweier bevölkerungsrepräsentativer

tativer Stichproben aus dem Testmanual nach Brähler und Kolleg*innen, 2007, S. 80 (Normstichprobe aus Stichprobe A und Stichprobe B. Stichprobe A: N=2.179 nach Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999; Stichprobe B: N=2.507 → N A+B=4.686) und der Stichprobe der Patient*innen der Kriseninterventionsstation (N=101) T-Werte berechnet, um einen Vergleich der Patient*innen der Kriseninterventionsstation mit der Gesamtbevölkerung ziehen zu können. Verglichen wurden die Mittelwerte der individuellen T-Werte der Skalen, mit Unterscheidung soziodemographischer und diagnosespezifischer Unterschiede. Mithilfe explorativer Datenanalysen wurden die T-Werte der F-SozU Skalen als abhängige Variablen mit den Variablen Geschlecht, Alter, ICD-10-Fx-Diagnosen und Aufenthaltshäufigkeit in der Faktorenliste in Verbindung gesetzt.

Darüber hinaus wurden mithilfe von Summary t-Tests bei unabhängigen Stichproben Vergleiche zwischen den F-SozU-Skalenmittelwerten der Patient*innen der Kriseninterventionsstation und den Stichproben C-1 (klinisch unauffällige Proband*innen aus Brähler et al., 2007), C-2 (psychisch belastete Proband*innen aus Brähler et al., ebd.) sowie C-3 (Proband*innen mit psychischen Störungen aus Brähler et al., ebd.) angestellt. Für die Ermittlung des 2-seitigen Signifikanzniveaus wurde der Hartley-Test auf Varianzgleichheit herangezogen. Das Ziel dieser Thesis war nicht, Kausalitäten herzustellen, weshalb lediglich Vergleiche gezogen wurden, ohne Ursache-Wirkungs-Beziehung.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung der quantitativen Befragung dargestellt.

5.4 Darstellung der Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Auswertung der quantitativen Erhebung beschrieben. Dabei erfolgt eine Systematisierung nach der Ausprägung sozialer Unterstützung des F-SozU im Vergleich zu anderen Stichproben, nach Geschlecht, Alter und psychiatrischen Diagnosen sowie nach der Häufigkeit stationärer Aufenthalte. Die Ergebnisausgaben aus IBM SPSS können in Anhang III eingesehen werden.

5.4.1 Die Ausprägung sozialer Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation im internen Vergleich und im Vergleich zu anderen Stichproben

Beim Vergleich der Ausprägung der einzelnen Skalen sozialer Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation mit der bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe A+B aus Brähler und Kolleg*innen (2007) konnten die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse ermittelt werden. Bei der Betrachtung der Skalenwerte kann festgestellt werden, dass die

Patient*innen der Krisenintervention in allen Skalen sozialer Unterstützung - außer der Skala der sozialen Integration - im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung noch im Bereich der Standardabweichung ($T < 40$: unterdurchschnittlich; $T > 60$: überdurchschnittlich) des Mittelwerts liegen (vgl. Abb. 7). Allerdings befinden sich alle Skalenwerte sozialer Unterstützung deutlich im unteren Durchschnitt, wohingegen der Skalenwert der sozialen Belastung sehr nahe am Cut-Off-Wert für überdurchschnittliche soziale Belastung liegt. Vor allem die Skalenwerte der praktischen Unterstützung und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung erreichen fast den Cut-Off-Wert für unterdurchschnittlich ausgeprägte soziale Unterstützung. Die Reziprozität der Patient*innen der Kriseninterventionsstation ist mit einem mittleren T -Wert von 45,6 vergleichsweise unauffällig.

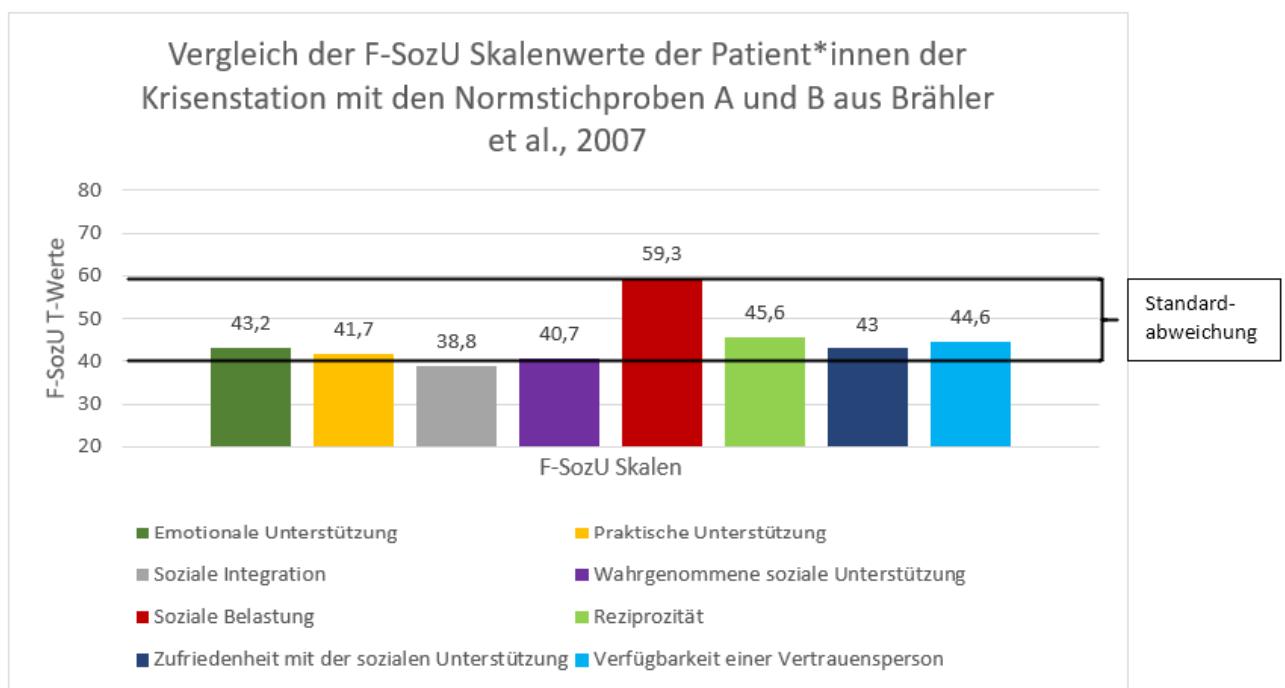


Abbildung 7: Vergleich der F-SozU Skalenwerte der Stichprobe der Krisenstation und der Normstichprobe nach Brähler et al., 2007, S.80 (eigene Abbildung)

Die sozialen Integration der Patient*innen der Krisenstation liegt mit einem mittleren T von 38,8 im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung unter dem Durchschnitt und ist damit im Vergleich zu den übrigen Skalen am auffälligsten. Betrachtet man die Häufigkeitstabellen der T -Werte der einzelnen Skalen, so liegen im Erhebungszeitraum bei der emotionalen Unterstützung 40% der Patient*innen der Krisenstation unter dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung, bei der praktischen Unterstützung sind es 41%, bei der sozialen Integration 56%, bei der wahrgenommenen sozialen Unterstützung 47%, bei der Reziprozität 31%, bei der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung 35% und bei der Verfügbarkeit einer Vertrauensperson 28% der Patient*innen der Krisenstation. Die soziale Belastung liegt bei 43% der Pati-

ent*innen im Vergleich zur Normstichprobe über dem Durchschnitt (vgl. Anhang III), also ungünstig ausgeprägt.

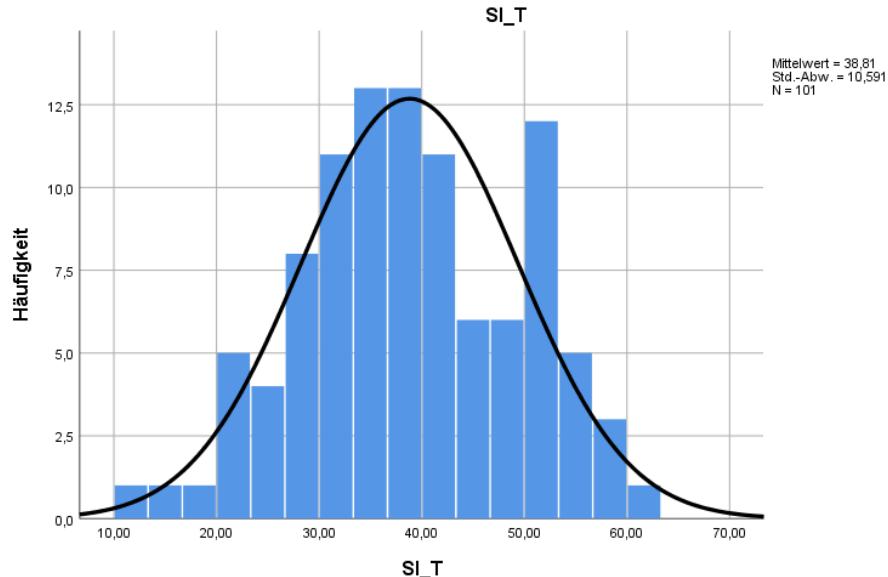


Abbildung 8: Verteilungskurve der T-Werte der Skala "Soziale Integration" (eigene Abbildung)

Beim Vergleich der Skalen des F-SozU der Patient*innen der Kriseninterventionsstation mit der Stichprobe klinisch unauffälliger Personen (Brähler et al., 2007) mit dem t-Test bei unabhängigen Stichproben unterscheiden sich die Krisenpatient*innen in allen Skalen hochsignifikant ($p=,00$) von den klinisch unauffälligen Personen (vgl. Anhang III). Die soziale Belastung der Krisenpatient*innen fällt hochsignifikant höher, alle übrigen Skalen sozialer Unterstützung fallen hochsignifikant niedriger aus.

Hochsignifikante Unterschiede ($p=,00$) bestehen ebenfalls beim Vergleich der Patient*innen der Krisenstation mit der oben genannten Stichprobe psychisch belasteter Personen nach Brähler und Kolleg*innen (ebd.) (vgl. Anhang III). Die Patient*innen der Krisenstation liegen in allen Skalen des F-SozU unter der Stichprobe psychisch belasteter Personen. Die soziale Belastung liegt über der Stichprobe psychisch belasteter Personen.

Beim Vergleich der Stichprobe der Menschen mit einer psychischen Erkrankung nach Brähler und Kolleg*innen (ebd.) hingegen bestehen keine signifikanten Unterschiede der beiden Gruppen (vgl. Anhang III).

Betrachtet man die Interkorrelationen zwischen den F-SozU Skalenmittelwerten, so lassen sich stark positive Korrelationen zwischen den Skalen EU und SI (r nach Pearson=,754), EU und PU ($r=,691$), PU und SI ($r=,630$) sowie stark negative Korrelationen zwischen den Skalen

Bel und SI ($r=-,641$), Bel und WasU ($r=-,515$) sowie Bel und Zuf ($r=-,617$) ermitteln (vgl. Anhang III). Korrelationen zu den Skalen Rez, Zuf und Vert wurden nicht verwendet, um Scheinkorrelationen zu vermeiden, da diese aus Items der Skalen EU, PU und SI gebildet werden. Da die Skala WasU aus den Skalen EU, PU und SI gebildet wird wurden auch hier keine Korrelationen gewertet.

Anschließend werden spezifische Unterschiede in der Ausprägung der einzelnen Skalen des F-SozU anhand personenbezogener Merkmale beschrieben. Dabei finden Geschlecht, Alter, psychiatrische Diagnose und die Anzahl der Aufenthalte im KPPPM Berücksichtigung.

5.4.2 Soziale Unterstützung und Geschlecht

Aus den aus der Normstichprobe nach Brähler und Kolleg*innen (2007) und der Stichprobe der Krisenstation ermittelten T-Werten zum Vergleich der Ausprägung sozialer Unterstützung der Patient*innen der Krisenstation mit der Allgemeinbevölkerung gehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern hervor. Es kann festgestellt werden, dass die Ausprägung sozialer Unterstützung bei Männern in allen Skalen - mit Ausnahme der Skalen „Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung“ und „Soziale Integration“ - unter der Ausprägung sozialer Unterstützung der Frauen liegt (vgl. Abb. 9).

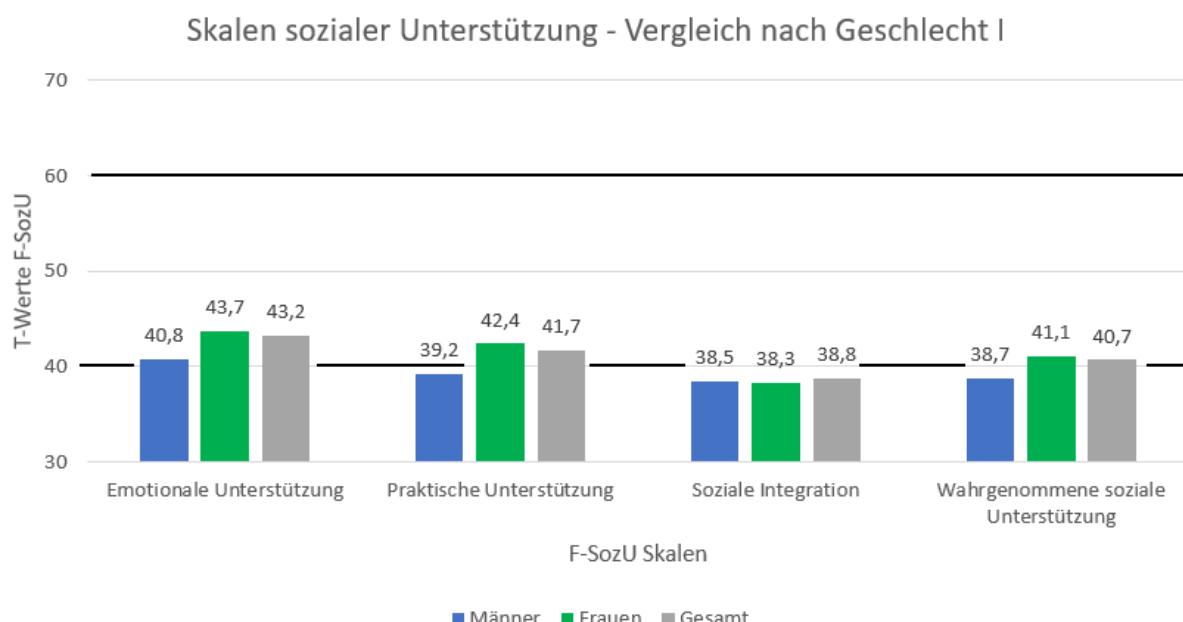


Abbildung 9: EU, PU, SI, WasU - Vergleich nach Geschlecht (eigene Abbildung)

Die soziale Belastung ist jedoch bei Frauen höher ausgeprägt als bei Männern und erreicht den Cut-off-Wert für überdurchschnittliche soziale Belastung ($T=61,0$) im Vergleich zur bevolkerungsrepräsentativen Stichprobe A+B nach Brähler und Kolleg*innen (2007) (vgl. Abb. 10).

Skalen sozialer Unterstützung - Vergleich nach Geschlecht II

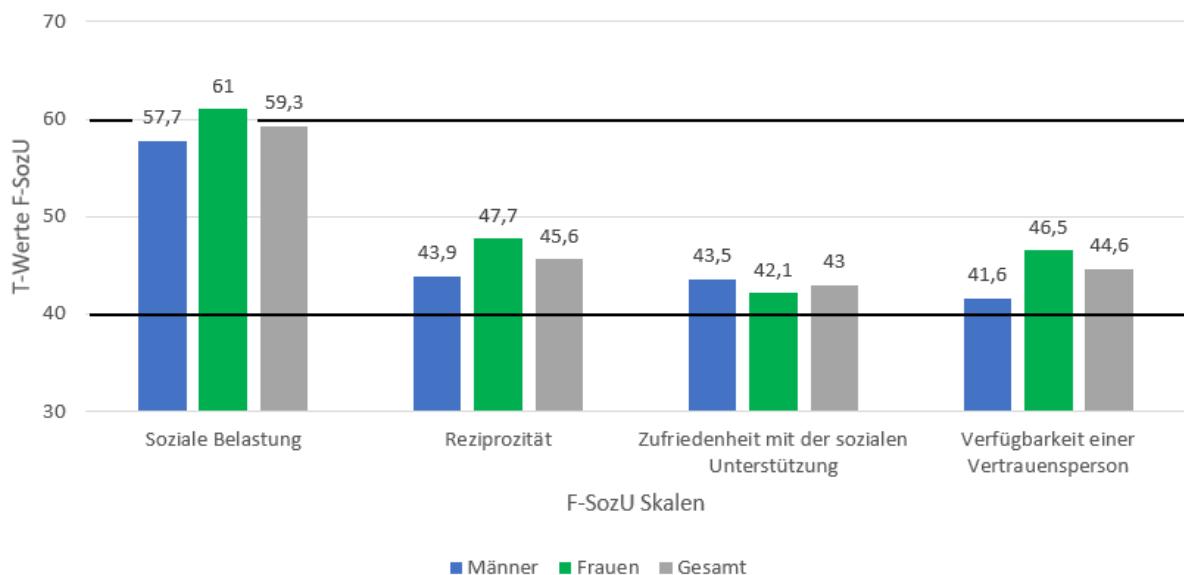


Abbildung 10: Bel, Rez, Zuf, Vert - Vergleich nach Geschlecht (eigene Abbildung)

Die männlichen Patienten liegen in den Skalen „Praktische Unterstützung“ ($T=39,2$), „Soziale Integration“ ($T=38,5$; $SD=9,8$) und „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ ($T=38,7$) auffällig unter dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung. Beim Vergleich der Skalen EU, PU, SI und WasU ist die emotionale Unterstützung bei beiden Geschlechtern (Männer: $T=40,8$; Frauen: $T=43,7$) im Vergleich zu den anderen Skalen am besten ausgeprägt. Die weiblichen Patientinnen liegen in der Skala „Soziale Integration“ mit $T=38,3$ leicht unter der Ausprägung der Männer. Die Skala „Soziale Integration“ ist bei weiblichen Patientinnen die einzige Skala, die im auffällig unterdurchschnittlichen Bereich liegt, wobei die Skalen „Praktische Unterstützung“ ($T=42,4$), „Wahrgenommene Unterstützung“ ($T=41,1$) und „Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung“ ($T=42,1$) auch bei Frauen nahe am Cut-off-Wert für unterdurchschnittliche soziale Unterstützung liegen. In der Skala „Reziprozität“ und „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ kommt es zu relativ deutlichen Unterschieden zwischen Männern und Frauen. So liegt die Reziprozität bei Frauen mit $T=47,7$ noch deutlich im Normbereich, während die Reziprozität bei Männern mit $T=43,9$ bereits eher im unteren Bereich der Standardabweichung liegt. Eine ähnliche Diskrepanz ergibt sich bei der Skala „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“, bei welcher die weiblichen Patientinnen mit $T=46,5$ noch nahe am Mittelwert verortet sind, während die männlichen Patienten mit $T=41,6$ nahe am Cut-off-Wert für im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung unterdurchschnittliche Verfügbarkeit einer Vertrauensperson liegen.

Im Folgenden werden altersspezifische Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Skalen des F-SozU S-54 betrachtet.

5.4.3 Soziale Unterstützung und Alter

Zur Erörterung altersspezifischer Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Skalen des F-SozU S-54 der Patient*innen der Kriseninterventionsstation wurden anhand der Häufigkeitstabellen vier in etwa gleich große Altersgruppen gebildet, nach welchen die F-SozU-Werte auf Skalenniveau verglichen wurden:

- 18-24 J.: N=22; gültige Prozente: 24,7
- 25-34 J.: N=23; gültige Prozente: 25,8
- 35-47 J.: N=23; gültige Prozente: 25,8
- 48-66 J.: N=21; gültige Prozente: 23,6

Betrachtet man nun die Ergebnisse dieser Aufteilung so werden altersspezifische Unterschiede ersichtlich. Die Skala „Soziale Integration“ liegt bei den ersten drei Altersgruppen im unterdurchschnittlichen Bereich der Normstichprobe A+B nach Brähler und Kolleg*innen (2007) und erreicht bei den 48- bis 66-jährigen mit $T=41,4$ den unteren Bereich der Standardabweichung (vgl. Abb. 11). In der Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen ist die Skala der sozialen Integration mit $T=37,5$ am niedrigsten.

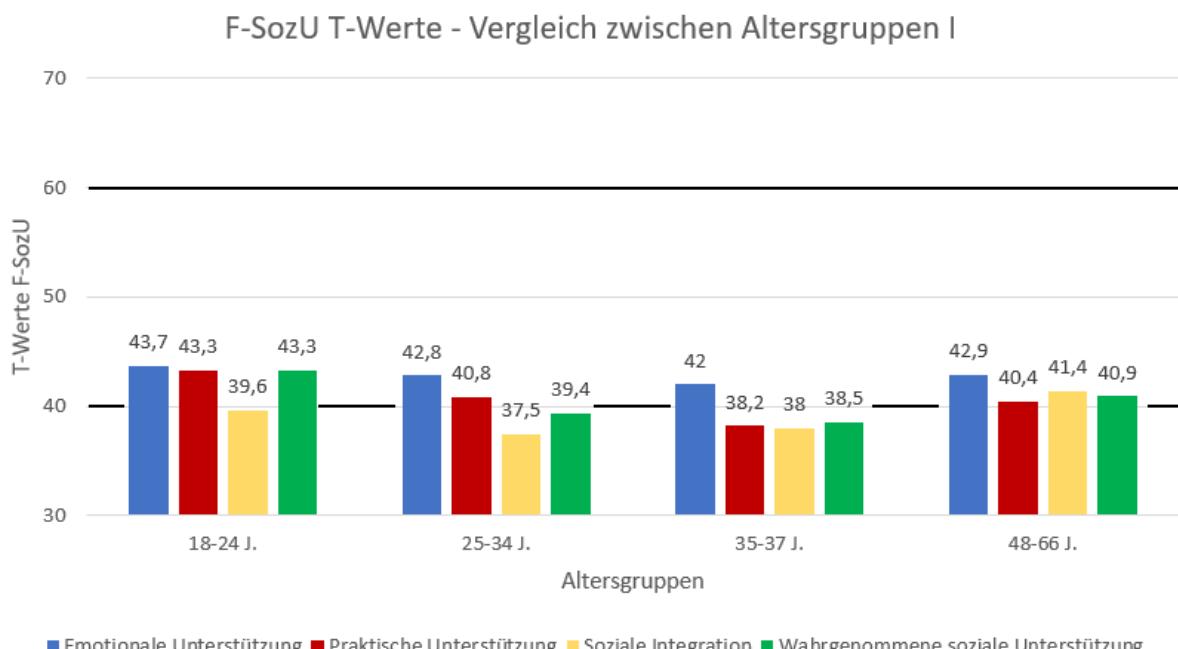


Abbildung 11: F-SozU Skalenwerte im altersspezifischen Vergleich I (eigene Abbildung)

Die wahrgenommene soziale Unterstützung, die aus den Skalensummenwerten EU, PU und SI gebildet wird, liegt bei den 25- bis 34-jährigen ($T=39,4$) und den 35- bis 47-jährigen

($T=38,5$) unter dem Durchschnitt der Normstichprobe A+B nach Brähler und Kolleg*innen (ebd.). Bei den 48- bis 66-jährigen liegt die wahrgenommenen soziale Unterstützung mit $T=40,9$ zwar noch im unteren Bereich der Standardabweichung, jedoch sehr nahe am Cut-off-Wert für unterdurchschnittliche wahrgenommene Unterstützung. Bei den 18- bis 24-jährigen ist die wahrgenommene soziale Unterstützung im Vergleich zu den anderen Altersgruppen mit $T=43,3$ am höchsten und liegt im Durchschnittsbereich. In der Altersgruppe der 35- bis 47-jährigen liegen die meisten Skalenwerte, nämlich die praktische Unterstützung ($T=38,2$), die soziale Integration ($T=38,0$) und die wahrgenommene soziale Unterstützung ($T=38,5$) im auffällig unterdurchschnittlichen Bereich, wobei die Ausprägung dieser Skalenwerte auch bei den 25- bis 34-jährigen und den 48- bis 66-jährigen sehr nahe am und teilweise im unterdurchschnittlichen Bereich liegen. Die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung ist bei den 18- bis 24-jährigen mit $T=44,8$ am höchsten und bei den 25- bis 34-jährigen mit $T=40,8$ am niedrigsten und sehr nahe am Cut-off-Wert für unterdurchschnittliche Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung (vgl. Abb. 12).

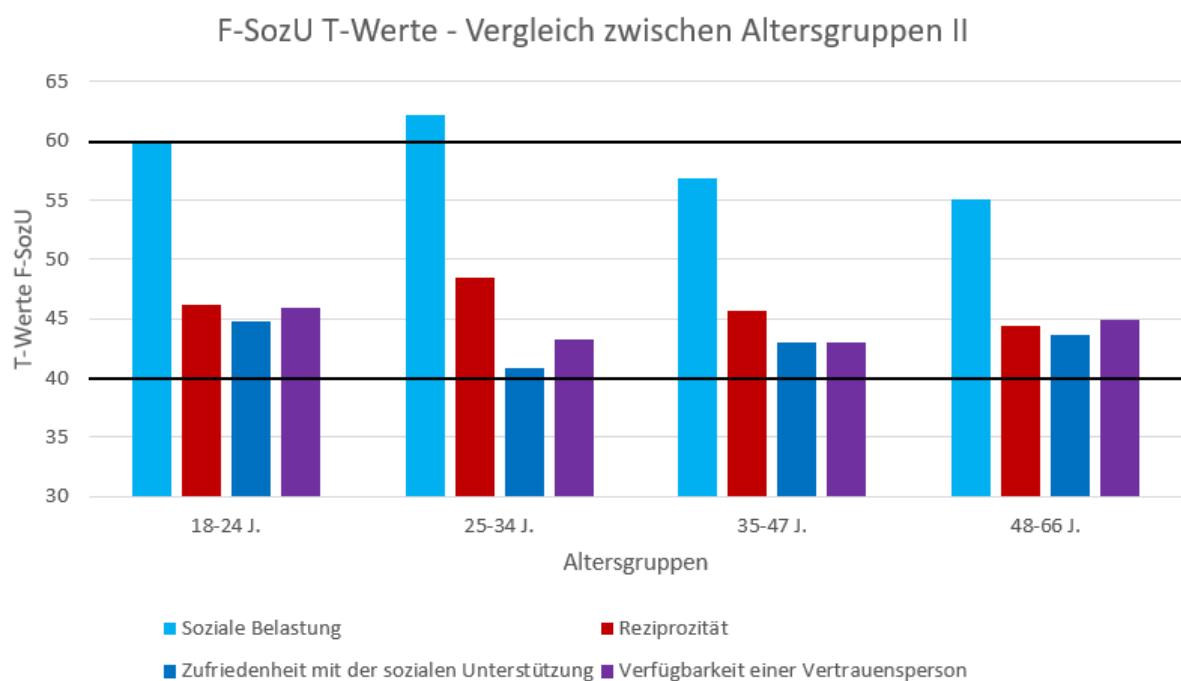


Abbildung 12: F-SozU Skalenwerte im altersspezifischen Vergleich II (eigene Abbildung)

Besonders auffällig scheint die Entwicklung der Skala „Soziale Belastung“ im Verlauf der Altersgruppen (vgl. Abb. 12). In der Altersgruppe der 18- bis 24-jährigen liegt die soziale Belastung mit $T=59,9$ sehr nahe am Cut-off-Wert für überdurchschnittliche soziale Belastung, in der Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen überschreitet die soziale Belastung den Cut-off-Wert, was bedeutet, dass die 25- bis 34-jährigen auffällig überdurchschnittlich von sozia-

ler Belastung betroffen sind. Mit zunehmendem Alter sinkt die soziale Belastung der Patient*innen der Krisenstation wieder ab, mit $T=56,8$ bei den 35- bis 47-jährigen und erreicht bei den 48- bis 66-jährigen einen T-Wert von 55,1, womit sie wieder deutlich im Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung liegt. Die soziale Belastung der Patient*innen der Krisenstation scheint mit zunehmendem Alter also abzunehmen und erreicht ihren Höchststand bei der Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen. Die Reziprozität liegt in der Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen mit $T=48,4$ am höchsten und bei den 48- bis 66-jährigen mit $T=44,4$ am niedrigsten, sie liegt jedoch bei allen Altersgruppen im Normbereich. Bei der Skala „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ ergeben sich nur geringfügige altersspezifische Unterschiede.

Bei der Durchführung der Summary t-Tests konnte festgestellt werden, dass Patient*innen mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant jünger sind als Patient*innen ohne diese Diagnose ($p=,019$; $df=83,0$; SF-Differenz=3,61).

Anschließend werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausprägung sozialer Unterstützung und Belastung hinsichtlich vergebener ICD-10-Fx-Diagnosen betrachtet.

5.4.4 Soziale Unterstützung und psychiatrische Diagnosen

Beim Vergleich der aus der Normstichprobe nach und Kolleg*innen (2007) und der Stichprobe der Krisenstation ermittelten T-Werte kann in Bezug auf die den Patient*innen der Krisenstation am häufigsten vergebenen ICD-10-F-Diagnosen festgestellt werden, dass es durchaus diagnosespezifische Unterschiede in den Ausprägungen der einzelnen Skalen des F-SozU gibt. Es finden die vier am häufigsten vergebenen Diagnosegruppen Berücksichtigung.

Bei Betrachtung der Skalen „Emotionale Unterstützung“, „Praktische Unterstützung“, „Soziale Integration“ und „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ fällt auf, dass Patient*innen mit **psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)** in allen vier Skalen im auffällig unterdurchschnittlichen Niveau sozialer Unterstützung liegen (vgl. Abb. 13; Abb. 14). Bei allen vier Diagnosegruppen liegt die soziale Integration im auffällig unterdurchschnittlichen Bereich, wobei deutliche Unterschiede zwischen den **affektiven Störungen (F3)** mit $T=39,0$ und den **Personlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)** mit $T=33,0$ bestehen. Die T-Werte der Patient*innen mit **F3-Diagnosen** liegen im Bereich der emotionalen und praktischen Unterstützung, der sozialen Integration, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und der Verfügbarkeit einer Vertrauensperson teilweise zwar nur geringfügig, jedoch auffällig konsequent über den T-Werten der übrigen Diagnosegruppen. Nur bei Patient*innen mit F3-Diagnosen liegen die

praktische Unterstützung und die wahrgenommene soziale Unterstützung noch im Bereich der Standardabweichung, wenngleich auch kurz vor dem Cut-off-Wert zur unterdurchschnittlichen Unterstützung.

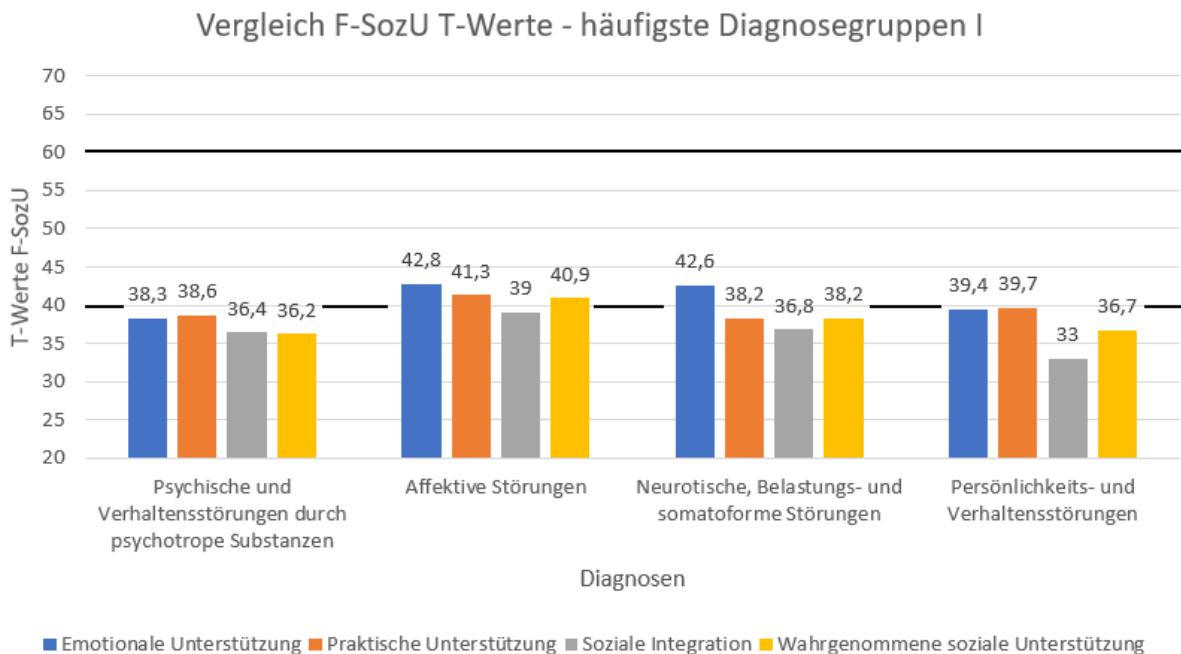


Abbildung 13: Vergleich der F-SozU Skalenwerte EU, PU, SI und WasU mit den Diagnosegruppen ICD-10 F1, F3, F4 und F6 (eigene Abbildung)

In Bezug auf die soziale Belastung weisen die Patient*innen mit F3-Diagnosen mit T=58,3 im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen ebenfalls die noch günstigsten Werte auf, wenngleich auch hier der Cut-off-Wert für überdurchschnittliche soziale Belastung fast erreicht wird (vgl. Abb. 14). Die soziale Belastung ist bei Patient*innen mit **F6-Diagnosen** mit T=65,5 am schlechtesten ausgeprägt.

In der Skala der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung liegen die Patient*innen mit F6-Diagnosen mit T=39,1 im auffällig unterdurchschnittlichen Bereich, wobei auch die übrigen Diagnosegruppen am unteren Rand der Standardabweichung angesiedelt sind. Im Bereich der Reziprozität liegen alle vier Diagnosegruppen im Durchschnittsbereich, wobei sich vor allem die Werte der Patient*innen mit **F3** (T=46,3)- **und F4** (T=46,6) -Diagnosen und die Patient*innen mit **F1-Diagnosen** (T=42,4) unterscheiden.

Mithilfe des Summary t-Tests bei unabhängigen Stichproben konnte bestätigt werden, dass zwischen den Patient*innen mit **F1-Diagnosen** und den Patient*innen ohne eine solche Diagnose hochsignifikante Unterschiede im Bereich der Reziprozität bestehen, in der Form, dass die Reziprozität bei Patient*innen mit einer F1-Diagnose signifikant niedriger ausfällt ($p=,00$; $df=82,0$; SF-Differenz=,205).

Vergleich F-SozU T-Werte - häufigste Diagnosegruppen II

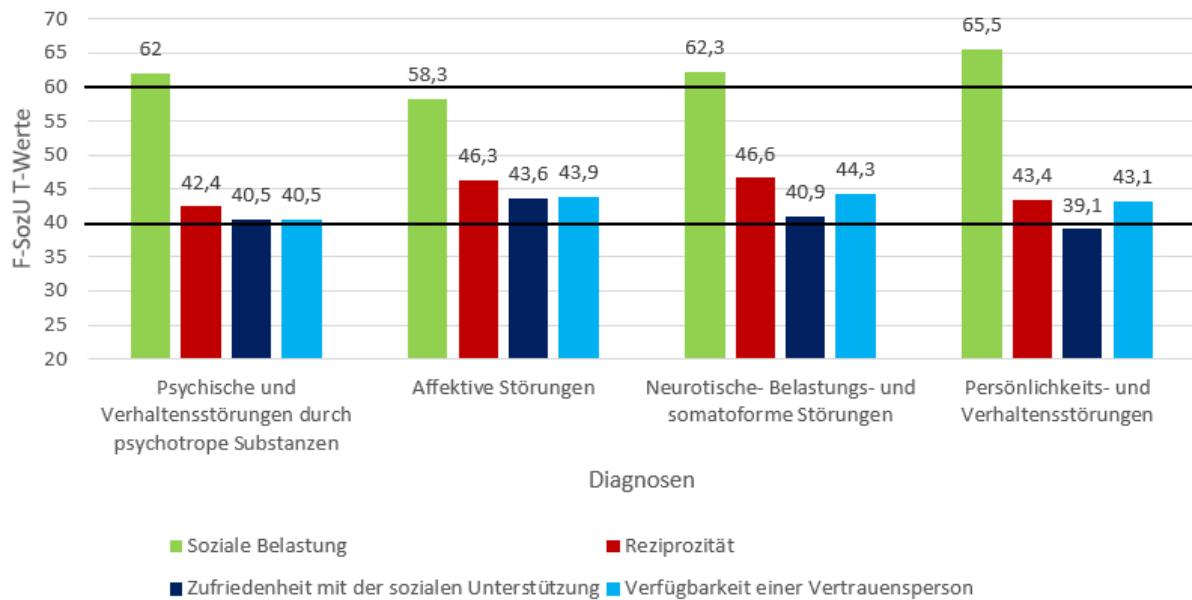


Abbildung 14: Vergleich der F-SozU Skalenwerte Bel, Rez, Zuf und Vert mit den Diagnosegruppen ICD-10 F1, F3, F4 und F6 (eigene Abbildung)

Weiter wurden im Bereich der F4-Diagnosen die **Belastungs- und Anpassungsstörungen** und die **posttraumatischen Belastungsstörungen** genauer betrachtet (vgl. Abb. 15).

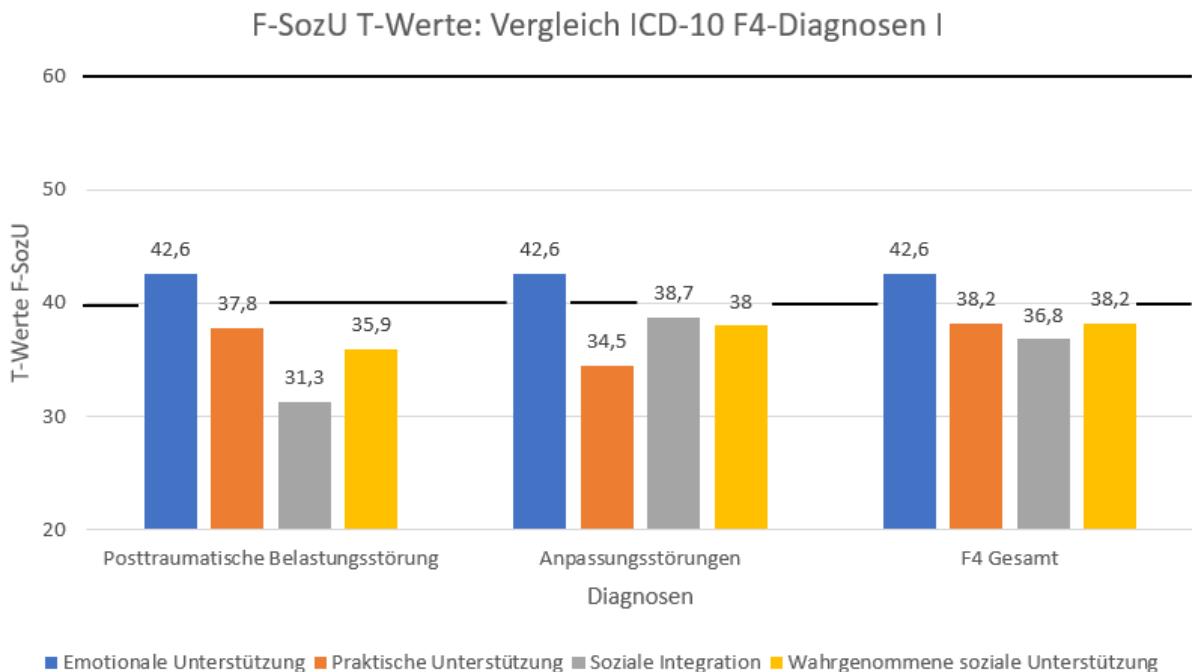


Abbildung 15: F-SozU Skalen EU, PU, SI und WasU - Vergleich zwischen PTBS und Anpassungsstörung nach ICD-10 (eigene Abbildung)

Aus der Abbildung 15 geht der auffällige Unterschied im Bereich der Skala „soziale Integration“ hervor. Bei Patient*innen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung ist die soziale Integration mit $T=31,3$ deutlich niedriger als bei Patient*innen mit einer Anpassungsstörung ($T=38,7$). Damit ist die soziale Integration bei Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung bei allen betrachteten Diagnosen am geringsten. Durch die innerhalb der nach Diagnosen aufgeteilten Stichprobe durchgeführten Summary t-Tests konnte im F4-Bereich festgestellt werden, dass bei Patient*innen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu Patient*innen, die nicht unter einer F4-Diagnose leiden, die soziale Integration signifikant niedriger ($p=.01$; $df=69,0$; SF-Differenz=.23) und die soziale Belastung signifikant höher ($p=.01$; $df=69,0$; SF-Differenz=.261) ausfällt. Auch im Bereich der F4-Diagnosen fällt die soziale Belastung bei Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung ($T=68,5$) im Vergleich zu Patient*innen mit einer Anpassungsstörung ($T=62,9$) oder anderen F4-Diagnosen ($T=62,3$) deutlich höher aus und liegt sehr deutlich über dem Cut-off-Wert für überdurchschnittliche soziale Belastung, wobei auch bei Patient*innen mit einer Anpassungsstörung die soziale Belastung überdurchschnittlich ausgeprägt ist (vgl. Abb. 16). Die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung liegt bei Patient*innen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung unter, bei Patient*innen mit einer Anpassungsstörung im unteren Durchschnittsbereich.

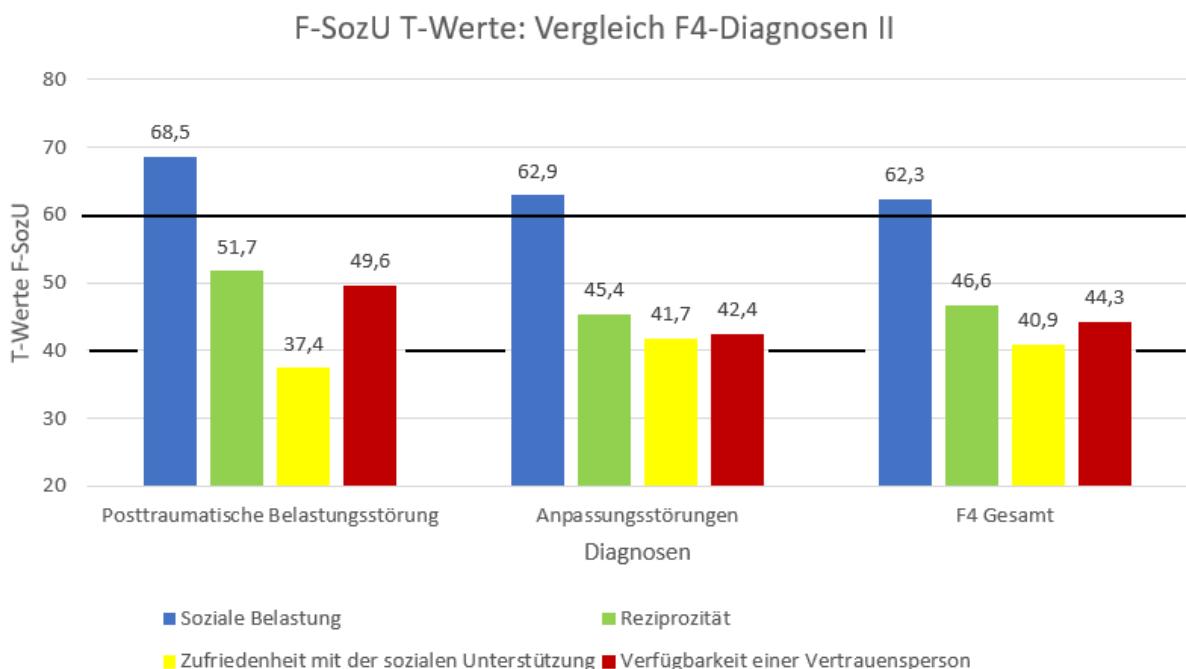


Abbildung 16: F-SozU Skalen Bel, Rez, Zuf und Vert Vergleich zwischen PTBS und Anpassungsstörung nach ICD-10 (eigene Abbildung)

Bei der Reziprozität der Patient*innen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich um die einzige ermittelte Skala sozialer Unterstützung, die mit $T=51,7$ über einem T-Wert von 50 liegt.

Bei Patient*innen mit einer **F6-Diagnose** fallen die Skalen „Emotionale Unterstützung“, „Soziale Integration“, „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ und „Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung“ im Vergleich zu Patient*innen, bei welchen keine F6-Diagnose festgestellt wurde, signifikant niedriger aus, die soziale Belastung fällt signifikant höher aus (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Vergleich F-SozU-Skalen ICD-10 F6-Diagnose vs. keine F6-Diagnose (eigene Tabelle)

Vergleich Krisenstation: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – keine Persönlichkeits- und Verh.st.									
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert	
Mittelwert-differenz	,400	Kein signifikanter Unterschied	,520	,360	-,490	Kein signifikanter Unterschied	,440	Kein signifikanter Unterschied	
t	2,112		3,194	2,016	-2,546		2,686		
df	83,000		83,000	83,000	83,000		64,896		
SD-Differenz	,189		,163	,179	,192		,164		
Sig. (2-seitig)	,038		,002	,047	,013		,009		
Konfidenz-intervall	,029 - ,771		,201 - ,839	,010 - ,710	-,867 - -,113		,119 - ,761		

Im F6-Bereich unterscheidet sich die **Borderline-Persönlichkeitsstörung** bei Betrachtung der Abbildung 17 nicht auffällig von den übrigen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

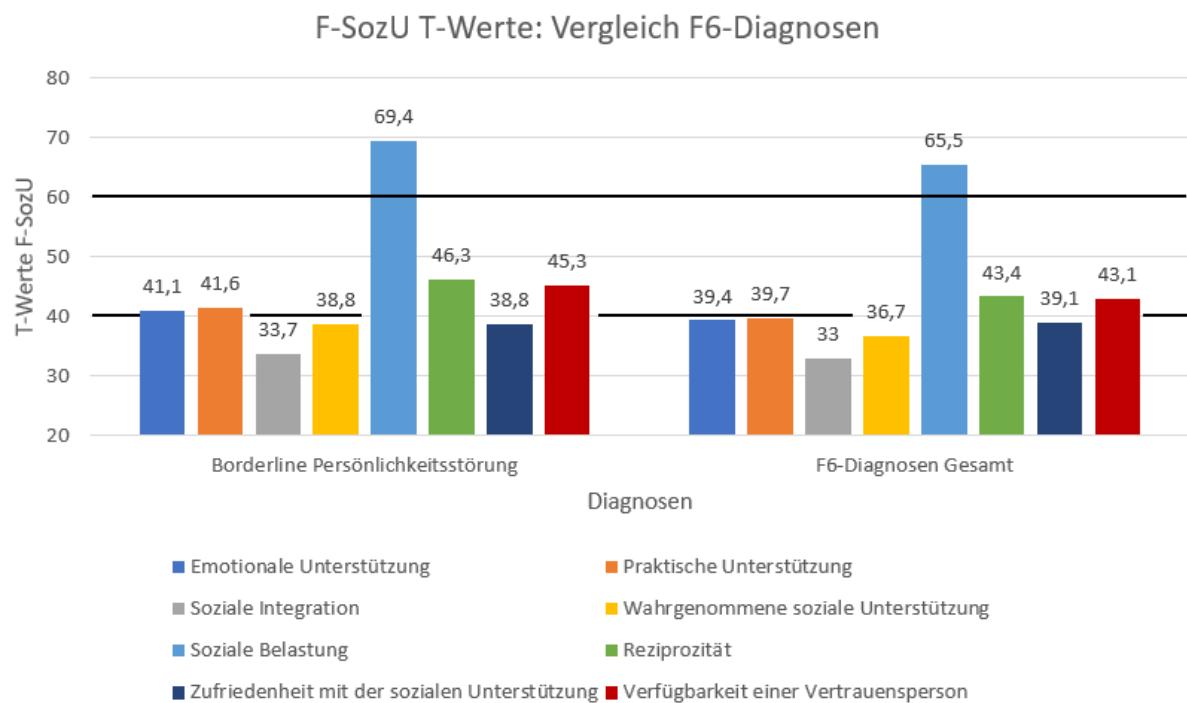


Abbildung 17: Vergleich der F-SozU Skalen zwischen ICD-10 F60.31 und F6 (eigene Abbildung)

Die einzelnen Skalenwerte des F-SozU sind im Bereich der sozialen Unterstützung bei der Borderline Persönlichkeitsstörung allgemein etwas höher ausgeprägt als bei der übrigen F6-Diagnosen, die soziale Belastung liegt bei Patient*innen mit der Borderline-Störung mit $T=69,4$ jedoch höher als bei den übrigen F6-Diagnosen ($T=65,5$).

Aus dem Summary t-Test ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Skalen sozialer Unterstützung der Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu Patient*innen ohne Borderline-Störung. Die soziale Belastung von Menschen mit einer Borderline-Diagnose jedoch fällt hochsignifikant höher aus als bei Menschen ohne diese Erkrankung ($p=.002$; $df=83,0$; SF -Differenz=,222).

Bei Betrachtung der am häufigsten diagnostizierten **depressiven Störungen** fällt auf, dass die F-SozU-Skalen „Emotionale Unterstützung“, „Praktische Unterstützung“, „Soziale Integration“, „Wahrgenommene soziale Unterstützung“, und „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ bei Patient*innen mit einer *mittelgradigen depressiven Episode* im Vergleich zur Normstichprobe nach Brähler und Kolleg*innen (2007) im Durchschnittsbereich liegt und deutlich besser ausgeprägt ist als bei Patient*innen mit einer *schweren depressiven Episode* und *mittelschweren und schweren Episoden einer rezidivierenden depressiven Störung* (vgl. Abb. 18; Abb. 19).

F-SozU T-Werte - Vergleich depressiver Erkrankungen I

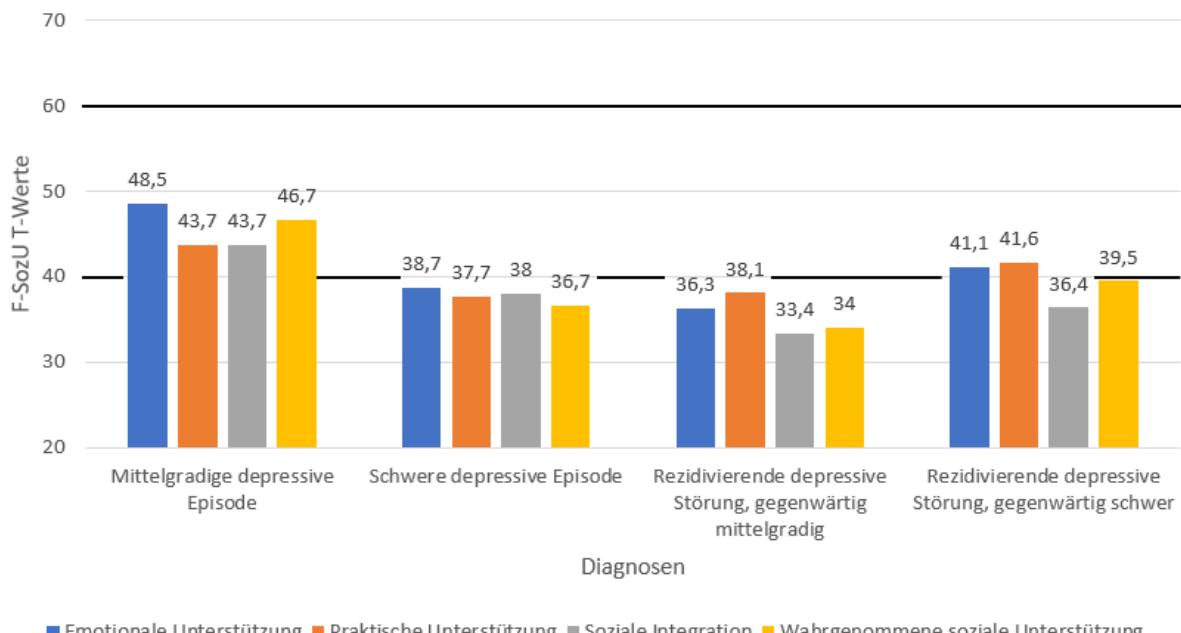


Abbildung 18: F-SozU Skalenwerte EU, PU, SI und WasU im Vergleich zwischen ICD-10 F32.1, F32.2, F33.1 und F33.2 (eigene Abbildung)

Unter den am häufigsten diagnostizierten depressiven Störungen weist die *gegenwärtig mittelgradige rezidivierende depressive Störung* in allen Skalen sozialer Unterstützung des F-SozU die geringsten Werte auf. Nur in der Skala „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ liegt der T-Wert der schweren depressiven Episode geringfügig darunter. Unerwarteterweise weisen Patient*innen mit einer gegenwärtig schweren Episode einer rezidivierenden depressiven Störung günstigere F-SozU Skalenwerte auf als Patient*innen mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode. Gleichzeitig fällt die soziale Belastung bei Patient*innen mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung am höchsten aus und liegt über dem Cut-off-Wert zur überdurchschnittlichen sozialen Belastung (T=63,9) (vgl. Abb. 19). Allerdings liegt die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung mit T=38,5 hier im unterdurchschnittlichen Bereich.

F-SozU T-Werte - Vergleich depressiver Erkrankungen II

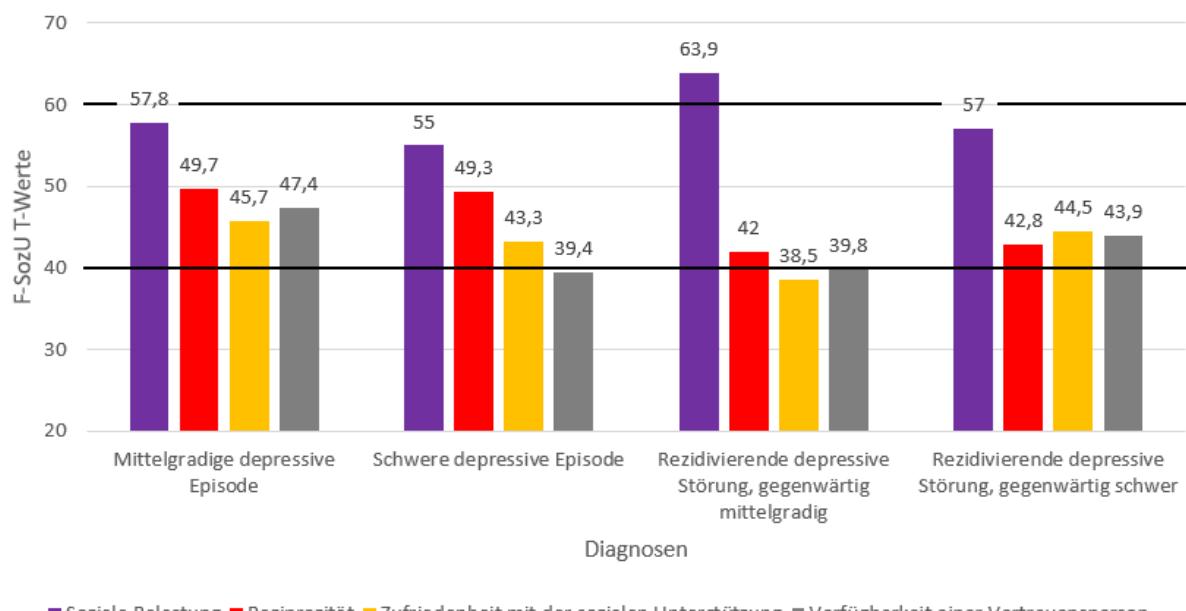


Abbildung 19: F-SozU Skalenwerte Bel, Rez, Zuf und Vert im Vergleich zwischen ICD-10 F32.1, F32.2, F33.1 und F33.2 (eigene Abbildung)

Im Summary t-Test liegt die Ausprägung sozialer Unterstützung bei Patient*innen mit einer *mittelgradigen depressiven Episode* in den Skalen „Emotionale Unterstützung“, „Soziale Integration“, „Wahrgenommene soziale Unterstützung“, „Reziprozität“ und „Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung“ über den Werten der Patient*innen ohne eine depressive Erkrankung (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Vergleich der F-SozU Skalen: F 32.1 vs. keine Depression (eigene Tabelle)

Vergleich Krisenstation: Mittelgradige depressive Episode – keine Depression vorliegend									
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert	
Mittelwert-differenz	-,460	Kein signifikanter Unterschied	-,570	-,570	Kein signifikanter Unterschied	-,540	-,550		Kein signifikanter Unterschied
t	-2,169		-2,049	-2,750		-2,558	-2,399		
df	49,000		49,000	49,000		48,000	47,000		
SF-Differenz	,212		,193	,207		,211	,229		
Sig. (2-seitig)	,035		,005	,008		,014	,020		
Konfidenz-intervall	-,876 - -,044		-,949 - -,191	-,976 - -,164		-,954 - -,126	-,999 - -,101		

Nachdem die Ergebnisse des F-SozU mit psychiatrischen Diagnosen verglichen wurden, werden im Folgenden die Skalen des F-SozU S-54 hinsichtlich der Häufigkeit der teilstationären und stationären Aufenthalte im KPPPM untersucht.

5.4.5 Soziale Unterstützung und Anzahl der (teil-)stationären Behandlungen im KPPPM

Die Anzahl der stationären und tagesklinischen Aufenthalte im KPPPM betreffend wurde die Stichprobe der Krisenstation in drei Gruppen aufgeteilt (vgl. Abb. 20). Da über die Hälfte der befragten Patient*innen ihren ersten Aufenthalt im KPPPM verbringt, wurde die Stichprobe nicht geviertelt sondern gedrittelt.

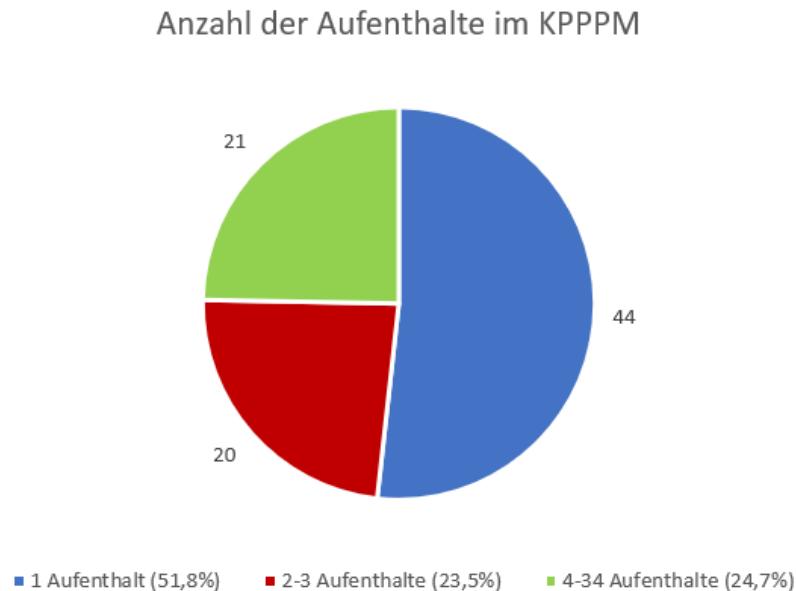


Abbildung 20: Aufteilung der Stichprobe der Krisenstation nach Aufenthaltshäufigkeit (eigene Abbildung)

Durch die Aufteilung wurde ein Versuch unternommen, zwischen Patient*innen zu unterscheiden, die ihren ersten oder nur wenige (2-3) Aufenthalte im KPPPM hatten und denjenigen Patient*innen, bei welchen aufgrund der häufigen (teil-)stationären Aufenthalte (4-34; $M=8,38$ Aufenthalte) von einer chronischen psychischen Erkrankung ausgegangen werden kann. Es kann festgestellt werden, dass zwischen den F-SozU Skalenwerten der Patient*innen, die ihren ersten und den Patient*innen, die den zweiten oder dritten Aufenthalt im KPPPM verbringen, kein großer Unterschied besteht, außer, dass die praktische Unterstützung bei 2-3 Aufenthalten etwas besser ausgeprägt ($T=43,6$) ist als beim ersten Aufenthalt ($T=40,2$) (vgl. Abb. 21; Abb. 22).

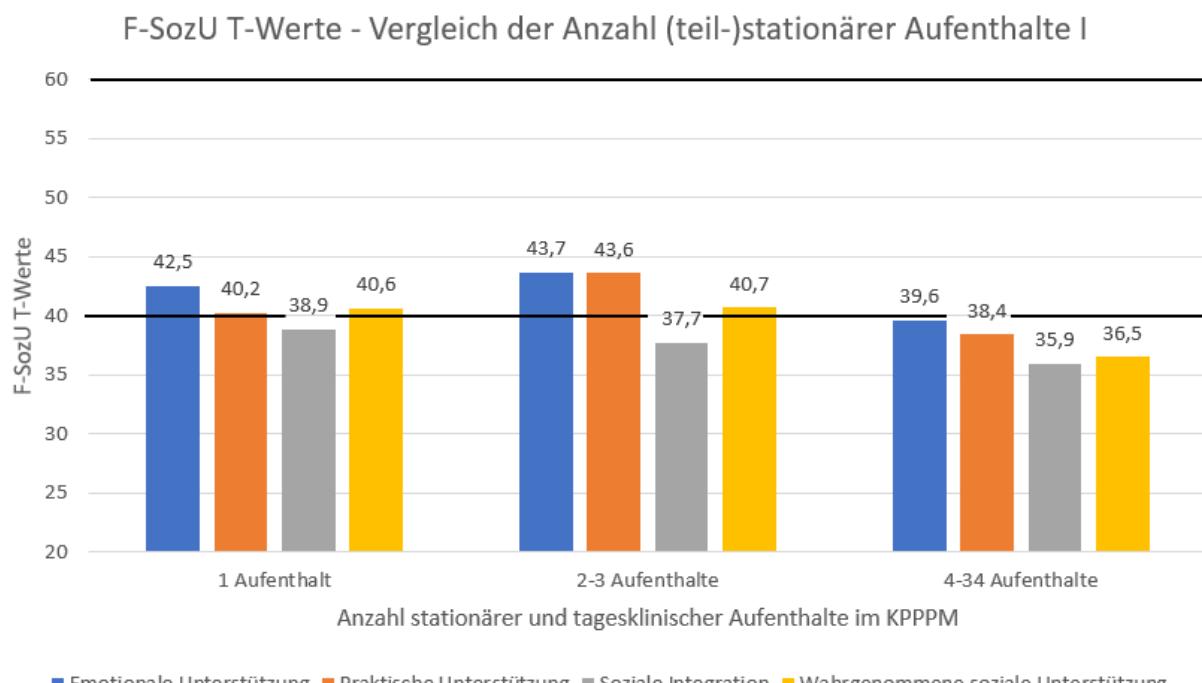


Abbildung 21: Vergleich der F-SozU Skalenwerte EU, PU, SI und WasU nach Häufigkeit der (teil-)stationären Aufenthalte im KPPPM (eigene Abbildung)

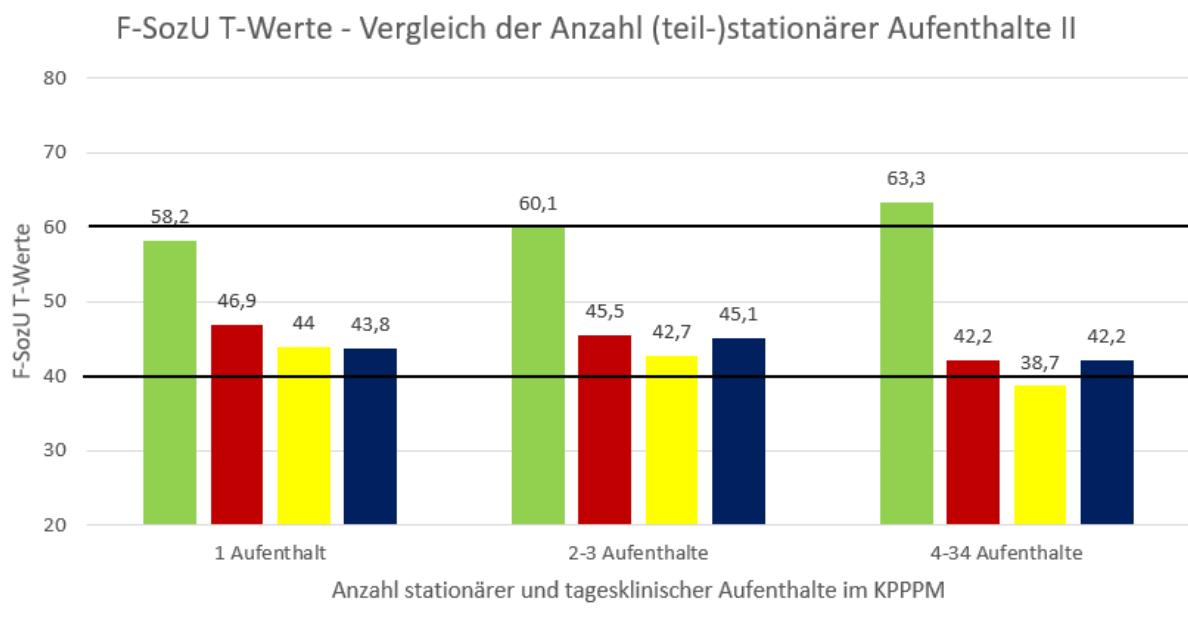


Abbildung 22: Vergleiche der F-SozU Skalenwerte Bel, Rez, Zuf und Vert nach Häufigkeit der (teil-)stationären Aufenthalte im KPPPM (eigene Abbildung)

Deutlichere Unterschiede bestehen zwischen den Patient*innen, die ihren ersten Aufenthalt im KPPPM verbrachten und den Patient*innen, die mit dem aktuellen Aufenthalt vier bis 34 (teil-)stationäre Aufenthalte im KPPPM verbrachten. Während bei den Patient*innen mit dem

ersten Aufenthalt außer der sozialen Integration noch alle Skalenwerte - wenn auch teilweise nahe am Cut-off-Wert zur unterdurchschnittlichen sozialen Unterstützung - im Bereich der Standardabweichung des Mittelwertes liegen, so fallen die Skalen „Emotionale Unterstützung“, „Praktische Unterstützung“, „Soziale Integration“, „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ und „Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung“ bei Patient*innen, die häufig im KPPPM behandelt wurden auffällig unterdurchschnittlich aus. Deutlich wird dies bei den Skalen „Wahrgenommene soziale Unterstützung“, mit $T=40,6$ bei einem Aufenthalt und $T=36,5$ bei 4-34 Aufenthalten und „Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung“ mit $T=44,0$ bei einem Aufenthalt und $T=38,7$ bei 4-34 Aufenthalten. Auch die soziale Belastung steigt von den Patient*innen, die ihren ersten Aufenthalt im KPPPM verbringen von $T=58,2$ zu den Patient*innen, die zum vierten bis 34 Aufenthalte im KPPPM verbringen auf $T=63,3$ und gleitet somit in den Bereich der überdurchschnittlichen sozialen Belastung.

Im Folgenden werden die eben beschriebenen Ergebnisse der quantitativen Erhebung hinsichtlich der im Vorfeld aufgestellten Hypothesen betrachtet.

5.5 Überprüfung der Hypothesen

In diesem Kapitel werden die unter der vorhergehenden Gliederungsziffer beschriebenen Ergebnisse der Auswertung der quantitativen Erhebung auf der Kriseninterventionsstation des KPPPM unter Überprüfung der im Vorfeld aufgestellten Hypothesen diskutiert.

*Hypothese 1: Beim Vergleich mit einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe fällt die soziale Unterstützung bei Patient*innen der Kriseninterventionsstation bevölkerungsunterdurchschnittlich und die soziale Belastung bevölkerungsüberdurchschnittlich aus. (vgl. 5.4.1)*

Bei der Beurteilung dieser Hypothese muss zwischen den einzelnen Skalen des F-SozU S-54 differenziert werden. In Bezug auf die soziale Integration der Patient*innen der Krisenstation kann die Hypothese eindeutig bestätigt werden, da diese im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit $T=38,8$ auffällig unterdurchschnittlich ausfällt (vgl. 5.4.1). Die praktische Unterstützung und die wahrgenommene soziale Unterstützung der Patient*innen liegen kurz vor dem Cut-off-Wert zur bevölkerungsunterdurchschnittlichen sozialen Unterstützung. Die soziale Belastung der Patient*innen der Krisenstation erreicht ebenfalls fast den Cut-off-Wert zur überdurchschnittlichen sozialen Belastung. Eindeutig im Durchschnittsbereich liegen die Reziprozität und die Verfügbarkeit einer Vertrauensperson.

*Hypothese 2: Die F-SozU S-54-Mittelwerte der Patient*innen der Kriseninterventionsstation fallen signifikant niedriger und die soziale Belastung signifikant höher aus als die vergleichbaren Werte der klinisch unauffälligen Stichprobe C-1 und unterscheiden sich nicht von der Stichprobe psychisch belasteter Menschen C-2 aus Brähler und Kolleg*innen (2007, S. 91 f.) (vgl. 5.4.1).*

Die Patient*innen der Krisenstation unterscheiden sich in allen Skalen des F-SozU, also in allen Bereichen sozialer Unterstützung und Belastung hochsignifikant ($p=,00$) von der Stichprobe klinisch unauffälliger Personen, weshalb diese Hypothese eindeutig als bestätigt werden kann.

Der zweite Teil der Hypothese muss verworfen werden, da die Patient*innen der Krisenstation sich ebenfalls hochsignifikant ($p=,00$) von der Stichprobe psychisch belasteter Personen unterscheiden. Die soziale Unterstützung der Patient*innen der Krisenstation fällt hochsignifikant geringer und die soziale Belastung hochsignifikant höher aus als bei der Stichprobe C-2. Beim Vergleich der Stichprobe mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung C-3 nach Brähler und Kolleg*innen (ebd.) hingegen bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen dieser Gruppe und den Patient*innen der Krisenstation. Betrachtet man die Ausprägung sozialer Unterstützung, so scheint der Personenkreis der Krisenstation wohl eher den Menschen mit einer psychischen Erkrankung zuzuordnen zu sein, welche sich in sog. komplexen Krisen befinden (vgl. 4.1).

Hypothese 3: Angesichts bestehender Forschungsergebnisse fallen die T-Werte der F-SozU Skalen zum Vergleich der Stichprobe der Krisenstation mit der Allgemeinbevölkerung bei Frauen höher aus als bei Männern. (vgl. 5.4.2)

Bei der Berechnung der T-Werte aus der Normstichprobe A+B nach Brähler und Kolleg*innen (ebd.) und der Stichprobe der Krisenstation lassen sich relativ deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen (vgl. 5.4.2). So lässt sich feststellen, dass tatsächlich alle Skalen sozialer Unterstützung bei Männern unter der Ausprägung der Frauen liegen, die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung liegt bei weiblichen Patientinnen jedoch niedriger. Während bei Frauen nur die soziale Integration den unterdurchschnittlichen Bereich erreicht, sind bei Männern die praktische Unterstützung, die soziale Integration und die wahrgenommene soziale Unterstützung bevölkerungsunterdurchschnittlich ausgeprägt. Die soziale Belastung ist bei Frauen jedoch höher ausgeprägt als bei Männern. Sie liegt bei Frauen über dem Cut-off-Wert für überdurchschnittliche soziale Belastung, während sie bei Männern darunter liegt. Im Bereich der Reziprozität (Männer: $T=43,9$; Frauen: $T=47,7$) und

der Verfügbarkeit einer Vertrauensperson (Männer: $T=41,6$; Frauen: $T=46,5$) kommt es zu relativ deutlichen Unterschieden zwischen Männern und Frauen.

Die Ergebnisse der Untersuchung auf der Kriseninterventionsstation decken sich in diesem Bereich weitgehend mit dem bisherigen Forschungsstand in Bezug auf soziale Unterstützung und Geschlechter (vgl. 2.3.3).

*Hypothese 4: Angesichts bestehender Forschungsergebnisse fallen die T-Werte der F-SozU Skalen bei jüngeren Patient*innen höher aus als bei älteren Patient*innen. (vgl. 5.4.3)*

Die altersspezifischen Unterschiede betreffend kann festgehalten werden, dass die soziale Unterstützung der Patient*innen der Krisenstation nicht generell mit dem Alter abnimmt, womit die Hypothese und der bisherige Forschungsstand zum Thema soziale Unterstützung und Alter (vgl. 2.3.3) nicht generell auf die Patient*innen der Krisenstation zuzutreffen scheint. Zwar sind alle Skalenwerte der 18- bis 24-jährigen günstiger ausgeprägt als bei den 48-66-jährigen, jedoch liegen bei den 25- bis 47-jährigen im Bereich sozialer Unterstützung die meisten auffällig unterdurchschnittlich ausgeprägten Skalenwerte vor (PU, SI; WasU, Zuf). Die soziale Unterstützung der Patient*innen der Krisenstation liegt bei den 18- bis 47-jährigen immer im bevölkerungsunterdurchschnittlichen Bereich und erreicht bei den 48- bis 66-jährigen zumindest den unteren Bereich der Standardabweichung. Die soziale Belastung der Patient*innen erreicht ihren Höchststand in der Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen und nimmt bei den darauffolgenden Altersgruppen ab.

*Hypothese 5: Die T-Werte der F-SozU Skalen sind bei Patient*innen mit einer Persönlichkeitsstörung niedriger ausgeprägt als bei Patient*innen mit anderen ICD-10-Diagnosen. (vgl. 5.4.4)*

Allgemein kann festgehalten werden, dass bei den Patient*innen der Kriseninterventionsstation häufig mehrere Diagnosen vergeben wurden (vgl. 5.2), weshalb die Ausprägung sozialer Unterstützung und Belastung in den meisten Fällen nicht nur mit einer spezifischen Diagnose in Zusammenhang gebracht werden kann. Darüber hinaus muss angemerkt werden, dass die Fallzahlen einiger spezifischen Diagnosen, wie beispielsweise bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ($N=16$) relativ gering sind, was bei der Ergebnisinterpretation berücksichtigt werden muss. Dennoch konnten unter den häufigsten vergebenen Diagnosen einige Differenzierungen getroffen werden.

Die emotionale Unterstützung, soziale Integration, wahrgenommene soziale Unterstützung, Reziprozität und Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung fällt bei Patient*innen mit einer mittelgradigen depressiven Episode insgesamt höher aus als bei Patient*innen mit anderen

als Diagnosen aus dem depressiven Kreis. Dennoch kann Wolfs (1998; vgl. 2.3.2) Beobachtung, dass kein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Depressivität besteht, nicht uneingeschränkt bestätigt werden. So befinden sich die Patient*innen mit depressiven Erkrankungen im Bereich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zwar im Vergleich zu Patient*innen mit Diagnosen aus den Bereichen ICD-10 F1, F4 und F6 noch im Bevölkerungsdurchschnitt, allerdings liegt die wahrgenommene soziale Unterstützung bei depressiven Patient*innen mit $T=40,9$ sehr nahe am Cut-off-Wert für unterdurchschnittliche wahrgenommene Unterstützung. Hier treffen wohl eher die Untersuchungen von Brähler und Kolleg*innen (2007) zu, welche positive Korrelationen zwischen sozialer Belastung und Depression sowie negative Korrelationen zwischen sozialer Unterstützung Depression ergaben (vgl. 2.3.2).

Die soziale Integration ist bei Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung bei allen betrachteten Diagnosen am geringsten und liegt mit $T=31,3$ auffällig unter dem Durchschnitt der Normstichprobe A+B nach Brähler und Kolleg*innen (2007). Hier kann ein Zusammenhang mit dem Theorienteil dieser Thesis hergestellt werden, in welchem ausgeführt wurde, dass die zwischenmenschliche Kooperations- und Interaktionsfähigkeit bei traumatisierten Menschen häufig beeinträchtigt ist (vgl. 2.3.2). Gerade bei Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen häufig traumatisierende Erfahrungen zugrunde und die soziale Integration bei Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist häufig mangelhaft ausgeprägt (ebd.). Tatsächlich unterscheidet sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei der Stichprobe der Krisenstation nicht auffällig von den übrigen Patient*innen mit einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung. Die soziale Belastung der Patient*innen mit einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung fällt jedoch unter den häufigsten vergebenen Diagnosen der Krisenstation am höchsten und bevölkerungsüberdurchschnittlich aus. Die soziale Integration der Menschen mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ist mit $T=33,0$ fast auf demselben niedrigen Niveau wie bei Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung ($T=31,2$).

Festgestellt werden kann jedoch, dass bei den Patient*innen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen die meisten Skalen (EU, PU, SI, WasU, Bel) bevölkerungsunterdurchschnittlich (bzw. Bel bevölkerungsüberdurchschnittlich) ausgeprägt sind, was wahrscheinlich darauf zurückgeführt werden kann, dass bei ausnahmslos allen Patient*innen mit F1-Diagnosen der Krisenstation zusätzlich weitere Diagnosen vergeben wurden, darunter am häufigsten depressive Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie ADHS. Es scheint sich bei den

Patient*innen der Krisenstation mit Suchterkrankungen und Substanzmissbrauch um eine spezielle Gruppe von Menschen mit dieser Diagnose zu handeln, wobei im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht wurde, ob die Suchterkrankung oder der Substanzmissbrauch jeweils mit der Krisensituation in Verbindung steht, wie lange die Erkrankung bereits besteht und welche der gleichzeitig vergebenen Diagnosen eventuell als vorrangig zu werten sind. Patient*innen mit Suchterkrankungen von Behandlungen auf der Kriseninterventionsstation grundsätzlich auszuschließen (vgl. 4.1) scheint unter diesem Gesichtspunkt diskussionswürdig.

Hypothese 6: Die T-Werte der F-SozU-Skalen sind bei Menschen mit häufigeren (teil-) stationären Aufenthalten im KPPPM niedriger ausgeprägt als bei Menschen mit wenigen Aufenthalten im KPPPM. (vgl. 5.4.5)

Alle Skalen sozialer Unterstützung des F-SozU sind bei den Patient*innen, die ihren ersten (teil-)stationären Aufenthalt im KPPPM verbringen tatsächlich höher ausgeprägt als bei Patient*innen, die ihren vierten bis 34. (teil-)stationären Aufenthalt im KPPPM verbringen, womit angesichts der Häufigkeit der Aufenthalte von chronischen psychischen Erkrankungen auszugehen ist. Die soziale Belastung nimmt mit zunehmender Aufenthaltshäufigkeit tendenziell zu. Beim Vergleich der Patient*innen, die ihren ersten Aufenthalt und der Patient*innen, die ihren zweiten oder dritten Aufenthalt im KPPPM verbringen ist ein geringfügiger Anstieg der Ausprägung sozialer Unterstützung im Bereich der emotionalen, praktischen und wahrgenommen Unterstützung sowie der Verfügbarkeit einer Vertrauensperson zu verzeichnen. Diese Effekte scheinen jedoch beim vierten bis 34. Aufenthalt nicht mehr vorhanden zu sein. Dass die soziale Unterstützung bei chronisch (psychiatrisch) erkrankten und sozial belasteten Menschen besonders niedrig ausgeprägt ist bildet den bisherigen Forschungstand ab (vgl. 1.6; 2.3.1).

Im folgenden Teil der Thesis wird die qualitative Erhebung der individuellen Wahrnehmung ihrer Ausprägung sozialer Unterstützung und Belastung einzelner Patient*innen der Kriseninterventionsstation dargestellt. Diese ergänzt die eben beschriebene quantitative Erhebung um die subjektive Einschätzung dreier Patient*innen mit einer im Vergleich der Allgemeinbevölkerung auffällig unterdurchschnittlichen Ausprägung sozialer Unterstützung und überdurchschnittlichen sozialen Belastung sowie zweier Patient*innen mit einer entsprechend durchschnittlichen und teilweise überdurchschnittlichen Ausprägung einzelner Skalen des F-SozU S-54.

6. Qualitative Erhebung der Bedeutung sozialer Unterstützung

Um ergänzend zur quantitativen Befragung der Ausprägung sozialer Unterstützung einen tieferen Einblick in die Qualität sozialer Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation zu gewinnen und Zusammenhänge sowie subjektive Einschätzungen besser zu verstehen, wurden in einem zweiten Schritt qualitative Interviews mit einer Auswahl von Patient*innen geführt, in welchen sich weiteren, im Folgenden aufgeführten Forschungsfragen angenähert wurde. Im sechsten Kapitel der vorliegenden Thesis werden zunächst diese Forschungsfragen, die Stichprobe sowie das methodische Vorgehen dargestellt, woraufhin die Darstellung und Diskussion der qualitativen Ergebnisse erfolgt.

6.1 Forschungsfragen

Ergänzend zur quantitativen Fragestellung wurden die nachfolgend aufgeführten qualitativen Forschungsfragen beschrieben. Mit dem Ziel, neben der quantitativen Ausprägung sozialer Unterstützung der Patient*innen der Krisenstation aus Kapitel 5 deren subjektive Einschätzung der Bedeutung sozialer Unterstützung - vor allen in Bezug auf die Krisensituation - besser zu verstehen, lautet die erste Forschungsfrage:

Welche individuelle Bedeutung haben soziale Unterstützung und soziale Belastung für Patient*innen der psychiatrischen Kriseninterventionsstation in Bezug auf deren Krisensituation und -bewältigung?

Um Impulse für die professionelle, vor allem klinisch sozialarbeiterische Arbeit auf der Station gewinnen zu können wurde im Rahmen der qualitativen Interviews eine dritte, ebenfalls qualitativ zu erhebende Fragestellung bearbeitet:

Bezogen auf den stationären Aufenthalt, was schätzen die Patient*innen als für die Krisenbewältigung förderlich ein und welche Unterstützung wünschen sich die Patient*innen in Bezug auf die Krisenbewältigung?

Für die Bearbeitung der qualitativen Fragestellungen fand eine Orientierung an dem in der unten stehenden Tabelle aufgeführten Interviewleitfaden statt (vgl. Tabelle 12), wobei die Fragestellungen entsprechend des Interviewverlaufs flexibel angepasst wurden.

Tabelle 12: Interviewleitfaden der qualitativen Interviews (eigene Tabelle)

Interviewleitfaden
<p><i>Ich würde mit Ihnen gerne noch, wie wir ja schon vorbesprochen haben, ergänzend zu dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung, den Sie für mich ausgefüllt haben ein Interview führen, das ich anonymisiert für meine Masterarbeit verwenden werde. Wie wir ja schon besprochen haben werde ich kein Aufnahmegerät verwenden sondern versuchen, alles mitzuschreiben, was Sie mir erzählen. Lassen Sie sich bitte nicht davon irritieren. Würden Sie sich hierfür nach wie vor zur Verfügung stellen?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Als Sie den Fragebogen (F-SozU S-54) ausgefüllt haben, wie war das für Sie? Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Was haben Sie dabei/darüber gedacht?</i> 2. <i>Würden Sie sich eine Veränderung wünschen, bzgl. des im Fragebogen angegebenen und bzgl. der Skalenergebnisse? Wenn ja, welche?</i> 3. <i>Was meinen Sie, welche Bedeutung hat soziale Unterstützung in Ihrem Leben?</i> 4. <i>Erstellen eines sozialen Atoms durch den/die Patient*in. Anleitung durch die Ref.</i> 5. <i>Würden Sie sich in Bezug auf ihr soziales Atom eine Veränderung wünschen? Wenn ja, was würden Sie sich wünschen? Welche Unterstützung würden Sie benötigen, um das zu erreichen? Was würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie die Veränderung hätten, die Sie sich wünschen?</i> 6. <i>Falls Ihnen der Aufenthalt auf der Krisenstation geholfen hat: was denken Sie hat Ihnen geholfen? Was würden Sie sich wünschen?</i>

Als nächstes wird das Sampling der Patient*innen, mit denen die qualitativen Interviews geführt wurden beschrieben.

6.2 Stichprobenbeschreibung

Qualitative Stichproben sind meistens deutlich kleiner als bei quantitativen Verfahren (Berger-Grabner, 2016). So wurden auch bei der vorliegenden Arbeit wenige Patient*innen, sog. typische Vertreter*innen mithilfe eines theoretischen Samplings ausgewählt, deren subjektive Sicht auf die soziale Unterstützung abgebildet werden sollte (ebd.).

Das Sampling für die qualitativen Interviews wurde anhand der Ergebnisse der Auswertung der Fragebögen F-SozU S-54 (vgl. 5.) vorgenommen. Mithilfe des F-SozU-Testhandbuchs nach Brähler und Kolleg*innen (2007) wurden für die einzelnen Skalen der Bestandteile sozialer Unterstützung individuelle Prozentränge berechnet, mit welchen Aussagen über das Ver-

hältnis der Ausprägung sozialer Unterstützung der einzelnen Patient*innen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung getroffen werden können. Mit den ermittelten Prozenträngen wurde ein theoretisches Sampling (Glaser & Strauss, 2012) durchgeführt, nach welchem anhand theoretischer Kriterien geeignete Interviewpartner*innen für die ergänzenden qualitativen Interviews ausgewählt wurden. Bei der Auswahl der Interviewten wurden möglichst Alter, Geschlecht, die F-SozU-Prozentränge, Verweildauer, ICD-10 F-Diagnosen sowie die Anzahl stationärer Aufenthalte berücksichtigt. Die ausgewählten Interviewpartner*innen sind in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Sampling qualitativer Interviews (eigene Tabelle)

Interviewte*r	Ge-schlecht (m/f)	Alter	F-SozU-Skalen in Prozenträngen (gelb: deutlich unterdurchschnittlich; rot: sehr auffällig unterdurchschnittlich; grün: sehr auffällig überdurchschnittlich)	ICD-10 F-Diagnosen	Anzahl stationärer Aufenthalte
Frau A*	f	60-70J.	EU=3, PU=24, Si=<1, WasU=3, Bel=90, Rez=50, Zuf=8, Vert=4	F33.2	2-3
Herr B	m	20-25J.	EU=93, PU=60, SI=68, WasU=76, Bel=30, Rez=72, Zuf=64, Vert=<99,	F43.2, F32.0	1
Frau C	f	20-25J.	EU=3, PU=39, Si=2, WasU=4, Bel=90, Rez=25, Zuf=4, Vert=5	F60.31, F90.0, F10.1	4-24
Herr D	m	40-50J.	EU=1, PU=5, SI=5, WasU=1, Bel=91, Rez=25, Zuf=19, Vert=5	F41.2, F10.2, F10.0, V.a. F60.7	2-3
Frau E	f	20-25J.	20 J., F-SozU: EU=58, PU=44, SI=48, WasU=<99, Bel=81, Rez=47, Zuf=57, Vert=<99	F32.1, F60.31	1

*) Personenbezogene Daten wurden anonymisiert. Es handelt sich nicht um die realen Initialen der Patient*innen

Der Schwerpunkt des theoretischen Samplings lag bei der Auswahl von Personen mit unterschiedlicher Ausprägung der Prozentränge aus dem Testhandbuch des F-SozU S-54 (Brähler et al., 2007). Es wurden zum einen Personen mit einer besonders bevölkerungsüberdurchschnittlichen, zum anderen Personen mit einer besonders unterdurchschnittlich ausgeprägten sozialen Unterstützung ausgewählt. Bei der Auswahl der Interviewpartner*innen wurden Personen in möglichst unterschiedlichen Altersstufen, möglichst gleicher Geschlechterverteilung, möglichst Diagnosen aus unterschiedlichen Kategorien und unterschiedlicher Aufenthaltshäufigkeit ausgewählt.

In der vorliegenden Version der Arbeit wurden die sozialen Atome von der Autorin nachgezeichnet, anonymisiert und teilweise sinngemäß pseudonymisiert. Die Interpretationsweise der sozialen Atome ist unter 6.3 aufgeführt.

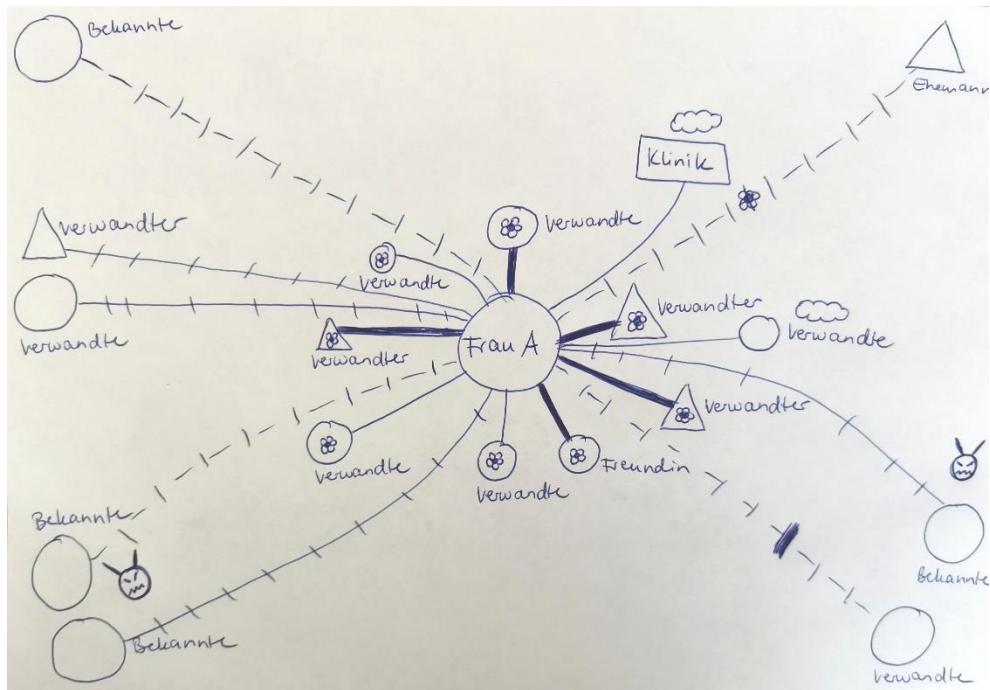


Abbildung 23: Soziales Atom Frau A (pseudonymisiert; eigene Abbildung)

Frau A hat die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome und ihre soziale Unterstützung ist nach dem F-SozU insgesamt niedrig ausgeprägt. In den Skalen der emotionalen Unterstützung, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und der Verfügbarkeit einer Vertrauensperson liegt sie deutlich bevölkerungs-unterdurchschnittlich, in

der sozialen Integration sogar sehr auffällig unterdurchschnittlich. Die Praktische Unterstützung und die Reziprozität sind nach dem F-SozU Testhandbuch als unauffällig zu beurteilen. Ihre Soziale Belastung ist deutlich überdurchschnittlich ausgeprägt. Bei ihrem sozialen Atom fällt auf, dass es ungefähr gleich viele positive wie negative soziale Kontakte zu geben scheint (vgl. Abb. 23).

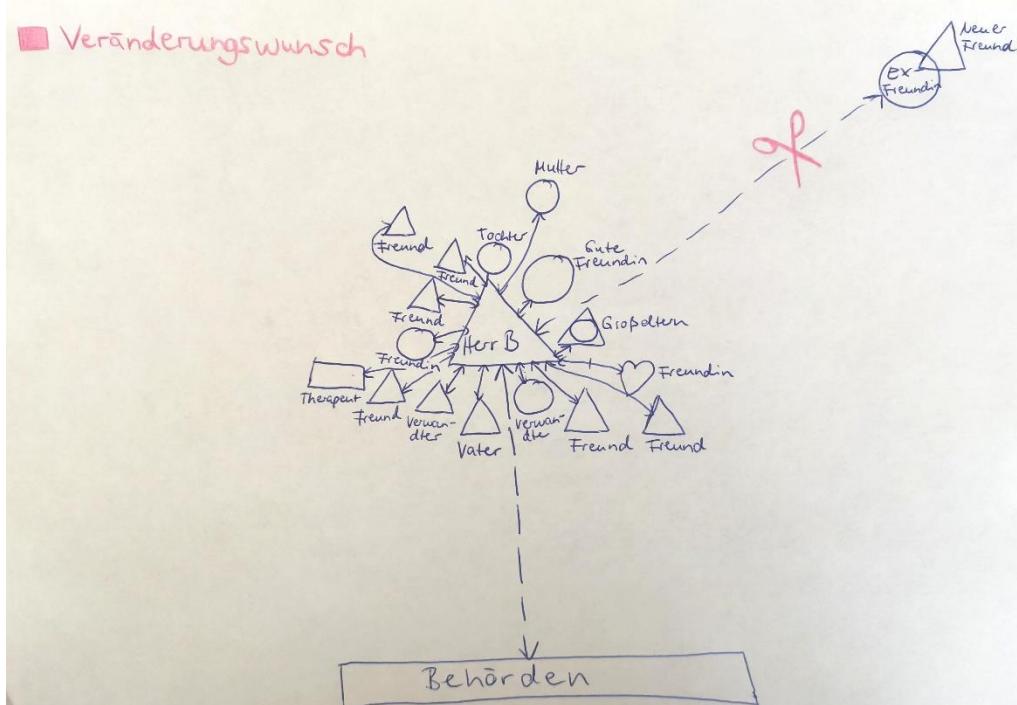


Abbildung 24: Soziales Atom Herr B (pseudonymisiert; eigene Abbildung)

Herr B hat die Diagnose einer leichten depressiven Episode sowie einer Anpassungsstörung und seine soziale Unterstützung ist nach dem F-SozU insgesamt hoch ausgeprägt. Seine emotionale Unterstützung und die Verfügbarkeit einer Vertrauensperson sind äußerst überdurchschnittlich, die übrigen Skalen liegen im unauffälligen, jedoch insgesamt überdurchschnittlichen Bereich. Seine soziale Belastung liegt im unauffälligen und unterdurchschnittlichen, also günstigen Bereich. Bei seinem sozialen Atom fällt auf, dass im Kern eine hohe Dichte an positiven sozialen Beziehungen und der äußere Kreis aus belastenden Kontakten besteht (vgl. Abb. 24).

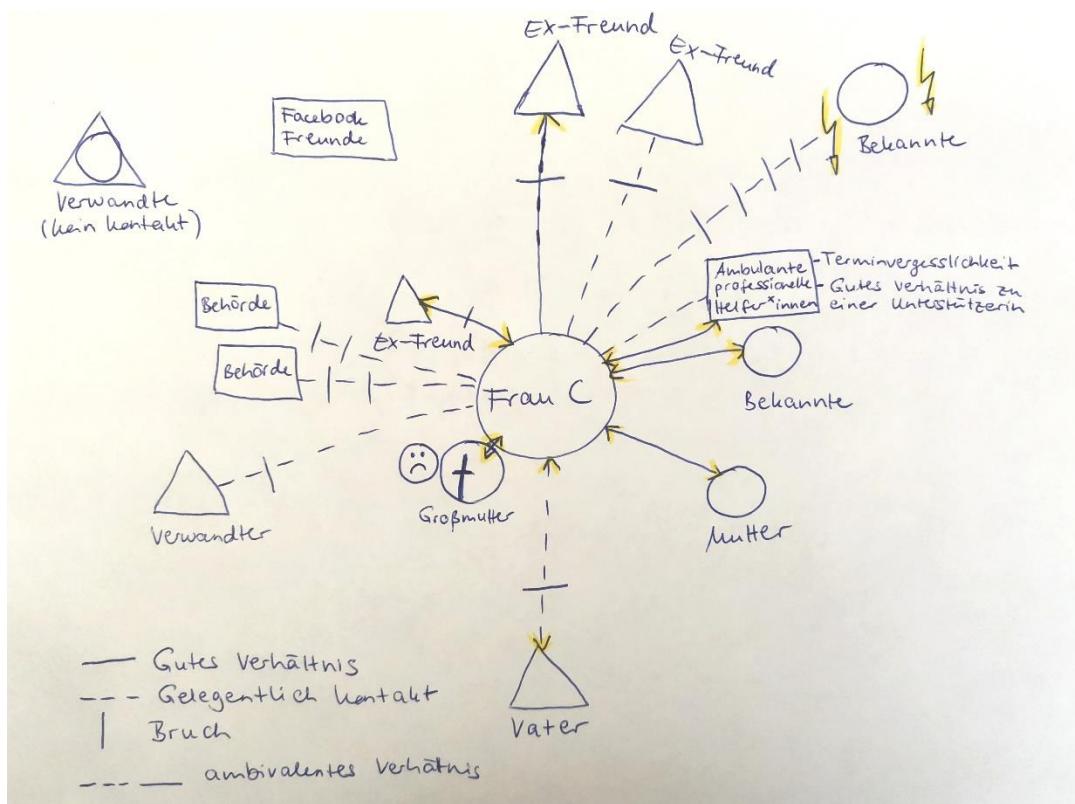


Abbildung 25: Soziales Atom Frau C (pseudonymisiert; eigene Abbildung)

Frau C hat eine diagnostizierte Borderline-Persönlichkeitsstörung, ein ADHS sowie den schädlichen Gebrauch von Alkohol. Ihre soziale Unterstützung ist nach dem F-SozU insgesamt niedrig ausgeprägt. Die emotionale Unterstützung, die wahrgenommene soziale Unterstützung, die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und die Verfügbarkeit einer Vertrauensperson sind deutlich unterdurchschnittlich, die soziale Integration sehr auffällig unterdurchschnittlich ausgeprägt. Ihre soziale Belastung ist deutlich überdurchschnittlich, also ungünstig, die praktische Unterstützung und die Reziprozität sind nach dem Testhandbuch (Brähler et al., 2007) als unauffällig zu werten, sie sind jedoch ebenfalls unterdurchschnittlich. Bei ihrem sozialen Atom fällt auf, dass sehr viele ambivalente und belastende Beziehungen vorhanden sind und dass die ihr am nächsten gestandene Hauptbezugsperson (Großmutter) verstorben ist (vgl. Abb. 25).

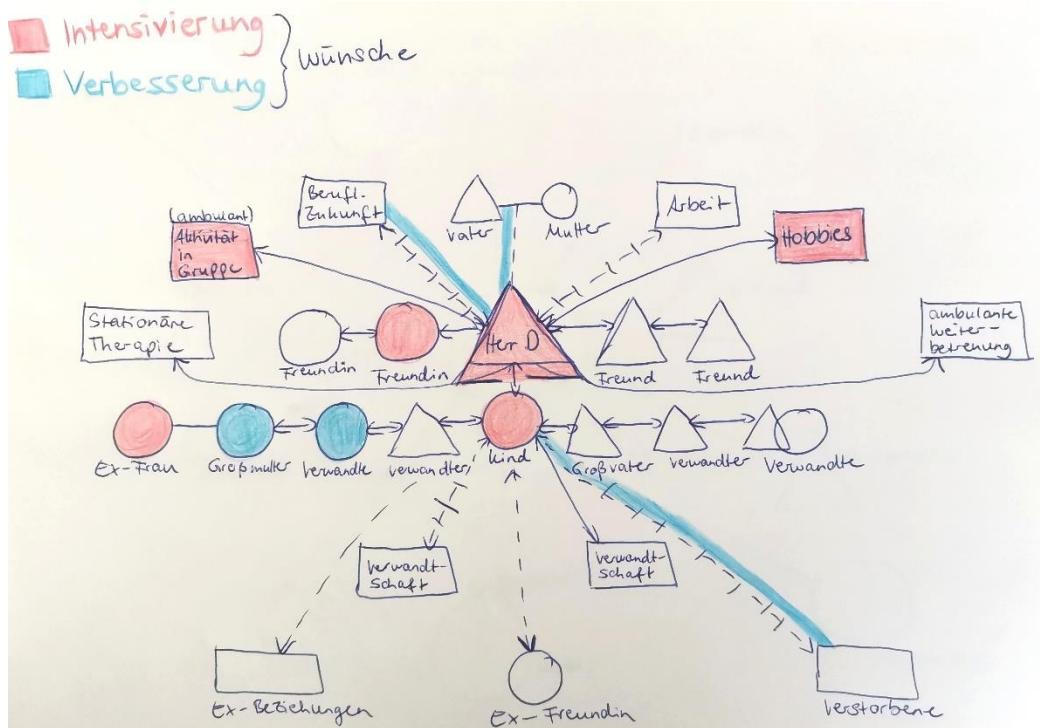


Abbildung 26: Soziales Atom Herr D (pseudonymisiert; eigene Abbildung)

Bei Herrn D wurden eine Alkoholabhängigkeit, Angst und Depression gemischt sowie der Verdacht auf eine abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Seine soziale Unterstützung im F-SozU ist insgesamt sehr niedrig ausgeprägt. Die emotionale Unterstützung und die wahrgenommene soziale Unterstützung sind sehr auffällig unterdurchschnittlich, die praktische Unterstützung, soziale Integration und Verfügbarkeit einer Vertrauensperson deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägt. Seine soziale Belastung ist auffällig überdurchschnittlich, also als ungünstig zu werten. Die Reziprozität und Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung liegen nach dem Testhandbuch im unauffälligen Bereich, sind jedoch auch unterdurchschnittlich ausgeprägt. Bei seinem sozialen Atom sticht direkt die Dichte sozialer Beziehungen ins Auge (vgl. Abb. 26), wobei einige Veränderungswünsche eingezeichnet wurden.

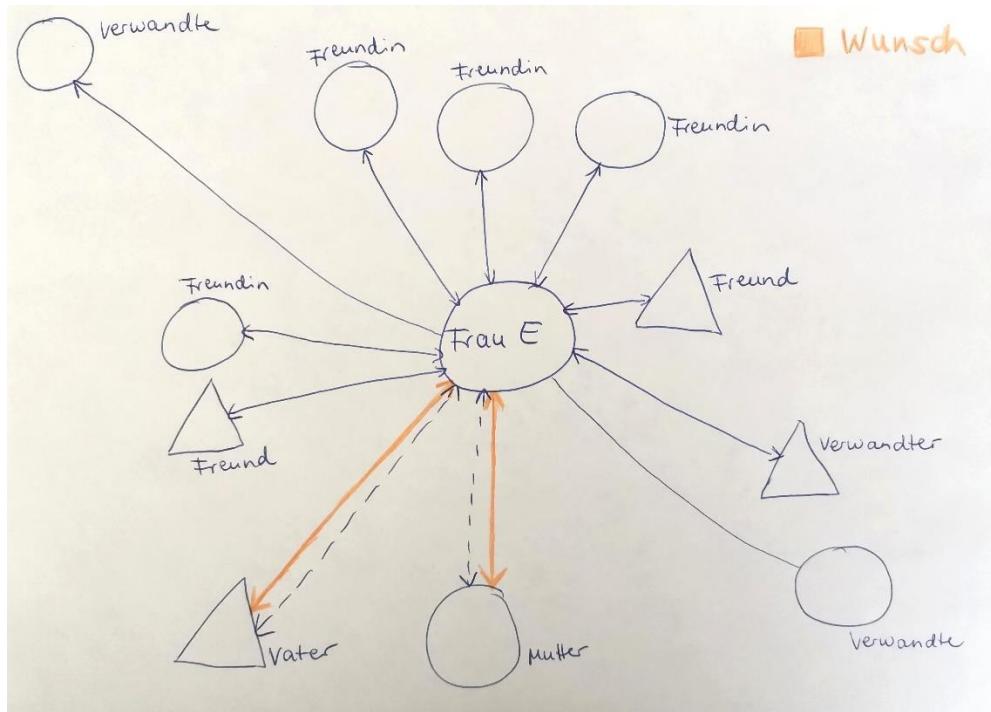


Abbildung 27: Soziales Atom Frau E (pseudonymisiert; eigene Abbildung)

Bei Frau E (vgl. Abb. 27) wurden eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Ihre soziale Unterstützung ist nach dem F-SozU gut ausgeprägt. Die wahrgenommene soziale Unterstützung und die Verfügbarkeit einer Vertrauensperson sind äußerst überdurchschnittlich, die übrigen Skalen des F-SozU, die soziale Belastung eingeschlossen, sind nach dem Testhandbuch als unauffällig zu werten.

Unter der nachfolgenden Gliederungsziffer wird das methodische Vorgehen des qualitativen Teils näher beleuchtet.

6.3 Methodisches Vorgehen

In diesem Abschnitt wird das methodische Vorgehen der qualitativen Arbeit dieser Thesis vorgestellt.

Qualitative Methoden können Aufschluss über Details von Phänomenen geben, welche mit Hilfe quantitativer Methoden nicht aufgezeigt werden konnten (Corbin & Strauss, 1996). Da das Ziel qualitativer Forschung nicht in der Überprüfung des vorher Bekanntem, sondern in der Entdeckung des Neuen und der anschließenden Entwicklung empirisch begründeter Theorien besteht (Flick, 2017), eignet sich dieses Forschungsdesign, um als komplementäres Verfahren (Flick, 2011) das vorab Erarbeitete zu ergänzen. Gerade in der Netzwerkforschung werden häufig qualitative Interviews und Netzwerkkarten zur Datenerhebung verwendet (Pelizäus-Hoffmeister, 2006).

Gütekriterien der qualitativen Forschung sind - im Gegensatz zu abstrakten Kriterien der Wissenschaftlichkeit der quantitativen Forschung - vor allem der Bezug auf den Forschungsgegenstand, die Begründung der Erkenntnisse im empirischen Material, die angemessene Auswahl der Forschungsmethoden, die Relevanz des Gefundenen und die Reflexivität des Vorgehens (Flick, 2017). Der qualitative Forschungsprozess orientiert sich hier grob an den Prinzipien der Grounded Theory, welche aus der Untersuchung eines Phänomens induktiv eine gegenstandsverankerte Theorie ableitet und dadurch das untersuchte Phänomen abbildet (Corbin & Strauss, 1996). Was für den Untersuchungsbereich relevant ist, stellt sich hierbei oftmals erst im Forschungsprozess selbst heraus (ebd.).

Bei den anhand des theoretischen Samplings ausgewählten Patient*innen wurden qualitative Aspekte sozialer Unterstützung und Einbettung genauer erfasst, indem *problemzentrierte Interviews* und der Illustration der sozialen Einbettung dienende *soziale Atome* verwendet wurden. Das soziale Atom ist ein Verfahren aus der Soziometrie, welche Moreno (1974) zufolge neben der Soziologie und dem wissenschaftlichen Sozialismus seit den 1820er Jahren zu den drei Hauptströmungen des sozialen Denkens gehöre. Netzwerkanalytiker*innen profitierten nach Emirbayer (1997) deutlich von den Methoden der Soziometrie. Die Soziometrie besteht mit dem Soziodrama, dem Psychodrama und der Gruppenpsychotherapie aus drei Zweigen (Moreno, 1974). Das Soziale Atom ist ursprünglich ein Verfahren aus dem Psychodrama - geprägt durch Moreno - und soll nicht primär intrapsychische Vorgänge sondern die Qualität zwischenmenschlicher Interaktionen abbilden (Rethfeldt & Stimmer, 2004). Auch der Kontext der Patient*innen wurde im Sinne einer Erweiterung auf ein sog. „kontextuelles Atom“ (Märtens, 1997) in die Erstellung einbezogen. Bei diesem Konzept werden über die Beziehungen der Patient*innen hinaus auch weitere Gegebenheiten und Einflüsse auf die aktuelle (Problem-)Situation miteinbezogen, „wenngleich die Variablen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen ... in den meisten Behandlungen die größere Rolle spielen“ (ebd., S. 100) können. Bei der Erstellung fand eine Orientierung an der nachfolgenden Beschreibung von Rethfeldt und Kolleg*innen (2004) statt, wobei die Patient*innen diese zumeist im Sinne des kontextuellen Atoms individuell modifizierten:

- Derzeitige Beziehungen wurden auf ein Blatt Papier gezeichnet. Die örtliche Nähe zu den Befragten gibt Auskunft über die Frequenz der Kontakte.
- Frauen: Kreissymbole, Männer: Dreieckssymbole, Gruppen/Organisationen: Rechtecke.
- Qualität der Beziehung: Durchgehende Pfeillinien = Positive Anziehung, Gestrichelte Pfeillinien = Abstoßung, Querstrich = Extrem ambivalente Beziehung.

Bezüglich der Interviews wurde ein teilstrukturiertes Verfahren ausgewählt, da teilstrukturiertere Verfahren im Vergleich zu strukturierten Verfahren keine Antwortmöglichkeiten vorsehen und die Interviewten ihre Ansichten und Erfahrungen frei artikulieren können (Hopf, 1995). Als Interviewform wurde das problemzentrierte Interview nach Witzel (2000) gewählt.

Das problemzentrierte Interview (PZI) ist ein **theoriegenerierendes Verfahren**, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, dass der Anwender seinen **Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel** organisiert. Entsprechende Kommunikationsstrategien ziehen zum einen auf die **Darstellung der subjektiven Problemsicht**. Zum anderen werden die angeregten Narrationen durch Dialoge ergänzt, die Resultat ideenreicher und leitfadengestützter Nachfragen sind. (ebd., S. 1)

Die Interviews wurden bewusst nicht mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, sondern eine Mitschrift mit den Kernaussagen und einigen wörtlichen Aussagen erstellt, welche anschließend protokolliert wurden (Funck & Vogel, 2018). Eine Protokollierung anstelle eines Transkripts ist in diesem Fall angezeigt, da zum einen „weniger die Interpretation des Gesagten als vielmehr dessen Intention im Fokus der Forschung ist“ (ebd., S. 1) und zum anderen einige Patient*innen nach eigenen Angaben den Mitschnitt mit einem Aufnahmegerät irritierend gefunden hätten oder ein offenes und vertrauensvolles Gespräch eventuell eingeschränkt worden wäre (ebd.).

Für die Durchführung der Interviewanalyse wurde das Prozessmodell qualitativer Inhaltsanalysen nach Mayring (2015) gewählt. Zunächst wurden aus der Forschungsfrage und dem Fragenkatalog deduktiv Oberkategorien abgeleitet und anschließend induktiv anhand des Textmaterials Unterkategorien erhoben (Gahleitner & Mayring, 2010). Für die Inhaltsanalyse wurde in Anlehnung an Gahleitner und Mayring (ebd.) eine Tabelle (vgl. Anhang IV) erstellt, in welcher Kategorien und Unterkategorien, deren Definitionen bzw. Begriffsklärungen, die jeweilige Kodierregel sowie aus dem Transkript entnommene Ankerbeispiele aufgeführt wurden (vgl. Anhang IV).

Unter dem nachfolgenden Gliederungspunkt werden die Ergebnisse der Auswertung der Interviews zunächst deskriptiv dargestellt (Gahleitner & Mayring, 2010), woraufhin sie anschließend interpretierend diskutiert werden.

6.4 Darstellung der Ergebnisse

Die folgende Ergebnisdarstellung erfolgt zunächst deskriptiv anhand des in Oberkategorien (6.4.1–6.4.4) sowie Unterkategorien **erster** und **zweiter** Ordnung zugeordneten Textmaterial

(vgl. 6.3). Die Quellenangaben beziehen sich auf die Interviewprotokolle, welche in Anhang V aufgeführt sind.

6.4.1 Aussagen über soziale Unterstützung

Emotionale Unterstützung:

Herr B und Frau A (P-Frau A., Z.63f.) legten großen Wert darauf, bei nahestehenden Personen jederzeit um Unterstützung bitten zu können, ohne das Gefühl zu haben, anderen zur Last zu fallen.

„Heute weiß ich, es kann kommen was will, ich kann jederzeit anrufen bei mehreren Leuten.“ (P-Herr B., Z.34)

Bewertungsunterstützung:

Herr B profitiere davon, von guten Freund*innen stets Rückhalt zu haben, egal welche Entscheidungen er treffe.

Er habe viel Besuch bekommen während seines Klinikaufenthaltes und die Rückmeldung erhalten, dass ... er den Rückhalt behalten werde. In der Freundschaft sei Ehrlichkeit sehr wichtig, so könne man sich ehrliche Rückmeldungen geben und trotzdem noch befreundet sein. (P-Herr B., Z.40-44)

Reziprozität:

Von Frau A (P-Frau A., Z.47-50; P-Frau A., Z.57-62) und Herrn B (P-Herr B., Z.34-37) wurde mehrmals die Bedeutung des Aspektes der Gegenseitigkeit in der Unterstützungsleistung beschrieben. Frau A falle es schwer, mit anderen Menschen ihr Leid zu teilen, wenn sie diesen nicht in der selben Zeit etwas zurückgeben könne. Beim regelmäßigen Telefonieren mit einer Freundin, zeige ihr die Freundin, wie wichtig Frau A für sie sei.

„Wenn ich mit dir rede dann ist irgendwie das Leben ganz anders.“ (P-Frau A., Z.49f.)

Für Herrn B sei Freundschaft ohne Gegenseitigkeit keine Freundschaft sondern „Ausnutzen“.

„Und es beruht auf Gegenseitigkeit, was wahnsinnig wichtig ist.“ Wenn man immer nur nehme sei das nicht Sinn einer Freundschaft sondern eher Ausnutzen. In seinem Freundeskreis helfe man sich gegenseitig. (P-Herr B., Z.35ff.)

Praktische Unterstützung:

Soziale Unterstützung wird nicht nur an dem Gefühl festgemacht, sich jederzeit an Vertrauenspersonen wenden zu können und von ihnen emotionalen Rückhalt zu erhalten und Unterstützung bei bevorstehenden Entscheidungen zu erhalten, sondern auch an praktischen Hilfen (Frau A: P-Frau A., Z.63f; Frau C: P-Frau C., Z.17f.; Frau E: P-Frau E., Z.8ff.).

aber jetzt merke sie erst richtig, wie viel Hilfe sie während ihres Klinikaufenthaltes angeboten bekomme. Sie habe von einigen Personen angeboten bekommen, abgeholt und jederzeit dort übernachten zu können. (P-Frau E., Z.8ff.)

Hohe Dichte des sozialen Netzwerks:

Bei der Betrachtung der sozialen Atome fiel teilweise eine hohe Anzahl sozialer Kontakte auf (Herr D, Frau A, Herr B), bei gleichzeitig teilweise geringen Werten im F-SozU S-54 (Frau A, Herr D). Herr B (P-Herr B., Z.51-55) und Frau A stellten ihre hohe Dichte an sozialen Kontakten fest.

„Ich habe eigentlich viele Leute um mich herum“ (P-Frau A., Z.54f.)

Umfang sozialer Unterstützung:

Allgemeiner Umfang sozialer Unterstützung:

Frau E (P-Frau E., Z.8ff.; P-Frau E., Z.4) berichtete, während des Klinikaufenthaltes viel Unterstützung von ihrem bestehenden sozialen Umfeld angeboten bekommen zu haben, während Herr B (P-Herr B., Z.4f.; P-Herr B., Z.9-12; P-Herr B., Z.47f.) von allgemeiner hoher sozialer Unterstützung unabhängig von Krisensituationen erzählte.

SozU durch Freundeskreis:

Frau E (P-Frau E., Z.37f.; P-Frau E., Z.7) und Herr B (P-Herr B., Z.6ff.; P-Herr B., Z.14f.; P-Herr B., Z.30-33; P-Herr B., Z. 34f.; P-Herr B., Z.40-44) benannten als deren Unterstützer*innen vor allem den Freundeskreis.

Soziale Unterstützung durch Familie:

Die familiäre Unterstützung betreffend gab von den fünf Interviewten Frau C an, inzwischen praktische Unterstützung durch ihre Mutter zu erhalten (P-Frau C., Z.17f.), welche jedoch keine Vertrauensperson im emotional unterstützenden Sinne darstelle. Frau E berichtete von einer negativen und nicht unterstützenden Beziehung zu ihren Eltern (P-Frau E., Z.38f.), Herrn Ds Eltern seien ihm in der Krise am entferntesten.

„Eltern oder Menschen, die am nächsten sind, sind in der Krise oft diejenigen die am weitesten weg sind. Um sich selbst zu schützen oder weil sie es nicht wahrhaben wollen oder weil sie mich nicht so gesehen haben.“ (P-Herr D., Z.23ff.)

Soziale Unterstützung durch Partnerschaft:

Von den fünf Interviewten befindet sich Frau E in einer festen Partnerschaft, welche sie als unterstützend benannte (P-Frau E., Z.7). Herr B berichtete von einer positiven und gar lebensverändernden Beziehung in seiner Jugend. So habe er bis zu den ersten Jahren der weiter-

führenden Schule unter Mobbing gelitten, bis er über seine Freundin Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein und Selbstbehauptung erworben habe.

„Sie hat mir gezeigt, ich bin mehr als ich von mir selbst denke. Damit hat sich das langsam geändert, dadurch kam Selbstbewusstsein, ich habe mich zur Wehr gesetzt.“ (P-Herr B., Z.27-31)

Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Krise:

Herr B, Frau C, Herr D und Frau E beschrieben im Interview einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und krisenhaften Entwicklungen.

Frau C sieht einen direkten Zusammenhang zwischen ihrer psychischen Stabilität und dem Kontakt zu vertrauenswürdigen Personen.

Ob sie stabil sei oder nicht „liegt aber an Personen, mit denen ich Kontakt habe. Wenn ich denen vertrauen kann und dadurch das Vertrauen in mich habe.“ (P-Frau C., Z.98f.)

Frau E sieht einen Zusammenhang zwischen der Bewältigung von Belastungssituationen und sozialer Unterstützung sowie einem guten Gefühl beim Wissen um die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung und schätzt, dass sie die Aufnahme auf die Krisensituation hätte verhindern können, indem sie soziale Unterstützung angenommen hätte.

„eine sehr große Bedeutung, weil man einfach nicht alles alleine schaffen kann. Es macht ein gutes Gefühl zu wissen, dass es da draußen jemanden gibt, der helfen würde.“ Sie sei sich ziemlich sicher, dass es die Behandlung auf der Station nicht gebraucht hätte, wenn sie Unterstützung angenommen hätte. Sie habe jedoch immer versucht alles mit sich selbst auszumachen. (P-Frau E., Z.20-24)

Sie vermute, noch stabiler zu sein, wenn auch ihre Familie, zu welcher kein gutes Verhältnis bestehe, hinter ihr stehen würde (P-Frau E., Z.51ff.).

Herr B beschreibt soziale Unterstützung als Schutz vor sozialer Belastung. Er reflektiert bei der Betrachtung seines sozialen Atoms, dass der stabile positive Kern sozialer Kontakte ihn über längere Zeit hinweg von dem sozial belastenden äußeren Kreis sozialer Beziehungen geschützt habe. Ihm zufolge bilde das soziale Atom seine Krisensituation ab.

„Irgendwann kamen einfach zu viele Schläge auf einmal.“ (P-Herr B., Z.53-56)

Herrn D zufolge bestehe ein Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des F-Sozu S-54 und seiner Krisensituation.

“Aber wenn man den Fragebogen ehrlich beantwortet, steckt da viel drin was einen auch hierhergeführt hat.“ (P-Herr D., Z.7f.)

Allerdings vermute er auch, in der Krisensituation einen negativeren Blick auf seine soziale Situation zu haben als bei psychischem Wohlbefinden.

Durch die Krisensituation habe er vielleicht einen negativen Blick auf seine soziale Situation gehabt. Er habe sie durch einen „negativen Spiegel“ gesehen. (P-Herr D., Z.5f.)

Außerdem sei in der Krisensituation die Angst erhöht, jemanden um Unterstützung zu bitten, da eine Absage der Hilfe durch das Gegenüber in der Krise mehr zu Herzen genommen werden würde.

„In der Krise ist ein Nein schon viel genug.“ (P-Herr D., Z.29)

Auf die Frage nach der Veränderung in seinem Leben, wenn seine soziale Situation nach seinen Wunschvorstellungen aussehen würde beantwortet Herr D mit einer Reduktion von Angst, mit einer psychischen Erkrankung zu leben sowie mit psychischer Stabilität.

„Dann wäre das Leben in einem hohen Maße lebenswert und die Stabilität, das auch weiterzugeben, gegeben. Die Angst, mit der psychischen Erkrankung zu leben wäre maximal minimiert.“ (P-Herr D., Z.61ff.)

6.4.2 Aussagen über soziale Belastung

Soziale Belastung durch informelle primäre soziale Netzwerke

Soziale Belastung durch das familiäre Umfeld:

Betrachtet man die Interviewinhalte über eine vom familiären Umfeld ausgehende Belastung, so beschreiben Frau A, Frau C, Herr D und Frau E ihr familiäres Umfeld als belastend (P-Frau A., Z.73-80; P-Frau C., Z.16ff.; P-Frau C., Z.64-66; P-Frau C., Z.68-73; P-Frau C., Z.85ff.; P-Herr D., Z.23-27; P-Herr D., Z.48-51; P-Frau E., Z.27f.; P-Frau E., Z.38-44).

Frau C beschreibt ein ambivalentes Verhältnis zu ihrer Mutter und ein schwieriges Verhältnis zum Vater (P-Frau C., Z.64-66). Bis heute sehr belastend sei für sie der Verlust ihrer Großmutter, welche ihre Hauptbezugsperson gewesen sei und über deren Tod sie bis heute sehr traurig sei. Nach dem Verlust ihrer Großmutter sei es zum ersten psychischen Dekompensation gekommen (P-Frau C., Z.68ff.).

Frau A beschreibt belastende familiäre Verhältnisse nach der Trennung von ihrem Ehemann, wonach sie versuche, weiterhin für ihre Kinder da zu sein (P-Frau A., Z.76-80).

Auch Frau E berichtet von belastenden familiären Verhältnissen, wonach das Verhältnis zu ihren Eltern und ihrer Großmutter schwierig sei und zu den übrigen Familienmitgliedern kaum oder kein Kontakt bestehe. (P-Frau E., Z.38-44).

Herrn Ds Verhältnis zu seinen Eltern sei „grundsätzlich nicht gut weil es durch verschiedene Faktoren belastet ist“ (P-Herr D, Z.48f.).

Soziale Belastung durch den Freundes- und Bekanntenkreis:

Den Freundeskreis betreffend berichten Frau A und Frau C von Enttäuschungen und Vertrauensmissbräuchen ihrer Freund*innen ihnen gegenüber. Frau Cs Freund*innen seien nur für sie da, wenn es ihr gut gehe. Daneben sei sie durch Freund*innen herabwürdigend behandelt worden (P-Frau C., Z.58-62). Frau A beschreibt Vertrauensmissbräuche durch Freund*innen und Bekannte (P-Frau A., Z.7-11). Sie erhalte von ihren Freund*innen außerdem keinerlei Verständnis für ihre psychische Belastung und Krise sowie für den Klinikaufenthalt. Sie fühle sich nicht verstanden und in ihrer psychischen Belastung nicht gesehen (P-Frau A., Z.15f.).

Soziale Belastung auf partnerschaftlicher Ebene:

Frau A und Frau C beschreiben negative Erfahrungen mit festen Partnerschaften. Frau A erzählt von einer belastenden Ehe (P-Frau A, Z.66-72). Frau C habe negative, unzuverlässige und angstbehaftete Beziehungserfahrungen (P-Frau C, Z. 67; P-Frau C., Z.28ff.).

Soziale Belastung durch negative soziale Beeinflussung:

Frau C lasse sich häufig von anderen Menschen beeinflussen, auch bei Dingen, die sie eigentlich nicht gut finde und sei deshalb über einen längeren Zeitraum hinweg besorgt gewesen, in diesem Zusammenhang auch bei anderen Menschen mit einer psychischen Erkrankung negative Verhaltensweisen übernehmen zu können (P-Frau C., Z.19-22).

Soziale Belastung durch Entwicklungen auf gesellschaftlicher Ebene:

Belastung durch mangelnde soziale Unterstützung, menschliche Kälte und Stigmatisierung:

Frau A, Herr B, Frau C und Herr D beschreiben ihr Erleben der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen/Krisen im näheren sozialen Umfeld und auf gesellschaftlicher Ebene.

Frau A, Frau C und Herr B schilderten ihre Wahrnehmung einer Unterschiedlichkeit der Menschen in Bezug auf das Verständnis für psychische Erkrankungen und Krisen sowie allgemeiner menschlicher Freundlichkeit innerhalb (drinnen) und Abweisung außerhalb (draußen) der Klinik.

„Draußen“ (außerhalb der Klinik) werde man nicht verstanden, was ihr auch „so viele“ Mitpatienten bestätigt hätten. (P-Frau A., Z. 113 f.)

In der Klinik seien „viele liebevolle Menschen im Vergleich zu draußen. Leute werden von draußen fertiggemacht. Die Menschen draußen sind hart, die drinnen weich.“ In der Klinik soll man „wieder stark gemacht werden um gegen die Außenwelt anzukommen“. (P-Frau C, Z.112-116)

Frau A leide aufgrund ihrer Erfahrungen des Unverständnisses ihrer Freund*innen und Bekannten in Bezug auf ihre psychische Erkrankung unter Ängsten.

Sie mache sich selber fertig, habe Angst vor Fragen, auf die sie nicht antworten wolle. Sie habe keine Lust auf Bekannte, ... da sie Angst vor Gerede, Neugier und Unverständnis habe, zum Beispiel wegen ihrer Depressivität als faul abgestempelt zu werden. (P-Frau A., Z. 87-90)

Frau C beschreibt negative Erfahrungen in Bezug auf ihre psychiatrische Diagnose, aufgrund derer sie sich ausgenutzt gefühlt habe.

... ihre psychiatrische Diagnose sei als „Druckmittel“ gegen sie verwendet worden, um sie nicht ernstnehmen zu müssen. (P-Frau C. Z.37-40)

Auch in gesellschaftlicher Hinsicht sehe sie keine Rücksichtnahme oder Verständnis für Andersartigkeit.

„Wenn man nicht der Norm entspricht wird man fertiggemacht.“ (P-Frau C., Z.114f.)

Herr B erfahre in der Gesellschaft eine Leistungsorientierung.

„Was man deutlich merkt ist, dass man nicht alleine ist. Andere haben auch Probleme. Das wird in der Gesellschaft oft totgeschwiegen, weil man zu funktionieren hat.“ Hier merke man, dass es in Ordnung sei auch mal nicht zu funktionieren. (P-Herr B., Z.89f.)

Er erlebe ebenfalls in der Gesellschaft wenig Toleranz für psychische Erkrankungen.

Er finde ohnehin, dass die Unterstützung in der heutigen Zeit abgenommen habe. Viele hätten keine Toleranz, vor allem nicht bei psychischen Erkrankungen. (P-Herr B., Z.12-15)

Herrn D zufolge bestehe in der Gesellschaft zu wenig Interesse an psychischen Erkrankungen.

Von Mitmenschen wünsche er sich „mehr Verständnis und Neutralität im Sinne von Wertungsfreiheit“, von der Gesellschaft wünsche er sich „mehr Interesse an psychischen Erkrankungen“. (P-Herr D., Z.52ff.)

Belastung durch mangelnde Teilhabe am Arbeitsleben und finanzielle Schwierigkeiten:

Frau E benötige sozialarbeiterische Unterstützung im Umgang mit beruflichen Problemen (P-Frau E., Z.73f.), Herr D (P-Herr D., Z.71-75) und Frau C (P-Frau C., Z.8) aufgrund aus Arbeitslosigkeit resultierender Schwierigkeiten. Frau C äußerte im Interview den Wunsch, wieder eine Arbeit zu finden (P-Frau C., Z.78). Herr D hat seine schwierige Beziehung zu seiner aktuellen beruflichen Situation in sein soziales Atom (vgl. 6.2) miteingezeichnet.

Zusammenhang zwischen Krise und sozialer Belastung:

Frau C führt ihre stationäre Aufnahme direkt auf ihre soziale Belastungssituation und ihren Alkoholmissbrauch als dysfunktionale Bewältigungsstrategie zurück (P-Frau C., Z.3-10).

Herr B zufolge sei seine stationäre Behandlungsbedürftigkeit aus seiner sozial belastenden Situation direkt resultiert. Seine positiven Sozialkontakte hätten seine Belastungsfaktoren und

ein damit zusammenhängendes Gefühl des Kontrollverlustes eine ganze Zeit lang kompensieren können, dann sei es jedoch zu viel geworden.

„Irgendwann kamen einfach zu viele Schläge auf einmal.“ (Herr B., Z.56)

Auch Herr D sieht einen Zusammenhang zwischen den Werten des F-SozU S-54 und der Notwendigkeit der stationären Aufnahme.

“wenn man den Fragebogen ehrlich beantwortet, steckt da viel drin was einen auch hierhergeführt hat.“ (P-Herr D., Z.7f.)

6.4.3 Aussagen über personenbezogene Faktoren

Persönliche Eigenschaften:

(Soziale) Ängste:

Frau A, Frau C und Herr D beschreiben im Interview Ängste. Frau A habe Angst vor dem Unverständnis ihrer Mitmenschen in Bezug auf ihre depressive Erkrankung (P-Frau A., Z.87-90). Frau C beschreibt eine Angst vor Veränderung (P-Frau C., Z.65f.) und Verlustängste im Sinne von Angst, im Stich gelassen zu werden, nachdem sie Nein-sage (P-Frau C., z.24ff.). Herr D schildert die Angst vor dem Leben mit einer psychischen Erkrankung (P-Herr D., Z.62f.).

Sich selbst zurücknehmen und andere unterstützen:

Frau A und Frau E berichten, lieber Hilfe zu geben als zu nehmen und ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen.

Eigentlich könne sie Hilfe schlecht annehmen, weil sie eher Hilfe gegeben habe und dann das Gefühl gehabt habe, ja keine Hilfe von jemandem erbitten zu können, der/die selbst Hilfe von ihr brauche. (P-Frau E., Z.11ff.)

Frau A beschreibt, generell gerne Unterstützung zu geben, anderen Menschen nicht zur Last fallen zu wollen und gebraucht zu werden (P-Frau A., Z.51-53).

Persönlicher Antrieb:

Frau C beschreibt den Antrieb, ihre Krisensituation zu bewältigen und zur psychischen Stabilität zu finden in dem Wunsch, einmal eine eigene Familie zu haben (P-Frau C., Z.82f.).

Frau A sei ein Familienmensch und versuche deshalb, die Familie trotz der belastenden Beziehung zu ihrem getrennten Ehemann aufrechtzuerhalten (P-Frau A., Z.76ff.).

Selbstständigkeit und Unabhängigkeit:

Frau A erklärt, dass sie schon immer selbstständig gewesen sei, dies auch bleiben wolle und Hilfe nur bei nach ihrer Einschätzung wichtigen Angelegenheiten annehme.

„Das Leben hat mich gelehrt alles selbstständig zu machen.“ (P-Frau A., Z.34-42)

Nicht um Hilfe bitten und keine Hilfe annehmen können:

Frau A, Frau E und Herr D geben an, nicht gerne um Hilfe zu fragen oder angebotene Hilfe anzunehmen.

„ich koche innerlich, wenn jemand etwas für mich tut“ ... (P-Frau A., Z.Z.35ff.)

Frau A könnte außerdem Nähe nicht gut zulassen.

„Der größte Teil liegt doch wohl an mir. Ich kann niemanden nahe lassen.“ (P-Frau A., Z.82)

Frau E habe immer versucht, alles mit sich selbst auszumachen und reflektiert über sich, schlecht Hilfe annehmen zu können (P-Frau E., Z.11ff; P-Frau E., Z.23f.).

Herr D habe beim Annehmen von Hilfe zum einen Schuldgefühle, „jemandem auf der Tasche liegen oder so“ (P-Herr D., Z.21ff.), zum anderen habe er Angst vor einer Absage der Hilfe bei Anfrage (P-Herr D., Z.28f.). Darüber hinaus habe Herr D bis zum Schluss versucht, seine Fassade aufrecht zu erhalten, was ebenfalls dazu geführt habe, keine Unterstützung zu erfragen oder zu erhalten.

„Ja, weil ich weiß dass ich sehr viel Wert drauf lege, dass diese Schale bis zum Ende erhalten bleibt. Nennen Sie das Schauspielerei. Jegliche Energie wird darauf verwendet die Fassade zu halten. Auch wenn der Bauch was anderes sagt hört der Kopf nicht darauf.“ (P-Herr D., Z.19ff.)

Soziale Kompetenzen:

Frau A und Frau C beschreiben eingeschränkte soziale Kompetenzen. Frau A falle es sehr schwer, anderen Menschen ihre ehrliche Meinung zu sagen (P-Frau A., Z.29-33). Frau C. könne schlecht Nein sagen, sei in ihrer Meinung zu wenig standhaft und lasse sich von anderen Menschen schnell beeinflussen. Außerdem falle es ihr schwer, sich von anderen Menschen abzugrenzen (P-Frau C., Z.78-81).

Gefühle:

Frau A beschreibt, sich während des Ausfüllens des F-SozU S-54 und bei der Betrachtung der Ergebnisse „gleichgültig“ gefühlt zu haben, weil sie sich an ihre soziale Situation mittlerweile gewöhnt habe.

„Ich lebe das jeden Tag.“ (P-Frau A., Z.)

Zerstreutheit:

Frau C erklärt, dass sie in belastenden Zeiten unter „Verpeiltheit“ leide und gerade deshalb umso mehr externe Strukturierung benötige (P-Frau C., Z.106f.).

Sich vorhandener sozialer Unterstützung nicht bewusst sein:

Frau E und Herr D beschreiben, dass sie sich ihrer vorhandenen sozialen Unterstützung nicht in vollem Umfang bewusst gewesen seien. Frau E sei beim Ausfüllen des F-SozU S-54 bewusst geworden, wie viel soziale Unterstützung sie eigentlich habe, was sie teilweise nicht so wahrgenommen habe (P-Frau E., Z.4ff.). Auch durch ihren Klinikaufenthalt sei ihr deutlich geworden, dass sie viel soziale Unterstützung erhalten habe (P-Frau E., Z.8f.).

Herr D habe seine soziale Situation im Rahmen der Krisensituation wie durch einen „negativen Spiegel“ betrachtet (P-Herr D., Z.4ff.).

Sozialer Rückzug:

Frau A, Frau C und Herr D berichten von ihrem sozialen Rückzug. Frau A habe sich von ihrem bestehenden Freundeskreis zurückgezogen, um von diesem nicht mehr verletzt werden zu können (P-Frau A., Z.82-85). Frau C ziehe sich in schweren Zeiten vermehrt zurück, obwohl sie eigentlich nicht gerne alleine sei (P-Frau C., Z.19-22). Manchmal fehle ihr auch die Überwindung, sich nach draußen zu begeben und eine Freundin zu treffen (P-Frau C., Z.48-51). Herr D. habe in der letzten Zeit viel Zeit im Bett verbracht (P-Herr D., Z.12f.).

Vergangenheitsbezogene Erfahrungen:

Negative Erfahrungen in der Vergangenheit:

Frau A, Herr B, Frau C und Herr D berichten ohne konkret danach gefragt zu werden von negativen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend. Frau C berichtet, dass das Verhältnis zu ihrer Mutter früher schwierig gewesen sei (P-Frau C., Z.16f.) und dass sie schwere Mobbing-Erfahrungen in der Schulzeit habe erleiden müssen (P-Frau C., Z.75f.). Herr B habe ebenfalls Mobbing-Erfahrungen in der Schule gemacht (P-Herr B., Z.25ff.). Herr D spricht von der Notwendigkeit, „das in der Vergangenheit Geschehene“ aufzuarbeiten (P-Herr D., Z.46-51). Frau A spricht davon, dass das Leben sie gelehrt habe, für sich selbstständig zu sorgen (P-Frau A., Z.34.42).

Positive Erfahrungen in der Vergangenheit:

Frau A, Frau C und Herr B berichten ohne konkret danach gefragt zu werden von positiven vergangenheitsbezogenen Erfahrungen. Frau A erinnere sich auch an gute Zeiten ihrer jetzt sehr belastenden Ehe (P-Frau A., Z.73f.). Frau C erzählt von ihren positiven Erfahrungen mit

ihrer Großmutter, die für sie bis zu deren Tod die Hauptbezugsperson gewesen sei (P-Frau C., Z.84f.).

„meine Oma hat einfach verstanden wie ich bin.“ (P-Frau C., Z.84)

Herr B berichtet davon, dass seine Freundin ihm in seiner Schulzeit zu mehr Selbstwert und Selbstbewusstsein verholfen habe (P-Herr B., Z.25-30).

Dysfunktionale Bewältigungsstrategien:

Frau C habe ihre soziale Belastungsfunktion mit Alkohol zu bewältigen versucht, um abzuschalten und entspannter zu werden.

Sie habe versucht, mit Alkohol „abzuschalten“, weil sie dadurch cooler und lockerer und lustiger sei, teilweise habe sie aus Ärger getrunken, oder um abzuschalten und nicht über alles nachdenken zu müssen, was andere Menschen ihr angetan hätten. (P-Frau C., Z.34ff.)

6.4.4 Aussagen über Veränderungswünsche in Bezug auf die soziale Situation

Personenbezogene Veränderungswünsche

Selbstbehauptung:

Frau A und Frau C äußern den Wunsch, sich besser selbst zu behaupten, anderen Menschen standhaft ihre Meinung mitteilen und sich besser abgrenzen zu können.

Sie wolle standhafter sein in ihrer Meinung, wolle zu ihrer eigenen Meinung stehen können. Sie wolle sich besser gegenüber ihrem Vater abgrenzen können . . . (P-Frau C., Z.79-81)

Herr B berichtet von der Überlegung, sich räumlich von negativen sozialen Kontakten abzgrenzen, weil er keine Energie mehr habe und auch auf sich selbst achten wolle (P-Herr B., Z.62ff.).

Intensivierung positiver sozialer Beziehungen:

Frau A, Frau C und Herr D wünschen sich eine Intensivierung bestehender positiver sozialer Kontakte.

„Ich habe eigentlich viele Leute um mich herum, aber ich müsste mehr Kontakt haben“. (P-Frau A., Z.54f.)

Unabhängigkeit:

Frau C gibt an, gerne weniger auf andere Menschen angewiesen und sowohl finanziell als auch mobil selbstständiger sein zu wollen (P-Frau C., Z.53-55; P-Frau C., Z.78).

Hilfe annehmen lernen:

Frau C äußert den Wunsch an sich selbst, mehr ambulante sozialpsychiatrische Angebote anzunehmen (P-Frau C., Z.90f.).

Menschen besser einschätzen lernen:

Frau C wünsche sich, Menschen besser einschätzen zu können und frühzeitig zu erkennen, wenn diese ihr nicht gut tun, um sich distanzieren zu können (P-Frau C., Z.100ff.).

Soziale Unterstützung adäquat einschätzen lernen:

Herr D äußert den Wunsch, seine soziale Situation realistischer beurteilen zu können (P-Herr D., Z.32-36) als bisher durch den „negativen Spiegel“ (P-Herr D., Z.5f.), was aber auch damit zusammenhänge, die Kraft zu erlangen, seine soziale Situation tatsächlich zu verändern, um sie auch guten Wissens besser einschätzen zu können.

„Ja definitiv. Dass ich Dinge mindestens realistischer sehen kann und dass ich die Kraft habe es zu verändern, damit ich es guten Wissens besser einschätzen kann.“ (P-Herr D., Z.32f.)

Umgebungsbezogene Veränderungswünsche

Wünsche in Bezug auf soziale Unterstützung:

Herr B, Frau C, Frau E und Herr D äußern Veränderungswünsche hinsichtlich sozialer Unterstützung. Frau C wünsche sich wieder eine Vertrauensperson, wie sie es in ihrer verstorbenen Großmutter gehabt habe (P-Frau C., Z.83f.). Frau E hätte gerne Unterstützung durch ihre Familie, bezeichnet diesen Gedanken jedoch gleichzeitig als „Wunschvorstellung“. (P-Frau E., Z.52).

„Generell, dass ich jederzeit kommen könnte wenn ich Hilfe brauche, als allgemeine Stütze.“ (P-Frau E., Z.30f.)

Herr B äußert Wünsche der Unterstützung durch bestimmte öffentliche Behörden (P-Herr B., Z.61f.). Herr D wünsche sich von seinen Mitmenschen „mehr Verständnis und Neutralität im Sinne von Wertungsfreiheit“ (P-Herr D., Z.52ff.).

Wünsche in Bezug auf soziale Belastung:

In Bezug auf soziale Belastung äußerten Frau A und Herr B Veränderungswünsche. Frau A wünschte sich beim Betrachten ihres sozialen Atoms, dass es weniger von den belastenden Kontakten in ihrem Leben geben solle (P-Frau A., Z.93f.). Auch Herr B äußert den Wunsch der Lösung seiner sozialen Belastungssituation (P-Herr B., Z.62ff.).

Intensivierung des Kontaktes durch das persönliche Umfeld:

Frau C äußert den Wunsch, dass ihre sozialen Kontakte auch aktiver auf sie zugehen und sie beispielsweise öfter besuchen (P-Frau C., Z.56f.).

Verbesserung der Beziehung zu bestimmten Personen:

Frau E und Herr D äußerten den Wunsch einer Verbesserung der Beziehung zu bestimmten sozialen Kontakten. Bei Frau E sei dies hauptsächlich die Beziehung zu ihren Eltern (P-Frau E., Z.47f.). Herr D zeichnet die Personen, bei welchen er sich eine Intensivierung bestehender positiver Beziehungen wünsche in sein soziales Atom ein (vgl. 6.2).

Wünsche an Politik und Gesellschaft:

Herr D wünsche sich von der Gesellschaft „mehr Interesse an psychischen Erkrankungen“ (P-Herr D., Z.53f) und von der Politik „mehr Geld für zum Beispiel schnellere Therapeutentermine, schnellere Rehaplätze“ (P-Herr D., Z.55ff.).

6.4.5 Aussagen über soziale Unterstützung im professionellen Rahmen

Positive Erfahrungen mit dem Aufenthalt auf der Krisenstation

Kontakt zu Mitpatient*innen:

Offen nach den Wirkfaktoren des Aufenthaltes auf der Kriseninterventionsstation befragt schreiben alle interviewten Patient*innen ihren Mitpatient*innen einen großen Stellenwert zu. Frau A, Herr B und Herr D schildern den Eindruck, durch die Mitpatient*innen auf Station mehr Verständnis zu erhalten, als dies teilweise außerhalb der Klinik der Fall sei (P-Frau A., Z.113-116; P-Herr B., Z.89ff.; P-Herr D., Z.82-86).

„Die Mitpatienten. Die Mitpatienten sind ein sehr großes Potential. Du weißt einfach, dem Menschen musst du jetzt nicht erklären was du meinst. Egal bei welcher Diagnose, man hat Verständnis.“ (P-Herr D, Z.82ff.)

Herr D erzählt, auf der Station Menschen getroffen zu haben, mit denen er weiterhin Kontakt halten werde.

„Man trifft ein paar tolle Menschen, die einem bleiben. ... Ich hätte bei manchen Mitpatienten nie gedacht, was in denen steckt.“ (P-Herr D., Z.84ff.)

Herrn B zufolge sei das Wissen, mit seinen Problemen nicht alleine zu sein, hilfreich.

„Was man deutlich merkt ist, dass man nicht alleine ist. Andere haben auch Probleme.“ (P-Herr B., Z.89)

Frau A führt ebenfalls auf, das Leid in der Klinik mit anderen teilen zu können.

„Wir sitzen alle in einem Boot, zwar alle mit unterschiedlichen Problemen, aber alle leiden“. (P-Frau A., Z.111f.)

Außerdem könne man Herrn B zufolge von der Art und Weise, wie Mitpatient*innen mit deren Situation umgehen, lernen.

„Vor allem auch durch die Mitpatienten, weil man die Art und Weise wie andere mit ihrer Situation umgehen reflektieren kann und überlegen kann, wie kann ich das auf mich übertragen?“ (P-Herr B, Z.84ff.)

Hilfreich sei zudem die Erkenntnis, dass es anderen Menschen schlechter gehe und diese Menschen ausstrahlen, trotzdem weiterzumachen.

„dass andere noch schlimmer dran sind aber ausstrahlen, dass es sich lohnt weiterzumachen.“ (P-Herr B., Z.87f.)

Frau E habe es geholfen, auf der Station in einer Gemeinschaft zu sein, in der sie über ihre Probleme habe reden können und abgelenkt worden sei (P-Frau E., Z.63-66).

„Die Gemeinschaft durch die Mitpatienten, weil ich mich in letzter Zeit sehr zurückgezogen hab` auch von Freunden und so und hier gemerkt habe, was das einem gibt.“ (P-Frau E., Z.63f.)

Auch Frau C finde das Zuhören der Mitpatient*innen und die Umgebung von liebevollen Menschen hilfreich (P-Frau C., Z.112f.).

Tagesstruktur:

Frau C, Herr D und Frau E schätzten die im Stationsalltag vorhandene Tagesstrukturierung mit geregelten Therapie- und Essenszeiten als hilfreich ein (P-Frau C, Z.106f.; P-Frau E., Z.60; P-Herr D., Z.69).

Gespräche mit Professionellen:

Frau A, Herr D und Frau E fanden Gespräche mit Professionellen auf der Station hilfreich. Frau E erwähnt hierzu die diagnostischen und psychoedukativen psychologischen Gespräche, durch welche sie herausgefunden habe, welche Diagnose sie habe, wodurch sie ihr Verhalten habe verstehen können und Wissen über den Umgang vermittelt bekommen habe (P-Frau E, Z.57ff.).

Herrn D habe geholfen, dass in Gesprächen eine neue Sichtweise angeboten und man zu nichts gezwungen worden sei.

„Dinge werden angestoßen, ohne dass Dinge aufgerissen werden.“ Es sei eine „Einladung zu einer neuen Sichtweise“. Man werde „abgeholt wo man steht“ und es wird nicht gezwungenermaßen aufgezeigt, wo es hingehet, was er gut finde. (P-Herr D., Z.76ff.)

Bezogen auf Gespräche mit der Sozialarbeiterin habe Herr D „ein offenes Ohr, das Angebot der Mithilfe und die daraus entstehende Sicherheit“ als hilfreich empfunden (P-Herr D., Z.71f.).

Abstand:

Herr B, Frau C und Herr D benannten den durch die Aufnahme in der Klinik entstandenen Abstand vom Alltag als hilfreich.

„Sich ausruhen können, die problematische Umgebung von zu Hause nicht haben.“ (P-Frau C., Z.111)

„Abstand. Von allem abgeschirmt sein mehr oder weniger.“ (P-Herr B., Z.74)

Neben der mit dem Abstand verbundenen Ruhe nutzte Frau C den Abstand, um wieder Energie zu schöpfen, um mit der Gesellschaft außerhalb der Klinik zurechtzukommen.

In der Klinik soll man „wieder stark gemacht werden um gegen die Außenwelt anzukommen“. (P-Frau C., Z.112-116)

Herr D nutzt die Metapher der „Käseglocke“, um den Abstand vom Alltag, die eigene Tagesstrukturierung und Aktivität in der Klinik zu beschreiben.

„Weg vom Alltag unter der Käseglocke, wenn man mehr macht als nur im Bett liegen findet man mehr Zutrauen durch sich selbst.“ (P-Herr D., Z.12f.)

Ruhe und Rückzug:

Frau A, Herr B, Frau C und Herr D benannten Ruhe und Rückzug als für die Behandlung auf der Krisenstation hilfreich (P-Frau A, Z.104ff.; P-Frau C, Z.111; P-Herr B, Z.89ff.; P-Herr D, Z.70).

Möglicher Rückzug im Zimmer oder im Park. „Dass man nicht eingesperrt ist.“ (P-Herr D., Z.70)

Therapeutische Methoden:

Frau A und Frau E hätten von speziellen therapeutischen Angeboten profitiert.

Frau A führt allgemein psychotherapeutische Strategien, die sie im Rahmen von Gruppenangeboten kennengelernt habe (P-Frau A, Z.115f.) auf.

Frau E habe besonders davon profitiert, in Einzelgesprächen sowie in einem Gruppenangebot für Borderlinepatient*innen konkrete Methoden zum Umgang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung kennengelernt zu haben und dadurch zu wissen, dass es einen Umgang mit der Erkrankung gibt (P-Frau E., Z.67f.; P-Frau E., Z.70ff.).

Aktivierung:

Frau A (P-Frau A, Z.104ff.), Herrn D und Frau E habe die Aktivierung in der Klinik geholfen. Herrn D zufolge finde man durch vermehrte Aktivität „mehr Zutrauen durch sich selbst“ (P-Herr D., Z.12f.). Frau A habe über die Angebote neue und alte Hobbies (wieder-)entdeckt (P-Frau E., Z.61f.).

Freundliche Annahme durch das Personal:

Frau A und Frau C (P-Frau C., Z.112) erwähnten den freundlichen Umgang des Personals mit den Patient*innen als hilfreich, zum Beispiel mit einem Lächeln empfangen zu werden (P-Frau A., Z.107f.).

Psychische Stabilisierung:

Frau C., welche bereits mehrere Aufenthalte im KPPPM hatte, berichtete im Interview, durch Klinikaufenthalte stabilisiert zu werden, woraufhin es ihr nach Entlassung für eine Weile wieder besser gehe.

„die Therapie rüttelt den Kopf wach“ (P-Frau C., Z.92f.)

Unterstützung durch die Sozialarbeiterin:

Herr B, Frau C, Herr D und Frau E beschreiben die Unterstützung durch die Sozialarbeiterin als hilfreich.

„Ein offenes Ohr, das Angebot der Mithilfe und die daraus entstehende Sicherheit.“ (P-Herr D, Z.71f.)

Dabei werden sowohl die konkrete praktische Unterstützung (P-Frau C., Z.108ff.; P-Frau E., Z.73f.; P-Herr D., Z.71-75),

Es sei eine Erleichterung, dass sie Unterstützung im Umgang mit ihrem Arbeitgeber erhalten habe und nicht alles alleine habe schaffen müssen. (P-Frau E., Z.73f.)

als auch das Beistehen und die gemeinsame Bewältigung schwieriger Lebenssituationen benannt,

„zusammen Durchstehen von schwierigen Phasen“. (P-Frau C., Z.108f.)

woraus das Gefühl entstanden sei, mit der Problembewältigung nicht alleine zu sein (P-Frau C., Z.108ff.; P-Frau E., Z.73f.; P-Herr B., Z.94f.; P-Herr D., Z.71-75).

Auch wenn nicht viel an der Situation verändert werden konnte. „Sie haben's versucht, und das ist mehr als man erwarten kann.“ (P-Herr B., Z.94f.)

Hilfe annehmen lernen und sich einlassen:

Herr B, Herr D und Frau E gaben als hilfreich ein, sich auf die Behandlung in der Klinik einzulassen (P-Herr D., Z.68)“

„Vor allem dadurch, dass ich mich wirklich drauf eingelassen hab.“ (P-Herr B., Z.84)

Frau E habe während des Aufenthaltes gelernt, Hilfe anzunehmen (P-Frau E., Z.8-14).

Abbau von eigenen Vorurteilen in Bezug auf psychische Erkrankungen:

Frau E gab an, selbst Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen während des Aufenthaltes abgebaut zu haben, was ihr die Sicht auf ihre eigene Diagnose erleichtert habe.

„Man hat andere gesehen, die dasselbe haben, die ganz normal ausgesehen haben. Vorher hab` ich mich immer gefühlt wie so ein Alien.“ (P-Frau E., Z. 69f.)

Medikation:

Herr B schätzt, dass ihm die Medikation gegen Gedankenkreisen und Erschöpfung geholfen habe (P-Herr B., Z.75f.).

Antrieb:

Herr B gibt an, durch den Aufenthalt auf der Krisenstation wieder Antrieb erhalten zu haben, was er darauf zurückführt, dass er während des Aufenthaltes eine Entscheidung für sich getroffen habe, womit er an Sinn gewonnen habe.

„Die Sinnlosigkeit ist zurückgegangen. Ich habe nicht mehr das Gefühl, dass alles was ich gemacht habe keinen Sinn hat.“ (P-Herr B., 77ff.)

Aufbau von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit:

Herr B und Herr D (P-Herr D., Z.12f.) hätten durch den stationären Aufenthalt wieder mehr Vertrauen in sich selbst gewonnen.

„gelernt, mir wieder mehr zuzutrauen, dass ich mein Leben wieder selbst in der Hand habe und nicht die Situation mich in der Hand hat. Ich habe zwar keinen Einfluss auf die Situation, aber auf mein Leben, und nicht umgekehrt.“ (P-Herr B., Z.80ff.)

Positive Erfahrungen mit externen professionellen Unterstützungsangeboten:

Frau C habe bereits Erfahrungen mit stationären psychotherapeutischen Aufenthalten in anderen Kliniken gemacht, welche sie eine Zeit lang stabilisiert hätten (P-Frau C., Z.91ff.) und wodurch sie etwas besser Nein-Sagen gelernt habe (P-Frau C., Z.26f.). Hilfreich sei auch gewesen, dass im Rahmen von Klinikaufenthalten aufgefrischt werde, was sie bereits gelernt habe, zum Beispiel Skills anzuwenden und an sich selbst zu glauben (P-Frau C., Z.94ff.).

Negative Aspekte professioneller psychosozialer Unterstützung:

Frau C, Herr D und Frau E beschreiben negative Aspekte der professionellen sozialen Unterstützung der Krisenstation.

Frau C habe die Erfahrung gemacht, dass sie nach Klinikaufenthalten zwar eine Weile stabil sei, dass die Stabilität im Alltag dann jedoch wieder nachlässe (P-Frau C., Z.91-94).

Frau E äußerte die Kritik, dass auf der Krisenstation Psycholog*innengespräche nicht planmäßig bei allen Patient*innen stattfinden, sondern dass es in den meisten Fällen einer Anfrage bedarf, was manchen Patient*innen eventuell nicht leicht falle (P-Frau E., Z.76ff.).

Herr D merkt kritisch an, dass die vier Wochen Maximalaufenthalt zu kurz seien, um all seine sozialen Probleme zu lösen und dass er sich zu Hause trotz ambulanter Unterstützungsangebote wieder auf sich alleine gestellt fühle.

„zu Hause kann ich dann, wenn ich einen Brief ... bekommen habe nur sagen ,scheiße, Frau M. ist nicht da‘.“ (P-Herr D., Z.73ff.)

Außerdem kritisiert Herr D die durch die langen Wartezeiten im ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssystem entstehende Unsicherheit.

Wenn man aber nach den vier Wochen Maximalaufenthalt aufgrund langer Wartezeiten noch keine ambulante Weiterbehandlung habe ... sei die Zeit dazwischen „von Unsicherheit geprägt“. (P-Herr D., 76-81)

Wünsche in Bezug auf professionelle psychosoziale Unterstützung

Vermittlung von Hilfeangeboten:

Nach Wünschen professioneller Unterstützung befragt antworten Frau A und Herr D mit dem Wunsch, weiterführende adäquate professionelle Unterstützungsangebote vermittelt zu bekommen (P-Frau A., Z.97ff.; P-Herr D., Z.54f.; P-Herr D., Z.46-51). Frau A wünsche sich speziell Unterstützung beim Aufbau und Aufrechterhalten verständnisvoller Freundschaften außerhalb der Klinik, wie sie es auf der Krisenstation erlebt habe.

Hilfen im Alltag:

Frau C wünsche sich Unterstützung im Alltag, um regelmäßig an die Anwendung der Strategien erinnert zu werden, die sie bereits gelernt habe (P-Frau C. Z.97f.).

Unterstützung beim Aufbau sozialer Kompetenzen:

Frau E wünsche sich Unterstützung bei einer angemessenen Nähe-Distanz-Gestaltung zu ihrer Familie (P-Frau E., Z.33ff.). Frau C benötige Unterstützung beim adäquaten Einschätzen von Menschen, um frühzeitig zu erkennen, wenn ihr Menschen nicht gut tun, und zu lernen, sich von diesen zu distanzieren (P-Frau C., Z.100ff.).

Nachdem nun die Inhalte der Interviewprotokolle nach Ober- und Unterkategorien aufbereitet deskriptiv dargestellt wurde, werden im nachfolgenden Kapitel aus diesen Ergebnissen der problemzentrierten Interviews Hypothesen generiert.

6.5 Ergebnisdiskussion und Hypothesenbildung

Aus der unter dem vorhergehenden Gliederungspunkt beschriebenen Ergebnisdarstellung der Interviewauswertung des qualitativen Forschungsteils können zur Beantwortung der Forschungsfragen einige Hypothesen abgeleitet werden, welche im Folgenden dargestellt werden.

6.5.1 Individuelle Bedeutung sozialer Unterstützung und Belastung in Bezug auf die Krisensituation

Ähnlich wie im Theorieteil der vorliegenden Thesis herausgearbeitet benennen alle Patient*innen außer Frau A einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Krisenentwicklung (vgl. 6.4.1; 2.3.4), Herr B, Frau C und Herr D sehen außerdem einen direkten Zusammenhang zwischen deren sozial belastender Situation und deren Krisenentwicklung (vgl. 6.4.2).

“Aber wenn man den Fragebogen [F-SozU S-54] ehrlich beantwortet, steckt da viel drin was einen auch hierhergeführt hat.“ (P-Herr D., Z.7f.)

Hypothese: Sowohl personen- als auch beziehungs- und umgebungsbezogene Faktoren beeinflussen die individuelle Ausprägung sozialer Unterstützung.

Frau A, deren soziale Unterstützung im F-SozU unterdurchschnittlich ausgeprägt ist, schildert Ängste vor dem Verständnis ihrer Mitmenschen in Bezug auf ihre depressive Erkrankung, was wiederum zu Vermeidungsverhalten in Form sozialen Rückzugs führt (P-Frau A., Z.90). Diese Angst entstehe wiederum auf beziehungsbezogener Ebene unter anderem durch den Vertrauensbruch einer guten Freundin und auf umgebungsbezogener Ebene unter anderem der Erfahrung des Unverständnisses durch ihre Freund*innen und Bekannten in Bezug auf ihre soziale Belastungssituation und ihre psychische Verfassung (P-Frau A., Z.14f.; P-Frau A., Z.7-11). Durch den aus dieser Erfahrung resultierenden sozialen Rückzug sowie personenbezogenen Eigenschaften, generell schlecht Hilfe annehmen (P-Frau A., Z.35ff.) und kaum Nähe zulassen zu können (P-Frau A., Z.82) sowie aufgrund Erfahrungen, im eigenen Leben lieber selbstständig zu sein (P-Frau A., Z.34-42) kann es zu einem „Teufelskreis“ zwischen sozialem Rückzug, fehlender Kommunikation über die eigene Situation und einer Verstärkung des Unverständnisses des sozialen Umfeldes kommen. Diese reziproken personen- und um-

gebungsbezogenen Barrieren sozialer Unterstützung erinnern an die kontextuellen Barrieren (dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen anderer Personen) und personenabhängigen Barrieren (Rückzug: niedriges Selbstwertgefühl, Angst vor Kritik, Erwartungen, dass andere nicht helfen) nach Pearson (1997; vgl. 2.3.2).

Neben Frau A berichten auch Herr B, Frau C und Herr D direkt von negativen Erfahrungen mit sozialen Beziehungen in der Vergangenheit (P-Frau C., Z.16f.; P-Frau C., Z.75f.; P-Herr B., Z.25ff.; P-Herr D., Z.46-51) und bei Frau E kann angesichts ihrer schlechten Beziehung zu ihren Eltern (P-Frau E., Z.38f.) sowie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ebenfalls auf negative beziehungsbezogene Erfahrungen in der Vergangenheit geschlossen werden (vgl. 2.3.2), wobei keine konkreteren Informationen vorliegen. Daneben kann eine schlechte psychische Verfassung an sich ebenfalls zu sozialem Rückzug führen (P-Frau C., Z.19-22; P-Herr D., Z.12f.).

Frau E., bei welcher die soziale Unterstützung eigentlich überdurchschnittlich ausgeprägt ist gab auf personenbezogener Ebene ebenso wie Frau A an, schlecht Hilfe erbitten zu können und erst nach der Eskalation ihrer Situation in einer Krise im Rahmen des stationären Aufenthaltes gelernt und davon profitiert zu haben, ihrem bestehenden sozialen Umfeld von ihrer Krisensituation zu berichten und Hilfe anzunehmen (P-Frau E., Z.11ff.; P-Frau E., Z.23f.; P-Frau E., Z.8-14; vgl. 2.3.2: Pearson, 1997; Brähler et al., 2007).

Darüber hinaus können Menschen in Krisensituationen ihre soziale Unterstützung aus einer negativeren Sichtweise betrachten, wie es Herr D, dessen Werte sozialer Unterstützung im F-SozU unterdurchschnittlich ausgeprägt sind, bei sich festgestellt habe (P-Herr D., Z.5f.). Gleichzeitig gibt er jedoch an, dass seine Ergebnisse des F-SozU direkt mit der Notwendigkeit der stationären Aufnahme in Verbindung stünden (P-Herr D., Z.7f.), was wiederum darauf schließen lässt, dass die unterdurchschnittlichen Ergebnisse des F-SozU nicht nur dem in der Krisensituation negativer ausgeprägten Blick geschuldet zu sein scheinen.

Herr D gab an, sowohl nicht in der Schuld anderer Menschen stehen zu wollen als auch Angst vor der Absage der Hilfe zu haben (P-Herr D., Z.21ff.; P-Herr D., Z.28f.; vgl. 2.3.2: Pearson, 1997; Brähler et al., 2007). Außerdem habe er so lange wie möglich seine Fassade, alles selbstständig bewältigen zu wollen und in einer guten psychischen Verfassung zu sein, aufrecht erhalten wollen (P-Herr D., Z.19ff.), was die Anfrage und Annahme von Hilfe auf personenbezogener Ebene verhindert zu haben scheint. Selbst bei Vorhandensein positiver und potentiell unterstützender sozialer Kontakte können also personenbezogene Faktoren soziale Unterstützung durch das positive Umfeld verhindern, was besonders bei Frau E deutlich wird, deren Ausprägung sozialer Unterstützung im F-SozU eigentlich überdurchschnittlich ist, die

aber nicht auf diese Unterstützung habe zugreifen können. Gerade bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist hierbei mitunter ein Blick auf das Bindungsverhalten zentral, da Bindungssicherheit in engem Zusammenhang mit sozialen Kompetenzen, Kohärenzgefühl, gelingender Stressverarbeitung und einem Gefühl von Sicherheit steht (vgl. 2.3.1).

Auf umgebungsbezogener Ebene wurde unter anderem bei Herrn B deutlich, dass er sich von sozialstrukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nicht ausreichend unterstützt fühlt, was ein Gefühl der Kontroll- und Sinnlosigkeit ausgelöst habe (vgl. P-Herr B., Z. 68ff.; 78f.).

Hypothese: Soziale Unterstützung kann soziale Belastung bis zu einem gewissen Punkt kompensieren und vor einer belastungsbedingten Krisenentwicklung schützen.

Alle interviewten Patient*innen außer Herr B, welcher sich dazu nicht äußert, beschreiben eine von ihrem familiären Umfeld ausgehende soziale Belastung (u.a. P-Frau A., Z.73-80; P-Frau C., Z.64-66; P-Frau C., P-Herr D., Z.48-51; P-Frau E., Z.38-44), selbst Frau E, bei welcher im F-SozU die Skala der sozialen Belastung als unauffällig zu werten ist. Herr B und Frau C führen ihre Krisenentwicklung direkt auf ihre soziale Belastungssituation zurück (P-Frau C., Z.3-10; P-Herr B., Z.56), wobei auch bei Herrn B die F-SozU-Skala für soziale Belastung nicht auffällig ist. Herr D sieht einen allgemeinen Zusammenhang zwischen seinen F-SozU-Werten und der Notwendigkeit der stationären Aufnahme (P-Frau D., Z.7f.). Herr B beschreibt eine von Behörden und bestimmten Personen in seinem sozialen Umfeld ausgehende chronische soziale Belastung, aus welcher die Krise und die stationäre Aufnahme resultiert sei.

Festgehalten werden kann, dass eine hohe soziale Belastung demnach zur Entwicklung einer stationär behandlungsbedürftigen Krise führen kann.

Bei Herrn B hätten seine Freund*innen ihn über mehrere Jahre hinweg bei seiner sozial belastenden Situation unterstützt, geschützt, sein Gefühl des Kontrollverlusts abgemildert und somit die Krisenentwicklung hinausgezögert (P-Herr B., Z.53-56). Hoher sozialer Rückhalt hat offenbar trotz bestehender hoher sozialer Belastung bei Herrn B zu niedrigen Werten in der Skala sozialer Belastung im F-SozU S-54 geführt (vgl. F-SozU Werte + Protokoll Herr B.). Dauert eine starke soziale Belastung lange an und zeigt sich keine Perspektive einer eigenständigen Bewältigungsmöglichkeit, so kann soziale Unterstützung die Krisenentwicklung unter Umständen nicht mehr verhindern, wie es letztlich bei Herrn B der Fall gewesen sei (P-Herr B., Z.56; vgl. 3.2: Stein, 2009; Kunz et al., 2007).

„Irgendwann kamen einfach zu viele Schläge auf einmal.“ (P-Herr B., Z.56)

Gerade leichtere Formen der Depression, wie bei Herrn B vorliegend, können durch belastende äußere Umstände ausgelöst werden (vgl. 3.2: Richter, 2003).

An dieser Stelle kann sicherlich ein Zusammenhang zum Kohärenzgefühl im Rahmen des Salutogenesekonzeptes (vgl. 3.2: Antonovsky, 1997) hergestellt werden. Bei Herrn B scheint das Gefühl zu bestehen, dass Stressoren weder vorhersehbar noch erklärbar sind, dass nicht ausreichend interne oder externe Ressourcen zur Verfügung stehen, um die Stressoren bewältigen zu können und dass das Engagement zur Bewältigung der Situation nicht zielführend und lohnend ist. Er spricht selbst von einem Gefühl der Sinnlosigkeit und des Kontrollverlustes (P-Herr B., Z.69; P-Herr B., Z.78f.).

Hypothese: Die stationäre Behandlung einiger Patient*innen hätte verhindert werden können, wenn soziale Unterstützung verfügbar gewesen wäre.

Dabei spielt es offenbar keine Rolle, ob aus umgebungs- oder personenbezogenen Gründen keine soziale Unterstützung verfügbar war. Frau C., welche eine diagnostizierte Borderline-Erkrankung hat und bei welcher die soziale Unterstützung im F-SozU unterdurchschnittlich ausgeprägt ist, führt ihre phasenweise vorhandene psychische Stabilität direkt auf das Vorhandensein vertrauensvoller Personen zurück (P-Frau C., Z.98f.). Ihr informelles soziales Umfeld scheint jedoch allgemein wenig unterstützend. Als unterstützende Personen benennt sie lediglich ihre Mutter, durch welche sie mittlerweile praktische Unterstützung erhalte, jedoch keine emotionale Unterstützung in der Rolle einer Bezugsperson (P-Frau C, Z.17f.).

Auch Herr D gibt an, dass die Ergebnisse des F-SozU (geringe soziale Unterstützung, hohe soziale Belastung) in direktem Zusammenhang mit der Notwendigkeit der stationären Behandlung stünden, wobei er nicht näher darauf eingeht (P-Herr D., Z.7f.).

Frau E, bei welcher ebenfalls eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, die jedoch insgesamt eine gute und zum Teil überdurchschnittliche Ausprägung sozialer Unterstützung im F-SozU hat, schätzt, dass sie stabiler wäre, wenn sie nicht nur Unterstützung durch ihren Freundeskreis sondern auch durch ihr familiäres Umfeld hätte (P-Frau E., Z.51ff.). Frau E habe jedoch erst während des Aufenthaltes realisiert, wie viel Unterstützung, Rückhalt und Verständnis sie durch ihren Freundeskreis und ihren Partner eigentlich habe (P-Frau E., Z.8ff.) und habe gelernt, Hilfe sowohl vom Freundeskreis als auch von Fachleuten anzunehmen (P-Frau E., Z.11ff.). Hätte sie soziale Unterstützung im Vorfeld der stationären Aufnahme annehmen können, hätte der Klinikaufenthalt ihrer eigenen Einschätzung nach wahrscheinlich verhindert werden können (P-Frau E., Z.20-24). Dies deckt sich mit empirischen Erkenntnissen, dass Personen, die sich in Krisen Unterstützung suchen weniger Risiken

ausgesetzt sind als Personen, die abgeneigt sind, sich Hilfe zu suchen, aber auch nicht auf ihre eigenen Bewältigungskompetenzen vertrauen können (vgl. 2.3.2: Brown, 1978).

6.5.2 Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Verhältnissen und dem subjektiven Wohlbefinden

Außer Frau E berichten alle Patient*innen in den Interviews ohne direkt danach gefragt zu werden von durch die Gesellschaft ausgehenden Belastungsfaktoren, darunter das Gefühl einer allgemeinen *menschlichen Kälte* (P-Frau C., Z.112-116), *des Unverständnisses, fehlenden Interesses und der Intoleranz gegenüber psychischen Erkrankungen* (P-Frau A., Z.113f.; P-Frau A., Z.87-90; P-Herr B., Z.12-15; P-Frau C., Z.37-40; P-Herr D., Z.52ff.), *einer Stigmatisierung der Andersartigkeit* (P-Frau C., Z.114f.) sowie einer *gesellschaftlichen Leistungsorientierung* (P-Frau B., Z.89f.).

Hypothese: Patient*innen der Kriseninterventionsstation erleben von der Gesellschaft ausgehende Belastungsfaktoren.

Diese Feststellungen werden durch die Patient*innen in den meisten Fällen in Zusammenhang mit Berichten über die positiven Faktoren der Klinik getroffen. Im Zuge dessen wird von einer Entlastung von den beschriebenen durch die Gesellschaft ausgehenden Belastungsfaktoren im Rahmen des Klinikaufenthaltes berichtet. Frau A (P-Frau A., Z.113f.) und Frau C unterscheiden zwischen einer Unterschiedlichkeit der Menschen innerhalb (drinnen) und außerhalb (draußen) der Klinik. Frau A berichtet, in ihrem Leben außerhalb der Klinik nicht verstanden zu werden, was ihr auch „so viele“ Mitpatient*innen bestätigt hätten (P-Frau A., Z.113f.). Frau C zufolge seien in der Klinik

„viele liebevolle Menschen im Vergleich zu draußen. Leute werden von draußen fertiggemacht. Die Menschen draußen sind hart, die drinnen weich“ (P-Frau C., Z.112-115).

Sie schreibt der Klinik sogar die Aufgabe zu, sich von der Außenwelt erholen zu können und wieder stark gemacht zu werden, um mit den gesellschaftlichen Bedingungen zurechtkommen zu können (P-Frau C., Z.115f.).

In der Klinik soll man „wieder stark gemacht werden um gegen die Außenwelt anzukommen“ (P-Frau C., Z.115f.).

Aus dem Theorieteil dieser Arbeit geht hervor, dass besonders Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen vom Nachteil der gesellschaftlichen Entwicklungen der Postmoderne betroffen sind und deshalb besondere Unterstützung (vgl. 1.5: Geißler-Piltz et al., 2005) beim Umgang mit den individuellen multiplen Lebensgestaltungsspielräumen (vgl. 1.2), der

beschleunigten Lebensweise (vgl. 1.4) und dem gesellschaftlichen Werte- und Lebensstilpluralismus (vgl. 1.1) benötigen. Allerdings zeigen die Wahrnehmungen der im qualitativen Teil dieser Arbeit interviewten Patient*innen, dass auch Menschen, die (noch) nicht an chronischen psychischen Erkrankungen leiden (Herr B & Frau E: vgl. 6.2: Diagnosen + Aufenthaltshäufigkeit), sich von gesellschaftlichen Entwicklungen so belastet fühlen, dass hierdurch eventuell die Krisenentwicklung begünstigt worden sein könnte (vgl. 1.5: Dehmel, 2008; Lutz, 2014; Böhme, 2009; Gerisch & Kling, 2009; Hurrelmann, 2012b) und diese Patient*innen zumindest deutlich von der Auszeit unter der „Käseglocke“ (P-Herr D., Z.12) der Klinik profitieren. An dieser Stelle kann wieder ein Zusammenhang zu den kontextuellen Barrieren sozialer Unterstützung (vgl. 2.3.2: Pearson, 1997: Inkompetenz der Gesellschaft, Begrenzte gesellschaftliche Ressourcen) hergestellt werden. Herr B schildert den Eindruck, dass soziale Unterstützung in der heutigen Gesellschaft abgenommen habe (P-Herr B., Z.12-15). Eventuell kann Herrn Bs subjektiver Eindruck einer abnehmenden sozialen Unterstützung in der Gesellschaft mit der Verlagerung sozialer Unterstützung von der Familie auf haushaltsübergreifende Hilfebeziehungen zwischen Freund*innen und der Gemeinschaftsbildung als individuell zu erbringender Leistung in Verbindung gebracht werden (vgl. 1.3: Peuckert, 2005), vielleicht hat die informelle Unterstützung in der postmodernen Gesellschaft jedoch auch, wie von Herrn B postuliert, tatsächlich abgenommen, was im Rahmen dieser Arbeit nicht überprüft werden kann.

6.5.3 Für die Krisenbewältigung hilfreiche Faktoren der Behandlung auf der Krisenstation

Alle Patient*innen schreiben - nach den Wirkfaktoren des Aufenthaltes auf der Krisenstation befragt - ihren Mitpatient*innen einen großen Stellenwert zu.

Hypothese: Die Mitpatient*innen spielen für die psychische Stabilisierung auf der Kriseninterventionsstation eine bedeutende Rolle.

Während der Interviews entstand bei der Autorin teilweise der Eindruck, dass für einige Patient*innen die durch die Mitpatient*innen ausgehende fürsorglich unterstützende Gemeinschaft eine subjektiv größere Bedeutung bei der Krisenbewältigung und Stabilisierung darzustellen scheint, als konkrete psychotherapeutische Methoden an die Hand zu bekommen. Der Stellenwert dieser beiden Wirkfaktoren hängt sicherlich von individuellen personen- und umgebungsbezogenen Faktoren wie beispielsweise der Gruppensituation auf der Station, der individuellen Krisensituation und der individuellen Symptomatik und Erkrankung ab. Herr B beispielsweise führt das nach seinen Angaben im Rahmen des Klinikaufenthaltes erlangte

Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitsgefühl vor allem auf die Mitpatient*innen zurück (P-Herr B., Z.84-88). Frau E benannte das erlernen konkreter psychotherapeutischer Techniken wie Psychoedukation und die Anwendung von Skills zum Umgang mit ihrer Borderline-Persönlichkeitsstörung als hilfreich, weil ihr hierdurch die Hoffnungslosigkeit vor der Bewältigung der Symptomatik genommen worden sei (P-Frau E., Z.67f; P-Frau E., Z.70ff), womit wiederum eine erhöhte Selbstwirksamkeit und Handhabbarkeit (vgl. 3.2: Kohärenzgefühl) verbunden sind. Bei beiden Patient*innen ergab sich im F-SozU eine eher überdurchschnittliche soziale Unterstützungssituation, jedoch unterscheiden sie sich mindestens hinsichtlich ihrer psychiatrischen Symptomatik.

In Bezug auf die vorhergehende Gliederungsziffer wird den Mitpatient*innen von drei Interviewten mehr Verständnis beigemessen, als den Menschen außerhalb der Klinik (P-Frau A., Z.113-116; P-Herr B., Z.89ff.; P-Herr D., Z.82-86). Weiter sei hilfreich, dass man sich unter Mitpatient*innen in einer unterstützenden Gemeinschaft befindet, in welcher man über Probleme reden könne und Menschen um sich herum habe, die zuhören (P-Frau C., Z.112f.; P-Frau E., Z.63-66). Gerade bei Menschen, denen es in der alltäglichen sozialen Umgebung schwer fällt, Vertrauen aufzubauen, um Hilfe zu fragen und die sich sozial stark zurückgezogen haben (Frau A, Herr D, Frau E), scheint die Umgebung von Menschen, die sich ebenfalls in schwierigen Lebenssituationen befinden den Zugang zu formellen Hilfeleistungen zu erleichtern.

„Was man deutlich merkt ist, dass man nicht alleine ist. Andere haben auch Probleme.“ (P-Herr B., Z.89)

Durch die Gemeinschaft der Mitpatient*innen, welche sich alle in einer Krise, wenn vielleicht auch unterschiedlicher Art, befindenden, kann das Gefühl entstehen, mit seinen Problemen nicht alleine zu sein (P-Herr B., Z.89; vgl. 4.1: Menzel & Schleuning, 2007). Teilweise kann es sogar Mut machen, sich mit Menschen zu umgeben, welche subjektiv größere Probleme haben und trotzdem nicht aufgeben, an einer Verbesserung ihrer Situation zu arbeiten (P-Herr B., Z. 87f.). Man könne von der Art und Weise, wie Mitpatient*innen mit ihrer Krisensituation umgehen lernen, indem man überlege, welche Lösungsstrategie man gegebenenfalls auf die eigene Situation übertragen kann (P-Herr B., Z.84ff.; vgl. 2.3.2: Pearson, 1997: Abbau von Unterstützungsbarrieren durch korrigierende Erfahrungen in Form direkter und stellvertretender Erfahrungen). Frau E gibt an, durch den Kontakt mit anderen Borderline-Patient*innen Vorurteile in Bezug auf die Diagnose abgebaut zu haben, indem sie gemerkt habe, dass sie nicht alleine sei und andere Borderline-Patient*innen einfach ganz normal aus-

gesehen hätten (P-Frau E., Z.69f.; vgl. 2.3.2: Pearson, 1997: Abbau von Unterstützungsbarrieren durch Aufdecken von dysfunktionalen Anschauungen).

„Man hat andere gesehen, die dasselbe haben, die ganz normal ausgesehen haben. Vorher hab ich mich immer gefühlt wie so ein Alien.“ (P-Frau E., Z. 69f.)

Auf der Station ist es möglich, Mitpatient*innen kennenzulernen, mit welchen sich die Patient*innen so gut verstehen, dass sie auch nach dem Klinikaufenthalt noch Kontakt halten wollen (P-Herr D., Z.84ff.), sodass die Station einen Raum darstellen kann, in welchem dauerhafte Freundschaften und Bekanntschaften zwischen Menschen geknüpft werden können, die eine gleiche Erfahrung gemacht haben und das Gefühl haben, sich gegenseitig besser verstehen und akzeptieren zu können, als es die Menschen außerhalb der Klinik zu tun scheinen.

Frau A wünsche sich von Professionellen Personen Unterstützung beim Aufbau und bei der Aufrechterhaltung verständnis- und vertrauensvoller Freundschaften außerhalb der Klinik in der Art und Weise, wie sie es auf der Station erlebt habe (P-Frau A., Z.97ff.).

Hypothese: Der Abstand vom sozial belastenden Lebensumfeld hilft den Patient*innen der Krisenstation dabei, zur Ruhe zu kommen und sich von der Distanz aus mit Unterstützung auf die Krisenbewältigung zu konzentrieren.

Alle Patient*innen außer Frau E schilderten Abstand und Ruhe vom belastenden Lebensalltag als entlastend und im Rahmen der Krisenintervention wirkungsvoll (P-Frau A., Z.104ff.; P-Herr B., Z.74; P-Herr B., Z.89ff.; P-Frau C., Z.111-116; P-Herr D., Z.70). Der vom Stationspersonal häufig gebrauchte Vergleich der Station mit einer „Käseglocke“ unter welcher man, wenn gewünscht, vom Alltag weitestgehend abgeschirmt werden kann, wurde von Herrn D aufgegriffen.

„Weg vom Alltag unter der Käseglocke, wenn man mehr macht als nur im Bett liegen findet man mehr Zutrauen durch sich selbst.“ (P-Herr D., Z.12f.)

Innerhalb des alltagsfernen Stationssettings wird die Aktivierung durch den strukturierten Tagesablauf mit geregelten Essenszeiten und die im Rahmen eines therapeutischen Wochenplans verordneten Einzel- und Gruppeneinheiten als hilfreich empfunden (P-Frau A., Z.104ff.; P-Frau C., Z.106f.; P-Herr D., Z.12f.; P-Herr D., Z.69; P-Frau E., Z.60ff.). Frau A berichtet von der Möglichkeit, in diesem Rahmen alte Hobbies wiederaufleben zu lassen und neue angenehme Aktivitäten für sich zu entdecken.

Hypothese: Die Patient*innen der Krisenstation profitieren von einer freundlichen Annahme der professionellen Unterstützer*innen.

Es zeigen sich Parallelen zwischen den qualitativen Interviews der vorliegenden Thesis und

den von Menzel und Schleuning (2007) beschriebenen klinischen Erfahrungen, dass Kriseninterventionsstationen von Patient*innen als freundlich und weniger Angst machend empfunden werden als allgemeinpsychiatrische Stationen (vgl. 4.1). Es können anhand der qualitativen Interviews zwar keine Vergleiche zu allgemeinpsychiatrischen Stationen gezogen werden, jedoch wurde die Umgebung der Kriseninterventionsstation von den Interviewten Patient*innen als wohlwollend und freundlich beschrieben. In Bezug auf das *Stationspersonal* wurde als hilfreich beschrieben, freundlich auf- und angenommen und akzeptiert zu werden (P-Frau A., Z.107f.; P-Frau C., Z.112). Durch den freundlich akzeptierenden Umfang der Professionellen mit den Patient*innen scheinen auch Patient*innen, welche vorher nicht in der Lage gewesen, Hilfe aufzusuchen oder anzunehmen die Fähigkeit zu erwerben, Hilfe anzunehmen und sich auf das Angebot einzulassen (P-Herr D., Z.68; P-Frau E., Z.69f.). Einzelgespräche mit Professionellen betreffend wurden diagnostische und psychoedukative Inhalte (P-Frau E., Z.57ff.) sowie die Einladung zu einer Veränderung der Sichtweise (P-Herr D., Z.76ff.) als förderlich eingeordnet. Im Umkehrschluss wurde von Frau E kritisch angemerkt, dass die als von ihr hilfreich wahrgenommenen *Psycholog*innengespräche* nicht standardmäßig bei allen Patient*innen einen Teil der Behandlung darstellt sondern bei Bedarf von den Patient*innen eigenständig angefragt oder von den Fallführer*innen eingeplant wird. So werde dieses Angebot beispielsweise unsicheren Patient*innen nicht zuteil, da diese eventuell Hemmungen hätten, um *Psycholog*innengespräche* zu bitten (P-Frau E., Z.76ff.).

Frau B, Frau C, Frau D und Frau E beschrieben die *Unterstützung durch die Sozialarbeiterin* als wertvoll. Dabei wurde sowohl die praktische Unterstützung mit sozialrechtlichen Angelegenheiten im Sinne der Bewältigung finanzieller und behördlicher Belastungsfaktoren (P-Frau C., Z.108ff.; P-Frau E., Z.73f.; P-Herr D., Z.71-75), als auch im emotional unterstützenden Sinne das Zuhören, Beistehen sowie die gemeinsame Bewältigung schwieriger Lebenssituationen (P-Herr B., Z.94f.; P-Frau C., Z.108f.; P-Herr D., Z.71f.) benannt. Hervorzuheben ist, dass offenbar die erfolgreiche Belastungsbewältigung nicht alleine ausschlaggebend dafür ist, dass der Kontakt mit der Sozialarbeiterin als unterstützend wahrgenommen wird. So konnte an Herrn Bs Belastungssituation trotz der Versuche praktischen Unterstützens durch die Sozialarbeiterin nichts verändert werden. Trotzdem sei für ihn das Gefühl entstanden, bei der Problembewältigung nicht auf sich selbst gestellt zu sein und ernst genommen zu werden (P-Herr B., Z.94f.). Insgesamt beschreiben Herr B, Frau C, Herr D und Frau E in Bezug auf die Kontakte mit der Sozialarbeiterin das Gefühl, mit den Problemen nicht alleine zu sein (P-Herr B., Z.94f.; P-Frau C., Z.108ff.; P-Herr D., Z.71-75; P-Frau E., Z.73f.). Herrn D zufolge sei

bereits durch das Angebot der Mithilfe durch die Sozialarbeiterin ein Gefühl der Sicherheit entstanden (P-Herr D., Z.71f.).

Hypothese: Das stationäre Kriseninterventionssetting bietet den Patient*innen die Möglichkeit, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitsgefühl (zurück-) zu gewinnen.

Dass Selbstwirksamkeit und Sinnhaftigkeit im Rahmen einer stationären Krisenbehandlung im Besten falle verbessert werden kann geht auch aus dem Theorienteil hervor (vgl. 3.3: Dällenbach et al., 2016). Durch die Aktivierung im Rahmen des therapeutischen Wochenplans und eine angeleitete Unterstützung kann das Gefühl entstehen, das eigene Leben selbst beeinflussen zu können und nicht hilflos ausgeliefert zu sein (P-Herr D., Z.12f.; P-Herr B., Z.80ff.). Herr B schildert außerdem, im Stationssetting eine große Entscheidung getroffen zu haben, durch welche er wieder Sinn und Antrieb erlebe.

„Die Sinnlosigkeit ist zurückgegangen. Ich habe nicht mehr das Gefühl, dass alles was ich gemacht habe keinen Sinn hat.“ (P-Herr B., 77ff.)

Hypothese: Für die psychische Stabilität nach der Entlassung ist eine kontinuierliche Weiterbetreuung von Bedeutung.

Frau C, welche bereits mehrere Aufenthalte im KPPPM hatte und darüber hinaus von anderen psychotherapeutischen Klinikaufenthalten berichtet, habe die Erfahrung gemacht, während stationärer Aufenthalte immer wieder an bereits Erlerntes erinnert und stabilisiert zu werden, was nach der Entlassung immer eine Weile anhalte und dann jedoch wieder nachlasse (P-Frau C., Z.91-94). Herr D betont mehrmals die Problematik, aufgrund der langen Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen keine nahtlose Behandlung nach der Entlassung zu erhalten, was ihn sehr besorge und weshalb er befürchte, nach der Entlassung wieder auf sich alleine gestellt zu sein (P-Herr D., Z.73ff.; P-Herr D., Z.76-81). Die Zeit nach der Entlassung sei deshalb von Unsicherheit geprägt. Dasselbe gelte auch für die mit Unterstützung der Sozialarbeiterin auf der Station begonnene Bewältigung sozialrechtlicher Angelegenheiten. Das bestehende ambulante Hilfesystem wie Schuldnerberatungsstellen, Suchtberatungsstellen und sozialpsychiatrische Dienste scheint im Vergleich zur Dichte und Intensität der Unterstützung auf der Station nicht mehr als ausreichend haltgebend wahrgenommen zu werden. Hier kann ein Zusammenhang mit den unter 3.3 beschriebenen Aussagen von Dällenbach und Kolleg*innen (2016) gezogen werden, welche betonen, dass während des Aufenthaltes auf eine Anpassung krisenhafter Lebensführungssysteme hingearbeitet werden muss und ein Scheitern des Reintegrationsprozesses in das Lebensführungssystem zu einem Gefühl des Scheiterns und der Selbstunwirksamkeit führen kann. Gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen kann die Veränderung eines Lebensführungssystems jedoch viel Zeit beanspruchen

(ebd.), welche auf der Krisenstation bekanntermaßen meistens begrenzt ist.

Diese Thematik betreffend äußern Frau A und Herr D den konkreten *Wunsch an professionelle* Unterstützer*innen der Krisenstation, adäquate weiterführende Unterstützungsangebote vermittelt zu bekommen (P-Frau A., Z.97ff.; P-Herr D., Z.54f.; P-Herr D., Z.46-51). Frau C wünsche sich Unterstützung im Alltag (P-Frau C. Z.97f.) in der Form, regelmäßig an bereits erworbene Skills erinnert und „wachgerüttelt“ zu werden (P-Frau C., Z.92f.), was bisher im Rahmen von Klinikaufenthalten geschehen sei. Außerdem wünsche sie sich Unterstützung beim Einschätzen von Menschen, da sie immer wieder die Erfahrung gemacht habe, sich in Menschen zu täuschen und ausgenutzt zu werden. Im Sinne des Aufbaus sozialer Kompetenzen wünsche sie sich Unterstützung bei der Abgrenzung von Menschen, die ihr nicht gut tun (P-Frau C., Z.100ff.).

Frau E wünsche sich Unterstützung bei der Nähe-Distanz-Regulierung zu ihrer Familie (P-Frau E., Z.33ff.), was im Rahmen eines vierwöchigen Aufenthaltes auf der Kriseninterventionsstation höchstens angestoßen, jedoch nicht wirkungsvoll begleitet werden kann, was aber auch nicht das Ziel der stationären Krisenintervention ist (vgl. 4.1; 4.2).

Während des Aufenthaltes auf der Krisenstation sei es Frau C gelungen, die Entscheidung zu treffen, mehr Unterstützung im ambulanten sozialpsychiatrischen Bereich anzunehmen (P-Frau C., Z.19-22; P-Frau C., Z.90f.).

Nachfolgend werden die gesamten Forschungsergebnisse der quanti- und qualitativen empirischen Erhebungen dieser Thesis in Verbindung mit den Inhalten des Theorieteils der Arbeit diskutiert.

D. Diskussion der Gesamtergebnisse

Nachdem die quali- und quantitativen empirischen Anteile dieser Arbeit getrennt diskutiert wurden, wird an dieser Stelle eine Zusammenführung der Erkenntnisse beider Teile vorgenommen.

Als Basis der Diskussion werden die wichtigsten Ergebnisse aus der quantitativen Erhebung kurz zusammengefasst. Im Rahmen der Untersuchung des quantitativen Teils der Arbeit konnte festgestellt werden, dass die soziale Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation im Vergleich zur Gesamtbevölkerung – je nach Skala – oftmals im unteren Bereich der Standardabweichung liegt oder unterdurchschnittlich ausgeprägt ist. Die soziale Unterstützung der Patient*innen der Krisenstation ist im Vergleich zu klinisch unauffälligen (Brähler et al., 2007, Stichprobe C-1) und psychisch belasteten Menschen (ebd., Stichprobe C-2) hochsignifikant niedriger ausgeprägt (vgl. 5.5). Im Vergleich der Ausprägung sozialer Unterstützung zur Allgemeinbevölkerung (ebd., Stichprobe A+B) wird zwischen den einzelnen Unterkategorien sozialer Unterstützung sowie zwischen Untergruppen der Stichprobe (Geschlecht; Aufenthaltsanzahl – chronische psychische Erkrankung; Altersgruppe; psychiatrische Diagnosen) unterschieden (vgl. 5.5; 5.4.1). Betrachtet man die gesamte Stichprobe, so liegt die soziale Integration der Patient*innen der Krisenstation im auffällig unterdurchschnittlichen Bereich, die praktische und wahrgenommene soziale Unterstützung liegen kurz vor dem Cut-off-Wert zur bevölkerungsunterdurchschnittlichen Unterstützung gerade noch im unteren Bereich der Standardabweichung, die soziale Belastung liegt ebenfalls sehr nahe am Cut-off-Wert für überdurchschnittliche soziale Belastung. Die Reziprozität und Verfügbarkeit einer Vertrauensperson der Patient*innen der Krisenstation liegen hingegen im Durchschnittsbereich.

Es wurden stark positive Korrelationen zwischen der sozialen Integration und der emotionalen und praktischen Unterstützung gefunden sowie eine stark negative Korrelation zwischen der sozialen Integration und der sozialen Belastung (vgl. 5.4.1). Eine stark positive Korrelation besteht ebenfalls zwischen der emotionalen und der praktischen Unterstützung (ebd.), stark negative Korrelationen außerdem zwischen der sozialen Belastung und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie zwischen der sozialen Belastung und der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung (vgl. 5.4.1). Beim Vergleich mit den Interkorrelationen der F-SozU-Skalen der Stichproben C-1 (klinisch unauffällig), C-2 (psychisch belastet), C-3 (psychisch erkrankt) und C-4 (Orthopädiepatient*innen) aus Brähler und Kolleg*innen (2007) können

diesbezüglich nahezu dieselben Ergebnisse festgestellt werden.

Im geschlechtsspezifischen Vergleich wurde festgestellt, dass alle Skalen sozialer Unterstützung des F-SozU S-54 bei männlichen Patienten unter der Ausprägung weiblicher Patientinnen liegt (was in etwa dem Forschungsstand entspricht, vgl. 2.3.3), außer der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung, welche bei Männern etwas besser ausgeprägt ist. Die soziale Belastung ist bei Frauen höher ausgeprägt (vgl. 5.4.2; 5.5). Deutlich besser sind bei Frauen die Reziprozität und die Verfügbarkeit einer Vertrauensperson ausgeprägt, was so gewertet werden kann, dass Patientinnen häufiger um Hilfe gebeten werden bzw. die Unterstützungsleistung mehr von Gegenseitigkeit geprägt ist und dass weiblichen Patientinnen häufiger eine Vertrauensperson zur Verfügung steht als männlichen Patienten. Was vielleicht paradox erscheinen mag ist, dass die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung bei Frauen geringer ausgeprägt ist als bei Männern, obwohl die Männer in allen Skalen sozialer Unterstützung schlechter abschneiden. Ob dies mit der höheren sozialen Belastung der Frauen oder allgemeinen genderspezifischen Unterschieden der kognitiv-emotionalen Verarbeitung erklärt werden kann, wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht. Allerdings wurde bereits von Brähler und Kolleg*innen (2007) postuliert, dass es sich bei der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung um die psychologisch wichtigste Skala des F-SozU handelt, da diese das kognitiv-emotionale Ergebnis des Unterstützungserlebnisses repräsentiere und sich die subjektive Wahrnehmung und Bewertung sozialer Unterstützung als bedeutsamer gezeigt habe als die objektiven Maße der Größe sozialer Netzwerke (vgl. 2.3.2). Damit könnte neben der höheren sozialen Belastung der Patientinnen erklärt werden, weshalb die weiblichen Patientinnen der Krisenstation trotz eines objektiv höher ausgeprägten Umfangs sozialer Unterstützung offenbar trotzdem nicht mehr von sozialer Unterstützung zu profitieren scheinen als männliche Patienten.

In Bezug auf altersspezifische Unterschiede der Ausprägung sozialer Unterstützung der Patient*innen der Krisenstation wurde hingegen festgestellt, dass - entgegen des bisherigen allgemeinen Forschungsstandes (vgl. 2.3.3) - die soziale Unterstützung der Patient*innen der Krisenstation mit dem Alter nicht per se abnimmt sondern bei den 48- bis 66-jährigen günstiger ausgeprägt ist als bei den 18- bis 47-jährigen (vgl. 5.4.3; 5.5). Allerdings scheint die soziale Belastung der Patient*innen der Krisenstation mit dem Alter tendenziell abzunehmen, nachdem sie in der Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen am höchsten ausfällt (ebd.). Die Skalen sozialer Unterstützung des F-SozU S-54 fallen bei den 35- bis 47-jährigen insgesamt am niedrigsten aus. Worauf dies zurückzuführen ist wurde im Rahmen der vorliegenden Thesis nicht untersucht, hierzu müssten beispielsweise Zusammenhänge zu den in verschiedenen

Lebensphasen zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben (siehe dazu Erikson, 2017; Havighurst, 1953; Hurrelmann & Quenzel, 2016) hergestellt werden.

Ob nun die meisten Patient*innen in eine stationär behandlungsbedürftige Krise geraten sind, weil ihnen nicht ausreichend soziale Unterstützung zur Bewältigung einer schwierigen Lebenssituation oder Lebenslage zur Verfügung stand, die Krise auch mit ausreichender sozialer Unterstützung stationär behandlungsbedürftig gewesen wäre, oder sogar die fehlende soziale Unterstützung an sich zur Krisenentwicklung geführt hat konnte mithilfe der gewählten Forschungsmethode nicht ermittelt werden. Allerdings weist die individuelle Einschätzung eines Teils der im Rahmen des qualitativen Teils dieser Arbeit interviewten Patient*innen darauf hin, dass unzureichende soziale Unterstützung und gleichzeitig hohe soziale Belastung die Krisenentwicklung begünstigt und in den Augen der Patient*innen sogar unmittelbar zur stationären Behandlungsbedürftigkeit geführt hat (vgl. 6.5), wie von Pauls (2013a) (vgl. 1.6) postuliert, dass die meisten stationären Einweisungen auf psychosoziale Ursachen zurückzuführen sind. Patient*innen schätzen teilweise, dass die Einweisung auf die Kriseninterventionsstation retrospektiv hätte vermieden werden können, wenn ausreichend soziale Unterstützung zur Krisenbewältigung verfügbar gewesen wäre oder die verfügbare Hilfe als solche wahr- und angenommen worden wäre (vgl. 6.5.1). Dass soziale Unterstützung über ihre Haupt- und Puffereffekte in Verbindung mit personalen und umgebungsbezogenen Schutzfaktoren einer Krisenentwicklung vorbeugen kann wurde im Theorienteil dieser Arbeit erörtert (vgl. 2.3; 3.2). Gleichzeitig schilderte ein Patient hohe soziale Belastungen über einen langen Zeitraum, welche trotz verfügbarerem emotionalen und praktischen Beistand durch Freund*innen letztlich zur Krisenentwicklung geführt habe (vgl. 6.4; 6.5.1). Dass länger anhaltende soziale Belastungsfaktoren Krisen auf unterschiedlichen Ebenen sowie leichtere depressive Erkrankungen auslösen können wurde im Theorienteil dieser Arbeit dargestellt (vgl. 3.2). Festgestellt werden konnte im Rahmen des qualitativen Teils der Thesis, dass soziale Unterstützung von sozialer Belastung betroffene Personen über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder sogar Jahren schützen kann (vgl. 6.4; 6.5.1). Kann jedoch trotz hoher sozialer Unterstützung die soziale Belastung nicht bewältigt werden, kann irgendwann ein Gefühl der Kontroll- und Sinnlosigkeit des eigenen Handelns entstehen, das Kohärenzgefühl scheint in der Folge immer mehr zu sinken und im Sinne des Salutogenesekonzeptes entfernt sich der persönliche Zustand immer weiter von einem Gefühl persönlicher Gesundheit (vgl. 3.2; 6.5.1).

Bei Frau C begünstigt die Kombination aus mangelnder emotionaler Unterstützung, hoher sozialer Belastung, dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und eingeschränkten sozialen

Kompetenzen die Krisenentwicklung und damit wiederkehrende Hospitalisierungen. Wie bereits im Theorieteil beschrieben korrelieren wiederum soziale Kompetenzen und Selbstvertrauen ausgesprochen positiv mit sozialer Unterstützung, während allgemeine Selbstsicherheit, Selbstvertrauen sowie soziale Kompetenzen negativ und soziale Ängste substanziell positiv mit sozialer Belastung korrelieren (vgl. 2.3.2: Brähler et al., 2007).

Es wurde mithilfe des qualitativen Teils dieser Arbeit festgestellt, dass sowohl personen- als auch beziehungs- und umgebungsbezogene Faktoren die individuelle Ausprägung sozialer Unterstützung beeinflussen können, was die in Kapitel 1.6 (Deloie, 2011; Vogt 2014, 2018) ausgeführte Erfordernis, die Diagnostik und Interventionen bei Menschen in psychosozialer Not im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit trifokal zu gestalten, verdeutlicht. Auf personenbezogener Ebene sind es (soziale) Ängste, die Charaktereigenschaften sich selbst zurückzunehmen und lieber andere zu unterstützen, lieber selbstständig und unabhängig zu sein, schlecht um Hilfe bitten und Hilfe annehmen zu können, unstrukturiert zu sein und über eingeschränkte Sozialkompetenzen und dysfunktionale Bewältigungsstrategien zu verfügen (vgl. 6.4.3). Auf beziehungsbezogener Ebene sind es lebensgeschichtliche und aktuelle positive (vgl. 6.4.1; 6.4.2; 6.4.3) sowie negative und schmerzliche Erfahrungen mit nahestehenden Mitmenschen (vgl. 6.4.2; 6.4.3), die in enger Verbindung mit sozialer Unterstützung und sozialer Belastung stehen. Auf umgebungsbezogener Ebene nehmen gesellschaftliche und sozialstrukturelle Gegebenheiten Einfluss auf die individuelle Ausprägung und Wahrnehmung sozialer Unterstützung und Belastung (vgl. 6.5.1; 6.4.2; 6.4.5; 6.5.2). Menschen mit psychischen Erkrankungen sind besonders von den in Kapitel 1 beschriebenen gesellschaftlichen Entwicklungen betroffen und besonders vulnerabel, weshalb sie besondere Unterstützung benötigen (vgl. 1.6: Geißler-Piltz et al., 2005). Einige der interviewten Patient*innen der Kriseninterventionsstation nehmen eine von der Gesellschaft ausgehende Stigmatisierung von Andersartigkeit, einen Leistungsdruck sowie eine menschliche Kälte, Unverständnis und abnehmende soziale Unterstützung war (vgl. 6.4.2; 6.5.2), wohingegen die Behandlung auf der Kriseninterventionsstation als akzeptierend, fürsorglich und entlastend wahrgenommen wurde (vgl. 6.4.2; 6.5.2; 6.4.5). Einige dieser von den Patient*innen als belastend wahrgenommenen gesellschaftlichen Gegebenheiten wurden von Gesellschaftsdiagnostiker*innen festgestellt (vgl. 1.; 5.5). Dass das Setting der Krisenstation von Patient*innen als freundlich, leicht zugänglich und wenig aversiv wahrgenommen wird entspricht dem in 4.1 von Schleuning (2007) beschriebenen klinischen Eindruck der Wahrnehmung von Kriseninterventionsstationen als leichteren Einstieg in das stationäre Psychiatriesystem im Vergleich zu anderen allgemeinpsychiatrischen Stationen.

Der als hilfreich geschilderte Abstand vom Alltag in einem stationsalltag mit festgelegten Strukturen und einer, im Vergleich zur Außenwelt als fürsorglicher und sanfter wahrgenommenen Umgebung, scheint für einige Patient*innen eine Entlastung darzustellen und ein Kraftschöpfen, eine Neuorientierung sowie die Krisenbewältigung zu ermöglichen, mit welcher sie sich sowohl durch die als fürsorglich und akzeptierend wahrgenommene Gemeinschaft der Mitpatient*innen, als auch durch die multiprofessionelle Unterstützung des Personals nicht alleine gelassen fühlen (vgl. 6.5.2; 6.5.3; 4.1). Alle im Rahmen des qualitativen Teils interviewten Patient*innen schreiben, nach den Wirkfaktoren des Aufenthaltes auf der Krisenstation befragt den Mitpatient*innen der Krisenstation einen großen Stellenwert zu (vgl. 6.5.3). Die Patient*innen berichten, von der Weise, wie Mitpatient*innen mit deren Krisensituation umgehen, lernen zu können und das Gefühl zu haben, nicht alleine zu sein, eigene Vorurteile in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Auswirkungen psychischer Erkrankungen abbauen und neue Freund- und Bekanntschaften knüpfen zu können. Die Patient*innen geben an, sich von den Mitpatient*innen im Vergleich zu den Menschen außerhalb der Klinik ernsthaft verstanden und akzeptiert zu fühlen. Es wird in dieser Hinsicht sogar zwischen einem „drinnen“ (innerhalb der Klinik) und „draußen“ (außerhalb der Klinik) unterschieden (vgl. 6.5.2).

In diesem Sinne scheint die Kriseninterventionsstation für einige Patient*innen einen Raum für korrigierende Beziehungs- und Gruppenerfahrungen - auch hinsichtlich der Erfahrungen sozialer Unterstützung - zu bieten. Gerade bei Menschen, die in der Vergangenheit negative Beziehungs- und Bindungserfahrungen gemacht haben sind korrigierende Beziehungserfahrungen über die Dyade hinein in ein vertrauensvolles Milieu essentiell, um sich für Hilfeprozesse, Selbstreflexions- und Selbsttransformationsprozesse zu öffnen und Veränderungsprozesse in der Zukunft zulassen zu können (vgl. 2.4: Gahleitner 2009, 2017, 2019; 3.3: Gahleitner, 2009).

In Bezug auf die Unterstützung durch die Sozialarbeiterin der Station wurde auf beziehungsbezogener Ebene festgestellt, dass offenbar die erfolgreiche Belastungsbewältigung nicht alleine ausschlaggebend dafür ist, dass der Kontakt mit der Sozialarbeiterin als unterstützend wahrgenommen wird. So konnte an Herrn Bs Belastungssituation trotz der Versuche praktischen Unterstützens durch die Sozialarbeiterin nichts verändert werden. Trotzdem sei für ihn das Gefühl entstanden, bei der Problembewältigung nicht auf sich selbst gestellt zu sein und ernst genommen zu werden (vgl. 6.5.3).

„Sie haben's versucht, und das ist mehr als man erwarten kann.“ (P-Herr B., Z.94f.)

Im Rahmen des quantitativen Teils dieser Arbeit wurde festgestellt, dass die soziale Belastung bei Patient*innen mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen im Vergleich zu anderen Diagnosen nach ICD-10 am höchsten und somit wohl am ungünstigsten ausfällt. Auch die soziale Integration fällt bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen besonders schlecht und bevölkerungsunterdurchschnittlich aus, wobei Patient*innen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung über eine noch schlechter ausgeprägte soziale Integration verfügen (vgl. 5.5). Die soziale Belastung fällt bei Menschen mit der Borderline Persönlichkeitsstörung wiederum deutlich höher aus als bei den übrigen Persönlichkeitsstörungen (vgl. 5.4.4). Die meisten Skalen sozialer Unterstützung des F-SozU sind bei Patient*innen mit Suchterkrankungen und Substanzmissbrauch unterdurchschnittlich und somit im Vergleich zu allen anderen Diagnosen am ungünstigsten ausgeprägt, wobei festgestellt wurde, dass bei allen Patient*innen mit F1-Diagnosen zusätzliche ICD-10-Fx-Diagnosen vergeben wurden (ebd.). Die häufigsten zusätzlich vergebenen Diagnosen sind Diagnosen aus dem Bereich ICD-10-F3, F6 und F4 sowie ADHS.

Durch direkte, stellvertretende oder simulierte korrigierende Erfahrungen können die Barrieren des Erhalts und der Annahme sozialer Unterstützung der Patient*innen reduziert werden (vgl. 2.3.2: Pearson, 1997). Verhaltensorientiert können Interventionen wie das Training sozialer Kompetenzen den Abbau patient*innenabhängiger Barrieren sozialer Unterstützung fördern (ebd.). Hierbei können beispielsweise Kompetenzen zum Umgang mit der bestehenden psychischen Belastung oder Erkrankung sowie zum Aufbau und Erhalt förderlicher sozialer Kontakte indiziert sein, was von den im Rahmen dieser Arbeit interviewten Patient*innen teilweise auch explizit als Unterstützungswunsch benannt wurde (vgl. 6.4.3; 6.4.5; 6.5.3). Insbesondere bedarf es bei psychosozial tätigen Fachkräften an Kompetenz einer biografiebezogenen (Vogt, 2018), beziehungssensiblen diagnostischen Abklärung, der Kenntnis zentraler Bindungs- und Beziehungsphänomene sowie des Konzeptes „schützender Inselerfahrungen“ in der Biographie der Betroffenen (vgl. 2.4: Gahleitner, 2009). Bei Frau C beispielsweise stellte ihre Großmutter in ihrer Kindheit eine starke Bezugsperson dar, nach deren Tod die Patientin zum ersten Mal psychisch dekompensiert und in die psychiatrische Klinik eingewiesen worden sei (vgl. 6.4.2; 6.4.3). Zum Zeitpunkt des Interviews befand sich Frau C bereits sehr häufig zur stationären Behandlung im KPPPM, mit der Hauptdiagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, welche häufig aus ungünstigen Bindungsmustern in der Kindheit resultiert (vgl. 2.3.1: Britsch, 2009). Gerade bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist eine bindungssensible Diagnostik zentral, da Bindungssicherheit in engem Zusammenhang mit sozialen Kompetenzen, Kohärenzgefühl, gelingender Stressverarbeitung und einem Gefühl

von Sicherheit steht (vgl. 2.3.1). Durch die vertrauensvolle und verständnisvolle Unterstützung der Großmutter als schützende Inselerfahrung scheint die Großmutter offenbar bis zu ihrem Tod zur Stabilität der Patientin beigetragen zu haben, woran im Rahmen der psychosozialen Hilfegestaltung angeknüpft werden könnte.

„meine Oma hat einfach verstanden wie ich bin.“ (P-Frau C., Z.84)

Auch Herr B scheint eine schützende Inselerfahrung mit seiner Freundin in der Schulzeit gemacht zu haben, durch welche er Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein erworben habe.

„Sie hat mir gezeigt, ich bin mehr als ich von mir selbst denke. Damit hat sich das langsam geändert, dadurch kam Selbstbewusstsein, ich habe mich zur Wehr gesetzt.“ (P-Herr B., Z.28ff.).

Diese Erfahrung scheint einen Schutzfaktor in Herrn Bs Leben dargestellt zu haben und nach wie vor für ihn von großer Bedeutung zu sein.

Das Vermitteln von Akzeptanz, Verständnis und Vertrauen ist bedeutsam für das Anknüpfen an bereits erlebte positive Bindungen und den Aufbau von Vertrauen in soziale Beziehungen sowie die von diesen potentiell ausgehende soziale Unterstützung und muss trotz der kurzen Aufenthaltsdauer im Rahmen der Behandlung auf der Kriseninterventionsstation unbedingt berücksichtigt werden. Bei einer gelingenden Behandlung auf der Krisenstation können und sollen durch angeleitete und unterstützte Problembewältigung Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl aufgebaut werden (vgl. 3.3; 6.4.5; 6.5.3). Soziale Unterstützung soll in einem salutogenetischen Sinne Empowerment, Selbstbestimmung und -verantwortung ermöglichen und den Patient*innen ermöglichen, einen gesundheitsförderlichen Lebensweg zu gehen, anstatt nur Pathogenese zu verhindern oder Entwicklung vorzuschreiben (Paulus, 1997). So habe Herr B zum Beispiel im Rahmen des Aufenthaltes auf der Krisenstation

„gelernt, mir wieder mehr zuzutrauen, dass ich mein Leben wieder selbst in der Hand habe und nicht die Situation mich in der Hand hat. Ich habe zwar keinen Einfluss auf die Situation, aber auf mein Leben, und nicht umgekehrt.“ (P-Herr B., Z.80ff.)

Das im Rahmen der Krisenstation bestenfalls verbesserte Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitsgefühl sollte und kann durch eine gelungene Reintegration in den Lebensalltag verstärkt werden (vgl. 3.3). Wenn die Patient*innen jedoch nach der Entlassung in sozial belastende und/oder wenig unterstützende und einbettende Lebensumstände zurückkehren besteht ganz offensichtlich die Gefahr der Destabilisierung (vgl. 6.5.3), welche wiederum mit dem Wunsch der Patient*innen verbunden sein kann, die belastende und/oder überfordernde Situation zurückzulassen und in das fürsorgliche Setting der Kriseninterventionsstation zurückzukehren.

Entlassungen zurück in eine unverändert belastende Lebenssituation ohne Veränderung der entsprechenden Lebensführungssysteme können mit einem Selbstwirksamkeitsverlust und einer erneuten Krisenentwicklung einhergehen, woraus rasch die sogenannten Drehtüreffekte resultieren können (vgl. 3.3). Wird der Fokus der Behandlung ausschließlich auf medizinische und psychotherapeutische Ansätze gerichtet und werden soziale Probleme nicht angemessen bearbeitet, so können sich psychosomatische Krankheitssymptome verschlimmern oder sogar chronifizieren (vgl. 1.6).

Für eine erfolgreiche Anpassung der Lebensführungssysteme und die soziale Unterstützung der Individuen beeinflussende personen- beziehungs- und umgebungsbezogene Faktoren bedarf es also einer sozialdiagnostischen Erfassung der Interdependenzen zwischen der biologischen, der psychischen und der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit (bio-psycho-sozialer Ansatz), wobei diesbezüglich insbesondere die Klinische Sozialarbeit in multiprofessioneller Zusammenarbeit eine wichtige Funktion innehat (vgl. 1.6; 2.3; 3.2; 3.3).

Zu einer erfolgreichen Einbettung in den Lebensalltag nach der Entlassung gehört auch die Verfügbarkeit einer nahtlosen sozialpsychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Weiterversorgung, welche von den Patient*innen teilweise als schwer zugänglich wahrgenommen wird (vgl. 6.4.5).

Über diese relativ hochschwälligen Angebote hinaus bedarf es informeller gemeindenaher gemeinschafts- und unterstützungsgenerierender sozialer Netzwerke, in welchen sich vor allem auch die Menschen, denen es schwerfällt in den gesellschaftlichen Bedingungen der Postmoderne Fuß zu fassen, akzeptiert und aufgefangen fühlen – wie sie es im Setting der Kriseninterventionsstation zu tun scheinen, welche in Bezug auf Fürsorglichkeit und Akzeptanz als diametral zur Gesellschaft wahrgenommen wird (vgl. 1.5; 1.6; 6.4.2; 6.5.2). Hierfür bedarf es primär- und tertiärpräventiv einer Vernetzung gesundheitsrelevanter Netzwerkebenen, um flächendeckend gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren (Bruns, 2013; vgl. 2.3.1). Da die Sozialtherapie als dritte Säule des Gesundheitswesens vor allem bei der sozialen Dimension sozialrelevanter und -bedingter Erkrankungen ansetzt sollten Klinische Sozialarbeiter*innen im Sinne der Sozialtherapie sowohl bei professionellen zwischenmenschlichen und umgebungsbezogenen Hilfen, als auch beim sozialen Milieu ansetzen, in welchem sich die Patient*innen/Klient*innen befinden (vgl. 1.6). Dabei handelt es sich um Interventionen, die die Unterstützungsfähigkeit der Unterstützenden fördern und die Umgebung verbessern, in welcher die Patient*innen leben, indem beispielsweise die Kapazität der Gemeinschaft, für ihre Mitglieder*innen zu sorgen

erhöht wird und Bemühungen zur Reduzierung sozialer Ungleichheit unternommen werden (ebd.). Einen Rahmen für ein Engagement für sozialstrukturelle Veränderungen bieten beispielsweise die gemeindepsychiatrisch orientierten psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG), gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) oder Psychiatrie-Beiräte der Gemeinden oder Bezirke (Eichenbrenner, 2017). Im Sinne einer professionellen Netzwerkarbeit zur Ermöglichung unterstützungsgenerierender sozialer Netzwerke (vgl. 2.2) sollten Helfer*innen beispielsweise im Rahmen von Case Management und regelmäßigen Helfer*innenkonferenzen innerhalb oder bestenfalls außerhalb der Klinik ihre Zusammenarbeit gemeinsam ausrichten (Paulus, 1997). Mitarbeiter*innen formeller Unterstützungssysteme sollten primär- und tertiärpräventiv Netzwerke für Betroffene wie beispielsweise Selbsthilfe-, Angehörigen-, Kontakt- und Integrativgruppen schaffen und hierfür gegebenenfalls eine entsprechende Anleitung erhalten (ebd.). Insbesondere junge Patient*innen, Patient*innen in Multiproblemsituationen und chronisch erkrankte Patient*innen sollten angesichts multipler individualisierter Lebensgestaltungsräume (vgl. 1.2), beschleunigter technologischer Fortschritte (vgl. 1.4) und veränderter Wohnstrukturen (vgl. 1.3) bei der Entwicklung sinngebender Lebensperspektiven unterstützt werden (vgl. 1.6; 5.4.5; 5.5).

Auch Patient*innen der Krisenstation befinden sich teilweise in komplexen psychosozialen Multiproblemsituationen oder sogar prekären Lebenslagen (vgl. 6.4; 6.5), welche sich mit Gewissheit nicht innerhalb von vier Wochen bewältigen lassen. Im quantitativen Teil dieser Arbeit wurde festgestellt, dass bei Patient*innen, bei welchen aufgrund der Häufigkeit stationärer psychiatrischer Aufenthalte von chronischen psychischen Erkrankungen ausgegangen werden kann, die wahrgenommene soziale Unterstützung und die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung im Vergleich zu Patient*innen, welche ihren ersten Aufenthalt auf der Kriseninterventionsstation verbringen, niedriger ausfällt (vgl. 5.4.5). Allerdings scheinen die Unterschiede bei Betrachtung der Balkendiagramme insgesamt zwar vorhanden, jedoch liegen die Skalen sozialer Unterstützung bei Patient*innen, die ihren ersten Aufenthalt auf der Kriseninterventionsstation verbringen auch sehr nahe am Cut-off-Wert für unterdurchschnittliche soziale Unterstützung bzw. im Falle der sozialen Integration bereits im bevölkerungsunterdurchschnittlichen Bereich (vgl. 5.4.5). Dass die praktische soziale Unterstützung bei Patient*innen mit zwei bis drei stationären Aufenthalten etwas höher ausfällt könnte eventuell dadurch erklärt werden, dass bereits ein Zugang zum Hilfesystem und damit zu Hilfeleistungen besteht und dass die psychische Belastung bzw. Erkrankung durch den ersten stationären Aufenthalt beim sozialen Umfeld bekannt geworden und praktische Hilfen aktiviert worden sind.

Chronische Belastungen können zu einer Erosion sozialer Unterstützungssysteme beitragen (vgl. 2.3.1: Laireiter, 1993b), womit wohl – wenn dies auch nur einen Erklärungsansatz darstellt – die niedrigere Ausprägung sozialer Unterstützung bei den Patient*innen mit häufigen Psychiatrieaufenthalten erklärt werden kann. Problematisch scheint, dass die konzeptionelle Begrenzung der Aufenthaltsdauer der meisten Kriseninterventionsstationen (vgl. 4.1) suggerieren lässt, dass die Probleme der Patient*innen innerhalb eines begrenzten Zeitraums gelöst werden können und dass es sich kaum um Patient*innen mit chronischen psychischen/psychiatrischen Erkrankungen handelt. Die Untersuchungen des quantitativen Teils der vorliegenden Arbeit haben allerdings gezeigt, dass bei einem großen Teil der Patient*innen der Kriseninterventionsstation (N=50 von N=85 Patient*innen mit Angabe von Diagnosen) des KPPPM mindestens zwei Diagnosen nach ICD-10 F00-F99 vorliegen. 23,5% der Patient*innen verbrachten mit dem Aufenthalt auf der Krisenstation bereits ihren zweiten oder dritten, 24,7% ihren vierten bis 34. Aufenthalt im KPPPM (vgl. 5.2; 5.4.5). Es handelt sich also bei den Patient*innen der Krisenstation bei weitem nicht nur um einmalig in eine psychosoziale Krisensituation geratene Menschen, wenn es sich auch nicht um „klassische“ Psychiatriepatient*innen mit beispielsweise F2-Diagnosen (4,32% der insgesamt vergebenen Diagnosen von N=162), sondern eher um Menschen mit depressiven Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen handelt (vgl. 5.2). Um Drehtüreffekte zu vermeiden ist es bedeutsam, zum einen noch während des stationären Aufenthaltes an einer Erhöhung der Selbstwirksamkeit der Patient*innen zur eigenständigen Bewältigung schwieriger Lebenssituationen zu arbeiten und sie zum anderen in ein fürsorglich-akzeptierendes und unterstützendes ambulantes Setting zu entlassen.

Eine alltagsnähere Gestaltung des stationär psychiatrischen Kriseninterventionssettings betreffend gibt es mehrere Für und Wider. Zum einen können durch ein alltagsnäheres, im Sinne eines teilstationären oder stationsäquivalenten Settings sicherlich Hospitalisierungstendenzen vorgebeugt werden. Außerdem sind stationäre Aufenthalte für Menschen in manchen Lebenssituationen teilweise kaum möglich oder nicht erwünscht, wie beispielsweise bei Patient*innen mit kleinen Kindern. Zum anderen scheint der Abstand vom belastenden Lebensalltag für einige Patient*innen der Krisenstation ein Wirkfaktor zu sein (vgl. 6.4.5; 6.5.3) und erst die Möglichkeit zu bieten, in Ruhe ihre Lebenssituation von der Distanz aus zu betrachten und so mit Bedacht, informeller und formeller Unterstützung die Bearbeitung der Krisensituation anzugehen.

Im Rahmen der Vorüberlegungen zur Durchführung der quantitativen Befragung befasste sich die Autorin mit ethischen Aspekten einer Erhebung der Ausprägung sozialer Unterstützung bei Patient*innen, die sich im Befragungszeitraum in einer akutpsychiatrischen Krisenbehandlung befinden und stellte sich die Frage, ob und wie eine solche Erhebung ethisch verantwortungsvoll durchgeführt werden kann. In diese Überlegungen wurden vor allem die Aspekte einer Destabilisierung oder Dekompensation durch die Reflexion und das Bewusstwerden der eigenen Ausprägung sozialer Unterstützung sowie eine eventuelle negative Verschiebung der Ergebnisse durch eine pessimistischere Selbsteinschätzung im Rahmen der Krisensituation einbezogen. Der zweite Aspekt wurde durch die Autorin als annehmbar eingeschätzt, da die Forschungsbestrebungen auf den Zusammenhang zwischen der Ausprägung sozialer Unterstützung und Krisensituationen ausgerichtet waren und dies das Erleben der Patient*innen in deren Krisensituation miteinschließt. Den ersten Aspekt betreffend wurden Überlegungen getroffen, auf welche Weise die potentiell negativen Effekte der Erhebung auf die Patient*innen minimiert werden können. Nach Rücksprache im multiprofessionellen Team entschied sich die Autorin dafür, die Erhebung in ihre klinisch-sozialarbeiterische Diagnostik auf der Kriseninterventionsstation zu integrieren, sodass die Patient*innen wie im übrigen diagnostischen Prozess professionell begleitet und bei Bedarf aufgefangen werden können. Da die qualitativen Interviews gegen Ende der Behandlung durchgeführt wurden legte die Autorin besonderen Wert auf eine möglichst positive Beendigung der Interviews mit einem Rückblick auf hilfreiche Faktoren der Krisenintervention und eine insgesamt wenig tiefgehende und destabilisierende Interviewführung. Die Autorin erhielt von allen sechs interviewten Patient*innen im Anschluss an das Interview die Rückmeldung, dass das Gespräch als angenehm und sogar hilfreich empfunden worden sei, da der Aufenthalt auf der Kriseninterventionsstation hinsichtlich des Zusammenhangs sozialer Einbettung und Krisenentwicklung und -bewältigung gegen Ende des Aufenthaltes reflektiert wurde.

Darüber hinaus entstand für die Autorin die Möglichkeit, den Mehrwert einer standardmäßigen Erhebung der Facetten sozialer Unterstützung bei allen Patient*innen der Kriseninterventionsstation zu Beginn der Behandlung zu erproben. Im regulären Stationsalltag finden Gespräche mit der Sozialpädagogin nicht standardmäßig bei allen Patient*innen statt, sondern werden bei Bedarf über die Patient*innen, die Sozialpädagogin oder über eine Vermittlung durch andere Berufsgruppen durchgeführt. Durch die Erhebung der Facetten sozialer Unterstützung und sozialer Belastung bei möglichst allen Patient*innen der Krisenstation im Rahmen der Forschungsbemühungen erfolgte ein Kennenlernen der Sozialpädagogin sowie die Diagnostik der sozialen Einbettung direkt zu Beginn des Aufenthaltes. Somit konnten bei

günstiger Ausprägung des F-SozU S-54 soziale Ressourcen und bei ungünstiger Ausprägung potentielle soziale Risikofaktoren zeitnah festgestellt und gegebenenfalls eine entsprechende individuelle psychosoziale Diagnostik und geeignete Interventionen eingeleitet werden. Kritisch angemerkt werden muss an dieser Stelle, dass im Zeitraum der Erhebung auf der Kriseninterventionsstation ein erheblicher zeitlicher Mehraufwand für die Autorin in ihrer Funktion als klinische Sozialarbeiterin entstand, welcher auf längere Dauer in diesem Umfang kaum hätte aufrechterhalten werden können und was bei Beibehaltung wohl einen höheren Personaleinsatz erfordern würde. Andererseits wurde sowohl im Rahmen des Theorieteils, als auch im Rahmen des qualitativen Empirieteils der vorliegenden Thesis die herausragende Bedeutung sozialer Einbettung und sozialer Belastung für die Krisenentwicklung und -bewältigung sowie für die somatische und die psychische Gesundheit im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells herausgearbeitet. Außerdem wurde die Bedeutsamkeit einer individuellen Integration und Anpassung verschiedener Lebensführungssysteme der Patient*innen im Rahmen der stationären Krisenbehandlung für eine erfolgreiche Re-Integration in deren individuelle Lebenswelt und der damit verbundenen Prävention von Re-Hospitalisierungen hervorgehoben.

Eine ausführliche psycho-soziale Diagnostik im Rahmen Klinischer Sozialarbeit ist wiederum essentiell für das Erkennen und Verstehen des individuellen sozialen Eingebundenseins der Person-in-ihre-Umgebung (vgl. 1.6: Person-in-environment-Ansatz) sowie bio-psycho-sozialer Zusammenhänge individueller Gesundheit und Krankheit (vgl. u.a.1,6; 2.3.1; 2.4; A.). Für eine nachhaltige psychische Stabilisierung durch eine stationären Krisenbehandlung und zur beschriebenen Vermeidung von Re-Hospitalisierungen sollte jedoch m. E. nach schon aus ethischer Sicht nicht an einer ausführlichen Diagnostik sozialer Einbettung der Patient*innen gespart werden, welche die Basis einer individuellen nachhaltigen Interventionsgestaltung darstellt. Die Kombination eines Screenings der Situation sozialer Unterstützung der Patient*innen mithilfe diagnostischer Elemente wie dem hier angewandten standardisierten Fragebogen F-SozU S-54, womit mitunter der Bedarf für eine weitere Sozialdiagnostik festgestellt werden kann, sowie entsprechenden tiefergehenden qualitativ sozialdiagnostischen Instrumenten bei einzelnen Patient*innen ist m. E. nach substantiell für die nachhaltige Bewältigung stationär behandlungsbedürftiger Krisen. Eine gute Möglichkeit, die Lebenswelt der Patient*innen auch in qualitativer Hinsicht besser zu verstehen bieten lebensweltdiagnostische Instrumente wie das im Rahmen der vorliegenden Arbeit angewandte soziale Atom (Gahleitner, Hintenberger, Kreiner & Jobst, 2014). Die Lebensweltdiagnostik ist der Bestandteil eines langjährig praktizierten Rahmen-Modells sozialer Diagnostik aus dem Bereich der

sog. Gestaltungsdiagnostik, welches berufsübergreifendes klassifikatorisches Wissen und Aspekte aus der Biografie und Lebenswelt der Patient*innen bzw. Klient*innen integriert (ebd.).

Nach der Einschätzung der Autorin, welche sowohl auf deren Forschungsarbeit für die vorliegende Thesis, als auch auf deren Praxiserfahrungen als (klinische) Sozialarbeiterin beruht, bietet demnach eine ausführliche und damit zeitlich aufwändiger psychosoziale Diagnostik sozialer Bindung und Einbettung die Basis für eine individualisierte Beziehungs- und Interventionsgestaltung und stellt somit einen unverzichtbaren Baustein für eine professionelle, nachhaltige und Re-Hospitalisierungen vorbeugende multimodale Behandlung schwerer psychosozialer Krisen dar.

Im nachfolgenden Schlussteil werden nun abschließend der Forschungsprozess sowie die generierten und überprüften Hypothesen kurz zusammengefasst und ein kurzer Ausblick für eventuell weiter relevante Forschungsfragen gegeben.

E. Schlussteil:

Zusammenfassung und Ausblick

Blickt man nun abschließend auf die in der vorliegenden Thesis erarbeiteten Inhalte, so wurden verschiedene Feststellungen getroffen, welche an dieser Stelle kurz zusammenfassend beschrieben werden.

Zu Beginn der Arbeit wurden gesellschaftliche Prozesse der Postmoderne betrachtet (vgl. 1.). Es wurde festgestellt, dass mit der Industrialisierung ca. seit dem 18. Jahrhundert gemeinschaftliche Lebensverhältnisse immer mehr in den Hintergrund treten und tendenziell an die Stelle unterstützender Dorfgemeinschaften staatliche Sicherungssysteme getreten sind. Durch die raschen globalen und technologischen Veränderungen (vgl. 1.4) entsteht ein beschleunigtes Zeitempfinden sowie das Gefühl, sich ständig an neue Entwicklungen anpassen zu müssen. Familiäre und nachbarschaftliche Beziehungen haben tendenziell an Bedeutung verloren und individuelle Lebens- und Beziehungsformen an Bedeutung gewonnen (vgl. 1.1; 1.3). Es setzt zunehmend eine Individualisierung der Lebensführung ein und für die Individuen bestehen heute vielerorts die Freiheiten, sich für einen eigenen individuellen Lebensweg zu entscheiden (vgl. 1.2). Die Veränderungen der Gemeinschaft haben sowohl Vor- als auch Nachteile (vgl. 1.1). So sind die Lebenswege und sozialen Beziehungen der Individuen weniger vorherbestimmt sondern vielmehr individuell gestaltbar, was jedoch für bestimmte Personen-

gruppen mit großen Risiken verbunden ist. Die multiplen Möglichkeiten lassen schnell suggerieren, dass Menschen für ihren eigenen Erfolg selbst verantwortlich sind und hierfür Leistungen erbringen müssen (vgl. 1.5). Sind Individuen nicht mit ausreichend Ressourcen ausgestattet, um sich flexibel an schnelle Veränderungen anzupassen und um die Freiheitsgrade für sich zu nutzen, besteht die Gefahr, psychische Erkrankungen zu entwickeln (vgl. 1.5). Psychische Erkrankungen können sich nicht nur aus den gesellschaftlichen Bedingungen entwickeln sondern Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig besonders von gesellschaftlichen Entwicklungen der Postmoderne betroffen (ebd.). Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig nicht gut mit sozialer Unterstützung ausgestattet und benötigen umso mehr Unterstützung beim Aufbau von Basiskompetenzen psychosozialen Verhaltens (ebd.).

Es wurde in diesem Zusammenhang festgestellt, dass psychosoziale Fachkräfte diese gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Sinne eines Person-in-Environment-Ansatzes mitberücksichtigen müssen und dass das Konzept sozialer Unterstützung als Grundlage klinisch-sozialarbeiterischer Praxis und als Orientierungshilfe für die bio-psycho-soziale Diagnostik dient (vgl. 1.6). Außerdem wurde der Stellenwert klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen auch bei rein biologischen Phänomenen im Rahmen des bio-psycho-sozialen Ansatzes beschrieben (ebd.). Darüber hinaus wurde ausgeführt, dass die Sozialtherapie als Handlungskonzept Klinischer Sozialarbeit sich besonders dem Zusammenspiel aus sozialen Belastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen widmet, weshalb sie im Rahmen der geschilderten gesellschaftlichen Prozesse eine besondere Bedeutung innehat (ebd.).

Im darauffolgenden Kapitel wurde der Forschungsstand im Bereich „soziale Unterstützung“ und „soziale Netzwerke“ dargestellt (vgl. 2.), wobei festgestellt wurde, dass es nahezu unmöglich ist, unter der Fülle bisheriger Forschungsbemühungen alle Ergebnisse zu erfassen. Die bisher wohl bedeutendsten Forschungsergebnisse und Modelle zur Wirkung sozialer Unterstützung wurden erläutert (2.1.1-2.3.3). In Bezug auf soziale Netzwerke wurden verschiedene Strukturen sozialer Netzwerke beschrieben, sowie die Tatsache, dass sowohl positive (soziale Unterstützung) als auch negative Effekte (soziale Belastung) aus sozialen Netzwerken hervorgehen können (vgl. 2.2.2). Es wurde festgestellt, dass es verschiedene Formen sozialer Unterstützung gibt, darunter die wahrgenommene Unterstützung und die tatsächlich geleistete Unterstützung sowie die emotionale, praktische/instrumentelle, informationelle soziale Unterstützung, der positive soziale Kontakt, die Reziprozität und die Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung (vgl. 2.1.2). Die Bedeutung sozialer Unterstützung für die individuelle Gesundheit wurde betrachtet, wobei verschiedene Modelle vorgestellt wurden (vgl. 2.3). Darüber hinaus wurden die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung, Persön-

lichkeitskomponenten (vgl. 2.3.2) und soziodemographischen Merkmalen (vgl. 2.3.3) untersucht. Die Erkenntnisse des Theorieteils flossen später in die Hypothesenbildung des quantitativen Teils der Forschungstätigkeit der Theis ein (vgl. 5.1).

In Kapitel 3 wurde die Krisenentstehung aus bio-psychosozialer Perspektive betrachtet, wobei Ansätze der Salutogenese, der kritischen Lebensereignisse und -lagen, der Stress-, Resilienz- und Bindungsforschung einbezogen wurden. In Bezug auf die Krisenintervention wurde festgestellt, dass sowohl personen- als auch umgebungsbezogene Interventionen sowie eine Veränderung und Integration der entsprechenden Lebensführungssysteme zugunsten einer selbstwirksamen und nachhaltigen Bewältigung der Krisensituation indiziert sind (vgl. 3.3). Es wurde herausgearbeitet, dass Menschen mithilfe sozialer Unterstützung Krisen besser bewältigen können und dass Menschen, die soziale Unterstützung in Krisensituationen erfragen und annehmen können besser vor einer Krisenentwicklung geschützt sind als Personen, die dies nicht tun.

In Kapitel 4 wurde das Konzept stationärer Kriseninterventionsstationen innerhalb von Deutschland vorgestellt, wobei festgestellt wurde, dass die meisten Kriseninterventionsstationen sich zwar primär auf psychosoziale Krisen fokussieren, jedoch ebenfalls Menschen mit Krisen im Rahmen bestehender psychischer Erkrankungen behandeln. Die meisten Kriseninterventionsstationen sind darauf ausgerichtet, dass die in Krisen geratenen Personen innerhalb einer gewissen maximalen Aufenthaltsdauer behandelt werden können, weshalb einige Diagnosegruppen oftmals von vornherein ausgeschlossen werden (vgl. 4.1). Es wurde der klinische Eindruck geschildert, dass das Setting der Kriseninterventionsstationen von Patient*innen im Vergleich zu allgemeinpsychiatrischen Stationen als weniger aversiv wahrgenommen wird und so ein sanfter Einstieg in stationäre psychiatrische Behandlungen ermöglicht wird (Menzel & Schleuning, 2007), wobei es bisher nur wenig Forschung über Kriseninterventionsstationen gibt.

Im Rahmen des empirischen Teils der vorliegenden Thesis (vgl. C.) wurde die Behandlung auf der Kriseninterventionsstation von den im qualitativen Teil (vgl. 6.) interviewten Patient*innen tatsächlich nicht als aversiv sondern eher als freundlich und wohlwollend wahrgenommen.

In den Augen der Autorin sollte aus ethischer Sicht diskutiert werden, weshalb es überhaupt nötig ist, bestimmten Patient*innengruppen mit der Behandlung auf einer Kriseninterventionsstation einen leichten Psychiatrieintritt zu ermöglichen (vgl. 4.1; D.).

Im Rahmen der quantitativen Erhebung (vgl. 5.) wurde unter anderem gefunden, dass die soziale Unterstützung der Patient*innen der Kriseninterventionsstation im Vergleich zur Gesamtbevölkerung nahe an den Cut-off-Werten für unterdurchschnittliche soziale Unterstützung und die *soziale Integration* deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägt ist und dass bei den meisten Patient*innen der Kriseninterventionsstation psychiatrische Komorbiditäten bestehen. Es wurden geschlechts-, alters- und diagnosespezifische Unterschiede herausgearbeitet (vgl. 5.5; D.). Im Rahmen der qualitativen Interviews wurde unter anderem festgestellt, dass die Patient*innen selbst sozialer Unterstützung eine große Bedeutung in Bezug auf deren Krisenentwicklung und -bewältigung beimessen. Die meisten interviewten Patient*innen gaben an, dass die stationäre Einweisung hätte vermieden werden können, wenn soziale Unterstützung wahrgenommen und verfügbar gewesen wäre oder dass die stationäre Einweisung sogar in unmittelbarem Zusammenhang mit einer hohen sozialen Belastung stand.

Als Wirkfaktoren der stationären Krisenintervention wurden von den Patient*innen die fürsorgliche und akzeptierende Umgebung der Mitpatient*innen hervorgehoben. Darüber hinaus wurden vor allem die akzeptierende Haltung des Personals, der Abstand von der belastenden Situation, die gemeinsame aktive Bearbeitung der Krisensituation, der Aufbau von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit sowie der Abbau eigener Vorurteile der Patient*innen in Bezug auf psychische Erkrankungen genannt.

In Bezug auf die im Theorieteil der Arbeit beschriebenen gesellschaftlichen Entwicklungen der Postmoderne wurde festgestellt, dass die interviewten Patient*innen eine von der Gesellschaft ausgehende mangelnde Akzeptanz und Toleranz, eine Stigmatisierung von Andersartigkeit und einen Leistungsdruck erleben, wohingegen oder weshalb die Kriseninterventionsstation als diametral akzeptierend und unterstützend wahrgenommen wird. Es wurde herausgearbeitet, dass angesichts dessen nicht nur eine personen- und beziehungs- sondern auch eine umgebungsbezogene Veränderung im Sinne eines bedarfs- und bedürfnisorientierten gemeindepsychiatrischen Engagements zu einer nachhaltigen Krisenbehandlung gehört (vgl. D.).

Es darf bei Patient*innen psychiatrischer Kriseninterventionsstationen nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass es sich aufgrund der oftmals begrenzten Aufenthaltsdauer und des Ausschlusses einiger allgemeinpsychiatrischer Diagnosen um Personen mit geringerem sozialpsychiatrischen Behandlungsbedarf handelt (vgl. D.). Bei rund einem Drittel aller Patient*innen kann angesichts der Häufigkeit stationärer Aufenthalte davon ausgegangen werden, dass bereits eine chronische psychische Erkrankung vorliegt (vgl. 5.5; D.). Außerdem liegen bei einigen Patient*innen komplexe soziale Belastungen und multiple Problemsituatio-

nen vor, welche nicht innerhalb einer auf vier Wochen begrenzten Aufenthaltsdauer bewältigt werden können (vgl. 6.5; D.). Es bedarf einer Integration der Lebensführungssysteme sowie einer weiterführenden fürsorglichen Einbettung nach der Entlassung aus der Kriseninterventionsstation, da die Krisenintervention ansonsten bei der Rückkehr in die Alltagssituation sehr schnell zu einem Gefühl des Scheiterns und Versagens anstelle einer Selbstwirksamkeitserhöhung führen kann, mit der Folge einer ineffizienten und ineffektiven Behandlung sowie häufiger Re-Hospitalisierungen (vgl. D.). Die Basis hierfür liegt mitunter in einer ausführlichen Diagnostik sozialer Unterstützung, sozialer Belastung und sozialer Einbettung (vgl. D.).

Die Klinische Sozialarbeit mit ihrem Fokus auf die Passung zwischen Person und Umfeld spielt deshalb bei der Krisenbewältigung eine entscheidende Rolle. Sie hat angesichts der Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit in Bezug auf den Zusammenhang zwischen gesellschaftlich-sozialen Rahmenbedingungen, sozialer Unterstützung und Gesundheit sowie der gleichzeitig bei einigen Patient*innengruppen stark unterdurchschnittlich ausgeprägten sozialen Unterstützung und überdurchschnittlich ausgeprägten sozialen Belastung, sowie der bei allen Patient*innengruppen auffällig bevölkerungsunterdurchschnittlich ausgeprägten sozialen Integration in der Krisenbehandlung eine bedeutsame Funktion inne.

Weiter sollte m. E. nach diskutiert werden, ob eine gegenseitige konzeptionelle Annäherung bei der Bezeichnung als „Kriseninterventionsstation“ bzw. „Krisenstation“ sinnvoll wäre, da diese Bezeichnung nicht automatisch auf das in dieser Arbeit angewandte Kriseninterventionsmodell schließen lässt sondern teilweise auch als Bezeichnung für beschützt-geführte psychiatrische Akutstationen genutzt wird (vgl. 4.1), was für Betroffene bei der Auswahl einer geeigneten Station sicherlich zu Unsicherheiten führen kann. Ebenfalls untersucht werden sollte m. E. nach, ob bzw. welche Begrenzung der Aufenthaltsdauer bei Kriseninterventionskonzepten tatsächlich sinnvoll ist. Eventuell wird hierdurch eher der Raum für eine individuelle psychosoziale Diagnostik und Behandlungsplanung sowie eine Anpassung der und Reintegration in die Lebensführungssysteme und damit eine effiziente und nachhaltige Stabilisierung eingeschränkt. Sicherlich bedarf es im Bereich der Wirkfaktoren sowie konzeptioneller Vor- und Nachteile psychiatrischer Kriseninterventionsstationen angesichts bislang immer noch geringer Forschungsbestände (vgl. 4.1) weiterer Forschungsbemühungen, um die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit vergleichen und ergänzen zu können. Ein kleiner Beitrag in dieser Hinsicht konnte eventuell mit dem qualitativen Teil der vorliegenden Thesis geleistet werden. Da es nach der Recherche der Autorin bislang keinerlei Untersuchungen zur Ausprägung sozialer Unterstützung und Belastung der Patient*innen einer Kriseninterventionsstation

nen gab konnte möglicherweise auch in dieser Hinsicht ein kleiner Beitrag für die Supportforschung sowie die multiprofessionelle, vor allem klinisch sozialarbeiterische Arbeit auf Kriseninterventionsstation erzielt werden. Eine interessante Erweiterung der vorliegenden Forschungsbemühungen wäre eine vergleichende Erhebung der F-SozU S-54-Werte auf anderen psychiatrischen Stationen, womit voraussichtlich eine Erweiterung der psychiatrischen Diagnosen und eventuell der Behandlungsdauer, der Aufenthaltshäufigkeit und des Durchschnittsalters verbunden wäre. Zudem könnte hierdurch der Mehrwert einer entsprechenden standardmäßigen Sozial-Diagnostik auf anderen psychiatrischen Stationen erörtert werden.

F. Literaturverzeichnis

Adler, L., Huether, G. & Rüther, E. (1999). Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 45(1), 2-17.

Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH (o.J.). *SCHNELLE HILFE IN AKUTEN KRISEN*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter <https://www.alexianer-berlin-weissensee.de/leistungen/tageskliniken/aki-akute-komplexe-krisenintervention/>

Ahbe, T., Gmür, W., Höfer, R., Keupp, H., Kraus, W., Mitzscherlich, B. & Straus, F. (2006). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork, der Identitäten in der Spätmoderne* (3. Auflage). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Ansen, H., Ortmann, K. & Röh, D. (2017). *Sozialtherapie als Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit*. In U. A. Lammel & H. Pauls (Hrsg.), *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung* (S. 27 – 45). Dortmund: verlag modernes lernen

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: dgvt-Verlag.

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH – Asklepios Klinik Nord (2019). *Kriseninterventionsstation. Station W1*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter <https://www.asklepios.com/hamburg/nord/psychiatrie-wandsbek/experten/psychiatrie-und-psychotherapie-wandsbek/krisenintervention-akutpsychiatrie/>

Aubert, N. (2009). *Dringlichkeit und Selbstverlust in der Hypermoderne*. In Gerisch, B. & King, V., *Zeitgewinn und Selbstverlust. Folgen und Grenzen der Beschleunigung* (S. 87-100). Frankfurt am Main. Campus Verlag GmbH.

Baron, S., Linden, M., Muschalla, B. & Ostholt-Corsten, M. (2015). *Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Baumann, U., Ganitzer, J. & Laireiter, A. (1993). *Soziale Netzwerke und Unterstützungsressourcen als differentielle Konstrukte – Bezüge zu sozialen und demographischen Variablen*. In Laireiter, A. (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 88-100). Bern: Verlag Hans Huber.

Baumann, Z. (2007). *Leben in der Flüchtigen Moderne* (1. Auflage). Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag.

Baumann, Z. (2016). *Flüchtige Moderne* (7. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.

Berger, P., Bödecker, E., Celenk, T. & Wolf, K. (2004). *Interdisziplinäre Behandlung in der stationären Krisenintervention*. In Berger, P., Riecher-Rössler, A., Stieglitz, R.-D. & Yilmaz, A. T. (Hrsg.), *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention* (S. 69-79). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Berger, P. & Riecher-Rössler, A. (2004). *Definition der Krise und Krisenassessment*. In Berger, P., Riecher-Rössler, A., Stieglitz, R.-D. & Yilmaz, A. T. (Hrsg.), *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention* (S. 19-30). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Berger-Grabner, D. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele* (3. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Bertoni, H., Cassel, M. D., Gore, S. & Kaplan, Ph. D. (1977). Social Support and Health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.

Bezirk Unterfranken (2015). *Anhang Stationskonzept mit Gruppenverzeichnis Station K4*. Würzburg.

Bezirk Unterfranken (2016). *Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck. Klinikbroschüre*. Würzburg

Bezirk Unterfranken (o. J.a). *Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck. Klinische Leistungen. Krisenstation / Krisenbehandlung. Allgemeines*. Zugriff am 21.08.2019. Verfügbar unter <https://www.psychiatrie-werneck.de/leistung/krisenstation/index.html>

Bezirk Unterfranken (o.J.b). *Psychiatrische Kriseninterventionsstation Lohr*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter https://www.bezirkskrankenhaus-lohr.de/klinische-leistungen/leistung_klinik/trauma/17848.Psychiatrische-Kriseninterventionstation-Lohr.html

Bezirk Unterfranken (o.J.c). *Psychiatrische Krisenintervention Aschaffenburg*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter https://www.bezirkskrankenhaus-lohr.de/klinische-leistungen/leistung_klinik/trauma/17847.Psychiatrische-Krisenintervention-Aschaffenburg.html

Bezirk Niederbayern (o.J.). *Krisenintervention (Station 1.2)*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter <https://www.bkh-landshut.de/krisenintervention.html>

Böhme, H. (2009). *Full Speed – Slow Down: Ambivalenzen der Moderne*. In Gerisch, B. & King, V., *Zeitgewinn und Selbstverlust. Folgen und Grenzen der Beschleunigung* (S. 63-84). Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.

Bohus, M. (2019). *Borderline-Störung* (2., vollständig überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Bowlby, J. (2014). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie* (3. Auflage). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Brähler, E., Fydrich, T. & Sommer, G. (2007). F-SozU. *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Manual*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Britsch, K. H. (2009). *Bindung, Psychopathologie und gesellschaftliche Entwicklungen*. In Britsch, K. H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.), *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie* (S. 350-370). Stuttgart: Klett-Cotta.

Bronisch, T. (2009). *Grundsätzliches zur psychotherapeutischen Krisenintervention*. In Bohus, M., Bronisch, T. & Dose, M., Reddemann, L. & Unckel, C. (2009). *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörung* (4. Auflage) (S. 26-36). Stuttgart: Klett-Cotta.

Brown, B. (1978). Social and psychological correlates of help-seeking behavior among urban adults. *American Journal of Community Psychology*, 6(5), 425-439.

Brownell, A. & Shumaker, S. A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.

Bruns, W. (2013). *Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Bullinger, H. & Nowak, J. (1998). *Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Čejka, S. (2011). Das soziale Atom als Analyseinstrument sozialer Netzwerkforschung am Beispiel einer Projektevaluation innerhalb der Jugendwohlfahrt. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 10(1), 153-171.

Chmitorz, A., Helmreich, I., Kubiak, T., Kunzler, A., Lieb, K. & Linz, S. (2018). Interventionen zur Resilienzförderung bei Erwachsenen. Eine narrative Übersichtsarbeit. *PPmP – Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie 2018 (efirst)*. doi:10.1055/a-0830-4745

Corbin, J. & Strauss, A. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Dällenbach, R., Hollenstein, L., Rüegger, C. & Sommerfeld, P. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Dehmel, S. (2008). *Klinische Sozialarbeit als professionelle soziale Unterstützung*. In K. Orthman & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit, Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S. 17-33). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Deloie, D. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Deloie, D. (2017). *Sozialtherapeutische Grundhaltung*. In Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R.-B., *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 178-190). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Deloie, D. & Lammel, U. A. (2017). *Sozialtherapeutische Grundorientierungen*. In Lammel, U. A. & Pauls, H. (Hrsg.), *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung* (S.100-115). Dortmund: verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG.

Dettmers, S. (2017). *Analyse egozentrierter sozialer Netzwerke*. In Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R.-B., *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 259-272). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Diewald, M. (1991). *Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung?: Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken*. Berlin: Ed. Sigma.

Diewald, M. & Sattler, S. (2010a). *Soziale Unterstützungsnetzwerke*. In Häußling, R. & Stegbauer, C. (Hrsg.), *Handbuch Netzwerkforschung* (S. 689-700). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften I Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Diewald, M. & Sattler, S. (2010b). *Wechselwirkungen zwischen Arbeitslosigkeit und dem sozialen Netzwerk*. In Häußling, R. & Stegbauer, C. (Hrsg.), *Handbuch Netzwerkforschung* (S. 701-714). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften I Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Dross, M. (2001). *Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Eichenbrenner, I. (2017). *Das psychiatrische Hilfesystem*. In Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R.-B. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S.116-138). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Eisele, F., Falk, S., Göser, U., Solmaz, S., Steinert, T. & Tschöke, S. (2009). Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie: Reduktion von Patientenübergriffen und Zwangsmassnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch Implementation einer Kriseninterventionsstation. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2009, 14(1), 44-48.

Emirbayer, M. (1997). Manifesto for a Relational Sociology. *American Journal of Sociology*, 103(2). Zugriff am 13.10.2019. Verfügbar unter https://www.jstor.org/stable/10.1086/231209?read-now=1&seq=19#page_scan_tab_contents

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286). Zugriff am 19.10.2019. Verfügbar unter <http://www.drannejensen.com/PDF/publications/The%20need%20for%20a%20new%20medical%20model%20-%20A%20challenge%20for%20biomedicine.pdf>

Engel, F., Nestmann, F. & Sickendiek, U. (1999). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. München: Juventa Verlag.

Ensel, W. M., Lin, N., Kuo, W. & Simeone, R. S. (1979). Social Support, Stressful Life Events, and Illness: A Model and an Empirical Test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20 (2), 108-119.

Erikson, E. H. (2017). *Identität und Lebenszyklus* (28. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Fegert, J. M., Petermann, F. & Schmid, M. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 47-63.

Flick, U. (2011): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (4. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

Flick, U., Kelle, U., Kromrey, H., Mey, G., Mruck, K. & Reichertz, J. (2014). *Qualitative und quantitative Methoden in der Sozialforschung: Differenz und/oder Einheit?* In Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Analysen und Diskussionen – 10 Jahre Berliner Methodentreffen* (S. 183-226). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (8. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohls Enzyklopädie.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Funck, B. J. & Vogel, D. (2018). Immer nur die zweitbeste Lösung? Protokolle als Dokumentationsmethode für qualitative Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 19(1), 1-29, Zugriff am 11.08.2019. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.1.2716>

Gahleitner, S. B. (2009). *Persönliche Beziehungen aus bindungstheoretischer Sicht*. In Lenz, K. & Nestmann, F. (Hrsg.), *Handbuch persönliche Beziehungen* (S. 145-170). München: Juventa Verlag.

Gahleitner, S. B. (2010). >>Ohne sie wäre ich sicher nicht mehr da ...<< - Suizidalität, Komplextrauma und Beziehung. In Gahleitner, S. B., Ortiz-Müller, W. & Scheuermann, U., *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (2., überarbeitete Auflage) (S. 308-319). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Gahleitner, S. B., Hintenberger, G., Kreiner, B. & Jobst, A. (2014a). Biopsychosoziale Diagnostik: Wie geht denn das konkret? Plädoyer für ein „integratives diagnostisches Verstehen“. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2(2). Zugriff am 20.05.2020. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>

Gahleitner, S. B. & Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In Bock, K. & Miethe, I. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 295-304). Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim: Beltz Juventa.

Gahleitner, S. B. (2019). *Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Arbeit und Beratung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Gerisch, B. & King, V. (2009). *Zeitgewinn und Selbstverlust. Folgen und Grenzen der Beschleunigung*. In Gerisch, B. & King, V., *Zeitgewinn und Selbstverlust. Folgen und Grenzen der Beschleunigung* (S. 7-17), Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.

Gerlmaier, A. (2019). *Handlungskompetenz, Arbeitsressourcen und Gesundheit*. In Gerlmaier, A. & Latniak, E. (Hrsg.), *Handbuch psycho-soziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit. Gesundheitsressourcen stärken durch organisationale Gestaltungskompetenz* (S. 125-148). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.

Giernalczyk, T. (2008). *Krisenintervention: Standardisierte und reflexive Anwendungskonzepte*. In Giernalczyk, T., Glinka, H.-J. & Schefold, W., *Krisenerleben und Krisenintervention. Ein narrativer Zugang* (S. 259-266). Tübingen: dgvt-Verlag.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2012). *THE DISCOVERY OF GROUNDED THEORY: strategies for qualitative research*. New Brunswick (U.S.A): Aldine Transaction.

Gottlieb, B. H. (1983). *Social Support Strategies. Guidelines for Mental Health Practice. Sage Studies in Community Mental Health 7* (1. Ausgabe). Beverly Hills: SAGE Publications, Inc..

Grotberg, E. H. (2011). *Anleitung zur Förderung der Resilienz von Kindern – Stärkung des Charakters. Ein Manual für die Praxis der Resilienzförderung*. In Zander, M. (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 51-101). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften I Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Grunwald, K., Köngeter, S. & Thiersch, H. (2012). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. In Thole, W. (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Auflage) (175-196). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften I Springer Fachmedien.

Hass, W. & Petzold, H. G. (1999). *Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven* (Neueinstellung 2011). In Märtens, M & Petzold, H. G. (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien, Psychotherapie-forschung und Praxis: Modelle, Konzepte, Settings* (S. 193-272). Opladen: Leske + Budrich.

Hass, W (2002). *Soziale Unterstützungsnetzwerke von Menschen mit chronischer Polyarthritis. Eine explorative, netzwerkanalytische Studie*. Inauguraldissertation. Universität zu Köln.

Havighurst, R. J. (1953). *Human Development and Education*. David McKay: New York.

Henderson, C. A., Joseph, H. J., Pierce, G. R., Sarason, B. R. & Sarason, I. G. (1996). *Conceptualizing and Assessing Social Support in the Context of the Family*. In Pierce, G. R., Sarason, B. R. & Sarason, I. G., *Handbook of Social Support and the Family* (S.3-24). New York: Plenum Press.

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 11, 213-218.

Hopf, Christel (1995). *Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick*. In Flick, U., v. Kardorff, E., Keupp, H., v. Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Auflage) (177-181). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Hülshoff, T. (2017). *Psychosoziale Intervention bei Krisen und Notfällen*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Hurrelmann, K (2012a). *Kindheit, Jugend und Gesellschaft. Identität in Zeiten des schnellen sozialen Umbruchs – soziologische Perspektiven*. In Petzold, H. G. (Hrsg.), *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften I Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Hurrelmann, K. (2012b). Jugendliche als produktive Realitätsverarbeiter: Zur Neuausgabe des Buches „Lebensphase Jugend“. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, Heft 1-2012, S.89-100. Zugriff am 15.08.2019. Verfügbar unter <https://www.budrich-journals.de/index.php/diskurs/article/view/6177/5276>

Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2016). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (13. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.

ICD-10-Code: siehe Krollner, B. & Krollner, D. M. (2019).

Isar-Amper-Klinikum gGmbH (2008). *Atriumhaus. Psychiatrisches Krisen- und Behandlungszentrum. Ein Haus mit stets offenen Türen*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter http://iak-kmo.de/fileadmin/user_upload/Atriumhaus/Atriumhaus_Flyer/AH-Broschuere.pdf

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5., korrigierte und durchgesehene Auflage). Heidelberg: Springer-Verlag.

Kbo-Isar-Amper-Klinikum (2019a). *Schwerpunkt: Akute Lebenskrisen und Belastungssituationen*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter <https://kbo-iak.de/index.php?id=733>

Kbo-Isar-Amper-Klinikum (2019b). *Station Pso1. Psychosomatische Krisenstation*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter http://iak-kmo.de/fileadmin/user_upload/Flyer_Februar_2015/Psychosomatische_Krisenstation - Haus 7 Pso1.pdf

Kbo-Isar-Amper-Klinikum (2019c). *Krisenstation – Ein Zufluchtsort*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter <https://kbo-iak.de/index.php?id=653>

Keupp, H. (1987). *Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch*. Sieben Essays. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Keupp, H. (2010). *Die Normalität der Krise oder die Krise der Normalität – Krisenpotenziale im globalisierten Netzwerkkapitalismus*. In Gahleitner, S. B., Ortiz-Müller, W. & Scheuermann, U. (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (2., überarbeitete Auflage) (S. 23-35). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Keupp, H. (2012). *Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft*. In Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.), *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (S. 34-51). Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.

Keupp, H. (o. J.). *Psychosoziales Handeln in der Postmoderne*. Zugriff am 07.08.2019. Verfügbar unter http://www.ipp-muenchen.de/texte/psychosoziales_handeln_in_der_postmoderne.pdf

Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). *Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen*. In Hammelstein, P. & Renneberg, B. (Hrsg.), *Gesundheits-psychologie* (S. 107-122). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Krollner, B. & Krollner, D. M. (2019). *ICD-Code*. Zugriff am 12.12.2019. Verfügbar unter <https://www.icd-code.de/>

Kunz, S., Scheuermann, U. & Schürmann, I. (2007). *Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung* (2. Auflage). München: Juventa Verlag.

Laireiter, A. (1993a). *Begriffe und Methoden der Netzwerk- und Unterstützungsforschung*. In Laireiter, A. (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 15-44). Bern: Verlag Hans Huber.

Laireiter, A. (1993b). *Ätiologiebezogene Funktionen Sozialer Netzwerke und Sozialer Unterstützung*. In Laireiter, A. (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 181-194). Bern: Verlag Hans Huber.

Lampert, T. & Kroll, L. (2007). Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. *Das Gesundheitswesen 2007*, 69(3), 120-127.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (o. J.). *Krisenstation (Station 16.1)*. Zugriff am 13.02.2020. Verfügbar unter https://www.lwl-klinik-muens-ter.de/de/infoservice_fuer_patienten/medizinische_abteilungen_und_stationen/allg_psychiatrie/Krisenstation/

Leo GmbH (2020). *Übersetzung der Wörter „Krise“, „Gefahr“ und „Chance“ vom Chinesischen ins Deutsche*. Zugriff am 13.02.2020. Verfügbar unter <https://dict.leo.org/chinesisch-deutsch>

Leppin, A. & Schwarzer, R. (1991). *Soziale Unterstützung und Wohlbefinden*. In Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 175-190). Weinheim: Juventa Verlag.

Lutz, R. (2014). *Soziale Erschöpfung. Kulturelle Kontexte sozialer Ungleichheit*. Weinheim: Beltz Juventa.

Märtens, M. (1997). *Psychotherapie im Kontext. Soziale und kulturelle Koordinaten therapeutischer Prozesse*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

Manz, R., Schepank, H. & Valentin, E. (1987). Soziale Unterstützung und psychogene Erkrankung. Ergebnisse aus einer epidemiologischen Feldstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 33, 162-170.

Martin Gropius Krankenhaus GmbH (o. J.). *Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie*. Zugriff am 12.12.2019. Verfügbar unter <https://www.glg-gesundheit.de/krankenaeuser/glg-martin-gropius-krankenhaus-eberswalde/behandlungsspektrum/psychiatrie-und-psychotherapie/abteilung-fuer-psychosomatik-und-psychotherapie/>

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.

Menzel, S. & Schleuning, G. (2007). Stationäre Krisenintervention. *Psychotherapie 12. Jahrg.*, 12(2), 314-234.

Möller, H.-J. (2015). *Untersuchung psychiatrischer Patienten*. In Deister, A., Laux, G. & Möller, H.-J., *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (6. Auflage) (S. 28-55). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Moreno, J. L. (1974). *Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft* (3. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.

Nestmann, F. (2000). Netzwerkintervention und soziale Unterstützungsförderung – konzepti- oneller Stand und Anforderung an die Praxis. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 31(3), 259-275.

Nestmann, F. (2005). Alltägliche Helferinnen – unabdingbar und allgegenwärtig – übersehen und vernachlässigt. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO). Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 36(4), 347-366.

Nestmann, F. (2010). Soziale Unterstützung – Social Support. *EEO Enzyklopädie Erzie- hungswissenschaften Online (ISSN 2191-8325)*, Jahr 2010. Zugriff am 21.07.2019. Verfügbar unter

https://www.beltz.de/fachmedien/erziehungs_und_sozialwissenschaften/encyklopaedie_erzieh_ungswissen-schaft_online_eeo.html?tx_beltz_educationencyclopedia%5Barticle%5D=10051&tx_beltz_ed_ucationencyclo-pe-dia%5Baction%5D=article&tx_beltz_educationencyclopedia%5Bcontroller%5D=EducationE_ncyclopedia&cHash=aef3d2735b51dae67cbb478801bb18ea

Nestmann, F. & Weinhold, K. (2012). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Über- gängen*. In Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.), *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (S. 52-67). Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.

Neumann, O. (2017). *Krisenintervention*. In Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C. & Zim- mermann, R.-B., *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 241-258). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Ningel, R. (2011). *Methoden der Klinischen Sozialarbeit*. Bern: Haupt Verlag.

Oberhavel Kliniken GmbH (o. J.). *Konzept der Station 34 K*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter https://www.oberhavel-kliniken.de/ohvk-storage/Standorte/Hennigsdorf/Dokumente/Konzept_der_Krisenstation.pdf

Ortmann, K. & Röh, D. (2012). *Gesundheitsstörungen als soziopsychosomatische Phänomene – Behandlung neu denken, Krankheiten auch sozial behandeln und Behinderungen vermeiden*. In Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.), *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (S. 230-245). Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.

Pantucek, P. (2013). Netzwerkkarte digital: EasyNWK. Zugriff am 13.10.2019. Verfügbar unter www.pantucek.com

Pauls, H. (2013a). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Be- handlung* (3. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.

Pauls, H. (2013b). *Das biopsychosoziale Modell als Grundlage sozialtherapeutischer Beratungsperspektiven*. In Pauls, H., Reicherts, M., Stockmann, P., *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 36-53). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Pauls, H. & Stockmann, P. (2013). *Sozialtherapeutische Beratung – eine Begriffsbestimmung*. In Pauls, H., Reicherts, M. & Stockmann, P., *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 11-20). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Pauls, H. (2014). Biopsychosoziale Perspektiven der Diagnostik in der psychosozialen Beratung. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2(2), 101-115. Zugriff am 01.12.2019. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-jour-nal.org>

Paulus, P. (1997). *Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Gesundheit*. In Homfeld, H. G. & Hünerdorf, B., *Soziale Arbeit und Gesundheit* (S. 175-204). Neuwied: Luchterhand Verlag GmbH.

Pearson, R. E. (1997). *Beratung und soziale Netzwerke. Eine Lern- und Praxisanleitung zur Förderung sozialer Unterstützung*. Weinheim: Beltz Verlag.

Pelizäus-Hoffmeister, H. (2006). *Zur Bedeutung sozialer Netzwerke für die Konstruktion biographischer Sicherheit*. In Hollstein, B. & Straus, F. (Hrsg.), *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen* (S. 441-464). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften I GWV Fachverlage GmbH.

Peuckert, R. (2005). *Familienformen im sozialen Wandel* (6. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

Promberger, M. & Zapfel, S. (2011). Gemeinschaft, Gesellschaft und soziale Sicherung: Überlegungen zu Genese und Wandel des modernen Wohlfahrtsstaates. *IAB Discussion Paper: Beiträge zum wissenschaftlichen Dialog aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 21/2011. Zugriff am 19.10.2019. Verfügbar unter <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/31918>

Raithel, J. (2008). *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Lehrbuch* (2., durchgesehene Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften I GWV Fachverlage GmbH.

Rethfeldt, S. & Stimmer, F. (2004). *Person-in-Environment: Diagnostik und Visualisierende Verfahren*. In Heiner, M. (Hrsg.), *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – ein Handbuch* (S. 190-202). Berlin: Eigenverlag des Dt. Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Richmond, M. E. (1917). *Social Diagnosis*. New York: Russel Sage Foundation.

Richter, D. (2003). *Psychisches System und soziale Umwelt*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2011). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie >>Gesundheit in Deutschland aktuell 2009<<*. Berlin: RKI.

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2015). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland*. Berlin: RKI.

Röh, D. (2008). *Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit*. In K. Orthman & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit, Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S. 35-50). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Beltz Psychologie-Verlags-Union.

Schefold, W. (2008). *Krisentheorie und Krisenintervention*. In Giernalczyk, T., Glinka, H.-J. & Schefold, W., *Krisenerleben und Krisenintervention. Ein narrativer Zugang* (S. 313-336). Tübingen: dgvt-Verlag.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) idF vom 20.12.1988 (BGBl I, 2477) zuletzt geändert durch Artikel 3 G. v. 22.11.2019 (BGBl, 1759).

Stein, C. (2009). *Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Stein, P. (2014). *Forschungsdesigns für die quantitative Sozialforschung*. In Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 135-152). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Thiersch, H. (2016). *Lebensweltorientierte Berufsidentität in Spannungen der zweiten Moderne*. In Grunwald, K. & Thiersch (Hrsg.), *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (3. Auflage) (S. 484-498). Weinheim: Beltz Juventa.

Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol.35, 53-79.

UKGM-Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH (2018). *Gruppe C. Kriseninterventionsstation*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter https://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugi_pso/7420.html

Universitätsklinikum Jena (o.J.). *Station 220: Kriseninterventionsstation*. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter https://www.uniklinikum-jena.de/psychiatrie/Klinik/Station+P220_+Kriseninterventionsstation-p-444.html

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH (2019). *Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Kriseninterventionszentrum. Hilfe für Menschen in Lebenskrisen*. Zugriff am 25.11.2019. Verfügbar unter <https://www.vivantes.de/fuer-sie-vor-ort/klinikum-neukoelln/fachbereiche/kliniken/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/medizinische-angebote/kriseninterventionszentrum/>

Vivantes Klinikum Neukölln (o.J.). Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Kriseninterventionszentrum. Hilfe für Menschen in Lebenskrisen. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter

https://www.vivantes.de/fileadmin/Klinika/KNK/PDFs/Flyer_Krisenintervention_in_Neukoelln_190828.pdf

Vogt, M. (2014). *Partnerschaft und Partnerschaftsberatung im Alter*. In Vogt, M. (Hrsg.), *Lebens- und Bedarfslagen im Alter. Herausforderung für die Beratung, Klinische Sozialarbeit*

und Geriatrie (S. 81-109). Augsburg: ZIEL – Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen GmbH.

Vogt, M. (2018). *Partnerschaftsprobleme bei Suchterkrankung im Alter: Grundlagen und Interventionen*. In Hoff, T. (Hrsg.), *Psychotherapie mit Älteren bei Sucht und komorbiden Störungen* (S. 160-176). Berlin: Springer-Verlag GmbH Deutschland.

Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22. Zugriff am 10.08.2019 Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519>

Wolf, I. A. (1998). *EFFEKTE VON STRESS, SOZIALER UNTERSTÜTZUNG UND PER-SÖNlichkeitsvariablen AUF PSYCHISCHES BEFINDEN*. Dissertation. Philipps-Universität Marburg.

Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität. *Nervenarzt*, 2008 (79), 1319-1336.

World Health Organization (2019). *The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Zugriff am 07.08.2019. Verfügbar unter <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Zima, P. V. (1997). *Moderne / Postmoderne*. Basel: A. Francke Verlag.

G. Anhang

Anhang I: Anschreiben Fragebögen F-SozU S-54 für die Patient*innen der Krisenstation

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich bin die Sozialarbeiterin der Station K4 und führe im Rahmen meiner Masterarbeit eine Befragung unserer Patientinnen und Patienten der Station K4 durch.

Mit der Befragung möchte ich herausfinden, in welchem Umfang unsere Patientinnen und Patienten soziale Unterstützung erhalten und ob soziale Belastungsfaktoren vorliegen.

Die Ergebnisse der Befragung fließen anonym in meine Masterarbeit ein, können aber auch die Krisenbehandlung ergänzen und ggf. Optimierungsimpulse hervorbringen.

Ich wäre dankbar, wenn Sie sich hierfür die Zeit nehmen (ca. 10 Minuten, je nach Ausfüllgeschwindigkeit).

Bitte geben Sie den Fragebogen ausgefüllt bei mir oder am Pflegestützpunkt für Frau Memhardt ab.

Sollten Sie weitere Fragen haben oder Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, können Sie sich gerne an mich wenden.

Ich bedanke mich im Voraus herzlich für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen
Marion Memhardt

Anhang II: Items des F-SozU S-54 nach Brähler et al., 2007, S. 73 f.

[Skalen: EU = Emotionale Unterstützung; PU = Praktische Unterstützung; SI = Soziale Integration; Bel = Soziale Belastung; Rez = Reziprozität; Zuf = Zufriedenheit; Vert = Vertrauensperson.]

1. PU: Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin.
2. EU: Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.
3. SI: Meinen Freunden/Bekannten ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.
4. Bel: Manche meiner Bekannten/Freunde nutzen meine Hilfsbereitschaft aus.
5. Bel: Ich fühle mich von wichtigen Personen abgelehnt.
6. PU: Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.
7. Rez: Es gibt viele Situationen, in denen ich um praktische Hilfe gebeten werde (z. B. etwas erledigen, mit etwas aushelfen).
8. – SI: Die meisten Leute, die ich kenne, haben eine bessere Beziehung zu ihren Freunden als ich.
9. SI: Viele meiner Freunde/Angehörige haben eine ähnliche Einstellung zum Leben wie ich.
10. PU: Wenn ich dringend und kurzfristig zu einem umliegenden Ort (ca. 20 km) muss, weiß ich, wen ich ohne Zögern bitten kann, mich dorthin zu fahren.
11. Bel: Ich könnte viel freier leben, wenn ich nicht immer auf meine Freunde/Familie Rücksicht nehmen müsste.
12. EU: Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.
13. – SI: Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gern ausgehe.
14. EU: Nach manchen Gesprächen fühle ich mich wirklich besser.
15. EU: Ich habe Freunde/Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.
16. PU: Wenn ich wirklich mal unter Stress stehe, werden mir auch mal Aufgaben abgenommen.
17. – SI; - Zuf: Ich brauche mehr Menschen, mit denen ich etwas gemeinsam unternehmen kann.
18. Bel: Manchmal habe ich das Gefühl, dass alle etwas an mir auszusetzen haben.
19. PU: Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkaufen) für mich zu erledigen.-
20. EU: Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.
21. EU: Ich habe einen Menschen, mit dem ich mich auch sexuell gut verstehne.
22. SI: Oft treffe ich zufällig Bekannte, mit denen ich erst mal ein Schwätzchen halte.
23. Bel: Ich wünschte, man würde mir nicht überall reinreden.
24. – SI: Ich fühle mich oft als Außenseiter.
25. PU: Ich kann Freunde/Bekannte bitten, mir bei Amtsangelegenheiten (Behörden) zu helfen.
26. EU: Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.

27. EU: Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.
28. Bel: Ich fühle mich in meinem Leben von Freunden/Angehörigen bedrängt und eingeengt.
29. EU; Vert: Ich habe einen mir vertrauten Menschen, mit dem ich alle persönlichen Dinge besprechen kann.
30. – SI, - Zuf: Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.
31. PU: Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.
32. PU: Ich weiß Menschen, bei denen ich vorübergehend wohnen könnte.
33. Rez: Ich werde oft um Rat gefragt.
34. – SI; - Zuf: Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.
35. Bel: Oft denke ich, dass meine Freunde/Angehörigen zu viel von mir verlangen und erwarten.
36. EU: Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.
37. – SI: Mit meinen Interessen und Hobbys stehe ich ganz alleine da.
38. Bel: Meine Freunde/Angehörigen nehmen meine Gefühle nicht ernst.
39. Bel: Es gibt Menschen, die mir ständig ein schlechtes Gewissen machen.
40. SI: Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.
41. – EU: Über ganz intime Dinge kann ich eigentlich mit niemandem sprechen.
42. EU; Vert: Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, der für mich gut erreichbar ist.
43. SI: Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.
44. EU; Vert: Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.
45. – EU; - Zuf: Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft und praktische Unterstützung.
46. Bel: Meine Freunde/Angehörigen können nicht verstehen, dass ich auch mal etwas Zeit für mich allein brauche.
47. Rez: Es gibt Menschen, die sich mit mir zusammen richtig wohlfühlen.
48. PU: Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps (z.B. guter Arzt, Veranstaltungen)
49. Rez: Es gibt Menschen, die sich mit wichtigen persönlichen Problemen an mich wenden.
50. – SI; - Zuf: Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.
51. EU: Es gibt Menschen, denen ich all meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.
52. Bel: Oft wünsche ich mir, an einem Ort zu leben, wo mich keiner kennt.
53. EU; Vert: Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.
54. Bel: Wichtige Personen versuchen mir vorzuschreiben, wie ich zu denken und zu handeln habe.

Anhang III: Ergebnisse der F-SozU S-54 Erhebung aus IBM SPSS

Deskriptive Statistik F-SozU Skalenmittelwerte der Stichprobe der Krisenstation:

	Deskriptive Statistik									
	N Statistik	Minimum Statistik	Maximum Statistik	Mittelwert		Std.- Abweichung Statistik	Schiefe		Kurtosis	
				Statistik	Std.-Fehler		Statistik	Std.-Fehler	Statistik	Std.-Fehler
EU_Mittelwert	101	1,50	5,00	3,5263	,07995	,80350	-,219	,240	-,736	,476
PU_Mittelwert	101	1,22	5,00	3,3274	,09056	,91012	-,092	,240	-,845	,476
SI_Mittelwert	101	1,15	4,46	2,9792	,07166	,72017	,001	,240	-,618	,476
WasU_Mittelwert	101	1,37	5,58	3,3150	,07498	,75353	,134	,240	-,161	,476
Bel_Mittelwert	101	1,00	4,67	2,8125	,08290	,83317	-,097	,240	-,581	,476
Rez_Mittelwert	99	1,25	5,00	3,4937	,07978	,79383	-,533	,243	-,087	,481
Zuf_Mittelwert	96	1,20	4,60	2,6885	,08169	,80038	,311	,246	-,463	,488
Vert_Mittelwert	100	1,00	5,50	3,7518	,10922	1,09219	-,743	,241	-,174	,478
Gültige Werte (Listenweise)	93									

Deskriptive Statistik der F-SozU T-Werte:

	Deskriptive Statistik											
	N Statistik	Spannweite Statistik	Minimum Statistik	Maximum Statistik	Mittelwert		Std.- Abweichung Statistik	Varianz Statistik	Schiefe		Kurtosis Statistik	Std.-Fehler
					Statistik	Std.-Fehler			Statistik	Std.-Fehler		
EU_T	101	49,30	14,65	63,94	43,1878	1,12607	11,31689	128,072	-,219	,240	-,736	,476
PU_T	101	51,08	13,24	64,32	41,7220	1,22379	12,29890	151,263	-,092	,240	-,845	,476
SI_T	101	48,68	11,91	60,59	38,8119	1,05381	10,59070	112,163	,001	,240	-,618	,476
WasU_T	101	66,83	9,84	76,67	40,7151	1,19015	11,96085	143,062	,134	,240	-,161	,476
Bel_T	101	58,25	30,48	88,73	59,2456	1,31594	13,22498	174,900	-,097	,240	-,581	,476
Rez_T	99	47,47	17,22	64,68	45,6169	1,00990	10,04842	100,971	-,533	,243	-,087	,481
Zuf_T	96	35,79	27,37	63,16	43,0373	,85988	8,42503	70,981	,311	,246	-,463	,488
Vert_T	100	50,56	13,71	64,27	44,6270	1,22717	12,27175	150,596	-,743	,241	-,174	,478
Gültige Werte (Listenweise)	93											

Häufigkeitstabellen der T-Werte der F-SozU Skalen:

	EU_T			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	14,65	1	1,0	1,0
	19,86	1	1,0	2,0
	20,00	1	1,0	3,0
	23,52	1	1,0	4,0
	24,37	1	1,0	5,0
	25,21	1	1,0	5,9
	26,06	1	1,0	6,9
	27,75	1	1,0	7,9
	27,89	2	2,0	9,9
	28,73	2	2,0	11,9
	29,58	2	2,0	13,9
	30,00	1	1,0	14,9
	30,56	3	3,0	17,8
	31,41	3	3,0	20,8
	32,25	2	2,0	22,8

34,08	3	3,0	3,0	25,7
34,93	1	1,0	1,0	26,7
35,35	1	1,0	1,0	27,7
35,77	4	4,0	4,0	31,7
36,62	1	1,0	1,0	32,7
36,76	1	1,0	1,0	33,7
37,61	1	1,0	1,0	34,7
38,45	1	1,0	1,0	35,6
39,30	4	4,0	4,0	39,6
41,13	2	2,0	2,0	41,6
41,97	1	1,0	1,0	42,6
42,39	1	1,0	1,0	43,6
42,82	3	3,0	3,0	46,5
43,24	1	1,0	1,0	47,5
43,66	1	1,0	1,0	48,5
44,23	1	1,0	1,0	49,5
44,65	3	3,0	3,0	52,5
46,34	5	5,0	5,0	57,4
47,18	6	5,9	5,9	63,4
48,17	3	3,0	3,0	66,3
49,01	2	2,0	2,0	68,3
49,86	1	1,0	1,0	69,3
50,70	3	3,0	3,0	72,3
51,69	3	3,0	3,0	75,2
52,54	2	2,0	2,0	77,2
53,38	1	1,0	1,0	78,2
54,23	6	5,9	5,9	84,2
55,21	3	3,0	3,0	87,1
57,32	1	1,0	1,0	88,1
57,75	1	1,0	1,0	89,1
58,73	3	3,0	3,0	92,1
59,30	1	1,0	1,0	93,1
59,58	1	1,0	1,0	94,1
60,42	1	1,0	1,0	95,0
61,27	2	2,0	2,0	97,0
62,25	2	2,0	2,0	99,0
63,94	1	1,0	1,0	100,0
Gesamt	101	100,0	100,0	

	PU_T			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	13,24	1	1,0	1,0
	16,22	1	1,0	2,0
	19,32	1	1,0	3,0
	20,81	2	2,0	5,0
	22,30	2	2,0	6,9
	25,27	2	2,0	8,9
	26,76	5	5,0	13,9
	28,24	4	4,0	17,8
	29,73	5	5,0	22,8
	31,35	5	5,0	27,7
	32,84	2	2,0	29,7
	34,32	3	3,0	32,7
	35,68	1	1,0	33,7

35,81	3	3,0	3,0	36,6
37,30	3	3,0	3,0	39,6
38,78	1	1,0	1,0	40,6
40,27	2	2,0	2,0	42,6
40,68	1	1,0	1,0	43,6
41,76	7	6,9	6,9	50,5
43,24	8	7,9	7,9	58,4
44,86	4	4,0	4,0	62,4
46,35	1	1,0	1,0	63,4
47,84	5	5,0	5,0	68,3
49,32	4	4,0	4,0	72,3
50,81	3	3,0	3,0	75,2
52,30	2	2,0	2,0	77,2
53,78	5	5,0	5,0	82,2
55,27	3	3,0	3,0	85,1
56,08	1	1,0	1,0	86,1
56,76	2	2,0	2,0	88,1
58,38	2	2,0	2,0	90,1
59,32	2	2,0	2,0	92,1
59,86	1	1,0	1,0	93,1
61,35	4	4,0	4,0	97,0
62,84	2	2,0	2,0	99,0
64,32	1	1,0	1,0	100,0
Gesamt	101	100,0	100,0	

	Häufigkeit	SI_T		Kumulierte Prozente
		Prozent	Gültige Pro- zente	
Gültig	11,91	1	1,0	1,0
	16,47	1	1,0	2,0
	19,56	1	1,0	3,0
	21,91	1	1,0	4,0
	22,21	2	2,0	5,9
	23,24	2	2,0	7,9
	24,41	1	1,0	8,9
	25,59	2	2,0	10,9
	26,62	1	1,0	11,9
	26,76	1	1,0	12,9
	27,79	4	4,0	16,8
	28,97	3	3,0	19,8
	30,00	4	4,0	23,8
	31,18	3	3,0	26,7
	31,76	1	1,0	27,7
	32,35	3	3,0	30,7
	33,53	6	5,9	36,6
	33,97	1	1,0	37,6
	34,56	5	5,0	42,6
	36,62	1	1,0	43,6
	36,91	2	2,0	45,5
	37,94	4	4,0	49,5
	39,12	7	6,9	56,4
	40,29	2	2,0	58,4
	41,32	3	3,0	61,4
	41,62	1	1,0	62,4
	42,50	4	4,0	66,3

42,79	1	1,0	1,0	67,3
43,68	1	1,0	1,0	68,3
44,71	3	3,0	3,0	71,3
45,88	2	2,0	2,0	73,3
47,35	1	1,0	1,0	74,3
48,24	2	2,0	2,0	76,2
49,26	3	3,0	3,0	79,2
50,44	6	5,9	5,9	85,1
51,62	4	4,0	4,0	89,1
52,50	1	1,0	1,0	90,1
52,65	1	1,0	1,0	91,1
53,82	1	1,0	1,0	92,1
55,00	2	2,0	2,0	94,1
56,03	2	2,0	2,0	96,0
57,21	1	1,0	1,0	97,0
58,38	1	1,0	1,0	98,0
59,41	1	1,0	1,0	99,0
60,59	1	1,0	1,0	100,0
Gesamt	101	100,0	100,0	

WasU_T				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	9,84	1	1,0	1,0
	18,10	1	1,0	2,0
	19,37	1	1,0	3,0
	20,32	1	1,0	4,0
	23,17	2	2,0	5,9
	24,44	2	2,0	7,9
	25,71	1	1,0	8,9
	26,35	1	1,0	9,9
	26,98	2	2,0	11,9
	27,30	2	2,0	13,9
	27,78	2	2,0	15,8
	28,41	1	1,0	16,8
	28,57	2	2,0	18,8
	29,52	2	2,0	20,8
	29,84	3	3,0	23,8
	30,00	1	1,0	24,8
	30,32	2	2,0	26,7
	31,59	2	2,0	28,7
	32,38	1	1,0	29,7
	32,86	1	1,0	30,7
	33,65	1	1,0	31,7
	34,92	2	2,0	33,7
	35,24	1	1,0	34,7
	35,71	3	3,0	37,6
	36,19	1	1,0	38,6
	37,46	1	1,0	39,6
	37,78	1	1,0	40,6
	38,25	1	1,0	41,6
	38,57	2	2,0	43,6
	39,68	1	1,0	44,6
	39,84	2	2,0	46,5
	40,00	1	1,0	47,5

40,79	1	1,0	1,0	48,5
41,59	2	2,0	2,0	50,5
41,90	1	1,0	1,0	51,5
42,22	2	2,0	2,0	53,5
42,38	4	4,0	4,0	57,4
42,86	1	1,0	1,0	58,4
43,02	1	1,0	1,0	59,4
43,17	3	3,0	3,0	62,4
43,65	1	1,0	1,0	63,4
44,92	1	1,0	1,0	64,4
45,71	2	2,0	2,0	66,3
45,87	1	1,0	1,0	67,3
46,19	1	1,0	1,0	68,3
46,51	1	1,0	1,0	69,3
46,98	1	1,0	1,0	70,3
47,30	1	1,0	1,0	71,3
47,78	2	2,0	2,0	73,3
48,73	3	3,0	3,0	76,2
49,37	1	1,0	1,0	77,2
49,84	1	1,0	1,0	78,2
51,11	2	2,0	2,0	80,2
52,06	1	1,0	1,0	81,2
52,38	1	1,0	1,0	82,2
52,86	1	1,0	1,0	83,2
53,33	1	1,0	1,0	84,2
54,13	1	1,0	1,0	85,1
54,44	1	1,0	1,0	86,1
55,08	1	1,0	1,0	87,1
57,46	3	3,0	3,0	90,1
57,62	1	1,0	1,0	91,1
58,10	1	1,0	1,0	92,1
58,25	2	2,0	2,0	94,1
58,73	2	2,0	2,0	96,0
59,52	1	1,0	1,0	97,0
61,27	1	1,0	1,0	98,0
62,86	1	1,0	1,0	99,0
76,67	1	1,0	1,0	100,0
Gesamt	101	100,0	100,0	

Bel_T				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	30,48	1	1,0	1,0
	34,44	2	2,0	3,0
	35,71	2	2,0	5,0
	37,14	2	2,0	6,9
	39,68	4	4,0	10,9
	41,11	1	1,0	11,9
	42,38	4	4,0	15,8
	43,65	2	2,0	17,8
	45,08	2	2,0	19,8
	47,62	4	4,0	23,8
	50,32	1	1,0	24,8
	51,59	4	4,0	28,7
	53,02	4	4,0	32,7

53,65	1	1,0	1,0	33,7
55,56	4	4,0	4,0	37,6
56,83	1	1,0	1,0	38,6
56,98	4	4,0	4,0	42,6
58,25	2	2,0	2,0	44,6
59,52	7	6,9	6,9	51,5
60,95	3	3,0	3,0	54,5
62,22	3	3,0	3,0	57,4
63,49	6	5,9	5,9	63,4
64,92	3	3,0	3,0	66,3
65,56	1	1,0	1,0	67,3
66,19	3	3,0	3,0	70,3
67,46	6	5,9	5,9	76,2
68,89	2	2,0	2,0	78,2
69,37	1	1,0	1,0	79,2
70,16	3	3,0	3,0	82,2
71,43	1	1,0	1,0	83,2
72,86	4	4,0	4,0	87,1
74,13	1	1,0	1,0	88,1
75,40	1	1,0	1,0	89,1
76,83	1	1,0	1,0	90,1
78,10	3	3,0	3,0	93,1
80,79	1	1,0	1,0	94,1
82,06	2	2,0	2,0	96,0
83,33	3	3,0	3,0	99,0
88,73	1	1,0	1,0	100,0
Gesamt	101	100,0	100,0	

		Rez_T			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	17,22	1	1,0	1,0	1,0
	20,38	1	1,0	1,0	2,0
	23,54	1	1,0	1,0	3,0
	26,71	4	4,0	4,0	7,1
	29,87	1	1,0	1,0	8,1
	33,04	7	6,9	7,1	15,2
	36,20	7	6,9	7,1	22,2
	37,85	1	1,0	1,0	23,2
	39,37	8	7,9	8,1	31,3
	42,53	8	7,9	8,1	39,4
	45,70	6	5,9	6,1	45,5
	48,86	21	20,8	21,2	66,7
	52,03	14	13,9	14,1	80,8
	55,19	6	5,9	6,1	86,9
	58,35	7	6,9	7,1	93,9
	61,52	5	5,0	5,1	99,0
	64,68	1	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	99	98,0	100,0	
Fehlend	System	2	2,0		
Gesamt		101	100,0		

		Zuf_T		Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
	Häufigkeit	Prozent			
Gültig	27,37	3	3,0	3,1	3,1
	29,47	2	2,0	2,1	5,2
	31,58	5	5,0	5,2	10,4
	33,68	5	5,0	5,2	15,6
	35,79	9	8,9	9,4	25,0
	37,89	10	9,9	10,4	35,4
	40,00	9	8,9	9,4	44,8
	42,11	11	10,9	11,5	56,3
	44,21	6	5,9	6,3	62,5
	46,32	4	4,0	4,2	66,7
	48,42	9	8,9	9,4	76,0
	50,53	7	6,9	7,3	83,3
	51,58	1	1,0	1,0	84,4
	52,63	4	4,0	4,2	88,5
	54,74	4	4,0	4,2	92,7
	56,84	2	2,0	2,1	94,8
	58,95	2	2,0	2,1	96,9
	61,05	1	1,0	1,0	97,9
	63,16	2	2,0	2,1	100,0
Gesamt		96	95,0	100,0	
Fehlend	System	5	5,0		
	Gesamt	101	100,0		

		Vert_T		Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
	Häufigkeit	Prozent			
Gültig	13,71	3	3,0	3,0	3,0
	19,33	3	3,0	3,0	6,0
	22,13	1	1,0	1,0	7,0
	24,94	3	3,0	3,0	10,0
	27,75	2	2,0	2,0	12,0
	30,56	5	5,0	5,0	17,0
	32,02	1	1,0	1,0	18,0
	33,37	4	4,0	4,0	22,0
	33,93	1	1,0	1,0	23,0
	36,18	4	4,0	4,0	27,0
	38,99	1	1,0	1,0	28,0
	41,80	11	10,9	11,0	39,0
	44,61	8	7,9	8,0	47,0
	47,42	11	10,9	11,0	58,0
	50,22	7	6,9	7,0	65,0
	53,03	11	10,9	11,0	76,0
	55,84	4	4,0	4,0	80,0
	58,65	19	18,8	19,0	99,0
	64,27	1	1,0	1,0	100,0
Gesamt		100	99,0	100,0	
Fehlend	System	1	1,0		
	Gesamt	101	100,0		

Korrelationen F-SozU Mittelwerte:

Korrelationen								
	EU_Mittelwert	PU_Mittelwert	SI_Mittelwert	WasU_Mittelwert	Bel_Mittelwert	Rez_Mittelwert	Zuf_Mittelwert	Vert_Mittelwert
EU_Mittelwert	Korrelation nach Pearson	1	,691**	,754**	,905**	-,428**	,419**	,507**
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	101	101	101	101	99	96	100
PU_Mittelwert	Korrelation nach Pearson	,691**	1	,630**	,809**	-,379**	,408**	,443**
	Signifikanz (2-seitig)		,000		,000	,000	,000	,000
	N	101	101	101	101	99	96	100
SI_Mittelwert	Korrelation nach Pearson	,754**	,630**	1	,871**	-,641**	,408**	,799**
	Signifikanz (2-seitig)		,000		,000	,000	,000	,000
	N	101	101	101	101	99	96	100
WasU_Mittelwert	Korrelation nach Pearson	,905**	,809**	,871**	1	-,515**	,421**	,641**
	Signifikanz (2-seitig)		,000		,000	,000	,000	,000
	N	101	101	101	101	99	96	100
Bel_Mittelwert	Korrelation nach Pearson	-,428**	-,379**	-,641**	-,515**	1	-,084	-,617**
	Signifikanz (2-seitig)		,000		,000		,409	,000
	N	101	101	101	101	99	96	100
Rez_Mittelwert	Korrelation nach Pearson	,419**	,408**	,408**	,421**	-,084	1	,325**
	Signifikanz (2-seitig)		,000		,000	,409		,001
	N	99	99	99	99	99	94	98
Zuf_Mittelwert	Korrelation nach Pearson	,507**	,443**	,799**	,641**	-,617**	,325**	1
	Signifikanz (2-seitig)		,000		,000	,000	,001	,000
	N	96	96	96	96	96	94	95
Vert_Mittelwert	Korrelation nach Pearson	,842**	,601**	,583**	,749**	-,286**	,330**	,361**
	Signifikanz (2-seitig)		,000		,000	,004	,001	,000
	N	100	100	100	100	100	98	95

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

T-Werte im Vergleich nach Geschlecht:

F-SozU Skala	T-Werte	
	Frauen	Männer
EU	M=43,66; SF=1,64; Md=44,65; SD=10,76; Minimum=25,21; Maximum=62,25; R=37,04; Schiefe=,081; Kurtosis=-1,227	M=40,80; SF=1,64; Md=41,13; SD=11,01; Minimum=14,65; Maximum=63,94; R=11,01; Schiefe=-,239; Kurtosis=-,283
PU	M=42,42; SF=1,82; Md=43,24; SD=11,96; Minimum=13,24; Maximum=62,84; R=49,59; Schiefe=-,331; Kurtosis=-,122	M=39,17; SF=1,77; Md=40,27; SD=11,85; Minimum=16,22; Maximum=58,38; R=42,16; Schiefe=,077; Kurtosis=-1,210
SI	M=38,32; SF=1,72; Md=39,12; SD=11,30; Minimum=16,47; Maximum=59,41; R=42,94; Schiefe=,153; Kurtosis=-,922	M=38,49; SF=1,46; SD=9,81; Md=37,94; Minimum=11,91; Maximum=60,59; R=48,68; Schiefe=-,050; Kurtosis=,186
WasU	M=41,12; SF=1,89; Md=40,79; SD=12,41; Minimum=20,32; Maximum=76,67; R=56,35; Schiefe=,575; Kurtosis=,165	M=38,73; SF=1,66; Md=39,84; SD=11,11; Minimum=9,84; Maximum=62,86; R=53,02; Schiefe=-,124; Kurtosis=-,175
Bel	M=61,03; SF=2,13; Md=59,52; SD=13,95; Minimum=35,71; Maximum=88,73; R=53,02; Schiefe=-,106; Kurtosis=-,785	M=57,69; SF=1,80; Md=59,52; SD=12,12; Minimum=30,48; Maximum=78,10; R=47,62; Schiefe=-,445; Kurtosis=-,708
Rez	M=47,68; SF=1,47; Md=48,86; SD=9,67; Minimum=20,38; Maximum=64,68; R=44,30; Schiefe=-,974; Kurtosis=,957	M=43,90; SF=1,48; SD=9,67; Md=45,7; Minimum=17,22; Maximum=61,52; R=44,30; Schiefe=-,474; Kurtosis=,178
Zuf	M=42,13; SF=1,42; Md=40,0; SD=9,30; Minimum=27,37; Maximum=63,16; R=35,79; Schiefe=,352; Kurtosis=-,870	M=43,46; SF=1,03; Md=42,11; SD=6,94; Minimum=29,47; Maximum=63,16; R=33,68; Schiefe=,564; Kurtosis=,534
Vert	M=46,50; SF=1,61; Md=47,42; SD=10,58; Minimum=19,33; Maximum=58,65; R=39,33; Schiefe=-,747; Kurtosis=-,111	M=41,64; SF=1,91; Md=44,61; SD=12,78; Minimum=13,71; Maximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,687; Kurtosis=-,236

T-Werte im Vergleich der Altersgruppen:

T-Werte				
F-SozU Skala	Alter 18-24	Alter 25-34	Alter 35-47	Alter 48-66
EU	M=43,66; SF=2,20; Md=43,52; SD=9,84; Minimum=29,58; Maximum=62,25; R=32,68; Schiefe=-,375; Kurtosis=-,581	M=42,8; SF=2,52; Md=43,52; SD=11,81; Minimum=23,52; Maximum=63,94; R=40,42; Schiefe=-,002; Kurtosis=-,741	M=42,04; Md=41,48; SF=2,92; SD=13,72; Minimum=14,65; Maximum=61,27; R=46,62; Schiefe=-,364; Kurtosis=-,986	M=42,91; SF=2,10; Md=46,34; SD=9,17; Minimum=28,73; Maximum=59,3; R=30,56; Schiefe=-,155; Kurtosis=-,96
PU	M=43,27; SF=2,36; Md=44,05; SD=10,55; Minimum=20,81; Maximum=62,84; R=42,03; Schiefe=-,531; Kurtosis=-,357	M=40,77; SF=2,74; Md=39,53; SD=12,84; Minimum=20,81; Maximum=61,35; R=40,54; Schiefe=-,249; Kurtosis=-1,272	M=38,17; SF=2,88; Md=41,76; SD=13,50; Minimum=16,22; Maximum=62,84; R=46,62; Schiefe=-,292; Kurtosis=-,901	M=40,44; SF=2,77; Md=41,76; SD=12,06; Minimum=13,24; Maximum=56,76; R=43,51; Schiefe=-,489; Kurtosis=-,364
SI	M=39,61; SF=2,12; Md=38,53; SD=9,49; Minimum=22,21; Maximum=55,0; R=32,79; Schiefe=-,133; Kurtosis=-,830	M=37,48; SF=2,17; Md=34,56; SD=10,18; Minimum=23,24; Maximum=60,59; R=37,35; Schiefe=-,958; Kurtosis=-,46	M=38,01; SF=2,67; Md=38,53; SD=12,54; Minimum=11,91; Maximum=58,38; R=46,47; Schiefe=-,214; Kurtosis=-,332	M=41,44; SF=2,14; Md=41,32; SD=9,33; Minimum=26,76; Maximum=56,03; R=29,26; Schiefe=-,101; Kurtosis=-1,412
WasU	M=43,34; SF=2,83; Md=42,38; SD=12,66; Minimum=24,44; Maximum=76,67; R=52,22; Schiefe=-,785; Kurtosis=1,164	M=39,39; SF=2,50; Md=38,57; SD=11,75; Minimum=20,32; Maximum=62,86; R=42,54; Schiefe=-,550; Kurtosis=-,272	M=38,51; SF=2,94; Md=37,78; SD=13,78; Minimum=9,84; Maximum=58,25; R=48,41; Schiefe=-,111; Kurtosis=-,714	M=40,88; SF=2,25; 42,86; SD=9,81; Minimum=23,17; Maximum=55,08; R=31,9; Schiefe=-,228; Kurtosis=-1,194
Bel	M=59,85; SF=2,63; Md=60,95; SD=11,76; Minimum=39,68; Maximum=80,79; R=41,11; Schiefe=-,07; Kurtosis=-,533	M=62,23; SF=2,88; Md=64,84; SD=13,53; Minimum=30,48; Maximum=83,33; R=52,86; Schiefe=-,597; Kurtosis=,11	M=56,80; SF=2,57; Md=58,89; SD=12,04; Minimum=35,71; Maximum=78,1; R=42,38; Schiefe=-,223; Kurtosis=-,849	M=55,06; SF=3,06; Md=53,02; SD=13,32; Minimum=35,71; Maximum=82,06; R=46,35; Schiefe=-,311; Kurtosis=-,688
Rez	M=46,17; SF=1,77; Md=48,86; SD=7,9; Minimum=26,71; Maximum=61,52; R=34,81; Schiefe=-,572; Kurtosis=-,807	M=48,36; SF=2,33; Md=50,44; SD=10,91; Minimum=23,54; Maximum=61,52; R=37,97; Schiefe=-,846; Kurtosis=-,082	M=45,7; SF=2,14; Md=48,86; SD=10,05; Minimum=17,22; Maximum=64,68; R=47,47; Schiefe=-,901; Kurtosis=2,041	M=44,36; SF=2,63; SD=11,47; Md=45,7; Minimum=20,38; Maximum=61,52; R=41,14; Schiefe=-,573; Kurtosis=-,236
Zuf	M=44,84; SF=1,59; Md=43,16; SD=7,13; Minimum=33,68; Maximum=58,95; R=25,26; Schiefe=-,326; Kurtosis=-,813	M=40,77; SF=1,92; Md=40,0; SD=9,0; Minimum=27,37; Maximum=63,16; R=35,79; Schiefe=-,942; Kurtosis=-,915	M=42,97; SF=1,64; Md=40,0; SD=7,68; Minimum=29,47; Maximum=56,84; R=27,37; Schiefe=-,286; Kurtosis=-,815	M=43,55; SF=2,0; Md=44,21; SD=8,71; Minimum=27,37; Maximum=63,16; R=35,79; Schiefe=-,109; Kurtosis=,033
Vert	M=45,87; SF=1,98; Md=44,61; SD=8,86; Minimum=27,75;	M=43,20; SF=3,12; Md=46,01; SD=14,63; Minimum=13,71; Ma-	M=43,01; SF=3,03; Md=47,42; SD=14,23; Minimum=13,71;	M=44,90; SF=2,36; Md=46,01; SD=10,3; Minimum=19,33; Ma-

	Maximum=58,65; R=30,9; Schiefe=-,093; Kurto- sis=-,477	ximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,654; Kurto- sis=-,823	Maximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,725; Kurto- sis=-,408	ximum=58,65; R=39,33; Schiefe=-,987; Kurto- sis=-,867
--	---	--	--	--

T-Werte der häufigsten Diagnosegruppen:

F- SozU Skala	F1	F3	F4	F6
EU	M=38,25; SF=2,8; Md=39,3; SD=12,52; Minimum=14,65; Ma- ximum=61,27; R=46,62; Schiefe=-,162; Kurto- sis=-,700	M=42,78; SF=1,68; Md=44,65; SD=11,90; Minimum=14,65; Ma- ximum=62,25; R=47,61; Schiefe=-,214; Kurto- sis=-,756	M=42,56; SF=2,23; Md=40,63; SD=12,6; Minimum=19,86; Ma- ximum=63,94; R=44,08; Schiefe=,164; Kurtosis=-1,116	M=39,4; SF=2,24; Md=40,21; SD=11,43; Minimum=14,65; Maxi- mum=61,27; R=46,62; Schiefe=-,106; Kurtosis=- ,553
PU	M=38,61; SF=3,15; Md=41,01; SD=14,1; Minimum=13,24; Ma- ximum=59,86; R=46,62; Schiefe=-,124; Kurto- sis=-1,005	M=41,28; SF=1,85; Md=41,76; SD=13,08; Minimum=13,24; Ma- ximum=62,84; R=49,59; Schiefe=-,116; Kurto- sis=-,898	M=38,15; SF=2,21; Md=35,74; SD=12,49; Minimum=19,32; Ma- ximum=61,35; R=42,03; Schiefe=,328; Kurtosis=-,981	M=39,65; SF=2,41; Md=42,5; SD=12,31; Minimum=13,24; Maxi- mum=59,86; R=46,62; Schiefe=-,461; Kurtosis=- ,282
SI	M=36,41; SF=2,32; Md=36,32; SD=10,37; Minimum=11,91; Ma- ximum=51,62; R=39,71; Schiefe=-,502; Kurto- sis=-,049	M=38,98; SF=1,58; Md=37,94; SD=11,16; Minimum=11,91; Ma- ximum=59,41; R=47,5; Schiefe=-,53; Kurtosis=- ,833	M=36,82; SF=2,13; Md=34,04; SD=12,05; Minimum=16,47; Ma- ximum=60,59; R=44,12; Schiefe=,512; Kurtosis=-,697	M=33,01; SF=1,85; Md=31,76; SD=9,44; Minimum=11,91; Maxi- mum=51,62; R=39,71; Schiefe=,137; Kurtosis=- ,137
WasU	M=36,21; SF=2,73; Md=12,21; SD=12,21; Minimum=9,84; Maxi- mum=58,73; R=48,89; Schiefe=,262; Kurto- sis=-,188	M=40,85; SF=1,88; Md=40,71; SD=13,26; Minimum=9,84; Maxi- mum=76,67; R=66,83; Schiefe=,212; Kurtosis=- ,140	M=38,23; SF=2,3; Md=34,29; SD=13,0; Minimum=19,37; Ma- ximum=62,86; R=43,49; Schiefe=,560; Kurtosis=-,920	M=36,67; SF=2,62; Md=33,81; SD=13,35; Minimum=9,84; Maxi- mum=76,67; R=66,83; Schiefe=,878; Kurto- sis=2,238
Bel	M=62,01; SF=2,49; Md=63,49; Mini- mum=41,11; Maxi- mum=88,73; R=47,62; Schiefe=,056; Kurto- sis=-,876	M=58,25; SF=1,76; Md=60,24; SD=12,46; Minimum=35,71; Ma- ximum=82,06; R=46,35; Schiefe=-,185; Kurto- sis=-,660	M=62,28; SF=2,41; Md=64,92; SD=13,62; Minimum=30,48; Ma- ximum=83,33; R=52,86; Schiefe=- ,485; Kurtosis=-,350	M=65,49; SF=2,26; Md=63,49; SD=11,54; Minimum=47,62; Maxi- mum=88,73; R=41,11; Schiefe=,428; Kurtosis=- ,682
Rez	M=42,37; SF=2,32; Md=44,11; SD=10,39; Minimum=17,22; Ma- ximum=61,52; R=44,20; Schiefe=,822; Kurtosis=- ,890	M=46,27; SF=1,51; Md=48,86; SD=10,67; Minimum=17, 22; Maximum=61,52; R=44,3; Schiefe=-,844; Kurtosis=,414	M=46,59; SF=1,67; Md=48,86; SD=9,45; Minimum=26,71; Ma- ximum=61,52; R=34,81; Schiefe=- ,298; Kurtosis=-,886	M=43,38; SF=2,01; Md=45,7; SD=10,27; Minimum=17,22; Maxi- mum=61,52; R=44,3; Schiefe=-,673; Kurto- sis=,594
Zuf	M=40,53; SF=3,23; Md=41,8; SD=14,45; Minimum=13,71; Ma- ximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,469; Kurto- sis=-,687	M=43,6; SF=1,19; Md=43,16; SD=8,42; Minimum=29,47; Ma- ximum=63,16; R=33,68; Schiefe=,313; Kurtosis=-,557	M=40,92; SF=1,54; Md=40,0; SD=8,7; Minimum=27,37; Ma- ximum=63,16; R=35,79; Schiefe=,724; Kurtosis=,518	M=39,07; SF=1,26; Md=38,95; SD=6,42; Minimum=27,37; Maxi- mum=52,63; R=25,26; Schiefe=,511; Kurtosis=- ,078
Vert	M=40,53; SF=3,23; Md=41,8; SD=14,45;	M=43,91; SF=1,87; Md=46,01; SD=13,21;	M=44,26; SF=2,31; Md=46,01; SD=13,09;	M=43,09; SF=2,37; Md=44,61; SD=12,11;

	Minimum=13,71; Maximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,469; Kurto-sis=-,687	Minimum=13,71; Ma-ximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,809; Kurtosis=-,091	Minimum=13,71; Ma-ximum=58,67; R=44,94; Schiefe=-,890; Kurtosis=,166	Minimum=13,71; Maxi-mum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,752; Kurto-sis=,047
--	---	---	--	---

T-Werte ausgewählter Diagnosen:

F-SozU Skala	Posttraumatische Belastungs-störung	Anpassungsstörung	Borderline-Persönlichkeitsstörung
EU	M=42,61; SF=3,69; Md=38,45; SD=11,08; Minimum=30,56; Maximum=61,27; R=30,7; Schiefe=,922; Kurtosis=-,406	M=42,58; SF=4,68; Md=43,73; SD=14,81; Minimum=19,86; Ma-ximum=62,25; R=42,39; Schiefe=-,126; Kurtosis=-1,313	M=41,12; SF=2,67; Md=40,21; SD=10,67; Minimum=25,21; Ma-ximum=61,27; R=36,06; Schiefe=,396; Kurtosis=-,873
PU	M=37,82; SF=4,20; Md=35,81; SD=12,61; Minimum=19,32; Maximum=59,86; R=40,54; Schiefe=,487; Kurtosis=-,158	M=34,45; SF=4,32; Md=29,93; SD=13,68; Minimum=20,81; Ma-ximum=53,78; R=32,97; Schiefe=,390; Kurtosis=-1,930	M=41,59; SF=2,60; Md=42,50; SD=10,42; Minimum=20,81; Ma-ximum=59,86; R=39,05; Schiefe=-,047; Kurtosis=,178
SI	M=31,29; SF=4,01; Md=28,97; SD=12,02; Minimum=16,47; Maximum=51,62; R=35,15; Schiefe=1,01; Kurtosis=,095	M=38,66; SF=3,81; Md=37,94; SD=12,04; Minimum=23,24; Ma-ximum=58,38; R=35,15; Schiefe=,372; Kurtosis=-,877	M=33,72; SF=2,55; Md=29,49; SD=10,23; Minimum=21,91; Ma-ximum=51,62; Kurtosis=-1,218
WasU	M=35,89; SF=4,15; Md=31,59; SD=12,44; Minimum=23,17; Maximum=58,73; R=35,56; Schiefe=1,302; Kurtosis=,383	M=37,98; SF=4,62; Md=38,25; SD=14,60; Minimum=19,37; Ma-ximum=58,73; R=39,37; Schiefe=,165; Kurtosis=-1,344	M=38,82; SF=3,47; Md=33,81; SD=13,9; Minimum=20,32; Ma-ximum=76,67; R=56,35; Schiefe=1,480; Kurtosis=2,664
Bel	M=68,45; SF=4,73; Md=67,46; SD=14,20; Minimum=39,68; Maximum=83,33; R=43,65; Schiefe=-,887; Kurtosis=,890	M=62,89; SF=4,57; Md=68,81; SD=14,45; Minimum=41,11; Ma-ximum=78,1; R=36,98; Schiefe=-,741; Kurtosis=-1,23	M=69,36; SF=2,59; Md=65,87; SD=10,35; Minimum=55,56; Ma-ximum=88,73; R=33,17; Schiefe=,651; Kurtosis=-,979
Rez	M=51,67; SF=2,76; Md=55,19; SD=8,29; Minimum=33,04; Maximum=61,52; R=28,48; Schiefe=-1,46; Kurtosis=2,95	M=45,38; SF=2,77; Md=47,28; SD=8,76; Minimum=33,04; Ma-ximum=55,19; R=22,15; Schiefe=-,264; Kurtosis=-1,477	M=46,29; SF=2,22; Md=48,86; SD=8,89; Minimum=29,87; Ma-ximum=61,52; R=31,65; Schiefe=-,239; Kurtosis=-,502
Zuf	M=37,43; SF=2,48; Md=35,79; SD=7,43; Minimum=29,47; Maximum=50,53; R=21,05; Schiefe=,675; Kurtosis=-,596	M=41,68; SF=2,73; Md=40,0; SD=8,64; Minimum=27,37; Ma-ximum=56,84; R=29,47; Schiefe=,324; Kurtosis=,058	M=38,75; SF=1,7; Md=38,95; SD=6,78; Minimum=27,37; Ma-ximum=51,58; R=24,21; Schiefe=,424; Kurtosis=-,250
Vert	M=49,60; SF=2,23; Md=50,22; SD=6,7; Minimum=41,8; Maximum=58,66; R=16,85; Schiefe=,195; Kurtosis=-1,605	M=42,36; SF=4,92; Md=44,61; SD=15,54; Minimum=13,71; Ma-ximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,916; Kurtosis=-,136	M=45,31; SF=2,9; Md=44,61; SD=11,58; Minimum=19,33; Ma-ximum=58,65; R=39,33; Schiefe=,849; Kurtosis=,211

F-SozU Skala	Mittelgradige depressi-ve Episode	Schwere depressive Episode	Rezidivierende depressi-ve Störung, gegenwärtig mittelgradig	Rezidivierende depressi-ve Störung, gegenwärtig schwer
EU	M=48,51; SF=2,11; Md=47,18; SD=8,96; Minimum=30,56; Ma-ximum=62,25; R=31,69; Schiefe=-,380; Kurto-sis=-,330	M=38,65; SF=6,31; Md=42,82; SD=16,7; Minimum=14,65; Maxi-mum=59,3; R=44,65; Schiefe=-,207; Kurtosis=-1,512	M=36,26; SF=3,11; Md=34,93; SD=10,32; Minimum=19,86; Maxi-mum=58,73; R=38,87; Schiefe=,761; Kurto-sis=1,392	M=41,09; SF=2,83; Md=39,3; SD=10,19; Minimum=28,73; Ma-ximum=55,21; R=26,48; Schiefe=,161; Kurtosis=1,690
PU	M=43,73; SF=3,36;	M=37,68; SF=6,11;	M=38,11; SF=3,55;	M=41,55; SF=3,1;

	Md=47,84; SD=14,26; Minimum=13,24; Maximum=62,84; R=49,59; Schiefe=-,592; Kurtosis=-,381	Md=29,73; SD=16,17; Minimum=16,22; Maximum=56,76; R=40,54; Schiefe=,093; Kurtosis=-2,100	Md=35,81; SD=11,79; Minimum=22,3; Maximum=61,35; R=39,05; Schiefe=,849; Kurtosis=,233	Md=41,76; SD=11,17; Minimum=25,27; Maximum=62,84; R=37,57; Schiefe=,191; Kurtosis=-,122
SI	M=43,73; SF=2,4; Md=48,24; SD=10,01; Minimum=27,79; Maximum=59,41; R=31,62; Schiefe=-,300; Kurtosis=-1,369	M=38,03; SF=5,17; Md=39,12; SD=13,68; Minimum=11,91; Maximum=50,44; R=38,53; Schiefe=-1,221; Kurtosis=1,549	M=33,44; SF=2,39; Md=33,53; SD=7,92; Minimum=22,21; Maximum=50,44; R=28,24; Schiefe=,813; Kurtosis=,996	M=36,38; SF=3,16; Md=34,56; SD=11,4; Minimum=21,91; Maximum=57,21; R=35,29; Schiefe=,583; Kurtosis=-,768
WasU	M=46,66; SF=3,12; Md=45,95; SD=13,24; Minimum=23,17; Maximum=76,67; R=53,49; Schiefe=,295; Kurtosis=,184	M=36,7; SF=6,11; Md=42,38; SD=16,17; Minimum=9,84; Maximum=55,08; R=45,24; Schiefe=-,662; Kurtosis=-,661	M=34,03; SF=2,98; Md=34,92; Minimum=19,37; Maximum=57,46; R=38,1; Schiefe=1,15; Kurtosis=2,69	M=39,46; SF=3,11; Md=41,9; Minimum=26,98; Maximum=58,25; R=31,27; Schiefe=,322; Kurtosis=-1,472
Bel	M=57,80; SF=2,73; Md=60,24; SD=11,59; Minimum=39,68; Maximum=75,4; R=35,71; Schiefe=-,280; Kurtosis=-,970	M=55,03; SF=6,22; Md=55,56; SD=16,45; Minimum=37,14; Maximum=82,06; R=44,92; Schiefe=,532; Kurtosis=-,708	M=63,94; SF=2,79; Md=65,56; SD=9,26; Minimum=43,65; Maximum=80,79; R=37,14; Schiefe=-,600; Kurtosis=2,255	M=57,02; SF=3,71; Md=59,2; SD=13,38; Minimum=35,71; Maximum=82,06; R=46,35; Schiefe=-,092; Kurtosis=,035
Rez	M=49,74; SF=2,03; Md=48,86; SD=8,60; Minimum=36,2; Maximum=61,52; R=25,32; Schiefe=-,132; Kurtosis=-,117	M=49,31; SF=5,59; Md=52,03; SD=14,78; Minimum=17,22; Maximum=61,52; R=44,3; Schiefe=-2,188; Kurtosis=5,279	M=41,96; SF=3,62; Md=45,7; SD=11,99; Minimum=20,38; Maximum=58,35; R=37,97; Schiefe=-,556; Kurtosis=-,790	M=42,78; SF=2,33; Md=45,7; SD=8,42; Minimum=26,71; Maximum=52,03; R=25,32; Schiefe=-1,102; Kurtosis=,177
Zuf	M=45,67; SF=2,07; Md=47,37; SD=8,76; Minimum=29,47; Maximum=63,16; R=33,68; Schiefe=,007; Kurtosis=-,217	M=43,31; SF=2,47; Md=2,11; SD=6,53; Minimum=31,58; Maximum=50,53; R=18,95; Schiefe=-,847; Kurtosis=,539	M=38,47; SF=2,05; Md=35,79; SD=6,8; Minimum=31,58; Maximum=50,53; R=18,95; Schiefe=,900; Kurtosis=-,693	M=44,53; SF=2,52; Md=44,21; SD=9,09; Minimum=33,68; Maximum=63,16; R=19,47; Schiefe=,581 Kurtosis=-,396
Vert	M=47,42; SF=2,72; Md=50,22; SD=11,52; Minimum=13,71; Maximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-1,565; Kurtosis=3,147	M=39,39; SF=7,54; Md=41,8; SD=19,96; Minimum=13,71; Maximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,193; Kurtosis=-2,300	M=39,75; SF=3,45; Md=38,99; SD=11,45; Minimum=13,71; Maximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,782; Kurtosis=2,295	M=43,85; SF=3,41; Md=47,42; SD=12,30; Minimum=19,33; Maximum=58,65; R=39,33; Schiefe=-,668; Kurtosis=-,405

Häufigkeitstabellen Aufenthaltsanzahl:

Aufenthaltsanzahl

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro-	Kumulierte
			zente	Prozente
Gültig	1,00	44	43,6	51,8
	2,00	15	14,9	69,4
	3,00	5	5,0	75,3
	4,00	4	4,0	80,0
	5,00	3	3,0	83,5
	6,00	3	3,0	87,1

	7,00	3	3,0	3,5	90,6
	8,00	2	2,0	2,4	92,9
	9,00	2	2,0	2,4	95,3
	10,00	1	1,0	1,2	96,5
	11,00	1	1,0	1,2	97,6
	17,00	1	1,0	1,2	98,8
	34,00	1	1,0	1,2	100,0
	Gesamt	85	84,2	100,0	
Gültig	Fehlende Werte	15	14,9		
	Ungültige Werte	1	1,0		
	Gesamt	16	15,8		
	Gesamt	101	100,0		

1 Aufenthalt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	44	43,6	51,8	51,8
	Nein	41	40,6	48,2	100,0
	Gesamt	85	84,2	100,0	
Fehlend	Fehlende Werte	15	14,9		
	Ungültige Werte	1	1,0		
	Gesamt	16	15,8		
	Gesamt	101	100,0		

2-3 Aufenthalte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	20	19,8	23,5	23,5
	Nein	65	64,4	76,5	100,0
	Gesamt	85	84,2	100,0	
Fehlend	Fehlende Werte	15	14,9		
	Ungültige Werte	1	1,0		
	Gesamt	16	15,8		
	Gesamt	101	100,0		

4-34 Aufenthalte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	Ja	21	20,8	24,7	24,7
	Nein	64	63,4	75,3	100,0
	Gesamt	85	84,2	100,0	
Fehlend	Fehlende Werte	15	14,9		
	Ungültige Werte	1	1,0		

Gesamt	16	15,8		
Gesamt	101	100,0		

T-Werte Aufenthaltshäufigkeit:

F-SozU Skala	1 Aufenthalt	2-3 Aufenthalte	3-34 Aufenthalte
EU	M=42,45; SF=1,85; Md=44,65; SD=11,83; Minimum=14,56; Maximum=62,25; R=47,61; Schiefe=-,340; Kurtosis=-,544	M=43,69; SF=2,63; Md=46,34; SD=11,47; Minimum=26,06; Maximum=63,94; R=37,89; Schiefe=,084; Kurtosis=-,1097	M=39,64; SF=2,47; Md=38,45; SD=10,75; Minimum=23,52; Maximum=61,27; R=37,75; Schiefe=,616; Kurtosis=-,396
PU	M=40,18; SF=2,07; Md=43,24; SD=13,28; Minimum=13,24; Maximum=62,84; R=49,59; Schiefe=-,268; Kurtosis=-,857	M=43,59; SF=2,64; Md=43,24; SD=11,50; Minimum=22,3; Maximum=61,35; R=39,05; Schiefe=-,166; Kurtosis=-,986	M=38,4; SF=2,52; Md=34,32; SD=11,0; Minimum=25,27; Maximum=61,35; R=36,08; Schiefe=,885; Kurtosis=-,178
SI	M=38,86; SF=1,75; Md=39,12; SD=11,24; Minimum=11,91; Maximum=58,38; R=46,47; Schiefe=-,262; Kurtosis=-,396	M=37,68; SF=2,76; Md=34,56; SD=12,03; Minimum=22,21; Maximum=60,59; R=38,38; Schiefe=,662; Kurtosis=-,735	M=35,87; SF=1,96; Md=33,53; SD=8,55; Minimum=21,91; Maximum=51,62; R=29,71; Schiefe=,435; Kurtosis=-,709
WasU	M=40,57; SF=2,11; Md=42,38; SD=13,49; Minimum=9,84; Maximum=76,67; R=66,83; Schiefe=,099; Kurtosis=,183	M=40,70; SF=2,67; Md=38,57; SD=11,64; Minimum=24,44; Maximum=62,86; R=38,41; Schiefe=,496; Kurtosis=-,783	M=36,5; SF=2,29; Md=34,92; SD=10,0; Minimum=24,44; Maximum=58,73; R=34,29; Schiefe=1,076; Kurtosis=,447
Bel	M=58,15; SF=1,91; Md=59,52; SD=12,20; Minimum=35,71; Maximum=83,33; R=47,62; Schiefe=,037; Kurtosis=-,441	M=60,08; SF=3,76; Md=62,22; SD=16,39; Minimum=30,48; Maximum=88,73; R=58,25; Schiefe=-,274; Kurtosis=-,848	M=63,32; SF=2,7; Md=63,49; SD=11,78; Minimum=41,11; Maximum=83,33; R=42,22; Schiefe=-,149; Kurtosis=-,302
Rez	M=46,85; SF=1,52; Md=48,86; SD=9,72; Minimum=17,22; Maximum=64,68; R=47,47; Schiefe=-,772; Kurtosis=1,103	M=45,53; SF=2,30; Md=48,86; SD=10,03; Minimum=26,71; Maximum=61,52; R=34,81; Schiefe=-,297; Kurtosis=-,899	M=42,2; SF=2,66; Md=42,53; SD=11,59; Minimum=20,38; Maximum=61,52; R=41,14; Schiefe=-,383; Kurtosis=-,522
Zuf	M=43,47; SF=1,24; Md=44,21; SD=7,96; Minimum=27,37; Maximum=58,95; R=31,58; Schiefe=-,210; Kurtosis=-,852	M=42,66; SF=2,37; Md=40,0; SD=10,31; Minimum=27,37; Maximum=63,16; R=35,79; Schiefe=,780; Kurtosis=,102	M=38,67; SF=1,22; Md=37,89; SD=5,31; Minimum=31,58; Maximum=50,53; R=18,95; Schiefe=,626; Kurtosis=,232
Vert	M=43,78; SF=2,11; Md=47,42; SD=13,52; Minimum=13,71; Maximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-,800; Kurtosis=-,266	M=45,13; SF=2,78; Md=47,42; SD=12,09; Minimum=13,71; Maximum=58,65; R=44,94; Schiefe=-1,119; Kurtosis=1,013	M=42,24; SF=2,36; Md=41,8; SD=10,27; Minimum=24,94; Maximum=58,65; R=33,71; Schiefe=,034; Kurtosis=-,993

Deskriptive Statistik Aufenthaltsanzahl, Alter, Verweildauer in Tagen und Geschlecht:

Statistiken

	Aufenthaltsanzahl	Alter	Verweildauer_in_Tagen	Geschlecht
N	Gültig	85	95	94
	Fehlend	16	6	7
Mittelwert	3,1176	36,2211	20,9765	1,4894
Standardfehler des Mittelwerts	,48403	1,41114	,94261	,05184
Median	1,0000	34,0000	27,0000	1,0000
Modus	1,00	18,00 ^a	28,00	1,00
Std.-Abweichung	4,46257	13,75405	8,69041	,50257
Varianz	19,915	189,174	75,523	,253
Schiefe	4,584	,427	-,926	,043
Standardfehler der Schiefe	,261	,247	,261	,249
Kurtosis	27,783	-,972	-,581	-2,042
Standardfehler der Kurtosis	,517	,490	,517	,493
Summe	265,00	3441,00	1783,00	140,00

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

		Geschlecht			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	48	47,5	51,1	51,1
	männlich	46	45,5	48,9	100,0
	Gesamt	94	93,1	100,0	
Fehlend	Fehlende Werte	7	6,9		
Gesamt		101	100,0		

		Aufenthaltsanzahl			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	44	43,6	51,8	51,8
	2,00	15	14,9	17,6	69,4
	3,00	5	5,0	5,9	75,3
	4,00	4	4,0	4,7	80,0
	5,00	3	3,0	3,5	83,5
	6,00	3	3,0	3,5	87,1
	7,00	3	3,0	3,5	90,6
	8,00	2	2,0	2,4	92,9
	9,00	2	2,0	2,4	95,3
	10,00	1	1,0	1,2	96,5
	11,00	1	1,0	1,2	97,6
	17,00	1	1,0	1,2	98,8
	34,00	1	1,0	1,2	100,0
	Gesamt	85	84,2	100,0	
Fehlend	Fehlende Werte	15	14,9		
	Ungültige Werte	1	1,0		
	Gesamt	16	15,8		
Gesamt		101	100,0		

Alter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	18,00	6	5,9	6,3	6,3
	19,00	2	2,0	2,1	8,4
	20,00	5	5,0	5,3	13,7
	21,00	1	1,0	1,1	14,7
	22,00	5	5,0	5,3	20,0
	23,00	1	1,0	1,1	21,1
	24,00	5	5,0	5,3	26,3
	25,00	5	5,0	5,3	31,6
	26,00	4	4,0	4,2	35,8
	27,00	1	1,0	1,1	36,8
	28,00	1	1,0	1,1	37,9
	29,00	6	5,9	6,3	44,2
	31,00	1	1,0	1,1	45,3
	33,00	2	2,0	2,1	47,4
	34,00	3	3,0	3,2	50,5
	35,00	1	1,0	1,1	51,6
	36,00	1	1,0	1,1	52,6
	37,00	3	3,0	3,2	55,8
	38,00	1	1,0	1,1	56,8
	39,00	4	4,0	4,2	61,1
	40,00	2	2,0	2,1	63,2
	41,00	1	1,0	1,1	64,2
	43,00	4	4,0	4,2	68,4
	44,00	2	2,0	2,1	70,5
	45,00	1	1,0	1,1	71,6
	46,00	2	2,0	2,1	73,7
	47,00	3	3,0	3,2	76,8
	48,00	1	1,0	1,1	77,9
	49,00	1	1,0	1,1	78,9
	50,00	2	2,0	2,1	81,1
	51,00	3	3,0	3,2	84,2
	52,00	1	1,0	1,1	85,3
	53,00	1	1,0	1,1	86,3
	54,00	1	1,0	1,1	87,4
	55,00	2	2,0	2,1	89,5
	56,00	2	2,0	2,1	91,6
	59,00	1	1,0	1,1	92,6
	60,00	1	1,0	1,1	93,7
	61,00	2	2,0	2,1	95,8
	63,00	1	1,0	1,1	96,8
	64,00	2	2,0	2,1	98,9
	66,00	1	1,0	1,1	100,0
	Gesamt	95	94,1	100,0	
Fehlend	Fehlende Werte	6	5,9		
	Gesamt	101	100,0		

Häufigkeitstabellen Diagnosen:

	N Statistik
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	21
Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	7
Affektive Störungen	53
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	37
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	27
Intelligenzstörung	4
Entwicklungsstörungen	0
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	9
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0
Gültige Werte (Listenweise)	0

		Depression		Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		Häufigkeit	Prozent		
Gültig	Leichte depressive Episode	1	1,0	1,9	1,9
	Mittelschwere depressive Episode	19	18,8	35,8	37,7
	Schwere depressive Episode	7	6,9	13,2	50,9
	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwer	12	11,9	22,6	73,6
	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer	14	13,9	26,4	100,0
	Gesamt	53	52,5	100,0	
Fehlend	Fehlende Werte	16	15,8		
	Nicht zutreffend	32	31,7		
	Gesamt	48	47,5		
Gesamt		101	100,0		

Belastungsstörungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Posttraumatische Belastungsstörung	11	10,9	47,8	47,8
	Anpassungsstörung	12	11,9	52,2	100,0
	Gesamt	23	22,8	100,0	
Fehlend	Fehlende Werte	16	15,8		
	Nicht zutreffend	60	59,4		
	System	2	2,0		
	Gesamt	78	77,2		
Gesamt		101	100,0		

Borderline-Persönlichkeitsstörung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Borderline Störung liegt vor	16	15,8	100,0	100,0
Fehlend	Keine Angabe dazu	16	15,8		
	Borderline Störung liegt nicht vor	69	68,3		
	Gesamt	85	84,2		
Gesamt		101	100,0		

t-Tests bei unabhängigen Stichproben mit IBM SPSS:

Vergleich Krisenstation – klinisch unauffällige Stichprobe nach Brähler et al., 2007								
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert
Mittelwert-differenz	-,730	-,810	-,840	-,760	,590	-,400	-,860	-,680
t	-8,936	-8,777	-11,904	-9,961	6,948	-4,900	-9,193	-6,102
df	1390,000	107,877	1390,000	109,224	111,749	109,508	-9,193	108,133
SF-Differenz	,082	,092	,071	,076	,085	,082	,094	,111
Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Konfidenz-intervall	-,892 - -,568	-,993 - -,627	-,978 - -,702	-,911 - -,609	,422 - ,758	-,560 - -,240	-1,044 - -,676	-,898 - -,462

Vergleich Krisenstation – Stichprobe psychisch Belasteter nach Brähler et al., 2007								
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert
Mittelwert-differenz	-,580	-,760	-,850	-,690	,700	-,520	-,860	-,520
t	-6,515	-7,928	-10,324	-8,548	7,854	-5,693	-8,510	-4,374
df	389,000	389,000	389,000	389,000	389,000	381,000	203,479	385,000
SF-Differenz	,089	,096	,082	,081	,089	,091	,101	,119
Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Konfidenz-intervall	-,755 - -,405	-,948 - -,572	-,1,012 - -,688	-,849 - -,531	,525 - ,875	-,699 - -,341	-1,059 - -,661	-,753 - -,287

Vergleich Krisenstation – Stichprobe psychisch Erkrankter nach Brähler et al., 2007								
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert
Kein signifikanter Unterschied:								
Mittelwert-differenz	-,120	-,190	-,030	-,070	,000	,120	-,090	-,120
t	-1,178	-1,782	-,312	-,784	,000	1,057	-,815	-,846
df	288,000	288,000	288,000	288,000	288,000	235,743	235,679	283,000
SF-Differenz	,102	,107	,096	,089	,106	,113	,110	,142
Sig. (2-seitig)	,240	,076	,755	,434	1,000	,291	,416	,398
Konfidenz-intervall	-,320 - -,080	-,400 - ,020	-,219 - ,159	-,246 - ,106	-,209 - ,209	-,102 - ,342	-,308 - ,128	-,398 - ,158

Vergleich Krisenstation: F1-Diagnose – keine F1-Diagnose								
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert
Mittelwert-differenz	Kein signifikanter Unterschied	1,210	Kein signifikanter Unterschied	Kein signifikanter Unterschied				
t						5,910		
df						82,000		
SF-Differenz						,205		
Sig. (2-seitig)						,000		
Konfidenz-intervall						,809 – 1,611		

Vergleich Krisenstation: Mittelgradige depressive Episode – keine Depression vorliegend								
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert
Mittelwert-differenz	-,460	Kein signifikanter Unterschied	-,570	-,570	Kein signifikanter Unterschied	-,540	-,550	Kein signifikanter Unterschied
t	-2,169		-2,049	-2,750		-2,558	-2,399	
df	49,000		49,000	49,000		48,000	47,000	
SF-Differenz	,212		,193	,207		,211	,229	
Sig. (2-seitig)	,035		,005	,008		,014	,020	
Konfidenz-intervall	-,876 - -,044		-,949 - - -,191	-,976 - - -,164		-,954 - - -,126	-,999 - - -,101	

Vergleich Krisenstation: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode – keine Depression								
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert
Mittelwert-differenz								
t								
df								
SF-Differenz								
Sig. (2-seitig)								
Konfidenz-intervall								

Kein signifikanter Unterschied.

Vergleich Krisenstation: PTBS – keine Belastungs- oder Anpassungsstörung								
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert
Mittelwert-differenz	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	-610	Kein signifi-kanter Unter-schied	-,690	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied
t			2,649	Kein signifi-kanter Unter-schied	-2,643	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied
df			69,000	Kein signifi-kanter Unter-schied	69,000	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied
SF-Differenz			,230	Kein signifi-kanter Unter-schied	,261	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied
Sig. (2-seitig)			,010	Kein signifi-kanter Unter-schied	,010	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied
Konfidenz-intervall			,159 - 1,061	Kein signifi-kanter Unter-schied	-1,202 - -,178	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied

Vergleich Krisenstation: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – keine Persönlichkeits- und Verh.st.								
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert
Mittelwert-differenz	,400	Kein signifi-kanter Unter-schied	,520	,360	-,490	Kein signifi-kanter Unter-schied	,440	Kein signifi-kanter Unter-schied
t			3,194	2,016	-2,546	Kein signifi-kanter Unter-schied	2,686	Kein signifi-kanter Unter-schied
df			83,000	83,000	83,000	Kein signifi-kanter Unter-schied	64,896	Kein signifi-kanter Unter-schied
SF-Differenz			,163	,179	,192	Kein signifi-kanter Unter-schied	,164	Kein signifi-kanter Unter-schied
Sig. (2-seitig)			,002	,047	,013	Kein signifi-kanter Unter-schied	,009	Kein signifi-kanter Unter-schied
Konfidenz-intervall			,201 - ,839	,010 - ,710	-,867 - -,113	Kein signifi-kanter Unter-schied	,119 - ,761	Kein signifi-kanter Unter-schied

Vergleich Krisenstation: Borderline-Persönlichkeitsstörung – keine Borderline-Persönlichkeitsstörung								
Skala	EU	PU	SI	WasU	Bel	Rez	Zuf	Vert
Mittelwert-differenz	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	,720	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied
t			3,242	83,000	,222	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied
df			,002	,285 - ,1,155	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied	Kein signifi-kanter Unter-schied
SF-Differenz			,285 - ,1,155	Kein signifi-kanter Unter-schied				
Sig. (2-seitig)			Kein signifi-kanter Unter-schied					
Konfidenz-intervall			Kein signifi-kanter Unter-schied					

Vergleich Krisenstation: Aufenthaltsdauer								
Skala	Aufenthaltsdauer							
Mittelwertdifferenz	Kein signifikanter Unterschied							
t	Kein signifikanter Unterschied							
df	Kein signifikanter Unterschied							
SF-Differenz	Kein signifikanter Unterschied							
Sig. (2-seitig)	Kein signifikanter Unterschied							
Konfidenzintervall	Kein signifikanter Unterschied							

Vergleich Krisenstation: Alter								
Skala	Alter							

Mittelwertdifferenz	-8,620
t	-2,390
df	83,000
SF-Differenz	3,607
Sig. (2-seitig)	,019
Konfidenzintervall	-15,689 - -1,551

Vergleich Krisenstation: F-SozU Mittelwerte - Geschlecht								
Skala	<i>EU</i>	<i>PU</i>	<i>SI</i>	<i>WasU</i>	<i>Bel</i>	<i>Rez</i>	<i>Zuf</i>	<i>Vert</i>
Mittelwert-differenz								
t								
df								
SF-Differenz								
Sig. (2-seitig)								
Konfidenz-intervall								

Keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Anhang IV: Kodiertabelle zur Auswertung der qualitativen Interviews

Die originale anonymisierte Kodiertabelle wurde aus datenschutzgründen separat ausgedruckt beigefügt. In der hier angefügten Tabelle wurden Inhalte, die trotz Anonymisierung unter Umständen auf die Patient*innen schließen lassen könnten unkenntlich gemacht.

(Kennzeichnung der Interviewprotokolls mit „P-Herr/FrauXY“)

Nr.	Kategorien/ Unterkategorien	Definition/ Be- griffsklärung	Kodierregel	Ankerbeispiele (Bei Mehrfachverwendungen von Textstellen werden die relevanten Inhalte unterstrichen)
1	Soziale Unter- stützung	Positive Einfluss- größen sozialer Beziehungen auf die Interviewten.	Entsprechende Textstellen wer- den im Protokoll rot markiert	
1.1	Emotionale Un- terstützung			<p>Sie habe [REDACTED] eine gute Freundin gefunden, [REDACTED] [REDACTED] mit der sie aber häufig telefoniere. Man erzähle sich gegenseitig alles und könne jederzeit anrufen, ohne das Gefühl zu haben, unerwünscht zu sein. Sie spüre von Herzen, dass sie sich über ihren Anruf freue und dass sie die Freundin nicht belästige, sondern dass diese eher einsam sei und sich über Kontakt freue: Die Freundin habe zu ihr ge- sagt: „Wenn ich mit dir rede dann ist irgendwie das Leben ganz anders.“ (P-Frau A., Z.45-50)</p> <p><u>Auch ihre Enkelkinder und Kinder</u> seien eigentlich immer für sie da [REDACTED] [REDACTED] (P-Frau A., Z.63f.)</p> <p>Sie wisse aber eigentlich, dass sie jederzeit Hilfe bekommen könne von Enkelkindern und Kindern, (P-Frau A., Z.85f.)</p> <p>„weil die Leute trotzdem zu mir ste- hen. Auch bei der Entscheidung, die ich jetzt getroffen habe, habe ich vollen Rückhalt.“ (P-Herr B., Z.6ff.)</p> <p>Er habe ein „sehr gutes Gefühl“ beim Ausfüllen gehabt, weil er viel Rück- halt von seinen sozialen Beziehungen habe. (P-Herr B., Z.4f.)</p> <p>„Heute weiß ich, es kann kommen was will, ich kann jederzeit anrufen bei mehreren Leuten. Und es beruht</p>

			auf Gegenseitigkeit, was wahnsinnig wichtig ist.“ (P-Herr B., Z.34f.)
1.2	Praktische Unter-stützung		<p>Auch ihre Enkelkinder und Kinder seien eigentlich immer für sie da [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED] . (P-Frau A., Z.63f.)</p>
			<p>jetzt gehe es besser und die Mutter helfe ihr auch zurzeit finanziell (P-Frau C., Z.17f.)</p>
			<p>aber jetzt merke sie erst richtig, wie viel Hilfe sie während ihres Klinikaufenthaltes angeboten bekomme. Sie habe von einigen Personen angeboten bekommen, abgeholt und jederzeit dort übernachten zu können. (P-Frau E., Z.8ff.)</p>
1.3	Reziprozität		<p>Sie spüre von Herzen, dass sie sich über ihren Anruf freue und dass sie die Freundin nicht belästige, sondern dass diese eher einsam sei und sich über Kontakt freue „Wenn ich mit dir rede dann ist irgendwie das Leben ganz anders.“ (P-Frau A., Z.47-50)</p> <p>Sie sei „kein Typ für Telefonieren“, könne jedoch mit ihrer Schwägerin und der guten Freundin, [REDACTED] stundenlang telefonieren, weil sie hier wisse, dass sie nicht nerve sondern man sich gegenseitig etwas Gutes tue.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED] (P-Frau A., Z.57-62)</p>
			<p>„Heute weiß ich, es kann kommen was will, ich kann jederzeit anrufen bei mehreren Leuten. Und es beruht auf Gegenseitigkeit, was wahnsinnig wichtig ist.“ Wenn man immer nur nehme sei das nicht Sinn einer Freundschaft sondern eher ausnutzen. In seinem Freundeskreis helfe man sich gegenseitig. (P-Herr B., Z.34-37)</p>
1.4	Bewertungsunter-stützung		<p>Auch ihre Enkelkinder und Kinder seien eigentlich immer für sie da [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED] (P-Frau A., Z.63f.)</p>
			<p>Er habe viel Besuch bekommen während seines Klinikaufenthaltes und die Rückmeldung erhalten, dass egal</p>

				welche Entscheidung er treffe, er den Rückhalt behalten werde. [REDACTED] [REDACTED] In der Freundschaft sei Ehrlichkeit sehr wichtig, so könne man sich ehrliche Rückmeldungen geben und trotzdem noch befreundet sein. (P-Herr B., Z.40-44)
1.5	Hohe Dichte des persönlichen sozialen Netzwerks			„Ich habe eigentlich viele Leute um mich herum“ (P-Frau A., Z.54f.) Zusammenfassung des sozialen Atoms: <u>Im Kern hohe Dichte an positiven sozialen Kontakten</u> Der stabile Kern habe ihn über zwei Jahre hinweg vor den konflikthaften Beziehungen des äußeren Kreises geschützt (P-Herr B., Z.51-55)
1.6	Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Krise			Ob sie stabil sei oder nicht „liegt aber an Personen, mit denen ich Kontakt habe. Wenn ich denen vertrauen kann und dadurch das Vertrauen in mich habe.“ (P-Frau C., Z.98f.) „eine sehr große Bedeutung, weil man einfach nicht alles alleine schaffen kann.“ „Es macht ein gutes Gefühl zu wissen, dass es da draußen jemanden gibt, der helfen würde.“ Sie sei sich ziemlich sicher, dass es die Behandlung auf der Station nicht gebraucht hätte, wenn sie Unterstützung angenommen hätte. Sie habe jedoch immer versucht alles mit sich selbst auszumachen. (P-Frau E., Z.20-24) „Mehr Stabilität, wenn ich weiß dass meine Familie hinter mir steht bringt das Stabilität, aber das ist die Wunschvorstellung. Es muss nicht sein, es geht auch ohne, aber es wäre ein schönes Extra.“ (P-Frau E., Z.51ff.) „Eine wahnsinnig große Bedeutung.“ In der Schule sei er nicht gerade der Beliebteste gewesen, [REDACTED] [REDACTED] und kein Selbstbewusstsein gehabt habe. In der [REDACTED] Klasse habe sich dies „schlagartig“ geändert, was er auf seine 1. Freundin zurückführt, [REDACTED], „Sie hat mir gezeigt, ich bin mehr als ich von mir selbst denke. Damit hat sich das langsam geändert, dadurch kam Selbstbewusstsein, ich habe mich zur Wehr gesetzt.“ (P-Herr B., Z.25-30)

			<p>Zusammenfassung des sozialen Atoms: Im Kern hohe Dichte an positiven sozialen Kontakten. Im äußeren Ring negative und sehr belastende Kontakte, welche zur krisenhaften Entwicklung hauptsächlich beigetragen hätten und wegen welchen er habe stationär kommen müssen. Das soziale Atom bilde die Krisensituation ab. Der stabile Kern habe ihn über zwei Jahre hinweg vor den konflikthaften Beziehungen des äußeren Kreises geschützt, irgendwann habe dies jedoch nicht mehr ausgereicht. „Irgendwann kamen einfach zu viele Schläge auf einmal.“ (P-Herr B., Z.51-56)</p>
			<p>Durch die Krisensituation habe er vielleicht einen negativen Blick auf seine soziale Situation gehabt. Er habe sie durch einen „negativen Spiegel“ gesehen. (P-Herr D., Z.5f.) „Aber wenn man den Fragebogen ehrlich beantwortet, steckt da viel drin was einen auch hierhergeführt hat.“ Man neige am Anfang dazu, die Dinge etwas negativer zu sehen. (P-Herr D., Z.7f.) „Dann wäre das Leben in einem hohen Maße lebenswert und die Stabilität, das auch weiterzugeben, gegeben. Die Angst, mit der psychischen Erkrankung zu leben wäre maximal minimiert.“ (P-Herr D., Z.61ff.) Er habe Angst gehabt jemanden um Unterstützung zu bitten, weil er Angst vor der Absage der Hilfe gehabt habe. „In der Krise ist ein Nein schon viel genug.“ (P-Herr D., Z.28f.)</p>
1.7	Umfang sozialer Unterstützung		
1.7.1	Soziale Unterstützung durch Freund*innen		<p><u>Sie erhalte Unterstützung vor allem durch ihren festen Freund und ihre Freundinnen.</u> (P-Frau E., Z.7) Soziale Unterstützung erhalte sie durch ihre Freunde, zu welchen die Beziehung gut sei, (P-Frau E., Z.37f.)</p> <p>auf der anderen Seite Dankbarkeit, „weil die Leute trotzdem zu mir stehen. Auch bei der Entscheidung, die ich jetzt getroffen habe, habe ich vollen Rückhalt.“ (P-Herr B., Z. 6ff.) In seinem Freundeskreis sei es hilfreich, dass einige seiner Freunde selber psychische Probleme haben. (P-Herr B., Z.14f.)</p> <p style="text-align: right;">besten Freund</p>

			<p>Er habe mit ihm auch außerhalb der Schule etwas gemeinsam unternommen und der Freund habe ihm Mut gemacht, was er auch bis heute mache. (P-Herr B., Z.30-33)</p> <p>„Heute weiß ich, es kann kommen was will, ich kann jederzeit anrufen bei mehreren Leuten. Und es beruht auf Gegenseitigkeit, was wahnsinnig wichtig ist.“ (P-Herr B., Z.34f.)</p> <p>Er habe viel Besuch bekommen während seines Klinikaufenthaltes und die Rückmeldung erhalten, dass egal welche Entscheidung er treffe, er den Rückhalt behalten werde</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]. In der Freundschaft sei Ehrlichkeit sehr wichtig, so könne man sich ehrliche Rückmeldungen geben und trotzdem noch befreundet sein. (P-Herr B., Z.40-44)</p>
1.7.2	Soziale Unterstützung durch Familie		<p>von ihren Eltern erhalte sie keine Unterstützung und die Beziehung sei schlecht. (P-Frau E., Z.38f.)</p> <p>„Eltern oder Menschen, die am nächsten sind, sind in der Krise oft diejenigen die am weitesten weg sind. Um sich selbst zu schützen oder weil sie es nicht wahrhaben wollen oder weil sie mich nicht so gesehen haben.“ (P-Herr D., Z.23ff.)</p> <p>jetzt gehe es besser und die Mutter helfe ihr auch zurzeit finanziell (P-Frau C., Z.17f.)</p>
1.7.3	Soziale Unterstützung durch Partnerschaft		<p><u>Sie erhalte Unterstützung vor allem durch ihren festen Freund und ihre Freundinnen.</u> (P-Frau E., Z.7)</p> <p>In der [REDACTED] Klasse habe sich dies „schlagartig“ geändert, was er auf seine 1. Freundin zurückführt, [REDACTED] „Sie hat mir gezeigt, ich bin mehr als ich von mir selbst denke. Damit hat sich das langsam geändert, dadurch kam Selbstbewusstsein, ich habe mich zur Wehr gesetzt.“</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]. (P-Herr B., Z.27-31)</p>
1.7.4	Allgemeiner Umfang sozialer Unterstützung		<p>aber jetzt merke sie erst richtig, wie viel Hilfe sie während ihres Klinikaufenthaltes angeboten bekomme. Sie habe von einigen Personen angeboten bekommen, abgeholt und jederzeit</p>

				<p>dort übernachten zu können. (P-Frau E., Z.8ff.)</p> <p>Beim Ausfüllen sei ihr deutlich geworden, wie viel <u>Unterstützung sie eigentlich habe</u> (P-Frau E., Z.4)</p>
				<p>Er habe ein „sehr gutes Gefühl“ beim Ausfüllen gehabt, weil er viel Rückhalt von seinen sozialen Beziehungen habe. (P-Herr B., Z.4f.)</p> <p>Er sei fasziniert, hätte nicht gedacht, dass seine soziale Unterstützung so stark ausgeprägt sei. Zwar hätte er gewusst, dass sein sozialer Rückhalt gut sei, aber dass es so überdurchschnittlich sei hätte er nicht gedacht. Er finde es traurig für andere, dass offensichtlich nicht alle so eine Ausprägung sozialer Unterstützung haben. (P-Herr B., Z.9-12)</p> <p>„Wenn ich mir die Werte so anschau, eigentlich nicht, ne. Aber nicht nur was die Werte betrifft, im Allgemeinen bin ich vollauf zufrieden mit meinem sozialen Umfeld.“ (P-Herr B., Z.47f.)</p>
				<p>Inzwischen habe er Bestätigung durch sein bestehendes soziales Umfeld bekommen: „wieso hast du nix gesagt?“. (P-Herr D., Z.10ff.)</p>
1.8	Mangelnde soziale Unterstützung			<p>von ihren Eltern erhalte sie keine Unterstützung und die Beziehung sei schlecht. (P-Frau E., Z.38f.)</p>
2	Soziale Belastung	Negative soziale Einflussgrößen.	Entsprechende Textstellen werden im Protokoll gelb markiert	
2.1	Soziale Belastung durch informelle primäre soziale Netzwerke			
2.1.1	Soziale Belastung durch das familiäre Umfeld			<p>Trotzdem erinnere sie sich auch an die guten Zeiten der Ehe und sei traurig, dass es nicht mehr so sei. Manchmal würde sie gerne die Erinnerungen über die Vergangenheit einfach auslöschen. <u>Außerdem täten ihr die Kinder Leid wegen der Trennung und sie versuche weiterhin, die Familie zusammenzuhalten,</u> [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p><u>was ihr dann wiederum von den FreundInnen und Bekannten so ausgelegt werde, dass es ja scheinbar doch nicht so schlimm gewesen sein kann</u> [REDACTED] (P-Frau A., Z.73-80)</p>

			<p>Mit ihrer Mutter sei das Verhältnis früher schwierig gewesen, jetzt gehe es besser und die Mutter helfe ihr auch zurzeit finanziell, aber sie sei keine richtige Vertrauensperson. (P-Frau C., Z.16f.)</p> <p>Ihr Vater verstehe ihrer psychische Erkrankung nicht, [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] Er verstehe nicht, dass sie Angst vor Veränderung habe [REDACTED] (P-Frau C., Z.64-66)</p> <p>Ihre Oma sei vor [REDACTED] Jahren verstorben, [REDACTED] dies mit anzusehen. Die Oma sei ihre Hauptbezugsperson gewesen, nach deren Tod sei die Pat. „zusammengebrochen“ und es sei zu ihrem ersten Klinikaufenthalt gekommen.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>(P-Frau C., Z.68-73)</p> <p>Dass diese Zeit der Kindheit nun vorbei sei mache sie sehr traurig und es falle ihr bis heute schwer, damit klarzukommen, dass die Oma nicht mehr lebe. (P-Frau C., Z.85ff.)</p>
			<p>Ja, nicht generell, aber sie würde sich soziale Unterstützung durch ihre Familie wünschen, aber das sei nicht machbar. (P-Frau E., Z.27f.)</p> <p>von ihren Eltern erhalte sie keine Unterstützung und die Beziehung sei schlecht.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED] Zu anderen Familienmitgliedern bestehe kein Kontakt. (P-Frau E., Z.38-44)</p> <p>„Eltern oder Menschen, die am nächsten sind, sind in der Krise oft diejenigen die am weitesten weg sind. Um sich selbst zu schützen oder weil sie es nicht wahrhaben wollen oder weil</p>

				<p>sie mich nicht so gesehen haben.“ Die Eltern hätten die Ernsthaftigkeit seiner Krise nicht gesehen, nach dem Motto „das ist doch gar nicht so schlimm“. (P-Herr D., Z.23-27) „Das ist grundsätzlich nicht gut weil es durch verschiedene Faktoren belastet ist. Dazu brauche ich das Werkzeug, um mit der Situation [REDACTED] Die Eltern werden sich nicht ändern, also muss ich das.“ (P-Herr D., Z.48-51)</p>
2.1.2	Soziale Belastung durch den Freunden- und Bekanntenkreis			<p>Ihre Bekannten wollten immer von ihr erfahren, wie es ihr geht, aber nur aus Neugierde. (P-Frau A., Z.6f.) Ja, ihre Bekannten/FreundInnen würden sie nicht verstehen und sagen, dass es ihr doch eigentlich gut gehe, [REDACTED] [REDACTED] (P-Frau A., Z.21-24) Sie mache sich selber fertig, habe Angst vor Fragen, auf die sie nicht antworten wolle. <u>Sie habe keine Lust auf Bekannte, gehe ihnen aus dem Weg, wenn sie Bekannte auf der Straße treffe, da sie Angst vor Gereide, Neugier und Unverständnis habe,</u> zum Beispiel wegen ihrer Depressivität als faul abgestempelt zu werden. (P-Frau A., Z. 87-90)</p> <p>Bereits in der Schule habe sie schlimme Mobbing-Erfahrungen [REDACTED] machen müssen. (P-Frau C., Z.75f.) Viele belastende Dinge seien zusammengekommen. Es habe viel Streit und Beschimpfungen [REDACTED] geben, [REDACTED] (P-Frau C., Z.3-8)</p>

				(P-Frau C., Z.31ff.)
2.1.3	Soziale Belastung auf partnerschaftlicher Ebene			<p>In der Schule sei er nicht gerade der Beliebteste gewesen, [REDACTED] [REDACTED] gewesen sei und kein Selbstbewusstsein gehabt habe. (P-Herr B., Z.25ff.)</p> <p>Der Ehemann [REDACTED] [REDACTED] (P-Frau A., Z. 22-f.) Sie habe sich von ihrem Ehemann nach [REDACTED] Jahren Ehe getrennt [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]. Der Stress, der von ihm ausgegangen sei, sei viel zu groß gewesen. Unter anderem habe es Konflikte zwischen [REDACTED] [REDACTED] (P-Frau A., Z.65-73)</p> <p>Mit ihrem Freund führe sie [REDACTED] die nicht verlässlich sei (P-Frau C., Z.16.) Eine weitere Belastung sei, [REDACTED] [REDACTED] Am Anfang habe sie auch vor dem Ex-Freund Angst gehabt, mittlerweile sei es besser. (P-Frau C., Z.28-30) Ihr [REDACTED] Ex-Freund sei [REDACTED] (P-Frau C., Z.67) Ihr Ex-Freund habe [REDACTED] [REDACTED] (P-Frau C., Z.74f.)</p>
2.2	Soziale Belastung durch negative soziale Beeinflussung			<p>sie lasse sich von anderen Menschen häufig beeinflussen, mache dadurch manchmal Sachen, die sie eigentlich nicht gut finde (P-Frau C., Z.23f.) Sie wolle eigentlich nicht alleine sein, aber bisher habe sie auch nicht mit</p>

				psychisch erkrankten Menschen zusammenleben wollen, könnte nicht genau erklären wieso, vielleicht weil sie sich von ihnen etwas abschauen könnte. (P-Frau C., Z.19-22) Angebote für psychisch erkrankte Menschen habe sie bisher nicht annehmen wollen, vielleicht, weil diese Menschen sie „runterziehen“ könnten. (P-Frau C., Z.49-51)
2.3	Soziale Belastung durch Mobbing			Bereits in der Schule habe sie schlimme Mobbing-Erfahrungen wegen [REDACTED] machen müssen. (P-Frau C., Z.75f.) In der Schule sei er nicht gerade der Beliebteste gewesen, weil er [REDACTED] und kein Selbstbewusstsein gehabt habe. (P-Herr B., Z.25ff.)
2.4	Soziale Belastung durch Entwicklungen auf gesellschaftlicher Ebene			
2.4.1	Belastung durch mangelnde soziale Unterstützung, menschliche Kälte und Stigmatisierung			Auch für ihren Klinikaufenthalt gebe es kein Verständnis. Hierzu hätte diese Freundin gesagt: „anstatt des Klinikaufenthaltes hättest du mit uns einen Urlaub buchen können.“ Sie fühle sich nicht verstanden und in ihrer psychischen Belastung nicht gesehen. (P-Frau A., Z.15-17) Sie mache sich selber fertig, habe Angst vor Fragen, auf die sie nicht antworten wolle. Sie habe keine Lust auf Bekannte, gehe ihnen aus dem Weg, wenn sie Bekannte auf der Straße treffe, da sie Angst vor <u>Gereide, Neugier und Unverständnis habe, zum Beispiel wegen ihrer Depressivität als faul abgestempelt zu werden.</u> (P-Frau A., Z. 87-90) „Draußen“ (außerhalb der Klinik) werde man nicht verstanden, was ihr auch „so viele“ MitpatientInnen bestätigt hätten. (P-Frau A., Z. 113 f.) -- Dass man über alles reden könne und wisse, dass man verstanden werde. <u>Hier könne sie Dinge erzählen, die sie „draußen“ (außerhalb der Klinik) nie sagen könne.</u> (P-Frau A., Z. 109 f.) Sie habe in ihrem Leben viele Enttäuschungen erlebt, ihre Ehrlichkeit sei oft ausgenutzt worden <u>und ihre psychiatrische Diagnose sei als „Druckmittel“ gegen sie verwendet worden.</u>

				<p><u>um sie nicht ernstnehmen zu müssen.</u> <u>Teilweise seien Dinge, die sie im Vertrauen erzählt habe, ausgeplaudert worden.</u> (P-Frau C. Z.37-40)</p> <p>In der Klinik seien „viele liebevolle Menschen im Vergleich zu draußen. Leute werden von draußen fertiggemacht. Die Menschen draußen sind hart, die drinnen weich. Wenn man nicht der Norm entspricht wird man fertiggemacht.“ In der Klinik soll man „wieder stark gemacht werden um gegen die Außenwelt anzukommen“. (P-Frau C, Z.112-116)</p> <hr/> <p>Er finde ohnehin, dass die Unterstützung in der heutigen Zeit abgenommen habe. Viele hätten keine Toleranz, vor allem nicht bei psychischen Erkrankungen. In seinem Freundeskreis sei es hilfreich, dass einige seiner Freunde selber psychische Probleme haben. (P-Herr B., Z.12-15)</p> <hr/> <p>Von Mitmenschen wünsche er sich „mehr Verständnis und Neutralität“ im Sinne von „Wertungsfreiheit“, von der Gesellschaft wünsche er sich „mehr Interesse an psychischen Erkrankungen“. (P-Herr D., Z.52ff.)</p>
2.4.2	Belastung durch mangelnde Teilhabe am Arbeitsleben			<p>Sie wolle wieder eine Arbeit haben. (P-Frau C., Z.78)</p> <hr/> <p>Sie habe derzeit keine Arbeitsstelle oder Kontakt zu Organisationen oder ähnliches. (P-Frau E., Z.44) Frau C., Z.108ff.)</p> <p>Die Unterstützung durch die Sozialarbeiterin. Es sei eine Erleichterung, dass sie Unterstützung im Umgang mit [REDACTED] Arbeitgeber erhalten habe und nicht alles alleine habe schaffen müssen. (P-Frau E., Z.73f.)</p> <hr/> <p>„zu Hause kann ich dann, wenn ich einen Brief vom Gerichtsvollzieher bekommen habe nur sagen ‚scheiße, Frau M. ist nicht da‘.“ (P-Herr D., Z.71-75)</p> <p>Soziales Atom Herr D (vgl. 6.2): Konflikthafte Beziehung zur aktuellen Arbeit [REDACTED]</p>
2.5	Zusammenhang zwischen Krise und sozialer Belastung			<p>Viele belastende Dinge seien zusammengekommen. Es habe viel Streit und Beschimpfungen [REDACTED]</p>

				<p>Auch finanzielle Sorgen habe sie gehabt. Da ihr alles zu viel geworden sei habe sie viel zu viel Alkohol getrunken, gemerkt, dass es so nicht weiter gehe und sich freiwillig einweisen lassen. (P-Frau C., Z.3-10)</p>
				<p>Im äußeren Ring negative und sehr belastende Kontakte, welche zur krisenhaften Entwicklung hauptsächlich beigetragen hätten und wegen welchen er habe stationär kommen müssen. Das soziale Atom bilde die Krisensituation ab. Der stabile Kern habe ihn über zwei Jahre hinweg vor den konflikthaften Beziehungen des äußeren Kreises geschützt, irgendwann habe dies jedoch nicht mehr ausgereicht. „Irgendwann kamen einfach zu viele Schläge auf einmal.“ (Herr B., Z.52-56)</p> <p>„Es würde eine große Last abfallen.“ Er wüsste, dass er, wenn er nicht mehr auf die Ämter angewiesen wäre, keinen Kontrollverlust mehr habe. Seine Sorgen würden wegfallen. „Am Umfeld würde sich nicht viel ändern.“ (P-Herr B., Z.68ff.)</p>
				<p>“Aber wenn man den Fragebogen ehrlich beantwortet, steckt da viel drin was einen auch hierhergeführt hat.“ (P-Herr D., Z.7f.)</p> <p>Er könne sich vorstellen, dass sich die Sicht auf die persönliche soziale Unterstützung innerhalb der vier Wochen verändern kann, wenn die Krise abgeklungen ist. (P-Herr D., Z.13ff.)</p>
3	Personenbezogene Faktoren	Persönlichkeits-, Verhaltens und körperbezogene Eigenschaften der Interviewten (z.B. Persönlichkeits- und Charaktereigenschaften, Einstellungen, Bewertungen)	Entsprechende Textstellen werden im Protokoll blau markiert	
3.1	Persönliche Eigenschaften			
3.1.1	(Soziale) Ängste			Sie mache sich selber fertig, habe

				<p><u>Angst vor Fragen, auf die sie nicht antworten wolle</u>. Sie habe keine Lust auf Bekannte, gehe ihnen aus dem Weg, wenn sie Bekannte auf der Straße treffe, da sie <u>Angst vor Gereide, Neugier und Unverständnis habe</u>, zum Beispiel wegen ihrer Depressivität als faul abgestempelt zu werden. (P-Frau A., Z. 87-90)</p> <p>Sie könne schlecht Nein sagen, habe Angst, dann enttäuscht oder im Stich gelassen zu werden, habe irgendwie Verlustängste. (P-Frau C., Z.24ff.) Angst vor Veränderung habe und dort gar niemanden kennen würde. (P-Frau C., Z.65f.)</p> <p>Die Angst, mit der psychischen Erkrankung zu leben wäre maximal minimiert.“ (P-Herr D.. Z.62f.)</p>
3.1.2	Sich selbst zurücknehmen und andere unterstützen			<p>Sie jammere bei ihren Bekann-ten/FreundInnen nicht. (P-Frau A., Z.22)</p> <p>Sie wolle andere nicht belasten oder ihnen auf den Geist gehen. Wenn dann frage sie nach einiger Zeit nach ob alles in Ordnung ist, wenn sie längere Zeit von jemandem nichts mehr gehört habe. (P-Frau A., Z.55-57)</p> <p>-- Ihre Enkelin sei [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] der Enkelin eine Hilfe sein kann. Es sei gut, dass sie sich hier nützlich machen können. (P-Frau A., Z.51-53)</p> <p>Eigentlich könne sie Hilfe schlecht annehmen, weil sie eher Hilfe gegeben habe und dann das Gefühl gehabt habe, ja keine Hilfe von jemandem erbitten zu können, der/die selbst Hilfe von ihr brauche. (P-Frau E., Z.11ff.)</p>
3.1.3	Persönlicher Antrieb			<p>obwohl die Pat. darunter leide, dass die Familie nach der Trennung von ihrem Ehemann „auseinandergerissen“ sei. Sie sei ein Familienmensch. (P-Frau A., Z.24ff.) und sie versuche weiterhin, die Familie zusammenzuhalten, indem sie beispielsweise [REDACTED] [REDACTED] (P-Frau A., Z.76ff.)</p> <p>Ihr Antrieb sei der Wunsch, einmal</p>

				eine eigene Familie zu haben, also einen festen Partner und ein Kind. (P-Frau C., Z.82f.)
3.1.4	Selbstständigkeit und Unabhängigkeit			<p>Sie nehme ungern Hilfe an, <u>sei lieber selbstständig, wie sie es schon immer gewesen sei: „ich koche innerlich, wenn jemand etwas für mich tut“</u> (nennt als Beispiele: Zimmer streichen, großen Blumenstrauß am Geburtstag geschenkt bekommen – „was das gekostet haben mag?“). <u>Dies wolle sie aber eigentlich nicht unbedingt verändern, da sie bei wichtigen Angelegenheiten (nennt als Beispiel das Abgeholt-werden im Rahmen der Belastungserprobung) durchaus Hilfe in Anspruch nehmen könne. Nur bei Angelegenheiten, die sie eigentlich selbst hätte erledigen können, könne sie keine Hilfe annehmen (z.B. Wohnung streichen).</u> „Das Leben hat mich gelehrt alles selbstständig zu machen.“ (P-Frau A., Z.34-42)</p>
3.1.5	Nicht um Hilfe bitten und keine Hilfe annehmen			<p>Sie nehme ungern Hilfe an, <u>sei lieber selbstständig, wie sie es schon immer gewesen sei: „ich koche innerlich, wenn jemand etwas für mich tut“</u> (nennt als Beispiele: Zimmer streichen, großen Blumenstrauß am Geburtstag geschenkt bekommen – „was das gekostet haben mag?“). <u>Nur bei Angelegenheiten, die sie eigentlich selbst hätte erledigen können, könne sie keine Hilfe annehmen (z.B. Wohnung streichen).</u> „Das Leben hat mich gelehrt alles selbstständig zu machen.“ (P-Frau A., Z.34-42)</p> <p>Sie wolle andere nicht belasten oder ihnen auf den Geist gehen. (P-Frau A., Z.55f.)</p> <p><u>„Der größte Teil liegt doch wohl an mir. Ich kann niemanden nahe lassen.“</u> (P-Frau A., Z.82)</p> <p>Eigentlich könne sie Hilfe schlecht annehmen, weil sie eher Hilfe gegeben habe und dann das Gefühl gehabt habe, ja keine Hilfe von jemandem erbitten zu können, der/die selbst Hilfe von ihr brauche. (P-Frau E., Z.11ff.)</p> <p>Sie habe jedoch immer versucht alles mit sich selbst auszumachen. (P-Frau E., Z.23f.)</p> <p>Das habe zum Beispiel auch etwas mit Schuldgefühlen zu tun, „jemandem auf der Tasche liegen oder so“. (P-Herr D., Z.21ff.)</p> <p>Er habe Angst gehabt jemanden um Unterstützung zu bitten, weil er Angst</p>

				vor der Absage der Hilfe gehabt habe. „In der Krise ist ein Nein schon viel genug.“ (P-Herr D., Z28f.) „Ja, weil ich weiß dass ich sehr viel wert drauf lege, dass diese Schale bis zum Ende erhalten bleibt. Nennen Sie das Schauspielerei. Jegliche Energie wird darauf verwendet die Fassade zu halten. Auch wenn der Bauch was anderes sagt hört der Kopf nicht drauf.“ (P-Herr D., Z.19ff.)
3.1.6	Soziale Kompetenzen			Ja, sie würde sich wünschen, sich besser wehren zu können und auch mal ihre Meinung sagen zu können. Sie wolle ihrer einen Freundin die Meinung darüber sagen, dass sie denke, dass diese sich gar nicht richtig für sie interessiere. Sie denke jedoch, dass sie danach ein schlechtes Gewissen haben könnte und sich fragen würde, ob das nun richtig gewesen sei. (P-Frau A., Z.29-33)
				Sie könne schlecht Nein sagen, habe Angst, dann enttäuscht oder im Stich gelassen zu werden, habe irgendwie Verlustängste. (P-Frau C., Z.24ff.) Sie wolle standhafter sein in ihrer Meinung, wolle zu ihrer eigenen Meinung stehen können. Sie wolle sich besser gegenüber ihrem Vater abgrenzen können und ihm standhaft mitteilen, nicht zu ihm ziehen zu wollen, weil die Veränderung ihr zu groß sei. (P-Frau C., Z.78-81)
3.1.7	Gefühle			Sie habe sich dabei „gleichgültig“ gefühlt, da sie die Situation mittlerweile akzeptiert und sich daran gewöhnt habe: „Ich lebe das jeden Tag.“ (P-Frau A., Z.4f.)
3.1.8	Zerstreutheit			Geregelte Essenszeiten. Einen Plan zu haben für die Woche, da sie in schweren Phasen unter „Verpeiltheit“ leide und mehr Strukturierung von außen benötige. (P-Frau C., Z.106f.)
3.1.9	Vorhandener sozialer Unterstützung nicht bewusst sein			Beim Ausfüllen sei ihr deutlich geworden, wie viel Unterstützung sie eigentlich habe, <u>was sie manchmal gar nicht so wahrgenommen habe</u> . Sie könne die Ergebnisse gut nachvollziehen und der Auswertung zustimmen. (P-Frau E., Z.4ff.) Eigentlich erzähle sie „nicht so viel was los ist“, <u>aber jetzt merke sie erst richtig</u> , wie viel Hilfe sie während ihres Klinikaufenthaltes angeboten bekomme. (P-Frau E., Z. 8f.) „Ziemlich am Anfang war ich drauf

				bedacht, dass das was Hülle ist funktioniert.“ Durch die Krisensituation habe er vielleicht einen negativen Blick auf seine soziale Situation gehabt. Er habe sie durch einen „negativen Spiegel“ gesehen. (P-Herr D., Z.4ff.) Man neige am Anfang dazu, die Dinge etwas negativer zu sehen. Er würde den Fragebogen gerne gegen Ende des Aufenthaltes (morgen) noch einmal ausfüllen, um zu sehen, ob unterschiedliche Ergebnisse herauskommen. (P-Herr D., Z.8ff.)
3.2	Sozialer Rückzug			Sie wolle nicht mehr enttäuscht und verletzt werden, wie von den FreundenInnen, denen sie sich jahrelang anvertraut habe und die ihr Vertrauen nur missbrauch hätten. Deshalb habe sie sich zurückgezogen. (P-Frau A., Z.82-85) <u>Sie gehe nicht viel nach draußen, wenn dann alleine. Sie wolle eigentlich nicht alleine sein, aber bisher habe sie auch nicht mit psychisch erkrankten Menschen zusammenleben wollen, könnte nicht genau erklären wieso, vielleicht weil sie sich von ihnen etwas abschauen könne. In „schweren Zeiten“ ziehe sie sich lieber zurück.</u> (P-Frau C., Z.19-22) Manchmal fehle die Überwindung, sich unter Menschen zu begeben oder sich „aufzuraffen“, eine Freundin zu treffen. Angebote für psychisch erkrankte Menschen habe sie bisher nicht annehmen wollen, vielleicht, weil diese Menschen sie „runterziehen“ könnten. (P-Frau C., Z.48-51)
				„Weg vom Alltag unter der Käseglocke, wenn man mehr macht als nur im Bett liegen findet man mehr Zutrauen durch sich selbst.“ (P-Herr D., Z.12f.)
3.3	Vergangenheitsbezogene Erfahrungen			
3.3.2	Negative Erfahrungen in der Kindheit und Jugend			Mit ihrer Mutter sei das Verhältnis früher schwierig gewesen (P-Frau C., Z.16f.) Bereits in der Schule habe sie schlimme Mobbing-Erfahrungen wegen [REDACTED] machen müssen. (P-Frau C., Z.75f.) Sie habe in ihrem Leben viele Enttäuschungen erlebt, ihre Ehrlichkeit sei oft ausgenutzt worden und ihre psychiatrische Diagnose sei als „Druck-

				<p>mittel“ gegen sie verwendet worden, um sie nicht ernstnehmen zu müssen. Teilweise seien Dinge, die sie im Vertrauen erzählt habe, ausgeplaudert worden. (P-Frau C., Z.37-40)</p> <hr/> <p>In der Schule sei er nicht gerade der Beliebteste gewesen, weil er [REDACTED] das perfekte Opfer“ gewesen sei und kein Selbstbewusstsein gehabt habe. (P-Herr B., Z.25ff.)</p>
				<p>Was ich brauche ist noch ein Bisschen mehr Stabilität, die dann ein höheres Maß an Gelassenheit bringt – und das Werkzeug zum Erkennen bzw. das Aufarbeiten des in der Vergangenheit Geschehenen.“ Ein gutes Beispiel sei das Verhältnis zu seinen Eltern. „Das ist grundsätzlich nicht gut weil es durch verschiedene Faktoren belastet ist. Dazu brauche ich das Werkzeug, um mit der Situation [REDACTED] und so weiter“ besser zurechtzukommen.“ (P-Herr D., Z.46-51)</p>
3.3.3	Positive Erfahrungen in der Vergangenheit			<p>Trotzdem erinnere sie sich auch an die guten Zeiten der Ehe (P-Frau A., Z.73f.)</p> <hr/> <p>In der Umgebung ihrer Oma habe sie viele Freunde gehabt, [REDACTED] (P-Frau C., Z.84f.) wie damals ihre Oma: „meine Oma hat einfach verstanden wie ich bin.“ (P-Frau C., Z.83f.)</p>
3.4	Dysfunktionale Bewältigungsstrategien			<p>Da ihr alles zu viel geworden sei habe sie viel zu viel Alkohol getrunken, gemerkt, dass es so nicht weiter gehe und sich freiwillig einweisen lassen. (P-Frau C., Z.8ff.)</p> <p>Sie habe versucht, mit Alkohol „abzuschalten“, weil sie dadurch cooler und lockerer und lustiger sei, teilweise habe sie aus Ärger getrunken, oder um abzuschalten und nicht über alles nachdenken zu müssen, was andere Menschen ihr angetan hätten. (P-Frau C., Z.34ff.)</p>
4	Veränderungswünsche	Wünsche der Interviewten einer Veränderung in Bezug auf deren persönliche soziale Unterstützung und soziale Belastung.	Entsprechende Textstellen werden im Protokoll grün markiert	

4.1	Personenbezogene Veränderungswünsche			
4.1.1	Selbstbehauptung			<p>Ja, sie würde sich wünschen, sich besser wehren zu können und auch mal ihre Meinung sagen zu können. Sie wolle ihrer Freundin die Meinung darüber sagen, dass sie denke, dass diese sich gar nicht richtig für sie interessiere. Sie denke jedoch, dass sie danach ein schlechtes Gewissen haben könnte und sich fragen würde, ob das nun richtig gewesen sei. (P-Frau A., Z.29-33)</p> <p>Sie wolle standhafter sein in ihrer Meinung, wolle zu ihrer eigenen Meinung stehen können. Sie wolle sich besser gegenüber ihrem Vater abgrenzen können und ihm standhaft mitteilen, [REDACTED] weil die Veränderung ihr zu groß sei. (P-Frau C., Z.79-81)</p>
4.1.2	Intensivierung positiver sozialer Beziehungen			<p>Allerdings ist die Entscheidung gefallen, dass [REDACTED] und sich abgrenzen wolle, wenn die Situation sich nicht verändere, weil er keine Energie mehr habe und auf sich selbst achten müsse. (P-Herr B., Z.62ff.)</p> <p>„Ich habe eigentlich viele Leute um mich herum, aber ich müsste mehr Kontakt haben“ (P-Frau A., Z.54f.)</p> <p>Sie wolle mehr Kontakt zu den „Leuten auf Facebook“ aufbauen und mehr GUTE Freunde haben. (P-Frau C., Z.81f.)</p>
4.1.3	Unabhängigkeit von sozialer Unterstützung			<p>[Beim Betrachten des sozialen Atoms markiert Herr D. von sich aus mit der Farbe Rot die Bestandteile des sozialen Netzes, die er bereits als positiv empfinde, zu welchen er die Beziehung jedoch intensivieren wolle. (P-Herr D., Z.40f.)</p> <p>Sie wünsche sich: <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] schneller und flexibler zu sein, sie habe aber zu wenig Geld [REDACTED] So müsse sie immer andere fragen, ob sie gefahren werden kann, was unangenehm sei. Sie wolle selbstständig sein. (P-Frau C., Z.53-55) Sie wolle wieder eine Arbeit haben. (P-Frau C., Z.78) </p>
4.1.4	Hilfe annehmen lernen			<p>Sie wolle mehrere therapeutische Angebote annehmen von der therapeutischen Einrichtung, die sie bisher ambulant [REDACTED]</p>

				begleitet habe. (P-Frau C., Z.90f.)
4.1.5	Menschen besser einschätzen lernen			Sie wünsche sich, zu lernen, sich auf die richtigen Menschen einzulassen und frühzeitig zu erkennen, wenn es Menschen nicht gut mit ihr meinen, um sich dann von diesen zu distanzieren zu können. (P-Frau C., Z.100ff.)
4.1.6	Soziale Unterstützung adäquat einschätzen lernen			„Ja definitiv. Dass ich Dinge mindestens realistischer sehen kann und dass ich die Kraft habe es zu verändern, damit ich es guten Wissens besser einschätzen kann.“ „Ein fehlendes Zahnrad in einer sonst nicht so kaputten Maschine bringt sie zum Rödeln. Wenn sie die richtigen Änderungen vornehmen, zum Beispiel einen Tropfen Öl zugeben, läuft die Maschine wieder, zumindest so, dass man wieder vom Fleck kommt.“ (P-Herr D., Z.32-36) [Durch die Krisensituation habe er vielleicht einen negativen Blick auf seine soziale Situation gehabt. Er habe sie durch einen „negativen Spiegel“ gesehen. (P-Herr D., Z.5f.)]
4.1.7	Verbesserung der Beziehung zu sich selbst			[Pat. markiert sich selbst im sozialen Atom an dieser Stelle des Gesprächs in Rot = Veränderungswunsch: „Intensivierung dessen, was schon gut ist“] (P-Herr D., Z.63f.)
4.2	Umgebungsbezogene Veränderungswünsche			
4.2.1	Wünsche in Bezug auf soziale Unterstützung			Sie wünsche sich wieder eine Vertrauensperson wie damals ihre Oma; „meine Oma hat einfach verstanden wie ich bin.“ (P-Frau C., Z.83f.) „Mehr Stabilität, wenn ich weiß dass meine Familie hinter mir steht bringt das Stabilität, aber das ist eine Wunschvorstellung. Es muss nicht sein, es geht auch ohne, aber es wäre ein schönes Extra.“ (P-Frau E., Z.51ff.) Ja, nicht generell, aber sie würde sich soziale Unterstützung durch ihre Familie wünschen, aber das sei nicht machbar. „Generell, dass ich jederzeit kommen könnte wenn ich Hilfe brauche, als allgemeine Stütze.“ (P-Frau E., Z.27-31) „Ja, definitiv.“ Pat. zeichnet Veränderungswünsche in der Farbe „blau“ ein. Er wünsche sich [von Ämtern] [REDACTED]

				<p>„dass die Situation endlich durchschaut wird“. (P-Herr B., Z.60ff.)</p> <hr/> <p>Von Mitmenschen wünsche er sich „mehr Verständnis und Neutralität im Sinne von Wertungsfreiheit“. (P-Herr D., Z.52ff.)</p>
4.2.2	Wünsche in Bezug auf soziale Belastung			<p>sie würde sich wünschen, dass es weniger von den belastenden Kontakten gäbe. Nur der innere Kreis solle bleiben, dann passe es. (P-Frau A., Z.93f.)</p> <hr/> <p>Allerdings ist die Entscheidung gefallen, dass er [REDACTED] und sich abgrenzen wolle, wenn die Situation sich nicht verändere, weil er keine Energie mehr habe und auf sich selbst achten müsse. (P-Herr B., Z.62ff.)</p>
4.2.3	Intensivierung des Kontakts <i>durch</i> das persönliche Umfeld			<p>- dass Leute sie öfter besuchen, was bisher selten der Fall sei. Vielleicht hätten diese keine Lust oder keine Zeit. (P-Frau C., Z.56f.)</p>
4.2.4	Verbesserung der Beziehung zu bestimmten Personen			<p>Pat. zeichnet die gewünschte Veränderung in der Farbe „Rot“ im sozialen Atom ein. Sie wünsche sich hauptsächlich eine Verbesserung der Beziehung zu ihren Eltern. (P-Frau E., Z.47f.)</p> <hr/> <p>[Beim Betrachten des sozialen Atoms markiert Herr D. von sich aus mit der Farbe Rot die Bestandteile des sozialen Netzes, die er bereits als positiv empfinde, zu welchen er die Beziehung jedoch intensivieren wolle. In Grün markiert er die Bestandteile, für welche er sich eine Verbesserung der Beziehung wünsche.] (P-Herr D., Z.40-43)</p>
4.2.5	Wünsche an Politik und Gesellschaft			<p>von der Gesellschaft wünsche er sich „mehr Interesse an psychischen Erkrankungen“ (P-Herr D., Z.53f)</p> <p>Von der Politik wünsche er sich „mehr Geld für zum Beispiel schnellere Therapeutetermine, schnellere Rehaplätze“, allgemein mehr spezifische Angebote. (P-Herr D., Z.55ff.)</p>
5	Soziale Unterstützung im professionellen Rahmen	Positive und negative Erfahrungen, Kritik und Wünsche der Interviewten in Bezug auf professionelle psychosoziale Hilfen.	Entsprechende Textstellen werden im Protokoll grau markiert	

5.1	Positive Erfahrungen mit dem Aufenthalt auf der Krisenstation			
5.1.1	Kontakt zu Mitpatient*innen		<p>Die Vermittlung von Hilfeanboten für die Zeit nach der Entlassung, um verständnisvolle Freundschaften aufzubauen, die sie verstehen können, wie die MitpatientInnen auf Station. (P-Frau A., Z.97-99)</p> <p>-- <u>Dass sie sich gut mit der PatientInnengruppe verstanden habe</u> – und auch mit dem Personal. Sie sei häufig mit einem Lächeln empfangen worden. (P-Frau A., Z. 107f.)</p> <p>-- Bezogen auf die MitpatientInnen: „Wir sitzen alle in einem Boot, zwar alle mit unterschiedlichen Problemen, aber alle leiden“. (P-Frau A., Z.111f.) „Draußen“ (außerhalb der Klinik) werde man nicht verstanden, was ihr auch „so viele“ MitpatientInnen bestätigt hätten. Hier werde man verstanden.(P-Frau A., Z.113-116)</p> <hr/> <p>„Die offenen Ohren vom Personal und von den Mitpatienten.“ In der Klinik seien „viele liebevolle Menschen im Vergleich zu draußen. (P-Frau C., Z.112f.)</p> <hr/> <p>„Die Gemeinschaft durch die Mitpatienten, weil ich mich in letzter Zeit sehr zurückgezogen hab, auch von Freunden und so und hier gemerkt habe, was das einem gibt.“ Man könne mit MitpatientInnen über Probleme reden, bekomme Ideen und werde abgelenkt. (P-Frau E., Z.63-66)</p> <hr/> <p>„Vor allem auch durch die Mitpatienten, weil man die Art und Weise wie andere mit ihrer Situation umgehen reflektieren kann und überlegen kann, wie kann ich das auf mich übertragen?“ Außerdem sehe man, „dass andere noch schlimmer dran sind aber ausstrahlen, dass es sich lohnt weiterzumachen.“ (P-Herr B., Z.84-88)</p> <p>„Was man deutlich merkt ist, dass man nicht alleine ist. Andere haben auch Probleme. Das wird in der Gesellschaft oft totgeschwiegen, weil man zu funktionieren hat.“ Hier merke man, dass es in Ordnung sei auch mal nicht zu funktionieren. (P-Herr B., Z.89ff.)</p> <hr/> <p>„Die Mitpatienten. Die Mitpatienten sind ein sehr großes Potential. Du</p>	

				weißt einfach, dem Menschen musst du jetzt nicht erklären was du meinst. Egal bei welcher Diagnose, man hat Verständnis. Man trifft ein paar tolle Menschen, die einem bleiben. Zwei die mir garantiert bleiben, zwei mit denen ich Kontakt halten werde und zwei die ich nicht vergessen werde.“ „Ich hätte bei manchen Mitpatienten nie gedacht, was in denen steckt.“ (P-Herr D., Z.82-86)
5.1.2	Tagessstruktur			<p>Geregelte Essenszeiten. Einen Plan zu haben für die Woche, da sie in schweren Phasen unter „Verpeiltheit“ leide und mehr Strukturierung von außen benötige. (P-Frau C., Z.106f.)</p> <p>„Geregelte Mahlzeiten, um Struktur in den Tag zu kriegen.“ (P-Frau E., Z.60)</p> <p>„Die einzuhaltende Struktur (z.B. Früh-Mittag-Abendessen)“ (P-Herr D., Z.69)</p>
5.1.3	Gespräche mit Professionellen			<p>-- Gespräche.(P-Frau A., Z.103)</p> <p>Die Gespräche mit dem Psychologen: Durch die Gespräche habe sie herausgefunden, woran ihr Verhalten liege und welche Diagnose sie habe. Außerdem habe sie Wissen über den Umgang mit bestimmten Situationen bekommen. (P-Frau E., Z.57ff.)</p> <p>„Dinge werden angestoßen, ohne dass Dinge aufgerissen werden.“ Es sei eine „Einladung zu einer neuen Sichtweise“. Man werde „abgeholt wo man steht“ und es wird nicht gezwungenermaßen aufgezeigt, wo es hingehört, was er gut finde. (P-Herr D., Z.76ff.)</p> <p>Das soziale Angebot „Ein offenes Ohr, das Angebot der Mithilfe und die daraus entstehende Sicherheit.“ (P-Herr D., Z.71f.)</p>
5.1.4	Abstand			<p>„Sich ausruhen können, die problematische Umgebung von zu Hause nicht haben.“ (P-Frau C., Z.111)</p> <p>In der Klinik seien „viele liebevolle Menschen im Vergleich zu draußen. Leute werden von draußen fertiggemacht. Die Menschen draußen sind hart, die drinnen weich. Wenn man nicht der Norm entspricht wird man fertiggemacht.“ In der Klinik soll man „wieder stark gemacht werden um gegen die Außenwelt anzukommen“. (P-Frau C., Z.112-116)</p>

				<p>„Abstand. Von allem abgeschirmt sein mehr oder weniger.“ (P-Herr B., Z.74)</p>
5.1.5	Ruhe und Rückzug			<p>„Weg vom Alltag unter der Käseglocke, wenn man mehr macht als nur im Bett liegen findet man mehr Zutrauen durch sich selbst.“ (P-Herr D., Z.12f.)</p> <p>-- <u>In der ersten Zeit habe ihr Ruhe und Rückzug gut getan, dann habe sie „immer mehr Aufgaben auf sich genommen“ (gemeint ist die Teilnahme an therapeutischen Gruppenangeboten). (P-Frau A., Z.104ff.)</u></p> <p><u>„Sich ausruhen können, die problematische Umgebung von zu Hause nicht haben.“ (P-Frau C., Z.111)</u></p> <p>„Was man deutlich merkt ist, dass man nicht alleine ist. Andere haben auch Probleme. Das wird in der Gesellschaft oft totgeschwiegen, weil man zu funktionieren hat.“ Hier merke man, dass es in Ordnung sei auch mal nicht zu funktionieren. (P-Herr B., Z.89ff.)</p> <p>Möglicher Rückzug im Zimmer oder im Park. „Dass man nicht eingesperrt ist.“ (P-Herr D., Z.70)</p>
5.1.6	Therapeutische Methoden			<p>-- Konkrete psychotherapeutische Strategien, die sie in Gruppenangeboten kennengelernt habe. (P-Frau A., Z.115f.)</p> <p>Außerdem habe sie Wissen über den Umgang mit bestimmten Situationen bekommen. (P-Frau E., Z.58f.) Sie habe Methoden kennengelernt, die sie anwenden könne, um mit der Erkrankung umgehen zu können. Vorher habe sie immer das Gefühl gehabt, dass es für immer so bleibt. (P-Frau E., Z.70ff.) Die Borderlinegruppe, weil sie hier etwas über die Ursachen der Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten gelernt habe, die sie vorher nicht gewusst habe. (P-Frau E., Z.67f.)</p>
5.1.7	Aktivierung			<p>-- In der ersten Zeit habe ihr Ruhe und Rückzug gut getan, <u>dann habe sie „immer mehr Aufgaben auf sich genommen“ (gemeint ist die Teilnahme an therapeutischen Gruppenangeboten). (P-Frau A., Z.104ff.)</u></p> <p>Man könne alte Hobbies wiederentdecken oder neue finden. In ihrem</p>

				<p>Fall habe sie das Zeichnen und Sport für sich entdeckt. (P-Frau E., Z.61f.)</p> <p>„Weg vom Alltag unter der Käseglocke, wenn man <u>mehr macht als nur im Bett liegen</u> findet man mehr Zutrauen durch sich selbst.“ (P-Herr D., Z.12f.)</p>
5.1.8	Freundliche Annahme durch das Personal			<p>-- Dass sie sich gut mit der Patientengruppe verstanden habe – <u>und auch mit dem Personal. Sie sei häufig mit einem Lächeln empfangen worden.</u> (P-Frau A., Z.107f.)</p> <p>„Die offenen Ohren vom Personal und von den Mitpatienten.“ (P-Frau C., Z.112)</p>
5.1.9	Psychische Stabilisierung			<p><u>Therapie oder Klinikaufenthalte seien für sie immer eine Stabilisierung, „die Therapie rüttelt den Kopf wach, dann geht's eine Zeit lang besser, dann wieder schlechter“.</u> (P-Frau C., Z.91ff.)</p>
5.1.10	Unterstützung durch die Sozialarbeiterin			<p>Die Unterstützung der Sozialarbeiterin: das „zusammen Durchstehen von schwierigen Phasen“. Dinge zusammen zu regeln, nicht alleine, auch etwas abgenommen bekommen. Einfach Hilfe bekommen. (P-Frau C., Z.108ff.)</p> <p>Die Unterstützung durch die Sozialarbeiterin. Es sei eine Erleichterung, dass sie <u>Unterstützung im Umgang [redacted] Arbeitgeber erhalten habe und nicht alles alleine habe schaffen müssen.</u> (P-Frau E., Z.73f.)</p> <p>Er sei dankbar für die Unterstützung. Auch wenn nicht viel an der Situation verändert werden konnte. „Sie haben's versucht, und das ist mehr als man erwarten kann.“ (P-Herr B., Z.94f.)</p> <p><u>Das soziale Angebot. „Ein offenes Ohr, das Angebot der Mithilfe und die daraus entstehende Sicherheit.“</u> Allerdings seien die 4 Wochen zu kurz, um alles zu bearbeiten. Dinge können nur angestoßen werden. Zu Hause sei er dann wieder auf sich gestellt: „zu Hause kann ich dann, wenn ich einen Brief vom Gerichtsvollzieher bekommen habe nur sagen „scheiße, Frau M. ist nicht da“.</p> (P-Herr D., Z.71-75)
5.1.11	Hilfe annehmen lernen und sich einlassen			<p>Eigentlich erzähle sie „nicht so viel was los ist“, aber jetzt merke sie erst richtig, wie viel Hilfe sie während ihres Klinikaufenthaltes</p>

				<p>angeboten bekomme. Sie habe von einigen Personen angeboten bekommen, abgeholt und jederzeit dort übernachten zu können. Eigentlich könnte sie Hilfe schlecht annehmen, weil sie eher Hilfe gegeben habe und dann das Gefühl gehabt habe, ja keine Hilfe von jemandem erbitten zu können, der/die selbst Hilfe von ihr brauche. <u>Sie habe während des Klinikaufenthaltes gelernt Hilfe anzunehmen und auch offener diesbezüglich zu werden.</u> (P-Frau E., Z.8-14)</p> <p>„Vor allem dadurch, dass ich mich wirklich drauf eingelassen hab.“ (P-Herr B., Z.84)</p> <p>„Der Schritt, in die Klinik zu gehen, ist gut.“ (P-Herr D., Z.68)</p>
5.1.1 2	Abbau von eigenen Vorurteilen in Bezug auf psychische Erkrankungen			„Man hat andere gesehen, die dasselbe haben, die ganz normal ausgesehen haben. Vorher hab ich mich immer gefühlt wie so ein Alien.“ (P-Frau E., Z. 69f.)
5.1.1 3	Medikation			Medikation. Er denke, dass er durch die Medikation nicht mehr den ganzen Tag über schlapp sei, weniger Gedankenkreisen und einen besseren Schlaf habe. (P-Herr B., Z.75f.)
5.1.1 4	Antrieb			Er habe durch den Klinikaufenthalt mehr Antrieb, was wahrscheinlich mit der getroffenen großen Entscheidung zusammenhänge. „Die Sinnlosigkeit ist zurückgegangen. Ich habe nicht mehr das Gefühl, dass alles was ich gemacht habe keinen Sinn hat.“ (P-Herr B., 77ff.)
5.1.1 5	Aufbau von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit			Er habe durch den Klinikaufenthalt „gelernt, mir wieder mehr zuzutrauen, dass ich mein Leben wieder selbst in der Hand habe und nicht die Situation mich in der Hand hat. Ich habe zwar keinen Einfluss auf die Situation, aber auf mein Leben, und nicht umgekehrt.“ (P-Herr B., Z.80ff.)
				„Weg vom Alltag unter der Käseglocke, wenn man mehr macht als nur im Bett liegen findet man mehr Zutrauen durch sich selbst.“ (P-Herr D., Z.12f.)
5.2	Positive Erfahrungen mit externen professionellen Unterstützungsangeboten			Bei einer stationären Psychotherapie und einer Akutstation in der Vergangenheit habe sie ein Bisschen besser Nein sagen gelernt. (P-Frau C., Z.26f.)

				<p><u>Therapie oder Klinikaufenthalte seien für sie immer eine Stabilisierung, „die Therapie rüttelt den Kopf wach, dann geht's eine Zeit lang besser, dann wieder schlechter“.</u> (P-Frau C., Z.91ff.)</p> <p>An Therapien wie auf einer Psychotherapiestation oder einer Klinik für Borderline und Essstörungen helfe ihr, dass dort „aufgeweckt wird, was ich schon gelernt habe.“, zum Beispiel, an sich selbst zu glauben und Skills anzuwenden. (P-Frau C., Z.94ff.)</p>
5.3	Negative Aspekte professioneller psychosozialer Unterstützung			<p>Therapie oder Klinikaufenthalte seien für sie immer eine Stabilisierung, „die Therapie rüttelt den Kopf wach, dann geht's eine Zeit lang besser, <u>dann wieder schlechter“.</u> <u>Es sei ein ständiges Auf- und Ab.</u> (P-Frau C., Z.91-94)</p> <p>An Therapien wie auf einer Psychotherapiestation oder einer Klinik für Borderline und Essstörungen helfe ihr, dass dort „aufgeweckt wird, was ich schon gelernt habe.“, zum Beispiel, an sich selbst zu glauben und Skills anzuwenden. (P-Frau C., Z.94ff.)</p> <hr/> <p>Wenn PsychologInnen bei Bedarf angefragt werden können könne es sein, dass es PatientInnen gibt, denen das Anfragen nicht so leicht fällt. (P-Frau E., Z.76ff.)</p> <hr/> <p>Das soziale Angebot „Ein offenes Ohr, das Angebot der Mithilfe und die daraus entstehende Sicherheit.“ <u>Allerdings seien die 4 Wochen zu kurz, um alles zu bearbeiten. Dinge können nur angestoßen werden.</u> Zu Hause sei er dann wieder auf sich gestellt: „zu Hause kann ich dann, wenn ich einen Brief vom Gerichtsvollzieher bekommen habe nur sagen „scheiße, Frau M. ist nicht da““ (P-Herr D., Z.71-75)</p> <p>„Dinge werden angestoßen, ohne dass Dinge aufgerissen werden.“ Es sei eine „Einladung zu einer neuen Sichtweise“. Man werde „abgeholt wo man steht“ und es wird nicht gezwungenermaßen aufgezeigt, wo es hingehet, was er gut finde. <u>Wenn man aber nach den vier Wochen Maximalaufenthalt aufgrund langer Wartezeiten noch keine ambulante Weiterbehandlung habe und nach Entlassung noch vier Wochen bis zur Aufnahme</u></p>

				<u>auf der Psychotherapiestation warten müsse, sei die Zeit dazwischen „von Unsicherheit geprägt“.</u> (P-Herr D., Z.76-81)
5.4	Wünsche in Bezug auf professionelle psychosoziale Unterstützung			
5.4.1	Vermittlung von Hilfeangeboten			<p><u>Die Vermittlung von Hilfeangeboten für die Zeit nach der Entlassung, um verständnisvolle Freundschaften aufzubauen, die sie verstehen können, wie die MitpatientInnen auf Station.</u> (P-Frau A., Z.97ff.)</p> <p>Von Fachleuten wünsche er sich „Hilfe und aktive Angebote“: Einzelgespräche, „Aktivierung von Ressourcen“ und Gruppengespräche. (P-Herr D., Z.54f.) „Was ich brauche ist noch ein Bisschen mehr Stabilität, die dann ein höheres Maß an Gelassenheit bringt – und das Werkzeug zum Erkennen bzw. das Aufarbeiten des in der Vergangenheit Geschehenen.“ Ein gutes Beispiel sei das Verhältnis zu seinen Eltern. Dazu brauche ich das Werkzeug, um mit der Situation besser zurechtzukommen.“ (P-Herr D., Z.46-51)</p>
5.4.2	Hilfen im Alltag			<p>Sie benötige Unterstützung im Alltag, um regelmäßig an die Dinge erinnert zu werden, die sie bereits gelernt habe. (P-Frau C., Z.97f.)</p>
5.4.3	Unterstützung beim Aufbau sozialer Kompetenzen			<p>Sie wünsche sich, zu lernen, sich auf die richtigen Menschen einzulassen und frühzeitig zu erkennen, wenn es Menschen nicht gut mit ihr meinen, um sich dann von diesen zu distanzieren zu können. (P-Frau C., Z.100ff.)</p> <p>Professionelle Hilfe, „um den richtigen Umgang mit der Familie zu finden. Dass ich die Distanz halten kann ohne den Kontakt komplett abzubrechen.“ Dass sie einfach mal dort vorbeikommen könnte ohne ihre Distanz zu verlieren. (P-Frau E., Z.33ff.)</p>

Anhang V: Interviewprotokolle der qualitativen Interviews (vgl. 6.)

Die originalen anonymisierten Interviewprotokolle wurden aus datenschutzgründen separat ausgedruckt beigefügt. Bei den hier angefügten Interviewprotokollen wurden Informationen, die trotz Anonymisierung unter Umständen auf die Patient*innen schließen lassen könnten, unkenntlich gemacht.

Protokoll Frau A

Protokoll

Frau A, weiblich, Alter: 60-70 J.

F-SozU Prozentränge (PR): EU: 3, PU: 24, SI: <1, WasU: 3, Bel: 90, Rez: 50, Zuf: 8, Vert: 4;

2.-3. Aufenthalt; ICD-10 F-Diagnose: F 33.2

Ref.: *Wie wir ja bereits besprochen haben würde ich gerne ergänzend zu dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung, den Sie zu Beginn des Aufenthaltes für meine Masterarbeit ausgefüllt haben, ein Interview mit Ihnen führen, das nicht aufgezeichnet sondern protokolliert wird. Ich werde also einfach mitschreiben, was Sie mir erzählen, bitte lassen Sie sich davon nicht beirren. Natürlich werden alle Ihre Daten nur anonymisiert in meine Masterarbeit einfließen. Sind Sie damit einverstanden?*

Pat. stimmt dem Interview zu.

1. Ref.: *Wir schauen uns nochmal zusammen den Fragebogen an, den Sie ausgefüllt haben.*
2. - Ref.: *Als Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, wie war das für Sie? Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Hat es etwas in Ihnen ausgelöst?*
3. Pat.: *Sie habe sich dabei „gleichgültig“ gefühlt, da sie die Situation mittlerweile akzeptiert und sich daran gewöhnt habe: „Ich lebe das jeden Tag.“*
4. *Ihre Bekannten wollten immer von ihr erfahren, wie es ihr geht, aber nur aus Neugierde.*
5. *Eine Freundin, die jahrelang eine sichere Ansprechpartnerin für sie gewesen sei und mit*
6. *welcher sie sich gut verstanden und ausgetauscht habe, habe über sie mit anderen [REDACTED]*
7. *[REDACTED] über sie gelästert, woraufhin für sie das Vertrauen [REDACTED] erloschen*
8. *sei. Die Freundin melde sich [REDACTED] nur, um ihre Neugierde zu stillen [REDACTED]*
9. *[REDACTED]*
10. *[REDACTED]*
11. *[REDACTED]*
12. *[REDACTED]*
13. *[REDACTED]*
14. *Auch für ihren Klinikaufenthalt gebe es kein Verständnis. Hierzu hätte [REDACTED] ge-*

15 sagt: „anstatt des Klinikaufenthaltes hättest du mit uns einen Urlaub buchen können.“ Sie
16 fühle sich nicht verstanden und in ihrer psychischen Belastung nicht gesehen.

17 - Ref.: *Denken Sie, dass eine außenstehende Person den Fragebogen über Sie anders be-*
18 *antworten würde?*

19 Pat.: Ja, ihre Bekannten/FreundInnen würden sie nicht verstehen und sagen, dass es ihr
20 doch eigentlich gut gehe, [REDACTED]

21 [REDACTED]
22 [REDACTED] Sie jammere bei ihren Bekannten/FreundInnen nicht. [REDACTED]
23 [REDACTED]

24 [REDACTED] obwohl die Pat.
25 darunter leide, dass die Familie nach der Trennung von ihrem Ehemann „auseinanderge-
26 rissen“ sei. Sie sei ein Familienmensch.

27 2. Ref.: *Würden Sie sich eine Veränderung wünschen, bzgl. des im F-SozU angegebenen? Wenn
28 ja, welche?*

29 - Pat.: -- Ja, sie würde sich wünschen, sich besser wehren zu können und auch mal ihre
30 Meinung sagen zu können. Sie wolle ihrer einen Freundin die Meinung darüber sagen,
31 dass sie denke, dass diese sich gar nicht richtig für sie interessiere. Sie denke jedoch, dass
32 sie danach ein schlechtes Gewissen haben könnte und sich fragen würde, ob das nun rich-
33 tig gewesen sei.

34 -- Sie nehme ungern Hilfe an, sei lieber selbstständig, wie sie es schon immer gewesen
35 sei: „ich koche innerlich, wenn jemand etwas für mich tut“ (nennt als Beispiele: Zimmer
36 streichen, großen Blumenstrauß am Geburtstag geschenkt bekommen – „was das gekostet
37 haben mag“). Dies wolle sie aber eigentlich nicht unbedingt verändern, da sie bei wichti-
38 genen Angelegenheiten (nennt als Beispiel das Abgeholt-werden im Rahmen der Belas-
39 tungserprobung) durchaus Hilfe in Anspruch nehmen könne. Nur bei Angelegenheiten,
40 die sie eigentlich selbst hätte erledigen können, könne sie keine Hilfe annehmen (z.B.
41 Wohnung streichen). „Das Leben hat mich gelehrt alles selbstständig zu machen.“

42 3. *Gemeinsam wird ein soziales Atom erstellt.*

43 - Pat. beschreibt und erklärt:

44 -- Sie habe [REDACTED] eine gute Freundin gefunden, [REDACTED]
45 [REDACTED] mit der sie aber häufig telefoniere. Man erzähle sich gegenseitig alles und könne je-
46 derzeit anrufen, ohne das Gefühl zu haben, unerwünscht zu sein. Sie spüre von Herzen,
47 dass sie sich über ihren Anruf freue und dass sie die Freundin nicht belästige, sondern
48 dass diese eher einsam sei und sich über Kontakt freue: Die Freundin habe zu ihr gesagt:
49 „Wenn ich mit dir rede dann ist irgendwie das Leben ganz anders.“

50 -- Ihre Enkelin [REDACTED]
51 [REDACTED]

52 [REDACTED] Es sei gut, dass sie sich hier nützlich machen könne.
53 -- Feststellung bei der Betrachtung des sozialen Atoms: „Ich habe eigentlich viele Leute
54 um mich herum, aber ich müsste mehr Kontakt haben“. Sie wolle andere nicht belasten
55 oder ihnen auf den Geist gehen. Wenn dann frage sie nach einiger Zeit nach ob alles in
56 Ordnung ist, wenn sie längere Zeit von jemandem nichts mehr gehört habe. Sie sei „kein
57 Typ für Telefonieren“, könne jedoch mit ihrer [REDACTED] und der guten Freundin, [REDACTED]
58 [REDACTED] stundenlang telefonieren, weil sie hier wisse, dass sie
59 nicht nerven sondern man sich gegenseitig etwas Gutes tue. [REDACTED]
60 [REDACTED]
61 [REDACTED]
62 Auch ihre Enkelkinder und Kinder seien eigentlich immer für sie da [REDACTED]
63 [REDACTED]
64 -- Sie habe sich von ihrem Ehemann nach 46 Jahren Ehe getrennt, weil dieser sie schlecht
65 behandelt und nicht verstanden habe.
66 [REDACTED]
67 [REDACTED]
68 [REDACTED]
69 [REDACTED]
70 [REDACTED]
71 [REDACTED]
72 [REDACTED] Trotzdem erin-
73 nere sie sich auch an die guten Zeiten der Ehe und sei traurig, dass es nicht mehr so sei.
74 Manchmal würde sie gerne die Erinnerungen über die Vergangenheit einfach auslöschen.
75 Außerdem täten ihr die Kinder Leid wegen der Trennung und sie versuche weiterhin, die
76 Familie zusammenzuhalten.
77 [REDACTED]
78 [REDACTED]
79 [REDACTED]

- 80 4. Ref.: Würden Sie sich eine Veränderung wünschen (bezogen auf das soziale Atom)?
- 81 - Pat.: „Der größte Teil liegt doch wohl an mir. Ich kann niemanden nahe lassen.“ Sie wolle
82 nicht mehr enttäuscht und verletzt werden, wie von den FreundInnen, denen sie sich jahre-
83 lang anvertraut habe und die ihr Vertrauen nur missbraucht hätten. Deshalb habe sie sich
84 zurückgezogen. Sie wisse aber eigentlich, dass sie jederzeit Hilfe bekommen könne von
85 Enkelkindern und Kindern, könne aber eigentlich nur mit professionellen Ansprechpartne-
86 rInnen richtig offen über ihre Belastungen und Gefühle sprechen. Sie mache sich selber
87 fertig, habe Angst vor Fragen, auf die sie nicht antworten wolle. Sie habe keine Lust auf
88 Bekannte, gehe ihnen aus dem Weg, wenn sie Bekannte auf der Straße treffe, da sie Angst

89 vor Gerede, Neugier und Unverständnis habe, zum Beispiel wegen ihrer Depressivität als
90 faul abgestempelt zu werden.

91 Ref.: Wenn ja, welche Veränderung würden Sie sich wünschen (bzgl. soz. Atom)?

92 - Pat.: sie würde sich wünschen, dass es weniger von den belastenden Kontakten gäbe. Nur
93 der innere Kreis solle bleiben, dann passe es.

94 5. Ref.: Welche Unterstützung würden Sie sich von uns wünschen, in Bezug auf F-SozU und So-
95 ziales Atom?

96 - Pat.: Die Vermittlung von Hilfeanboten für die Zeit nach der Entlassung, um verständnis-
97 volle Freundschaften aufzubauen, die sie verstehen können, wie die MitpatientInnen auf
98 Station.

99 6. Ref.: Falls Ihnen der Aufenthalt auf der Krisenstation geholfen hat: *was denken sie, was
100 Ihnen bei ihrem stationären Aufenthalt besonders geholfen hat?*

101 - Pat.:

102 -- Gespräche.

103 -- In der ersten Zeit habe ihr Ruhe und Rückzug gut getan, dann habe sie „immer mehr
104 Aufgaben auf sich genommen“ (gemeint ist die Teilnahme an therapeutischen Gruppen-
105 angeboten).

106 -- Dass sie sich gut mit der PatientInnengruppe verstanden habe – und auch mit dem Per-
107 sonal. Sie sei häufig mit einem Lächeln empfangen worden.

108 -- Dass man über alles reden könne und wisse, dass man verstanden werde. Hier könne sie
109 Dinge erzählen, die sie „draußen“ (außerhalb der Klinik) nie sagen könne.

110 -- Bezogen auf die MitpatientInnen: „Wir sitzen alle in einem Boot, zwar alle mit unter-
111 schiedlichen Problemen, aber alle leiden“.

112 „Draußen“ (außerhalb der Klinik) werde man nicht verstanden, was ihr auch „so viele“
113 MitpatientInnen bestätigt hätten. Hier werde man verstanden.

114 -- Konkrete psychotherapeutische Strategien, die sie in Gruppenangeboten kennengelernt
115 habe.

116 Ref: damit sind wir dann am Ende des Interviews angekommen. Vielen Dank dafür, dass
117 Sie sich zur Verfügung gestellt haben. Sind Sie damit einverstanden, dass ich Ihr soziales
118 Atom in der Masterarbeit abdrucke? – Pat. willigt ein.

Protokoll Herr B

Protokoll

Herr B, männlich, Alter zwischen 20 und 25 J.

F-SozU PR: EU=93, PU=60, SI=68, WasU=76, Bel=30, Rez=72, Zuf=64, Vert=<99;

1. Aufenthalt; ICD-10 F-Diagnosen: F43.2, F32.0

Ref.: Ich würde Ihnen gerne noch ergänzend zu dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung, den Sie für mich ausgefüllt haben ein paar Fragen stellen, die ich anonymisiert für meine Masterarbeit verwenden würde, wie wir schon vorbesprochen haben. Würden Sie sich hierfür zur Verfügung stellen?

- Pat. stimmt dem Interview zu.

1 *Ref.: Wir schauen uns nochmal zusammen den Fragebogen an, den Sie ausgefüllt haben. [Ref.*
2 *erklärt die Ergebnisse].*

3 - *Ref.: Wie erging es Ihnen beim Ausfüllen und was denken Sie jetzt über die Ergebnisse?*

4 *Pat.: Er habe ein „sehr gutes Gefühl“ beim Ausfüllen gehabt, weil er viel Rückhalt von*
5 *seinen sozialen Beziehungen habe. Allerdings habe er zwar viel Rückhalt, aber an der Si-*
6 *tuation könne keiner was ändern. Also verspüre er auf der einen Seite Trauer, auf der an-*
7 *anderen Seite Dankbarkeit, „weil die Leute trotzdem zu mir stehen. Auch bei der Entschei-*
8 *dung, die ich jetzt getroffen habe, habe ich vollen Rückhalt.“*

9 *Zur Auswertung: Er sei fasziniert, hätte nicht gedacht, dass seine soziale Unterstützung so*
10 *stark ausgeprägt sei. Zwar hätte er gewusst, dass sein sozialer Rückhalt gut sei, aber dass*
11 *es so überdurchschnittlich sei hätte er nicht gedacht. Er finde es traurig für andere, dass*
12 *offensichtlich nicht alle so eine Ausprägung sozialer Unterstützung haben. Er finde ohne-*
13 *hin, dass die Unterstützung in der heutigen Zeit abgenommen habe. Viele hätten keine To-*
14 *leranz, vor allem nicht bei psychischen Erkrankungen. In seinem Freundeskreis sei es hilf-*
15 *reich, dass einige seiner Freunde selber psychische Probleme haben. Es habe lange gedau-*
16 *ert so einen Freundeskreis aufzubauen. Wirkliche Freunde finde man erst über Jahre oder*
17 *Monate, weil man dann sicher sein könne, dass es auch hält. Viele Freundschaften hätten*
18 *nicht lange gehalten.*

19 *Ref.: Denken Sie, dass eine außenstehende Person den Fragebogen über Sie anders be-*
20 *antworten würde? Wenn ja, wie?*

21 *Nein, genauso. Es komme natürlich auf die Person an, aber er denke im Großen und Gan-*

22 zen hätten Außenstehende seine Situation genauso eingeschätzt.

23

24 7. *Ref.: Welche Bedeutung hat soziale Unterstützung in Ihrem Leben?*

25 Pat.: „Eine wahnsinnig große Bedeutung.“ In der Schule sei er nicht gerade der Beliebteste
26 gewesen, weil er [REDACTED] sei und kein Selbstbe-
27 wusstsein gehabt habe. In der 8. Klasse habe sich dies „schlagartig“ geändert, was er auf seine
28 1. Freundin zurückführt, welche [REDACTED] Sie hat mir gezeigt, ich bin
29 mehr als ich von mir selbst denke. Damit hat sich das langsam geändert, dadurch kam Selbst-
30 bewusstsein, ich habe mich zur Wehr gesetzt.“ [REDACTED]
31 [REDACTED] besten Freund [REDACTED], [REDACTED]
32 [REDACTED] der Freund habe ihm Mut
33 gemacht, was er auch bis heute mache.

34 „Heute weiß ich, es kann kommen was will, ich kann jederzeit anrufen bei mehreren Leuten.
35 Und es beruht auf Gegenseitigkeit, was wahnsinnig wichtig ist.“ Wenn man immer nur nehme
36 sei das nicht Sinn einer Freundschaft sondern eher Ausnutzen. In seinem Freundeskreis helfe
37 man sich gegenseitig.

38 Ref.: *Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der Krisenbewältigung und ihrem sozialen*
39 *Umfeld?*

40 Pat.: Er habe viel Besuch bekommen während seines Klinikaufenthaltes und die Rückmeldung
41 erhalten, dass egal welche Entscheidung er treffe, er den Rückhalt behalten werde. [REDACTED]
42 [REDACTED]

43 [REDACTED] der Freundschaft sei Ehrlichkeit sehr wichtig, so
44 könne man sich ehrliche Rückmeldungen geben und trotzdem noch befreundet sein.

45 8. *Ref.: Würden Sie sich eine Veränderung wünschen, bzgl. des im F-SozU angegebenen? Wenn*
46 *ja, welche?*

47 Pat.: „Wenn ich mir die Werte so anschau, eigentlich nicht, ne. Aber nicht nur was die Werte
48 betrifft, im Allgemeinen bin ich vollauf zufrieden mit meinem sozialen Umfeld.“

49

50 9. *Gemeinsam wird ein soziales Atom erstellt.*

51 Zusammenfassung des sozialen Atoms: Im Kern hohe Dichte an positiven sozialen Kontakten.
52 Im äußeren Ring negative und sehr belastende Kontakte, welche zur krisenhaften Entwicklung
53 hauptsächlich beigetragen hätten und wegen welchen er habe stationär kommen müssen. Das
54 soziale Atom bilde die Krisensituation ab. Der stabile Kern habe ihn über zwei Jahre hinweg
55 vor den konflikthaften Beziehungen des äußeren Kreises geschützt, irgendwann habe dies je-
56 doch nicht mehr ausgereicht. „Irgendwann kamen einfach zu viele Schläge auf einmal.“

58 10. Ref.: *Würden Sie sich eine Veränderung wünschen (bezogen auf das soziale Atom)? Wenn ja, 59 welche Veränderung würden Sie sich wünschen (bzgl. soz. Atom)?*

60 Pat.: „Ja, definitiv.“ Pat. zeichnet Veränderungswünsche in der Farbe „blau“ ein.

61 Er wünsche sich [von Behörden] „dass
62 die Situation endlich durchschaut wird“. Allerdings ist die Entscheidung gefallen, [redacted]
63 [redacted] sich abgrenzen wolle, wenn die Situation sich nicht verändere, weil er keine
64 Energie mehr habe und auf sich selbst achten müsse.

65
66 11. Ref.: *Was denken Sie würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie die gewünschte Verän- 67 derung hätten?*

68 Pat.: „Es würde eine große Last abfallen.“ Er wüsste, dass er, wenn er nicht mehr auf die Äm- 69 ter angewiesen wäre, keinen Kontrollverlust mehr habe. Seine Sorgen würden wegfallen. „Am 70 Umfeld würde sich nicht viel ändern.“

71 12. Ref: *Falls er stationäre Aufenthalt Ihnen geholfen hat. Was denken sie, was Ihnen bei ihrem 72 stationären Aufenthalt am meisten geholfen hat (Entlassung steht für morgen an)?*

73 Pat.:

74 - „Abstand. Von allem abgeschirmt sein mehr oder weniger.“

75 - Medikation. Er denke, dass er durch die Medikation nicht mehr den ganzen Tag über schlapp 76 sei, weniger Gedankenkreisen und einen besseren Schlaf habe.

77 - Er habe durch den Klinikaufenthalt mehr Antrieb, was wahrscheinlich mit der getroffenen 78 großen Entscheidung zusammenhänge. „Die Sinnlosigkeit ist zurückgegangen. Ich habe nicht 79 mehr das Gefühl, dass alles was ich gemacht habe keinen Sinn hat.“

80 - Er habe durch den Klinikaufenthalt „gelernt, mir wieder mehr zuzutrauen, dass ich mein Le- 81 ben wieder selbst in der Hand habe und nicht die Situation mich in der Hand hat. Ich habe 82 zwar keinen Einfluss auf die Situation, aber auf mein Leben, und nicht umgekehrt.“

83 Ref.: *wie ist es dazu gekommen?*

84 Pat.: „Vor allem dadurch, dass ich mich wirklich drauf eingelassen hab.“ „Vor allem auch 85 durch die Mitpatienten, weil man die Art und Weise wie andere mit ihrer Situation umgehen 86 reflektieren kann und überlegen kann, wie kann ich das auf mich übertragen?“ Außerdem sehe 87 man, „dass andere noch schlimmer dran sind aber ausstrahlen, dass es sich lohnt weiterzuma- 88 chen.“

89 - „Was man deutlich merkt ist, dass man nicht alleine ist. Andere haben auch Probleme. Das 90 wird in der Gesellschaft oft totgeschwiegen, weil man zu funktionieren hat.“ Hier merke man, 91 dass es in Ordnung sei auch mal nicht zu funktionieren.

92 Ref.: *was würden Sie sich wünschen? Was fanden Sie nicht so gut?*

93 Pat.: „zwei Mal Fußball pro Woche [lacht]. Ansonsten wurden meine Erwartungen wirklich

94 übertroffen.“ Er sei dankbar für die Unterstützung. Auch wenn nicht viel an der Situation ver-
95 ändert werden konnte. „Sie haben's versucht, und das ist mehr als man erwarten kann.“
96 *Ref.: damit sind wir dann am Ende des Interviews angekommen. Vielen Dank dafür, dass Sie*
97 *mitgemacht haben! Sind sie damit einverstanden, dass ich Ihr soziales Atom in der Masterar-*
98 *beit abdrucke? – Pat. sei damit einverstanden.*

99

Protokoll Frau C

Protokoll

Frau C, weiblich, Alter zwischen 20 und 25 J.

Ergebnisse F-SozU PR: EU: 3, PU: 39, SI: 2, WasU: 4, Bel: 90, Rez: 25, Zuf: 4, Vert: 5;

4-34. Aufenthalt, 10 F-Diagnosen: F60.31, F90.0, F10.1

Ref.: *Ich würde Ihnen gerne noch ergänzend zu dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung, den Sie für mich ausgefüllt haben ein paar Fragen stellen, die ich, wie wir ja schon besprochen haben anonymisiert für meine Masterarbeit verwenden würde. Würden Sie sich hierfür zur Verfügung stellen?*

- Pat. stimmt dem Interview zu.

1. Ref.: *Können Sie mir bitte noch einmal kurz die Situation beschreiben, die zur Aufnahme geführt hat?*

Pat.: *Viele belastende Dinge seien zusammengekommen. Es habe viel Streit und Be- schimpfungen* [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] Auch finanzielle Sorgen habe sie gehabt. *Da ihr alles zu viel geworden sei habe sie viel zu viel Alkohol getrunken, gemerkt, dass es so nicht weiter gehe und sich freiwillig einweisen lassen.*

2. *Wir schauen uns nochmal zusammen den Fragebogen an, den Sie ausgefüllt haben. [Ref. erklärt die Ergebnisse].*

- Ref.: *Was denken Sie darüber?*

Pat.: sie könne allen Werten zustimmen.

Zur Emotionalen Unterstützung: Freunde seien da wenn es ihr gut gehe, aber weg wenn nicht. Mit ihrem Freund führe sie eine [REDACTED] Beziehung, die nicht verlässlich sei. Mit ihrer Mutter sei das Verhältnis früher schwierig gewesen, jetzt gehe es besser und die Mutter helfe ihr auch zurzeit finanziell, aber sie sei keine richtige Vertrauensperson.

Zur sozialen Integration: Sie gehe nicht viel nach draußen, wenn dann alleine. Sie wolle eigentlich nicht alleine sein, aber bisher habe sie auch nicht mit psychisch erkrankten Menschen zusammenleben wollen, könne nicht genau erklären wieso, vielleicht weil sie sich von ihnen etwas abschauen könne. In „schwernen Zeiten“ ziehe sie sich lieber zurück.

Zur sozialen Belastung: sie lasse sich von anderen Menschen häufig beeinflussen, mache dadurch manchmal Sachen, die sie eigentlich nicht gut finde. Sie könne schlecht Nein sa-

24 gen, habe Angst, dann enttäuscht oder im Stich gelassen zu werden, habe irgendwie Ver-
25 lustängste. Bei einer stationären Psychotherapie und einer Akutstation in der Vergangen-
26 heit habe sie ein Bisschen besser Nein sagen gelernt.

27 [REDACTED]

28 [REDACTED] Am Anfang habe sie auch vor dem Ex-Freund Angst
29 gehabt, mittlerweile sei es besser.

30 [REDACTED]

31 [REDACTED]

32 [REDACTED]

33 Sie habe versucht, mit Alkohol „abzuschalten“, weil sie dadurch cooler und lockerer und
34 lustiger sei, teilweise habe sie aus Ärger getrunken, oder um abzuschalten und nicht über
35 alles nachdenken zu müssen, was andere Menschen ihr angetan hätten.

36 Sie habe in ihrem Leben viele Enttäuschungen erlebt, ihre Ehrlichkeit sei oft ausgenutzt
37 worden und ihre psychiatrische Diagnose sei als „Druckmittel“ gegen sie verwendet wor-
38 den, um sie nicht ernstnehmen zu müssen. Teilweise seien Dinge, die sie im Vertrauen er-
39 zählt habe, ausgeplaudert worden.

40

41 Ref.: *Denken Sie, dass eine außenstehende Person den Fragebogen über Sie anders be-
42 antworten würde?*

43 Pat.: *Andere Personen würden es ähnlich einschätzen. Menschen bestätigten ihre Ein-
44 schätzung zu ihrer Sit. meistens und sie sei mittlerweile sehr ehrlich mit sich selbst.*

45 3. Ref.: *Würden Sie sich eine Veränderung wünschen, bzgl. des im F-SozU angegebenen?
46 Wenn ja, welche?*

47 „Eigentlich sollte sich fast alles daran ändern.“ Manchmal fehle die Überwindung, sich
48 unter Menschen zu begeben oder sich „aufzuraffen“, eine Freundin zu treffen. Angebote
49 für psychisch erkrankte Menschen habe sie bisher nicht annehmen wollen, vielleicht, weil
50 diese Menschen sie „runterziehen“ könnten.

51 Sie wünsche sich:

52 - [REDACTED] schneller und flexibler zu sein, [REDACTED]

53 [REDACTED] So müsse sie immer andere fragen, ob sie gefahren werden kann, was unange-
54 nehm sei. Sie wolle selbstständig sein.

55 - dass Leute sie öfter besuchen, was bisher selten der Fall sei. Vielleicht hätten diese keine
56 Lust oder keine Zeit.

57 Sie habe keine Clique mehr, [REDACTED]

58 [REDACTED]

59 Sie werde bei Streit teilweise [herabwürdigend behandelt] [REDACTED]

- 60 [REDACTED]
- 61 [REDACTED]
- 62 4. *Gemeinsam wird ein soziales Atom erstellt.*
- 63 Pat. erklärt während des Zeichnens: Ihr Vater verstehe ihrer psychische Erkrankung nicht,
64 [REDACTED] Er verstehe nicht, dass sie
- 65 Angst vor Veränderung habe [REDACTED]
- 66 Ihr [REDACTED] Ex-Freund [REDACTED] sehr impulsiv.
- 67 Ihre Oma sei vor [REDACTED] Jahren verstorben, [REDACTED]
- 68 [REDACTED] Die Oma sei ihre Hauptbezugsperson gewesen,
69 nach deren Tod sei die Pat. „zusammengebrochen“ und es sei zu ihrem ersten Klinikau-
70 fenthalt gekommen.
- 71 [REDACTED]
- 72 [REDACTED]
- 73 [REDACTED]
- 74 [REDACTED] . Bereits in der Schule habe sie schlimme
75 Mobbing-Erfahrungen wegen [REDACTED] machen müssen.
- 76 5. Ref.: *Würden Sie sich eine Veränderung wünschen (bezogen auf das soziale Atom)?*
- 77 - Pat.: Sie wolle wieder eine Arbeit haben. Sie wolle standhafter sein in ihrer Meinung, wolle zu
78 ihrer eigenen Meinung stehen können. Sie wolle sich besser gegenüber ihrem Vater abgrenzen
79 können und ihm standhaft mitteilen [REDACTED]
- 80 [REDACTED] Sie wolle mehr Kontakt zu den „Leuten auf Facebook“ aufbauen und mehr GUTE
81 Freunde haben. Ihr Antrieb sei der Wunsch, einmal eine eigene Familie zu haben, also einen
82 festen Partner und ein Kind. Sie wünsche sich wieder eine Vertrauensperson wie damals ihre
83 Oma: „meine Oma hat einfach verstanden wie ich bin.“ In der Umgebung ihrer Oma habe sie
84 viele Freunde gehabt [REDACTED] Dass diese Zeit der
85 Kindheit nun vorbei sei mache sie sehr traurig und es falle ihr bis heute schwer, damit klarzu-
86 kommen, dass die Oma nicht mehr lebe.
- 87 6. Ref.: *Welche Unterstützung würden Sie sich von uns wünschen, in Bezug auf F-SozU und
88 Soziales Atom?*
- 89 - Pat.: Sie wolle mehrere therapeutische Angebote annehmen von der therapeutischen Ein-
90 rrichtung, die sie bisher ambulant [REDACTED] begleitet habe. Therapie oder
91 Klinikaufenthalte seien für sie immer eine Stabilisierung, „die Therapie rüttelt den Kopf
92 wach, dann geht's eine Zeit lang besser, dann wieder schlechter“. Es sei ein ständiges
93 Auf- und Ab. An Therapien [REDACTED] oder einer Klinik [REDACTED]
94 [REDACTED] helfe ihr, dass dort „aufgeweckt wird, was ich schon gelernt
95 habe.“, zum Beispiel, an sich selbst zu glauben und Skills anzuwenden.
- 96 Sie benötige Unterstützung im Alltag, um regelmäßig an die Dinge erinnert zu werden, die

97 sie bereits gelernt habe. **Ob sie stabil sei oder nicht „liegt aber an Personen, mit denen ich**
98 **Kontakt habe. Wenn ich denen vertrauen kann und dadurch das Vertrauen in mich habe.“**
99 **Sie wünsche sich, zu lernen, sich auf die richtigen Menschen einzulassen und frühzeitig zu**
100 **erkennen, wenn es Menschen nicht gut mit ihr meinen, um sich dann von diesen zu dis-**
101 **tanzieren zu können.**

- 102 7. Ref.: Falls Ihnen der Aufenthalt auf der Krisenstation geholfen hat. *Was denken sie, was*
103 *Ihnen bei ihrem stationären Aufenthalt am meisten geholfen hat? (Verlegung am darauf-*
104 *folgenden Tag)*
- 105 - Pat.: **Geregelte Essenszeiten. Einen Plan zu haben für die Woche, da sie in schweren Pha-**
106 **sen unter „Verpeilheit“ leide und mehr Strukturierung von außen benötige.**
107 Die Unterstützung der Sozialarbeiterin: das „zusammen Durchstehen von schwierigen
108 Phasen“. Dinge zusammen zu regeln, nicht alleine, auch etwas abgenommen bekommen.
109 **Einfach Hilfe bekommen.**
110 „Sich ausruhen können, die problematische Umgebung von zu Hause nicht haben.“
111 „Die offenen Ohren vom Personal und von den Mitpatienten.“ In der Klinik seien „viele
112 liebevolle Menschen im Vergleich zu draußen. Leute werden von draußen fertiggemacht.
113 **Die Menschen draußen sind hart, die drinnen (in der Klinik) weich. Wenn man nicht der**
114 **Norm entspricht wird man fertiggemacht.“ In der Klinik soll man „wieder stark gemacht**
115 **werden um gegen die Außenwelt anzukommen“.**
116 - Ref.: *Vielen Dank, dass Sie sich für das Interview bereitgestellt haben. Sind Sie damit ein-*
117 *verstanden, dass ich Ihr soziales Atom in meiner Masterarbeit abdrucke? Pat. erklärt sich*
118 *einverstanden.*

Protokoll Herr D

Protokoll

Männlich, Alter zwischen 40 und 50 J.

Ergebnisse F-SozU PR: EU: 1, PU: 5, SI: 5, WasU: 1, Bel: 91, Rez: 25, Zuf: 19, Vert: 5;

2. Aufenthalt; ICD-10 F-Diagnosen: F 41.2, F 10.2, F 10.0, V.a. F 60.7

Ref.: *Ich würde Ihnen gerne noch ergänzend zu dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung, den Sie für mich ausgefüllt haben ein paar Fragen stellen, die ich anonymisiert für meine Masterarbeit verwenden würde, wie wir es schon vorbesprochen haben. Würden Sie sich hierfür zur Verfügung stellen?*

- Pat. stimmt dem Interview zu.

1. *Wir schauen uns nochmal zusammen den Fragebogen an, den Sie ausgefüllt haben. [Ref. Erklärt die Ergebnisse].*

3. - Ref.: *Wie erging es Ihnen beim Ausfüllen und was denken Sie jetzt über die Ergebnisse?*

4. Pat.: „Ziemlich am Anfang war ich drauf bedacht, dass das was Hülle ist funktioniert.“
5. Durch die Krisensituation habe er vielleicht einen negativen Blick auf seine soziale Situa-
6. tion gehabt. Er habe sie durch einen „negativen Spiegel“ gesehen.

7. „Aber wenn man den Fragebogen ehrlich beantwortet, steckt da viel drin was einen auch
8. hierhergeführt hat.“ Man neige am Anfang dazu, die Dinge etwas negativer zu sehen. Er
9. würde den Fragebogen gerne gegen Ende des Aufenthaltes (morgen) noch einmal ausfül-
10. llen, um zu sehen, ob unterschiedliche Ergebnisse herauskommen. Inzwischen habe er Be-
11. stätigung durch sein bestehendes soziales Umfeld bekommen: „wieso hast du nix ge-
12. sagt?“. „Weg vom Alltag unter der Käseglocke, wenn man mehr macht als nur im Bett
13. liegen findet man mehr Zutrauen durch sich selbst.“ Er könne sich vorstellen, dass sich die
14. Sicht auf die persönliche soziale Unterstützung innerhalb der vier Wochen verändern
15. kann, wenn die Krise abgeklungen ist.

17. Ref.: *Denken Sie, dass eine außenstehende Person den Fragebogen über Sie anders be-
18. antworten würde? Wenn ja, wie?*

19. Pat.: „Ja, weil ich weiß dass ich sehr viel wert drauf lege, dass diese Schale bis zum Ende
20. erhalten bleibt. Nennen Sie das Schauspielerei. Jegliche Energie wird darauf verwendet
21. die Fassade zu halten. Auch wenn der Bauch was anderes sagt hört der Kopf nicht da-
22. rauf.“ Das habe zum Beispiel auch etwas mit Schuldgefühlen zu tun, „jemandem auf der
23. Tasche liegen oder so“. „Eltern oder Menschen, die am nächsten sind, sind in der Krise oft
24. diejenigen die am weitesten weg sind. Um sich selbst zu schützen oder weil sie es nicht

wahrhaben wollen oder weil sie mich nicht so gesehen haben.“

Die Eltern hätten die Ernsthaftigkeit seiner Krise nicht gesehen, nach dem Motto „das ist doch gar nicht so schlimm“.

Er habe Angst gehabt jemanden um Unterstützung zu bitten, weil er Angst vor der Absage der Hilfe gehabt habe. „In der Krise ist ein Nein schon viel genug.“

2. Ref.: Würden Sie sich eine Veränderung wünschen, bzgl. des im F-SozU angegebenen? Wenn ja, welche?

„Ja definitiv. Dass ich Dinge mindestens realistischer sehen kann und dass ich die Kraft habe es zu verändern, damit ich es guten Wissens besser einschätzen kann.“ „Ein fehlendes Zahnräder in einer sonst nicht so kaputten Maschine bringt sie zum Rödeln. Wenn sie die richtigen Änderungen vornehmen, zum Beispiel einen Tropfen Öl zugeben, läuft die Maschine wieder, zumindest so, dass man wieder vom Fleck kommt.“

- ### 3. Gemeinsam wird ein soziales Atom erstellt.

4. Ref.: Würden Sie sich eine Veränderung wünschen (bezogen auf das soziale Atom)? Wenn ja, welche Veränderung würden Sie sich wünschen (bzgl. soz. Atom)?

- [Beim Betrachten des sozialen Atoms markiert Herr D. von sich aus mit der Farbe Rot die Bestandteile des sozialen Netzes, die er bereits als positiv empfinde, zu welchen er die Beziehung jedoch intensivieren wolle. In Grün markiert er die Bestandteile, für welche er sich eine Verbesserung der Beziehung wünsche.]

5. Ref.: Welche Unterstützung würden Sie benötigen, um diese Wünsche zu erreichen? Von der Klinik und von Mitmenschen und Professionellen außerhalb.

Pat.: „Was ich brauche ist noch ein Bisschen mehr Stabilität, die dann ein höheres Maß an Ge-
lassenheit bringt – und das Werkzeug zum Erkennen bzw. das Aufarbeiten des in der Vergan-
genheit Geschehenen.“ Ein gutes Beispiel sei das Verhältnis zu seinen Eltern. „Das ist grund-
sätzlich nicht gut weil es durch verschiedene Faktoren belastet ist. Dazu brauche ich das
Werkzeug, um mit der Situation [REDACTED]

Die Eltern werden sich nicht ändern, also muss ich das.“

Von Mitmenschen wünsche er sich „mehr Verständnis und Neutralität im Sinne von Wertschätzungsfreiheit“, von der Gesellschaft wünsche er sich „mehr Interesse an psychischen Erkrankungen“. Von Fachleuten wünsche er sich „Hilfe und aktive Angebote“: Einzelgespräche, „Aktivierung von Ressourcen“ und Gruppengespräche. Von der Politik wünsche er sich „mehr Geld für zum Beispiel schnellere Therapeutentermine, schnellere Rehaplätze“, allgemein mehr spezifische Angebote.

6. Ref.: Was denken Sie würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie die gewünschte Veränderung hätten?

Pat.: „Dann wäre das Leben in einem hohen Maße lebenswert und die Stabilität, das auch wei-

62 terzugeben, gegeben. Die Angst, mit der psychischen Erkrankung zu leben wäre maximal mi-
63 nimiert.“ [Herr D. markiert sich selbst im sozialen Atom an dieser Stelle des Gesprächs in Rot
64 = Veränderungswunsch: „Intensivierung dessen, was schon gut ist“]

- 65 7. Ref: *Falls er stationäre Aufenthalt Ihnen geholfen hat. Was denken sie, was Ihnen bei ihrem*
66 *stationären Aufenthalt am meisten geholfen hat/ hilft?*

67 - Pat.:

- 68 - „Der Schritt, in die Klinik zu gehen, ist gut.“
69 - „Die einzuhaltende Struktur (z.B. Früh-Mittag-Abendessen)“
70 - Möglicher Rückzug im Zimmer oder im Park. „Dass man nicht eingesperrt ist.“
71 - Das soziale Angebot. „Ein offenes Ohr, das Angebot der Mithilfe und die daraus entste-
72 hende Sicherheit.“ Allerdings seien die 4 Wochen zu kurz, um alles zu bearbeiten. Dinge
73 können nur angestoßen werden. Zu Hause sei er dann wieder auf sich gestellt: „zu Hause
74 kann ich dann, wenn ich einen Brief vom Gerichtsvollzieher bekommen habe nur sagen
75 scheiße, Frau M. ist nicht da‘.“
76 - „Dinge werden angestoßen, ohne dass Dinge aufgerissen werden.“ Es sei eine „Einla-
77 dung zu einer neuen Sichtweise“. Man werde „abgeholt wo man steht“ und es wird nicht
78 gezwungenermaßen aufgezeigt, wo es hingehrt, was er gut finde. Wenn man aber nach den
79 vier Wochen Maximalaufenthalt aufgrund langer Wartezeiten noch keine ambulante Wei-
80 terbehandlung habe und nach Entlassung noch vier Wo bis zur Aufnahme auf der Psy-
81 choth.stat. warten müsse, sei die Zeit dazwischen „von Unsicherheit geprägt“.
82 - „Die Mitpatienten. Die Mitpatienten sind ein sehr großes Potential. Du weißt einfach,
83 dem Menschen musst du jetzt nicht erklären was du meinst. Egal bei welcher Diagnose,
84 man hat Verständnis. Man trifft ein paar tolle Menschen, die einem bleiben. Zwei die mir
85 garantiert bleiben, zwei mit denen ich Kontakt halten werde und zwei die ich nicht verges-
86 sen werde.“ „Ich hätte bei manchen Mitpatienten nie gedacht, was in denen steckt.“

Protokoll Frau E

Protokoll

Pat. E., weiblich, Alter zwischen 20 und 25 J.

F-SozU PR: EU=58, PU=44, SI=48, WasU=>99, Bel=81, Rez=47, Zuf=57, Vert=>99;

1. Aufenthalt; ICD-10 F-Diagnosen: F32.1, F60.31

Ref.: *Ich würde Ihnen gerne noch, wie wir ja schon besprochen haben, ergänzend zu dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung, den Sie für mich ausgefüllt haben ein paar Fragen stellen, die ich anonymisiert für meine Masterarbeit verwenden würde. Würden Sie sich hierfür zur Verfügung stellen?*

- Pat. stimmt dem Interview zu.

1. *Wir schauen uns nochmal zusammen den Fragebogen an, den Sie ausgefüllt haben. [Ref. erklärt die Ergebnisse].*

3. - Ref.: *Wie erging es Ihnen beim Ausfüllen und was denken Sie jetzt über die Ergebnisse?*

4. Pat.: *Beim Ausfüllen sei ihr deutlich geworden, wie viel Unterstützung sie eigentlich ha-
5. be, was sie manchmal gar nicht so wahrgenommen habe. Sie könne die Ergebnisse gut
6. nachvollziehen und der Auswertung zustimmen.*

7. *Sie erhalte Unterstützung vor allem durch ihren festen Freund und ihre Freundinnen. Ei-
8. gentlich erzähle sie „nicht so viel was los ist“, aber jetzt merke sie erst richtig, wie viel
9. Hilfe sie während ihres Klinikaufenthaltes angeboten bekomme. Sie habe von einigen
10. Personen angeboten bekommen, abgeholt und jederzeit dort übernachten zu können. Ei-
11. gentlich könne sie Hilfe schlecht annehmen, weil sie eher Hilfe gegeben habe und dann
12. das Gefühl gehabt habe, ja keine Hilfe von jemandem erbitten zu können, der/die selbst
13. Hilfe von ihr brauche. Sie habe während des Klinikaufenthaltes gelernt Hilfe anzunehmen
14. und auch offener diesbezüglich zu werden.*

15. Ref.: *Denken Sie, dass eine außenstehende Person den Fragebogen über Sie anders be-
16. antworten würde? Wenn ja, wie?*

17. Pat.: *Sie denke, dass eine außenstehende Person den Fragebogen genauso über sie ausge-
18. füllt hätte.*

19. 2. *Welche Bedeutung hat soziale Unterstützung in Ihrem Leben?*

20. Pat.: „*eine sehr große Bedeutung, weil man einfach nicht alles alleine schaffen kann.“ „Es
21. macht ein gutes Gefühl zu wissen, dass es da draußen jemanden gibt, der helfen würde.“ Sie
22. sei sich ziemlich sicher, dass es die Behandlung auf der Station nicht gebraucht hätte, wenn
23. sie Unterstützung angenommen hätte. Sie habe jedoch immer versucht alles mit sich selbst
24. auszumachen.*

25 3. Ref.: Würden Sie sich eine Veränderung wünschen, bzgl. des im F-SozU angegebenen? Wenn
26 ja, welche?

27 Pat.: Ja, nicht generell, aber sie würde sich soziale Unterstützung durch ihre Familie wün-
28 schen, aber das sei nicht machbar.

29 Ref.: In welcher Form würden Sie sich Unterstützung durch Ihre Familie wünschen?

30 Pat. „Generell, dass ich jederzeit kommen könnte wenn ich Hilfe brauche, als allgemeine Stüt-
31 ze.“

32 Ref.: Welche Hilfe würden Sie benötigen?

33 Pat.: Professionelle Hilfe, „um den richtigen Umgang mit der Familie zu finden. Dass ich die
34 Distanz halten kann ohne den Kontakt komplett abzubrechen.“ Dass sie einfach mal dort vor-
35 beikommen könnte ohne ihre Distanz zu verlieren.

36 4. Gemeinsam wird ein soziales Atom erstellt.

37 Zusammenfassung: Soziale Unterstützung erhalte sie durch ihre Freunde, zu welchen die Be-
38 ziehung gut sei, von ihren Eltern erhalte sie keine Unterstützung und die Beziehung sei
39 schlecht.

40
41
42
43
44 5. Ref.: Würden Sie sich eine Veränderung wünschen (bezogen auf das soziale Atom)? Wenn ja,
45 welche Veränderung würden Sie sich wünschen (bzgl. soz. Atom)?

46 - Pat. zeichnet die gewünschte Veränderung in der Farbe „Rot“ im sozialen Atom ein. Sie
47 wünsche sich hauptsächlich eine Verbesserung der Beziehung zu ihren Eltern.

48 6. Ref.: Was denken Sie würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie die gewünschte Verän-
49 derung hätten?

50 Pat.: „Mehr Stabilität, wenn ich weiß dass meine Familie hinter mir steht bringt das Stabilität,
51 aber das ist eine Wunschvorstellung. Es muss nicht sein, es geht auch ohne, aber es wäre ein
52 schönes Extra.“

53 7. Ref: Falls er stationäre Aufenthalt Ihnen geholfen hat. Was denken sie, was Ihnen bei ihrem
54 stationären Aufenthalt am meisten geholfen hat (Entlassung steht für morgen an)?

55 - Pat.:

56 - Die Gespräche mit dem Psychologen: Durch die Gespräche habe sie herausgefunden,
57 woran ihr Verhalten liege und welche Diagnose sie habe. Außerdem habe sie Wissen über
58 den Umgang mit bestimmten Situationen bekommen.

59 - „Geregelte Mahlzeiten, um Struktur in den Tag zu kriegen.“

60 - Man könne alte Hobbies wiederentdecken oder neue finden. In ihrem Fall habe sie das

62 Zeichnen und Sport für sich entdeckt.

63 - „Die Gemeinschaft durch die Mitpatienten, weil ich mich in letzter Zeit sehr zurückge-
64 zogen hab, auch von Freunden und so und hier gemerkt habe, was das einem gibt.“ Man
65 könne mit MitpatientInnen über Probleme reden, bekomme Ideen und werde abgelenkt.

66 - Die Borderlinegruppe, weil sie hier etwas über die Ursachen der Erkrankung und die
67 Behandlungsmöglichkeiten gelernt habe, die sie vorher nicht gewusst habe.

68 „Man hat andere gesehen, die dasselbe haben, die ganz normal ausgesehen haben. Vorher
69 hab ich mich immer gefühlt wie so ein Alien.“ Sie habe Methoden kennengelernt, die sie
70 anwenden könne, um mit der Erkrankung umgehen zu können. Vorher habe sie immer das
71 Gefühl gehabt, dass es für immer so bleibt.

72 - Die Unterstützung durch die Sozialarbeiterin. Es sei eine Erleichterung, dass sie Unter-
73 stützung im Umgang mit [REDACTED] Arbeitgeber erhalten habe und nicht alles al-
74 leine habe schaffen müssen.

75 - Ref.: was würden Sie sich wünschen?

76 Pat.: „Eigentlich nichts.“ Vielleicht, dass alle PatientInnen automatisch regelmäßige Psy-
77 chologInnengespräche bekommen. Wenn PsychologInnen bei Bedarf angefragt werden
78 können könne es sein, dass es Pat. gibt, denen das Anfragen nicht so leicht fällt.