

»Ich brauche jetzt akut Hilfe!«

Subjektive Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen von Patienten einer psychosomatischen Klinik

Nora Alsdorf

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen, so bildet er eine Theorie bezüglich seines Leidens und dessen Ursache. Lange bevor jemand in das ärztliche Expertensystem eintritt, hat er mit seinem Alltagswissen versucht, eine Erklärung für seinen Zustand zu finden. In der modernen Gesellschaft gehen in diese subjektiven Krankheitstheorien sowohl soziokulturelle Annahmen über die Krankheit und ihre Wirkungszusammenhänge als auch Versatzstücke abgesunkener wissenschaftlicher Theorien ein. Faller (1993, S. 357) definiert sie »als die gedankliche Konstruktion Kranker über das Wesen, die Entstehung und Behandlung ihrer Erkrankung«.

Als Laientheorien weichen diese subjektiven Krankheitstheorien mehr oder weniger stark von wissenschaftlichen Krankheitskonzeptionen ab (vgl. Furnham 1988). Sie reduzieren verunsichernde Komplexität und suggerieren ein Gefühl von Kontrolle, indem sie Inhalte rationalisieren (vgl. Lavery/Clarke 1996). Subjektive Krankheitstheorien sind insbesondere für das individuelle Gesundheitsverhalten relevant. In dem Maße, in dem Patienten versuchen, den Grundsätzen ihrer Theorie Folge zu leisten, wirken sie auf die Krankheitsverarbeitung als »Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern« (Muthny 1989, S. 6), ein.

Für Betroffene ist zudem die Sichtbarkeit ihres Leidens von hoher Bedeutung, denn sie entscheidet mit über den Zeitpunkt des Eintritts in das medizinische Expertensystem. Je sichtbarer und bedrohlicher die Anzei-

chen einer Erkrankung, die Intensität des Schmerzes und die Einschränkung im Alltag sind, desto schneller erfolgt der Eintritt in das Hilfesystem (vgl. Cockerham 1998). Wirken Krankheitssymptome dagegen zu bedrohlich und überfordernd für die vorhandenen psychischen Bewältigungsstrategien, kann es auch zu einer Verleugnung kommen, die den Zeitpunkt der Hilfesuche hinauszögert (vgl. Siegrist 2005).

Durch die Konstruktion einer subjektiven Krankheitstheorie ist ein (kranker) Mensch in der Lage, Vorhersagen über seinen Krankheitsverlauf zu machen und Entscheidungen über den Umgang und die Therapie der Krankheit leichter treffen zu können (vgl. Salewski 2002, S. 159). Diese Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die therapeutische Praxis steigt mit zunehmender Thematisierung von Gesundheit und Krankheit in der medialen Öffentlichkeit. Besonders via Internet sind Informationen zu Diagnosen und Behandlungen abrufbar, die früher nur eingeschränkt, zum Beispiel durch einen Arztbesuch, verfügbar waren.

Der erleichterte Informationszugang verändert die Haltung gegenüber ärztlichen Diagnosen, da viele Patienten schon eine ausgeprägte Theorie bezüglich ihrer Beschwerden haben, wenn sie sich an einen Experten wenden. In der Behandlung kann dies zur Herausforderung für den Therapeuten werden, denn erfolgreiche Behandlungen zeichnen sich auch dadurch aus, dass Behandler und Patient ein Modell für die Entstehung und den Verlauf der Belastung teilen (vgl. Frank 1987). Das gilt insbesondere für die Erwartung an die Behandlung, die der Patient unausgesprochen an den Therapeuten heranträgt, denn die laientheoretischen Metaphern steuern das Fühlen, Denken und die Handlungsbereitschaft.

In ihrer Summe erzeugen sie ein Feld kollektiver Verständigung, wofür die protowissenschaftliche Kategorie »Burn-out« beispielhaft steht. Mit Eintritt in das Expertensystem werden die Laientheorien überformt, in den seltensten Fällen gänzlich ersetzt; gelegentlich existieren Laientheorie und Expertentheorie auch nebeneinander. Bezieht man dies auf das therapeutische Setting, so lernt der Patient, sich in den Kategorien des Therapeuten zu beschreiben, und der Therapeut versucht, Kategorien zu wählen, die an die Alltagssemantik der Patienten anschließen.

Aus soziologischer Perspektive und vor dem Hintergrund der Diskussion um die »Subjektivierung von Arbeit« (z. B. Moldaschl/Voß 2002; Voswinkel 2001) ist die Rolle der Erwerbsarbeit in subjektiven Krankheitstheorien von Interesse. Werden die psychosozialen Belastungsrisiken

spätmoderner Arbeit – steigender Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung, zunehmende Befristung von Arbeitsverträgen – zum Thema individueller Verantwortlichkeit gemacht, stehen oftmals Erfahrungen von Erschöpfung und Scheitern an der Stelle einer erfolgreichen Bewältigung.

Für den vorliegenden Beitrag wurden Interviews mit Patienten einer psychosomatischen Klinik geführt und im Hinblick auf die subjektiven Krankheitstheorien ausgewertet. Bestehende Untersuchungen zu subjektiven Krankheitstheorien, die sich auf somatische Beschwerden beziehen (z. B. Leventhal/Nerenz 1985), haben unter anderem die Ursachenzuschreibung als relevanten Parameter subjektiver Krankheitstheorien identifiziert.¹ Auch für psychische Leiden sind diese zunächst retrospektiv angelegten Kausalattributionen von hoher Relevanz, da sie in Gestalt von Erwartungen und Handlungsbereitschaften auch prospektiv Wirkung entfalten. Des Weiteren beschäftigt sich der vorliegende Beitrag mit subjektiven Interpretationen bezüglich des psychischen Zustands und der Tragweite der mit ihm verbundenen Dynamiken: Wie versteht der Patient sein Leiden, seine Erkrankung, und welche Erwartungen oder Widerstände resultieren aus diesem Verständnis?

1. Deutungstypen und Fallbeispiele

Bei der Analyse der Interviews wurde deutlich, dass sich einige Vorstellungen und Zuschreibungen der Patienten ähnelten, während andere sich deutlich voneinander unterschieden. Um diese Vielfalt zu bündeln und auf relevante Merkmalskombinationen zu reduzieren, wurde eine Typisierung vorgenommen (vgl. Kluge 1999). Jedem Typus liegt eine Merkmalskonfiguration zugrunde, die ihn von anderen abhebt, wenngleich es auch zu Überschneidungen kommt. Die Erwartung an die Klinik bietet sich aus der Forschungsperspektive als zentraler Parameter an.

Die von den Betroffenen auf die Klinik gerichteten Hoffnungen sind eng verbunden mit der Kausalattribution ihres Leidens und nehmen Ein-

1 | Subjektive Krankheitstheorien umfassen nach Leventhal/Nerenz (1985) fünf Dimensionen: Kausalattribution, Hypothesen bezüglich der Dauer der Erkrankung und der antizipierten Konsequenzen, Kontrollüberzeugungen, Einschätzungen der Heilungschancen und allgemeine Konsequenzen.

fluss auf den späteren Therapieverlauf, indem sie die Haltung des Patienten im therapeutischen Setting wesentlich prägen. Auf Basis der Interviews lassen sich vier Deutungstypen zur Bedeutung des Klinikaufenthalts unterscheiden: Erholung, Reparatur, Selbstfindung und Krankheitseinsicht.²

1.1 Deutung: Erholung

Die Patienten fühlen sich erschöpft und erhoffen sich durch die Klinik eine Auszeit, um sich erholen zu können.

Die Aussage, sich mit dem Klinikaufenthalt eine »Auszeit« zu gönnen, um sich zu erholen und wieder zu Kräften zu kommen, wurde immer wieder getroffen. Hinter der Aussage steht offenbar die Vorstellung, die bevorstehende Therapie sei vergleichbar mit einem Erholungsurlaub oder Kuraufenthalt, und in der Tat wurden diese von den Patienten vielfach parallel beantragt. Vom stationären Setting erhoffen sie sich eine Distanz zu ihren alltäglichen Problemen, die in ihrem Alltag nicht gelingt. Viele der Patienten haben sich vor dem Entschluss, in die Klinik zu gehen, einige Zeit krankschreiben oder beurlauben lassen, um sich zu regenerieren und anschließend gestärkter zu sein. In diesen Fällen war diese Strategie jedoch nicht ausreichend, um die aktuelle Krise zu bewältigen und die Belastung zu reduzieren, weshalb nun doch eine (teil)stationäre Therapie helfen soll.

Der Typ »Erholung« umfasst Patienten, die einen so gravierenden Erschöpfungszustand aufweisen, dass sie zunächst zu Kräften kommen wollen, bevor sie in die eigentliche therapeutische Arbeit gehen möchten (z. B. die Verbesserung der eigenen Abgrenzungsfähigkeit). Diese Patienten zeichnen sich vorrangig durch einen regenerativen Fokus aus und sind in unserem Sample vorwiegend durch Frauen vertreten. Im Durchschnitt waren die Patienten 37,8 Jahre alt.

Erwerbsarbeit war im Leben dieser Patienten insofern bedeutungsvoll, als Anerkennung zwar erhofft, jedoch nicht in zufriedenstellendem Maße empfangen wurde. Die aus dem unerfüllten Anerkennungswunsch resultierende Kränkung hatte ein resignatives Abwenden vom Arbeitsplatz und eine Neuverteilung der Prioritäten zur Folge: Zukünftig soll die Arbeit

2 | Ein Überblick zu den Typen und ihren Merkmalen findet sich in tabellarischer Form am Ende des Artikels.

dem Privatleben untergeordnet und durch weniger Verantwortung Belastungspotenzial reduziert werden.

Die Patienten beklagen sich darüber, seit einiger Zeit unglücklich zu sein und sich aus diesem Zustand nicht wirksam befreien zu können: »Also, ich hab seit fünf Jahren irgendwie keine Glücksgefühle mehr. [...] Und es hat jetzt angefangen mit der Arbeit, also die Arbeit war jetzt so der Hauptgrund, warum das Ganze ausgelöst wurde.« (Herr H) Der Arbeitsplatz wird als Mitverursacher für den Erschöpfungszustand gedeutet, der im Verbund mit alltäglichen Belastungen – etwa Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder Pflege Angehöriger – in den Zusammenbruch führte.

Insgesamt soll die Therapie als Erholungsort, aber auch als Motivator für mehr Lebensenergie fungieren. Die Klinik soll zur Verbesserung der aktuellen psychischen Lage beitragen, die Bearbeitung tiefer liegender Konflikte steht zunächst nicht im Vordergrund. Die Wünsche, die sich an die Klinik richten, entsprechen den Belastungsbeschwerden: Die Patienten hoffen darauf, gekräftigt zu werden, mehr Energie und Lebensfreude zu spüren und im besten Fall methodisch geschult zu werden, um zukünftig vor einer solchen Situation bewahrt zu bleiben.

Vor allen Dingen zu Beginn steht dabei eine passive, reaktive Haltung, welche dem Bild der Erholung entspricht: Die Veränderung soll von außen kommen, während die Patienten ihren Beitrag durch eine Schonung der Kräfte, durch eine Auszeit leisten. Zugespitzt formuliert, wird der Therapeut bei einem solchen Therapieverständnis zu einer Art »Refresher«, der die Lebensenergie der Patienten wieder auffrischen soll. Aus therapeutischer Sicht ist eine Haltung gefragt, die Verständnis für den akuten Erschöpfungszustand aufbringt und behutsam mit dem subjektiven Krankheitsverständnis der Patienten umgeht: Die Bereitschaft, tiefer gehend therapeutisch zu arbeiten, muss in solchen Fällen überhaupt erst geschaffen werden.

Fallbeispiel: Frau C

»Ich denk einfach, dass ich ein bisschen überfordert bin mit allem und einfach mal wieder ein bisschen zur Ruhe kommen muss.« (Frau C)

Frau C ist mittleren Alters, Kauffrau und arbeitet seit einem Jahr in einem Industrieunternehmen. Sie ist alleinerziehend und beklagt sich darüber,

Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu haben. Sie werde ihrem Sohn, der eigentlich einen erhöhten Betreuungsbedarf habe, nicht mehr gerecht. Zudem sei die Beziehung zu ihrem jetzigen Freund durch dessen Schichtarbeitsdienst beeinträchtigt und eine gemeinsame Zeit durch die familiäre und berufliche Situation nur sehr reduziert möglich. Frau C berichtet, früher sportlich aktiv gewesen zu sein oder Spaziergänge mit ihrem Vater unternommen zu haben, wozu sie aber nicht mehr komme. Inzwischen habe sie das Gefühl, ihr »ganzes Umfeld nicht mehr auf die Reihe zu bekommen«.

Ihre berufliche Situation beschreibt Frau C als anstrengend, oft gebe es Ärger, und es sei sehr stressig. Es falle ihr schwer, Arbeit zu delegieren, Pausen mache sie inzwischen gar nicht mehr. Anerkennung, Unterstützung und Mitgefühl vonseiten der Kollegen oder des Arbeitgebers erhofft sie sich zwar, diese würden ihr aber nicht entgegengebracht.

Die ersten Erschöpfungserscheinungen zeichneten sich bereits vor zwei Jahren ab. Zu diesem Zeitpunkt wurde das Unternehmen, für das sie arbeitete, aufgekauft und umstrukturiert. Zunächst hatte Frau C sich davon neue Aufstiegsmöglichkeiten erhofft, die sich aber recht schnell zerschlugen. Stattdessen verschlechterte sich ihr gesundheitlicher Zustand infolge der neuen Arbeitssituation, Symptome wie Panikattacken nach dem Schlaf, Schweißausbrüche und Herzrasen traten auf. Sie hat daraufhin den Arbeitsplatz gewechselt, aber auch dort sind die Symptome nach einiger Zeit wieder aufgetreten und haben sich teilweise sogar verschlimmert. Im Zuge dessen habe sie sich in den letzten Monaten »komplett abgekapselt« und sei gar nicht mehr aus dem Haus gegangen, Freunde und Familie hätten sich schon Sorgen gemacht.

Frau C beklagt sich über eine anhaltende Antriebslosigkeit, die dazu führe, dass sie nur noch die nötigsten Aufgaben erledige und ein permanentes Bedürfnis nach Erholung verspüre.

Das ausschlaggebende Ereignis für ihre Entscheidung, die Klinik aufzusuchen, sei ein Nervenzusammenbruch mit starken Schweißausbrüchen, Zittern und Erbrechen im Beisein ihres Freundes gewesen, der sie daraufhin gedrängt habe, sich professionelle Hilfe zu holen. Da habe sie die »Notbremse« gezogen und sich um einen Klinikplatz bemüht. Frau C hat sich für die Tagesklinik entschieden, da sie sich um ihren Sohn kümmern muss. Sie beschreibt die Therapie als einen Erholungsort für Gleichgesinnte:

»Das ist halt wie so ein Krankenhaus, ich hab da so Therapien, ich krieg da Massagen und kann mich ausruhen und rede dann halt mal mit ein paar Leuten, denen es auch vielleicht nicht so toll geht wie mir [...].«

In der Klinik, hofft Frau C, werde sie nachhaltig zur Ruhe kommen, um mit neuen Kräften ihr Leben wieder motivierter gestalten zu können:

»Ich erhoffe, dass ich halt vielleicht ein bisschen lerne, dadurch ruhiger zu werden [...] ja, vielleicht, dass ich durch so was irgendwie geweckt werde – ei, jetzt reg dich doch nicht über so was auf, du weißt ja, es gibt ja viel Schlimmeres, bleib mal ruhiger – ja, und durch die Gespräche, denk ich mal, hoffe ich mal, dass ich da irgendwann mal wieder so an den Punkt komme, wo ich mal war – wär schön, sich mal wieder auch auf Sachen zu freuen, mal wieder – ja, Freude dran zu haben, mal was zu unternehmen.«

Für die Zukunft hofft Frau C, entspannter an Stresssituationen herantreten zu können, sie will sich auch schützen, indem sie den anerkennungsarmen, kränkenden Arbeitsplatz verlässt und zukünftig die Anzahl der Arbeitsstunden reduziert. Auch wenn dieser Vorsatz zunächst einen selbstfürsorglichen Gedanken nahelegt, so hat er auch einen passiven, resignativen Anteil. Frau C denkt auch darüber nach, zukünftig eine Tätigkeit zu wählen, bei der sie weniger Verantwortung trägt und dadurch psychisch weniger belastet ist:

»Vielleicht, wenn's halt für den Anfang wirklich was Entspanntes ist und wenn ich halt wirklich nur irgendwo ein paar Regale einräume oder Bestände zähle oder mich halt auch mal an die Kasse setze [...] irgendwas, wo ich halt auch nicht so viel denken muss oder die Angst haben muss, wenn jetzt was schiefgeht: ›Oh mein Gott, das ist ja wieder mit immensen Kosten verbunden, dann kommt dein Chef wieder und dann gibt's wieder Terror‹ [...].«

Ihr Konzept für die zukünftige Lebensführung sieht vor, Überforderung im Umfeld zu reduzieren (oder womöglich ganz zu vermeiden) und gleichzeitig eine innere Haltung anzunehmen, die es erlaubt, entspannter mit auftretendem Stress umzugehen.

Mit den Belastungen am Arbeitsplatz möchte Frau C sich in der Therapie aber explizit nicht beschäftigen:

»Den Punkt will ich jetzt echt mal irgendwie zur Seite schieben und gar nicht drüber nachdenken. Das ist für mich jetzt erst mal irgendwie so ein bisschen zweit-

rangig; also, jetzt geht es erst mal um mich und meinen Sohn und dass das alles mal wieder so ein bisschen »glatt« wird, sag ich mal.«

Sie möchte sich mehr ihrem Sohn widmen können und mit ihm daran arbeiten, die aufgetretenen Probleme zu mildern. Die Ursache ihres geschwächten Zustands schreibt sie der Arbeit und dem damit verbundenen Stress zu, sodass die Suche nach einer Beschäftigung, die über ein geringes Maß an Verantwortung mehr Energie für das Privatleben übrig lässt, nur folgerichtig erscheint.

1.2 Deutung: Reparatur

Die Patienten haben das Gefühl, nicht mehr zu funktionieren, und erhoffen sich, von der Klinik wiederhergestellt zu werden.

Patienten dieses Deutungstyps haben einen ähnlich hohen Leidensdruck aufgrund ihrer belastenden Symptomatik wie die anderen Patienten, heben sich aber insbesondere dadurch von diesen ab, dass sie die Therapie möglichst zügig hinter sich bringen und schnellstmöglich an ihren Arbeitsplatz zurückkehren möchten. Dieser Typus stellt mit durchschnittlich 32 Jahren die jüngste Altersgruppe.

Die Hoffnungen und Vorstellungen bezüglich des bevorstehenden Klinikaufenthalts sind sachlichen Charakters: »Mit dieser Behandlung hier jetzt vier bis sechs Wochen hat man es vielleicht, auf Deutsch gesagt, wetherapiert irgendwie, die Symptome.« (Herr W) Die instrumentelle Sichtweise auf die Therapie passt zu der Deutung der Krankheitsursache: Es war einfach nur »zu viel«. Die Patienten haben sich ihrer Darstellung nach selbst überlastet oder nicht über ausreichend wirksame Selbstfürsorgestrategien verfügt.

Generell herrscht ein subjektiviertes Verständnis von Selbstfürsorge und Arbeitsorganisation vor: Dem Arbeitsplatz wird, wenn überhaupt, nur eine Teilschuld im Sinne anspruchsvoller oder anstrengender Anforderungen angelastet. Die Hauptlast der Verantwortung trägt der Arbeitnehmer selbst: »Das hat was mit der Branche zu tun und dadurch, dass jeder so unter Zeitdruck ist. Und da muss sich jeder um sich selbst kümmern.« (Frau A)

Salopp formuliert, soll die Klinik für diesen Deutungstypus »es wieder richten«. Infolge eines erlebten Funktionsverlustes werden Hilfsmaßnah-

men eingeleitet. Die pragmatische Haltung führt dazu, dass diese Patienten der Therapie noch mit Vorsicht oder sogar Misstrauen gegenüberstehen:

»Also ich wär ja auch lieber, jetzt sag ich mal, in eine [Schmerz-]Klinik gegangen, wie ich das im Grunde mein Leben lang mache, oder zum Arzt und der verschreibt mir dann irgendwelche Blocker wieder, und dann geht's dann weiter [...] wenn ich mir vorstelle, da acht Wochen zu batiken, mich selbst zu finden, dann bräuchte ich nach einer Woche die, keine Ahnung was, also das pack ich, glaub ich, nicht.« (Frau E)

Das Zitat verdeutlicht, dass Patienten wie Frau E mit einer – vermutlich – somatoformen Störung nicht automatisch zu einer Behandlung mit psychologischem Schwerpunkt bereit sind (vgl. auch Hiller 2005).

Die meisten Patienten befinden sich auf Anraten des Hausarztes in der Klinik, da die bisherigen Maßnahmen nicht (mehr) zu einer Verbesserung des Zustands verhelfen konnten. Joraschky (1998) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass psychische Einflüsse umso mehr abgelehnt werden, je stärker die subjektive Krankheitstheorie auf ein somatisches Modell festgelegt ist. Für die Entstehungshintergründe der Symptomatik interessieren sich diese Patienten weniger als für die Symptombehandlung selbst. Sie möchten zudem bessere Selbstfürsorge- oder eher Durchhaltestrategien erlernen: »Ich erwarte mir, na ja, schon viele Tipps und Hilfestellungen.« (Frau A)

Auch wenn Wünsche wie Abgrenzungsfähigkeit und Stressmanagement nicht nur bei diesem Typus zu finden sind, so ist ihre Motivation eine andere. Es geht nicht um die psychische Gesundheit, sondern um die Wiederherstellung der eigenen Funktionsfähigkeit und um die Optimierung noch nicht zufriedenstellender Kompetenzen. Entsprechend der individualisierten Ursachenzuschreibung wird nicht auf der Ebene des Arbeitsplatzes über Veränderungen nachgedacht, sondern dieser wird als unveränderbar empfunden, und der Arbeitnehmer muss sich anpassen.

Für die therapeutische Praxis bedeutet eine solche Erwartungshaltung, dass für den Patienten eine schnelle Linderung der Symptome im Vordergrund steht und die Analyse der Ursache zweitrangig ist. Da kein Zusammenhang zwischen Symptomatik und Psyche hergestellt wird, sind Widerstände in der Behandlung erwartbar. Die Bereitschaft, die Psyche und ihren Schutz miteinzubeziehen, besteht eher im Sinne eines Präventionsgedankens. Im Vergleich zum ersten Typus sind diese Patienten motiviert, an

sich zu arbeiten, auch wenn dies auf funktionalistischen Motiven beruht und weniger einer reflexiven als einer instrumentellen Haltung entspricht. Dem Therapeuten kommt in dieser Denkweise die Rolle eines neoliberalen »Tuners« zu, der das »System« wieder zum Laufen bringen soll und im besten Falle optimiert.

Fallbeispiel Frau A

»Ich brauche jetzt akut Hilfe, weil es zieht ja auch immer mehr Zeit vorüber, und es passiert nix. Das ist ja für mich Zeitverschwendung. Ich will bald wieder arbeiten gehen, deswegen hätte ich das gerne alles ein bisschen schneller gehabt.«
(Frau A)

Frau A ist mittleren Alters und eine von drei Assistentinnen der beiden Chefs einer großen internationalen Agentur. Ihre Situation deutet sie selbst als »Burn-out« – es sei inzwischen ihr zweiter, vor neun Jahren habe sie schon einmal einen gehabt.

Sie habe sich auf Druck ihrer Freundin für die Klinik entschieden, da sich ihr gesundheitlicher Zustand nicht mehr verbesserte. Frau A leidet unter immer wiederkehrenden Erkältungen und fühlt sich erschöpft. Sie hat sich für die Therapie entschieden, da sie keine weitere Zeit mehr verlieren wollte, denn in zweieinhalb Monaten will sie wieder fit und an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sein.

Ihre Arbeitssituation beschreibt sie als schnelllebig und hektisch, verweist allerdings darauf, dass dies ein Charakteristikum der Branche sei. Schwierigkeiten bereitet ihr besonders die Anforderung, auf die unvorhersehbaren Anliegen der ständig verreisten Chefs reagieren zu müssen, die wiederum selbst den Wünschen der Kunden und wirtschaftlichen Entwicklungen zu folgen hätten. Weil sie sich nicht richtig konzentrieren könne, mache sie dabei in letzter Zeit immer wieder Fehler. Dass sich an ihren Arbeitsbedingungen etwas ändern ließe, kann sie sich nicht vorstellen. An ihrem Arbeitgeber übt sie keine Kritik, sondern schildert ihn mitsamt den Kolleginnen und Chefs als insgesamt positiv. Wurde sie am Arbeitsplatz auf ihren Gesundheitszustand angesprochen, tat sie so, als sei sie am Abend zuvor ausgegangen und nur deshalb angeschlagen: »Für mich war das wie 'ne Art Versagen, wenn ich das zugebe, dass ich gesundheitlich nicht mehr kann.«

Sie habe bemerkt, dass sich ihr Zustand nicht besserte, aber Angst gehabt, das »Hamsterrad« zu verlassen. Sie befürchtete, dann würde »alles« zusammenbrechen. Stattdessen lenkte sie sich mit noch mehr Arbeit ab: »Umso mehr Ruhe ich mir gegönnt hab', umso schlimmer wurde auch der körperliche Schmerz, sag ich mal, den man dann auf einmal wahrnimmt.« In dieser Perspektive war die Arbeit zwar überfordernd, aber zugleich das, was einen Zusammenbruch verhinderte.

Andererseits berichtet Frau A, wie schwierig es war, beim Hausarzt mit ihren Beschwerden ernst genommen zu werden und eine Überweisung in die Klinik zu erhalten. Ihr Arzt habe sie zu früh – nach sechs Wochen – nicht mehr krankschreiben wollen und auch ihre Suche nach einer Therapeutin nicht unterstützt. Professionelle Hilfe habe sie sich dann selbst über das Internet gesucht. Eigentlich wollte sie einen männlichen Therapeuten, da sie sich eher als einen »rationalen« Menschen sieht und Bedenken hat, mit einer Frau zu »gefühlsmäßig« arbeiten zu müssen. Doch die Suche erwies sich als schwieriger als vermutet, weshalb sie nun doch bei einer Therapeutin untergekommen ist.

Frau A beschreibt sich selbst als einen Menschen, der immer perfekt sein will: »Ich glaube [dass ich] auch so ein bisschen daran verzweifelt bin, da ich immer alles gerne perfekt gestalten wollte, was aber in der Branche kaum möglich ist, weil das alles so schnell vorangeht, dass man nicht die Zeit hat [...]«. Die Erwartungen an die Therapie entsprechen einem Funktionsfähig-gemacht-Werden, um wie bisher weiterarbeiten zu können – mit effektiveren Abgrenzungs- und Selbstfürsorgestrategien. Frau A erhofft sich konkrete »Tipps« und »Hilfestellungen« zum Umgang mit Stress, will zukünftig mehr auf sich selbst achten, sich klarer und abgegrenzter ausdrücken und nicht mehr versuchen, »everybody's darling« zu sein.

Ihrer Deutung zufolge liegt die Verantwortung für eine Verbesserung ihrer Situation bei ihr selbst, ebenso wie die Ursache für die Krise in den eigenen Defiziten liege. Die belastenden Faktoren der Arbeit werden als unvermeidlich angesehen; dass sie im Erkrankungsprozess eine Rolle spielen, wird hingenommen und dethematisiert. Ziele sind die Behandlung der Symptome und die Entwicklung einer wirksamen Strategie, um einen Rückfall zu unterbinden. Eine Analyse möglicher tiefer liegender Themen spricht Frau A nicht an.

1.3 Deutung: Selbstfindung

Die Patienten äußern das Gefühl, sich durch die Arbeit entfremdet zu haben, und möchten in der Therapie wieder zu sich finden.

Patienten dieses Deutungstyps kamen vermehrt mit einer starken Frustration in die Klinik. Die Arbeit war bislang der zentrale Bestandteil ihres Lebens, und die persönliche Aufopferungsbereitschaft war sehr groß. In einigen Fällen wurden über Jahre persönliche Belastungsgrenzen überschritten und der private Lebensbereich vernachlässigt. Familie, Freundschaften und Beziehungen mussten – sofern vorhanden – zurückstecken oder gerieten vollends ins Abseits. Dementsprechend sind private Netzwerke schwach ausgebildet und Anerkennungsräume außerhalb der Arbeit kaum vorhanden.

Die Patienten beschreiben, früher »Spaß« an ihrer Arbeit gehabt zu haben, einige von ihnen seien auch »stolz« gewesen, für ihr Unternehmen zu arbeiten. Im Laufe der Zeit sei jedoch ein Ungleichgewicht zwischen der erbrachten Arbeit und der erfahrenen Gratifikation entstanden. Umstrukturierungen, inkonsistente und willkürliche Regelungen, schwierige Kollegen oder Vorgesetzte und Unterbesetzung sind nur einige der genannten Gründe.

Einige Patienten deuten ihren Arbeitsplatz inzwischen als einen Ort, der krank mache, wenn keine ausgeprägten persönlichen Bewältigungsstrategien vorhanden seien: »Das System krankt irgendwie, und keiner kümmert sich drum. Vielleicht muss man auch irgendwie den Tunnelblick entwickeln [...], aber ich schaff das nicht ...« (Herr D) Andere beschreiben moralische Dilemmata, die darin bestehen, dass die Ausübung der Tätigkeit daran hindert, dem eigenen Selbstbild entsprechend zu agieren.

Allen Fällen ist das Gefühl gemein, sich durch die Arbeit vernachlässigt und von sich selbst entfremdet zu haben, ein Gefühl, das die Patienten verunsichert: »Also, ich werde sozusagen vom Stein zum Schwamm. Und das ist für mich ziemlich ernüchternd und in gewisser Weise auch schockierend.« (Herr N) Dies sind Prozesse, die – den Beschreibungen nach – schleichend eingetreten sind. Häufig wurde, was sich zum belastenden Dauerzustand entwickelt hat, zu Beginn noch als Herausforderung empfunden. Anfangs noch mit Spaß bei der Sache, gerieten die Patienten im Laufe der Zeit in eine Belastungsfalle, aus der sie sich nicht erfolgreich befreien konnten.

Die Hoffnung, die diese Patienten an die Klinik richten, resultiert aus dem Gefühl, sich selbst fremd geworden zu sein, sich in der Arbeit verloren zu haben: Infolge der Kränkung, (zu) viel investiert, jedoch wenig zurückbekommen zu haben, stehen nun Selbstwiederfindung und persönliche Weiterentwicklung im Mittelpunkt. Die Patienten erhoffen sich in der Klinik eine Stabilisierung ihres emotionalen Zustands und darüber hinaus eine Begleitung auf dem Weg, wieder die Person zu werden, die sie früher in sich gesehen haben. Zugleich erkennen sie, dass sie auch gewisse Abgrenzungskompetenzen benötigen, um nicht wieder in eine ähnliche Situation zu geraten.

Ein Großteil der Patienten würde am liebsten den Arbeitsplatz wechseln; einige haben den Entschluss, nicht mehr an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückzukehren, bereits gefasst. Sie haben das Bedürfnis, sich Zeit für sich zu nehmen, sich selbst zu stärken und zu stabilisieren, um eine Balance der Lebensbereiche herzustellen, bevor sie zurück in die Arbeit gehen. Die Arbeit wird – so nehmen sie es sich vor – zukünftig nicht mehr der Lebensmittelpunkt sein, weil der erlebte Selbstverlust zu groß war. Auf die therapeutische Praxis wird in diesen Fällen die Erwartung gerichtet sein, emotional stabilisiert und mit Lebensbewältigungs- und Selbstfürsorgestrategien versorgt zu werden. Die hohe Frustration gegenüber dem Arbeitsplatz verlangt zudem ein vorsichtiges Herantasten an das Thema Wiedereingliederung, da sich Patienten anderenfalls in ihrer Belastung nicht ernst genommen und zu schnell in die Arbeit zurückgeschoben fühlen könnten.

Bildlich gesprochen, kommt dem Therapeuten hier die Funktion eines »Advisers« zu, der den Patienten die Möglichkeit eröffnet, sich selbst zu finden, und ihnen bei Schwierigkeiten mit Ratschlägen und Unterstützung zur Seite steht.

Fallbeispiel: Herr U

»Erwartungen habe ich schon davon, dass ich auf jeden Fall erst mal gefestigter bin, dass ich wieder mehr ich selbst bin.« (Herr U)

Herr U ist mittleren Alters und Buchhalter. Bereits zu Beginn des Interviews betont er, zurzeit in einem äußerst labilen Zustand zu sein und möglicherweise nicht alle Fragen beantworten zu können. Er weint häufig und insbe-

sondere dann, wenn er auf seinen aktuellen Zustand zu sprechen kommt und etwa beschreibt, dass er inzwischen so instabil sei, dass er kaum mehr Telefonate, geschweige denn persönliche Gespräche führen könne, ohne dabei in Tränen auszubrechen.

Herr U ist seit über 13 Jahren bei seinem gegenwärtigen Arbeitgeber. Die ersten Jahre sei sein Arbeitsplatz »super« gewesen: Das Team habe gut funktioniert, jeder habe seinen Aufgabenbereich gehabt, und er als Sachbearbeiter konnte seine Arbeit in einer für ihn zufriedenstellenden Weise erledigen. Die Firma habe sich außerdem bemüht, den Mitarbeitern durch aufwendige Weihnachtsfeiern und gemeinsame Kurzurlaube eine Wertschätzung für die geleistete Arbeit zu zeigen.

Vor etwa drei Jahren hat Herr U die Stelle seines früheren Vorgesetzten übernommen, nachdem dieser sich mit der Firma überworfen hatte. Die neue Position erschien zunächst als positive Entwicklung, denn Herr U habe sich durch sie finanziell verbessern können. Doch zeitgleich expandierte das Unternehmen, und der Zuständigkeitsbereich von Herrn U wuchs beträchtlich, ohne dass weitere Mitarbeiter eingestellt worden wären. Die Arbeitsintensität stieg spürbar, während Sondervergütungen ausblieben.

Herr U sieht die Arbeit als ausschlaggebenden Faktor für seinen Zustand. Der Druck auf der Arbeit sei schwer zu ertragen gewesen, und er habe den Anforderungen nicht mehr gerecht werden können. An allen Ecken habe es »gebrannt«, während weitere Projekte hinzukamen. Irgendwann, so sagt er, habe er sich lediglich den akuten Krisen gewidmet: »Das ist ja nicht ein Problem im Monat, sondern es sind Tausende Probleme pro Tag.« Dieser Zustand habe dazu geführt, dass es Herrn U nicht mehr möglich war, seine Tätigkeiten zu überblicken und zu strukturieren: »Ein Arbeitstag von mir sieht eigentlich relativ unstrukturiert aus. Das heißt im Endeffekt: Ich warte auf die Katastrophen, die da einfallen.«

Er bekomme Tausende von E-Mails pro Woche, habe aber keine Zeit, sie zu bearbeiten. Hinzu kämen vermehrt obligatorische Meetings, die für Herrn U lediglich einen Zeitverlust bedeuten, der nach Feierabend ausgeglichen werden muss. Herr U berichtet, dass keine Planbarkeit mehr möglich sei. Bedingt sei dies durch die internationale Vernetzung, aber auch durch ungeklärte Zuständigkeiten im Standort selbst. Niemand habe für die anstehenden Prozesse die Verantwortung übernehmen wollen, weshalb fortwährend weiterdelegiert wurde. Er beschreibt das Dilemma, mit den

täglich zu treffenden Entscheidungen immer eine Gratwanderung machen zu müssen, da Struktur und Ressourcen des Unternehmens nicht den Anforderungen der Expansion angepasst worden seien.

Fasst man die Schilderungen von Herrn U zusammen, so wird deutlich, dass seine größte Belastung in dem Gefühl besteht, nicht mithalten und sich keinem der zahlreichen Projekte und Aufgaben zufriedenstellend widmen zu können. Prägend ist auch seine Angst, dass die fragile Struktur des Unternehmens jederzeit zusammenbrechen könnte. Der Versuch, diesen Druck zu kompensieren, ging auf Kosten seiner Gesundheit: »Ich bin fertig! Ich bin absolut fertig! – Seit Januar gehe ich auf Volllast.« Urlaube seien dagegen kaum möglich gewesen. Urlaub hätte bedeutet, seine Abteilung im Stich zu lassen, weshalb Herr U selbst noch weiterarbeitete, als er bereits spürte, dass es zu viel wurde.

Herr U möchte aktuell nicht zurück an seinen Arbeitsplatz und verhandelt anwaltlich bezüglich einer Abfindung. Er überlegt, ein Jahr zu pausieren und seine Diplomarbeit fertigzustellen, zu der er aufgrund des Jobs nicht kam. Da die Arbeit seiner Deutung nach die Verursacherin seiner aktuellen Lage ist, hat Herr U es nicht eilig, zurückzukehren. Trotzdem sieht er auch eine eigene Teilschuld, da er sich selbst überfordert habe: »Ich setz mich natürlich selber unter Druck [...] ich hab immer funktioniert.« Als alternative Tätigkeit schlägt er spontan Landschaftsgärtner vor – einen Beruf, den erstaunlich viele Patienten der Studie benannten. Zum Symbol des Gegenteils der bisherigen Tätigkeit auserkoren, steht dieser Beruf – abgesehen von romantisierenden Vorstellungen von Entschleunigung, Ruhe und natürlichem Wachstum – vor allem für eines: gut zu bewältigende Aufgaben, die sinnstiftend sind und wertgeschätzt werden.

In der Therapie will Herr U seine Stabilität zurückgewinnen. Er will »gefestigter« werden und wieder mehr der Mensch sein, der er noch vor einigen Jahren war: »Ich bin auch so normal ein emotionaler Mensch; aber es ist jetzt nicht so, dass ich immer am Boden zerstört bin und immer rumheule. [...] Ich kenne mich so selber nicht. Und das ist für mich halt ganz schrecklich, ja.« Er hat die Hoffnung, in der Klinik die »Basis« schaffen zu können, die es ihm ermöglicht, über den Klinikaufenthalt hinaus auch im Alltag bestehen zu können.

1.4 Deutung: Krankheitseinsicht

Einige Patienten vermuten, dass die Arbeit zwar der Auslöser, aber nicht die Ursache für ihre Situation ist. Diese soll in der Therapie gefunden werden.

Die Patienten dieses Typs haben bemerkt, dass sie in ihrem Leben immer wieder in ähnlich dilemmatische und oftmals psychisch überfordernde Situationen geraten. In der Therapie wollen sie herausfinden, wie es dazu kommt, damit sie zukünftig anders handeln können. Sie sind in unserem Interviewsample durchschnittlich die ältesten Befragten. Mit einem Durchschnittsalter von 46 Jahren sind sie berufsbiographisch und hinsichtlich ihrer Krankengeschichte die erfahrensten Patienten. Viele von ihnen berichten, bereits lange oder sogar »schon immer« unter psychischen Beeinträchtigungen – wie beispielsweise Depressionen oder starken Stimmungsschwankungen – zu leiden.

Einige schildern, unter traumatischen Verhältnissen aufgewachsen zu sein. Alle Patienten dieser Gruppe haben Therapieerfahrung und möchten den Klinikaufenthalt nutzen, um die bisherigen Selbsterkenntnisse zu vertiefen. Auch dieser Deutungstyp beschreibt belastende Arbeitssituationen, die oftmals durch Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten hervorgerufen wurden. Dabei vermuten sie, dass es etwas mit ihnen selbst zu tun haben könnte, sei es durch eine mangelhafte Abgrenzungsfähigkeit oder, im umgekehrten Sinne, eine konfliktprovozierende Haltung.

In dieser Patientengruppe besteht zunächst eine hohe Bereitschaft gegenüber der therapeutischen Arbeit. Bei einigen therapieerfahrenen Patienten, die zuvor eine Art »Aha-Effekt« in der Behandlung erlebt haben, gibt es die Hoffnung, diesen nun wieder zu erleben oder an ihn anzuknüpfen. So beschreibt eine Patientin, durch den ersten Klinikaufenthalt wieder einen Zugang zu ihren Gefühlen bekommen zu haben. Dies wertet sie als positive Entwicklung, jedoch mit der Einschränkung, dass sie nun noch einen Weg finden müsse, mit diesen Gefühlen umzugehen:

»[D]as Problem ist jetzt, durch die erste stationäre Therapie sind die Gefühle wieder geweckt worden, ich spüre die wieder, ich spüre den Ärger wieder und die Ungeduld und die Unzufriedenheit, und jetzt muss ich die managen. Und dadurch, dass das so viel ist und diese neuen Gefühle kommen, kam ich nicht damit klar und geriet ganz schnell wieder in, diesmal nicht mit Atemnot, diesmal bekam ich ganz heftige Kreuzschmerzen, Schwindelgefühle.« (Frau P)

Die Auseinandersetzung mit einer als belastend empfundenen, manchmal sogar traumatisierenden Vergangenheit ist nicht leicht und in einem Zeitrahmen von acht bis zwölf Wochen in der Klinik nur begrenzt zu leisten. Auch wenn auf der kognitiven Ebene eine Auflösung der Grundkonflikte gewünscht wird, ist der Prozess an sich nicht widerstandsfrei. Zu diesem Typus gehören auch Patienten, die ein Störungsbild aufweisen, bei dem eine vollständige Genesung ungewiss ist. Im Fokus der therapeutischen Arbeit läge es in solchen Fällen, Möglichkeiten zu finden, den Alltag trotz fortexistierender Probleme gut bewältigen zu können.

Die Patienten haben den Wunsch, Kontrolle über ihr Leben (wieder) zu gewinnen. Zur Krankheitseinsicht gehört die Einsicht, womöglich selbst Mitverursacher der eigenen Lebenssituation zu sein. Dies kann zunächst frustrieren, denn nicht jede Ursache ist gleich gut vor sich selbst oder dem sozialen Umfeld vertretbar oder handhabbar. In solchen Fällen kann es bereits ein Therapieerfolg sein, eigene Bedürfnisse für sich definieren und einklagen zu können oder den Eigenanteil in Konfliktsituationen auszuhalten. Der Therapeut wird, bildlich gesprochen, in diesem Zusammenhang als eine Art »Explorer« adressiert, der gemeinsam mit den Patienten auf die Suche nach den Konfliktursachen geht. Dabei kann es passieren, dass er selbst Teil des Konfliktes wird: Diesen Prozess gemeinsam mit dem Patienten auszuhalten und zu reflektieren kann ein erster Therapieerfolg sein.

Fallbeispiel Frau F

»Also, ich wünsche vor allem, dass ich besser mit meinen Gefühlen klarkommen kann, weil auch auf der Arbeit die Leute darunter, ich will nicht sagen, leiden – die gehen dann weg von mir.« (Frau F)

Frau F ist mittleren Alters und in der Verwaltung tätig. Sie ist in die Klinik gekommen, weil sie »nicht mehr aufhören konnte zu weinen«. Nachdem ihr 19-jähriger Sohn ausgezogen ist und sie sich auf der Arbeit ausgegrenzt fühlt, erleidet sie einen Zusammenbruch, woraufhin ihre Chefin sie an die psychiatrische Ambulanz verweist. Es ist das erste Mal, dass Frau F stationär aufgenommen wird, wenngleich sie bereits Therapieerfahrung hatte und über längere Zeiträume Antidepressiva einnahm. Frau F beschreibt, schon immer unter »depressiven Verstimmungen« gelitten zu haben. Mit 17 Jahren beginnt sie ihre erste ambulante Psychotherapie, mit 25 setzt

sie diese wegen ihrer Essstörung fort, mit Anfang 30 unterzieht sie sich einer psychoanalytischen Therapie. Vor etwa vier Jahren folgt eine weitere Kurzzeittherapie als »Krisenintervention«, da sie auf der Arbeit gemobbt wurde. Nach dieser Intervention habe sie es dann »allein schaffen« wollen und habe gegen den Rat der Therapeutin die Therapie nicht fortgesetzt. Nachträglich wertet sie ihre Entscheidung ab: »Aber ich sehe ja, was das Ergebnis war. (Lacht) Ich finde es sehr schwierig, festzustellen, dass ich anscheinend doch schwerer gestört bin, als ich immer dachte.«

Frau F beschreibt eine schwierige Kindheit. Der Vater trennt sich von der Mutter, als Frau F fünf Jahre alt ist, und gründet eine zweite Familie, aus der sie nahezu ausgeschlossen worden ist. Frau F muss bei ihrer unter Depressionen leidenden Mutter bleiben. Die Beziehung zwischen Mutter und Tochter spitzt sich mit der Zeit zu: »Seitdem ich zwölf Jahre alt war, haben wir uns fast jeden Tag geprügelt und angeschrien.« Mit 18 Jahren geht Frau F für ein Jahr in ein Internat und zieht im Anschluss in eine Wohngemeinschaft. Diesem Versuch ist ebenfalls kein Erfolg beschieden: »Und für die [Mitbewohnerinnen] war ich ein Horror. Ich konnte nichts. Ich war voll asozial auch. Ich hab echt alles stehen und liegen lassen, nichts geputzt, anderen Leuten das Zeug weggeessen. Das war mir echt egal.« Nach dem Abitur geht Frau F für ein Jahr ins Ausland, wo sie sich verliebt. Sie kehrte mit dem Mann nach Deutschland zurück, heiratet und wird schwanger. Die Ehe geht schon nach kurzer Zeit in die Brüche, und sie zieht – wie bereits ihre Mutter – ihr Kind alleine auf. Frau F sagt, sie liebe ihren Sohn, aber er habe ihr auch viele Möglichkeiten im Leben genommen.

Im Gesprächsverlauf wird deutlich, dass Frau F bereits einige Beschäftigungsverhältnisse hatte. In allen wurde sie ihrer Selbstbeschreibung nach gemobbt und anschließend entlassen. Sie räumt ein, dass sie an den Ereignissen eine Mitschuld trug, indem sie sich unangemessen gegenüber ihren Vorgesetzten und Kollegen verhalten habe: »[...] also sie [Vorgesetzte] hat gemeint, ich würde Grenzen überschreiten; ich glaube auch, dass ich das manchmal tue; ich bin jemand, die große Probleme hat, Autoritäten zu akzeptieren.«

Ihre momentane Arbeitssituation sei angespannt, obwohl sie sich mit ihrer Vorgesetzten gut verstehe und auch die Kolleginnen weitestgehend »okay« seien. Ihrer Einschätzung nach hat sie sich unbeliebt gemacht, weil sie ihre derzeitige Stelle eingeklagt hat. Ihre Hoffnung, ihren geschädigten

Ruf im Laufe der Zeit durch gute Leistung rehabilitieren zu können, erfüllte sich aber nicht. Nach drei Jahren habe sie feststellen müssen, dass sie das Fremdbild über sich nicht ändern könne. Sie fühlt sich stigmatisiert, ungerecht behandelt und einsam.

Frau F leidet darunter, dass sie sich ungewollt als (Mit-)Verursacherin ihrer immer wieder entstehenden Konflikte erlebt: »Ich vergälle mir damit eben auch damit eigentlich Beziehungen zu Personen, die ich sehr interessant und nett finde und auch mag.« Sie habe Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu kontrollieren: »Und ich merk auch, dass dahinter so eine Gewalt und so eine Wut steht und dass ich was loswerden will und dass ich dem anderen was reindrücken will. Und das mach ich unabhängig, wer auch immer das ist. Das ist – kann ich nicht so gut – hab ich nicht gut im Griff.«

In der Klinik möchte Frau F mehr innere Ruhe finden und hofft auf neue persönliche und berufliche Perspektiven. Vor allem aber wünscht sie sich mehr emotionale Stabilität und dass »[ich] vielleicht was über das Verhältnis von mir und anderen irgendwie herausfinde, was vielleicht hilfreich ist für die Zukunft. Dass ich da vielleicht besser mit umgehen kann«.

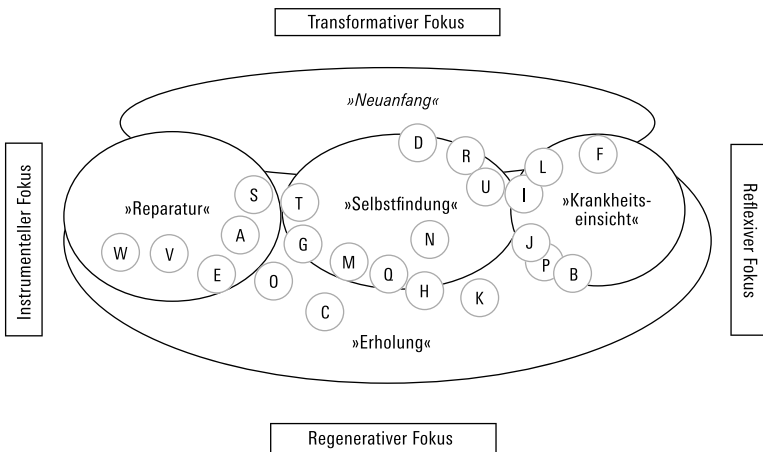
2. Die Typologisierung in der Übersicht

Nach der Erhebung aller Erstinterviews zeichnete sich ab, dass die Erwartungen an den bevorstehenden Klinikaufenthalt sowie die subjektiven Krankheitstheorien und Kausalattributionen – wie zuvor geschildert – erhebliche Unterschiede aufwiesen. Im Auswertungsprozess wurden die Interviews codiert³, paraphrasiert und anschließend anhand der zuvor festgelegten Merkmale typisiert. Ziel des angewandten Verfahrens ist, eine möglichst hohe Homogenität innerhalb eines Typs und zugleich eine hohe Heterogenität (Trennschärfe) hinsichtlich einer Abgrenzung zu den anderen Typen zu erhalten (vgl. Kelle/Kluge 2010).

3 | Die Interviews wurden zunächst mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse computergestützt codiert und anschließend typologisiert. Die Typisierung entstand anhand einer Codierung und Auswertung gemäß einer Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). Die computergestützte Analyse erfolgte mit MaxQDA.

Es wurden Realtypen gebildet, die im Gegensatz zu Idealtypen nicht aus der Theorie hergeleitet, sondern als Abbilder sozialer Realität abduziert wurden (vgl. Reichertz 2013), was bedeutet, dass sie aus den konkreten Patientenerzählungen empirisch gewonnen wurden. Um die Gesamtheit der einem Typ zugeordneten Patienten darstellen und zugleich von den anderen Typen abgrenzen zu können, sind die Typen in ihrer Konzeptualisierung zum Teil prägnanter, als sie im Einzelfall tatsächlich vorkommen. Zudem unterliegen Typisierungen anhand narrativer Interviews der Besonderheit, dass nicht in allen Interviews die gleichen Fragen thematisiert werden, wie es etwa bei einer quantitativen Studie der Fall ist; somit sind in der Auswertung nicht alle Merkmale eines Typs in einem Interview enthalten. Um dennoch eine Typisierung vornehmen zu können, wurde daher nach konstitutiven (notwendigen) und fakultativen (möglichen) Merkmalen unterschieden: Bestimmte Merkmale, wie beispielsweise die, die Erwartungen an die Klinik beschreiben, mussten auf der konstitutiven Ebene stimmig sein, um abschließend einem Typ zugeordnet zu werden.

Abbildung 1: Verteilung der Patientenerwartungen an die Klinik



Quelle: eigene Darstellung

Das Schema in Abbildung 1 trägt diesem Umstand Rechnung. Es bildet sowohl die typologisch relevanten Merkmalskonfigurationen ab als auch die Überschneidungen, die sich in Gestalt von Grenzfällen manifestieren. In Abbildung 1 wird deutlich, dass der Typ »Erholung« ein Grundbedürfnis der Patienten bei der Einweisung in die Klinik darstellt. Nahezu alle Patienten beschreiben im Erstinterview einen Erschöpfungszustand und ein Bedürfnis nach Stabilisierung, welche den Wunsch nach Erholung nachvollziehbar machen. Die meisten der Patienten formulieren darüber hinausgehende persönliche Ziele oder Wünsche. Sei es, dass sie sich persönlich optimieren wollen, um zukünftig besser arbeiten zu können (Typ »Reparatur«), dass sie den Fokus zunächst auf sich selbst richten wollen (Typ »Selbstfindung«) oder mehr über den Selbstanteil ihrer Krankheit erfahren wollen (Typ »Krankheitseinsicht«).

Anmerkung: Der Wunsch nach Erholung stellte ein Grundbedürfnis der Patienten bei Betreten der Klinik dar und ist somit ein übergreifendes Merkmal im Interviewsample. Wurden über dieses Bedürfnis hinaus keine weiteren Vorhaben benannt, sei es aus der persönlichen Haltung heraus oder auch aufgrund der akuten Erschöpfung, wurden die Patienten dem Typ »Erholung« zugeordnet. In den meisten Fällen äußerten die Patienten jedoch Erwartungen, die zumindest eine Tendenz zu einem der anderen Typen aufwiesen. Deutlich wird auch, dass ein Großteil der Patienten in »Grenzgebieten« verortet wurde. Hier sind in den Merkmalen Überschneidungen gegeben.

Neben dem regenerativen Fokus des »Erholungstyps« lassen sich auch den anderen Typen spezifische Foki zuweisen: Während der Typ »Reparatur« einer instrumentellen Logik folgt, entsprechen die Typen »Selbstfindung« und »Krankheitseinsicht« einem reflexiven Fokus. In wenigen Fällen wagen die Patienten auch einen Gedanken an einen »Neuanfang«, weshalb dieser als Prototyp schematisch mitgedacht wird, jedoch keine Patienten-zuordnung erhält. In Tabelle 4 finden sich die gebildeten Typen in einer tabellarischen Übersicht. In den Zeilen abgetragen sind die Merkmalskonfigurationen der Typenbildung.

Tabelle 4: Subjektive Krankheitstheorien: Deutungstypen und Erwartung an die Klinik

Typus Merkmal	1. »Erholung«	2. »Reparatur«	3. »Selbst- findung«	4. »Krankheits- einsicht«
Auslöser	Vorübergehende Überlastung	Individuelle Unzulänglichkeit	Langjährige Überlastung	Ungelöste biographische Konflikte
Erwartung an die Klinik	Auszeit	Optimierung	Achtsamkeit	Selbsterkenntnis
Selbstbeteiligung	Passiv: Bedürfnis nach Ruhe	Aktiv: Aneignung von Werkzeugen und Strategien	Aktiv: Veränderungswunsch und -bereitschaft	Aktiv: Konfliktklärung
Erwerbsarbeit als Erkrankungsursache wahrgenommen	Eher ja (Belastung durch Gratifikationskrise)	Eher nein (Belastung aufgrund ineffektiver Bewältigungsstrategien)	Eher ja (Belastung durch Selbstschutz überfordernde Arbeitsbedingungen)	Eher nein (Belastung durch interpersonelle Konflikte)
Fokus	Regenerativ	Instrumentell	Reflexiv	Reflexiv
Kausalattribution bezüglich der Erkrankung	Extern	Intern	Extern	Intern
Rollenerwartung an den Therapeuten	»Refresher«	»Tuner«	»Adviser«	»Explorer«

Quelle: eigene Darstellung

In einer Gesellschaft, in der psychische Leiden immer häufiger werden, kommen Patienten vermehrt mit einem vorgebildeten Krankheitsverständnis und entsprechenden Erwartungen in die Behandlung. Dies erscheint angesichts der eingeschränkten Objektivierbarkeit psychischer Leiden nachvollziehbar, zumal das massenmediale Informationsangebot diese Wissenslücken zu schließen verspricht. Küchenhoff et al. (2004) gehen von der Annahme aus, dass die Diagnostik, aber auch die Behandlung durch diskrepante Vor-

annahmen und unterschiedliche Ursachenbewertungen von Patienten und Ärzten erschwert werden, weshalb eine Erforschung der subjektiven Krankheitstheorien und der damit verbundenen Therapiemotivation der Patienten⁴ hoch relevant ist und deshalb noch intensiver betrieben werden sollte.

Anzunehmen ist darüber hinaus, dass die eingehende Beschäftigung mit der eigenen Erkrankung durch die im Zuge einer subjektivierten Leistungsethik formulierten Postulate nach individuell zu leistender Selbstfürsorge verstärkt wird. Die vorgestellte Typologie zeigt mögliche Parameter solcher subjektiven Krankheitstheorien beispielhaft auf. Deutlich wurde, dass unterschiedliche Interpretationen bezüglich der Krankheitsursache und des Zusammenhangs mit der Erwerbsarbeit bestehen. Allen gemeinsam ist die Erfahrung einer persönlichen Kränkung, sei es im Sinne einer mangelnden beruflichen Anerkennung oder im Kontext biographischer Konflikte. Dies spiegelt sich in unterschiedlichen Therapiewünschen wider: Möchte dieser Patient stabilisiert werden, um schnellstmöglich wieder arbeiten (»Reparatur«) oder um den Lebensalltag bewältigen zu können (»Krankheits-einsicht«), sucht jener einen Raum, um zur »Ruhe zu kommen« (»Erholung«) oder um sich aktiv mit der eigenen Person zu konfrontieren (»Selbstfindung«).

Leiden ist objektiv schwer messbar, besonders wenn es psychisch ist. Es ist ein individuelles und subjektives Phänomen und wirkt sich von Mensch zu Mensch unterschiedlich aus. Jedoch ist die jeweilige Theorie davon, was hilfreich und womöglich »heilend« sein kann, hochbedeutsam. Für einige Patienten ist bereits die Suche nach professioneller Unterstützung als aktive Handlung entlastend und trägt dazu bei, sich aus einer subjektiv empfundenen Hilflosigkeit zu befreien. Andere sehen sich dringend auf die therapeutische Hilfe angewiesen. Wieder andere müssen von der eigenen Hilfsbedürftigkeit erst noch überzeugt werden. Eines gilt dabei in jedem Fall: So unterschiedlich die Erwartungen an die Klinik im Kontext subjektiver Krankheitstheorien sind, so unterschiedlich sind die therapeutischen Strategien und Herangehensweisen, die sie nahelegen.

Um die Laienätiologie in der therapeutischen Arbeit berücksichtigen und den Patienten dementsprechend behandeln zu können, sollte der Therapeut eine Vorstellung davon haben, welche Erwartungen ihm dabei

4 | Ebenso relevant und bedeutsam wäre auch eine Erforschung der Expertentheorien durch die Ärzte und wie diese mit denen der Patienten vereinbar sind. (Hierzu auch der Artikel von Sabine Flick in diesem Buch.)

begegnen können. Die vorgestellten Deutungstypen geben hierbei einen ersten Eindruck, welches Spektrum auftreten kann. Zu berücksichtigen ist jedoch auch, dass die Wünsche, die die Patienten im Interview geäußert haben, auf einer rationalen Ebene getroffen wurden. Dies ist in der tatsächlichen therapeutischen Arbeit nicht immer gegeben. Die Patienten mögen an diesen Wünschen in der Therapie zwar festhalten, können sie aber womöglich gar nicht zulassen.

Hierzu ein kurzes Beispiel: Ein Patient des Typus 4, Krankheitseinsicht, möchte an seiner Beziehungs- und Abgrenzungsfähigkeit arbeiten. Aufgrund traumatisierender Erfahrungen in der Vergangenheit verfolgen ihn Panikattacken, die unerträglich für ihn werden, wenn er in konflikthafte Situationen gerät. In der Therapie möchte er an seinem Trauma arbeiten, um dem Alltag standhalten zu können. Als dort die traumatischen Erlebnisse besprochen werden, erleidet der Patient einen Zusammenbruch, der seine Stabilisierung erforderlich macht und die psychoanalytische Arbeit nur noch sehr bedingt ermöglicht. Das Beispiel zeigt auf, dass sich die Typen auch innerhalb der Behandlung verändern können. Von Bedeutung ist, dass Patient und Therapeut nicht gänzlich konträre Therapie- und Zielvorstellungen aufweisen und auch diese Änderungen gemeinsam reflektieren.

Literatur

- Cockerham, William C. (1998): *Medical Sociology*. London: Prentice Hall.
- Faller, Hermann (1993): Subjektive Krankheitstheorien: Determinanten oder Epiphänomene der Krankheitsverarbeitung? Eine methodenvergleichende Untersuchung an Patienten mit Bronchialkarzinom. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 39, H. 4, S. 356–374.
- Frank, Jerome D. (1987): Psychotherapy, rhetoric and hermeneutics: Implications for practice and research. In: *Psychotherapy* 24, S. 293–302.
- Furnham, Adrian (1988): *Lay Theories: Everyday Understanding of Problems in the social Sciences*. Oxford: Pergamon.
- Hiller, Wolfgang (2005): Somatisierung – Konversion – Dissoziation: Verhaltenstherapeutische Therapiestrategien/Somatization – Conversion – Dissociation: Strategies of Behavior Therapy. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Band 51, Ausgabe 1, S. 4–22.

- Joraschky, Peter (1998): Umweltbezogene Gesundheitsbeschwerden. In: Rudolf, Gerd/Henningsen, Peter (Hrsg.): Somatoforme Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 63–75.
- Kelle, Udo/Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kluge, Susann (1999): Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich.
- Küchenhoff, Joachim/Heller, Pia/Brand, Serge/Huss, Anke/Bircher, Andreas/Niederer, Markus/Schwarzenbach, Simone/Waeber, Roger/Wegmann, Lukas/Braun-Fahrländer, Charlotte (2004): Quantitative und qualitative Analysen bei Menschen mit umweltbezogenen Gesundheitsstörungen. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Band 50, Ausgabe 3, S. 288–305.
- Lavery, Judy F./Clarke, Valerie A. (1996): Causal attributions, causing strategies, and adjustment to breast cancer. In: Cancer nursing 19, H. 1, S. 20–28.
- Leventhal, Howard/Nerenz, David (1985): The assessment of illness cognition. In: Karoly, Paul (Hrsg.): Measurement Strategies in Health Psychology. New York: Wiley, S. 517–555.
- Mayring, Phillip (2008): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 10. Auflage, Weinheim: Beltz.
- Moldaschl, Manfred/Voß, Günter G. (2002): Subjektivierung von Arbeit. München, Mering: Hampp.
- Muthny, Fritz A. (1989): Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV. Weinheim: Beltz.
- Reichert, Jo (2013): Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer.
- Salewski, Christel (2002): Subjektive Krankheitstheorien und Krankheitsverarbeitung bei neurodermitiskranken Jugendlichen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 10, H. 4, S. 157–170.
- Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Voswinkel, Stephan (2001): Anerkennung und Reputation: Die Dramaturgie industrieller Beziehungen. Mit einer Fallstudie zum »Bündnis für Arbeit«. Konstanz: UVK.

