

**Katja Bolle**

Was bewegt Partner psychisch Kranker zur Teilnahme bzw. Ablehnung der Teilnahme an einem Interventionsprogramm und welche Aspekte spielen dabei eine Rolle?

**Diplomarbeit**

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:**

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

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2004 Diplomica Verlag GmbH  
ISBN: 9783832488567

**Was bewegt Partner psychisch Kranker zur Teilnahme bzw. Ablehnung der Teilnahme an einem Interventionsprogramm und welche Aspekte spielen dabei eine Rolle?**



---

Katja Bolle

**Was bewegt Partner psychisch Kranker zur Teilnahme bzw. Ablehnung der Teilnahme an einem Interventionsprogramm und welche Aspekte spielen dabei eine Rolle?**

Diplomarbeit  
Universität Osnabrück  
Fachbereich Humanwissenschaften



Diplomica GmbH \_\_\_\_\_  
Hermannstal 119k \_\_\_\_\_  
22119 Hamburg \_\_\_\_\_

Fon: 040 / 655 99 20 \_\_\_\_\_  
Fax: 040 / 655 99 222 \_\_\_\_\_

agentur@diplom.de \_\_\_\_\_  
www.diplom.de \_\_\_\_\_

ID 8856

Bolle, Katja: Was bewegt Partner psychisch Kranker zur Teilnahme bzw. Ablehnung der Teilnahme an einem Interventionsprogramm und welche Aspekte spielen dabei eine Rolle?

Hamburg: Diplomatica GmbH, 2005

Zugl.: Universität Osnabrück, Diplomarbeit, 2005

---

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden, und die Diplomarbeiten Agentur, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Diplomatica GmbH

<http://www.diplom.de>, Hamburg 2005

Printed in Germany

# Inhaltsverzeichnis

	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>Forschungsstand</b>	<b>8</b>
<b>1.1</b>	<b>Belastungsforschung</b>	<b>9</b>
1.1.1	Ansätze in der Belastungsforschung	10
1.1.2	Untersuchte Aspekte des Belastungserlebens	12
1.1.2.1	Zeitlicher und finanzieller Betreuungsaufwand	13
1.1.2.2	Berufliche Einschränkungen und Auswirkungen auf Soziale Kontakte	13
1.1.2.3	Informationsdefizit und fehlende Unterstützung des professionellen Versorgungssystems	14
1.1.2.4	Schwierigkeiten im Umgang mit dem Erkrankten	15
1.1.2.5	Emotionale Belastung	16
1.1.2.6	Gesundheitliche Belastungsfolgen	17
1.1.3	Zusammenfassende Bewertung	18
1.1.4	Die Situation der Partner psychisch Kranker	19
1.1.4.1	Partnerschaften psychisch Erkrankter	19
1.1.4.2	Spezifische Belastungsaspekte der Partner	22
<b>1.2</b>	<b>Studien zum Unterstützungsbedarf der Angehörigen und speziell der Partner</b>	<b>25</b>
<b>1.3</b>	<b>Angehörigenarbeit in der Psychiatrie</b>	<b>27</b>
1.3.1	Konzeptentwicklung: Expertengeleitet und nutzerorientiert	27
1.3.2	Experten- und angehörigendominierte Gruppenangebote	28
1.3.3	Störungsbezogene und zielbezogene Ansätze	30
1.3.4	Störungsspezifische und störungsheterogene Ansätze	30
1.3.5	Beziehungsspezifische und –homogene Ansätze	31
1.3.6	Zusammenfassung	31

<b>1.4</b>	<b>Untersuchungen zum Inanspruchnahmeverhalten von Angehörigen psychisch Erkrankter</b>	<b>32</b>
1.5	Zusammenfassung des Forschungsstandes	36
<b>2.</b>	<b>Zielsetzung und Fragestellung der Diplomarbeit</b>	<b>37</b>
<b>3.</b>	<b>Methodische Basis und Durchführung der Untersuchung</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>Konzeption und Durchführung der Rahmenstudie</b>	<b>39</b>
<b>3.2</b>	<b>Datenbasis der vorliegenden Diplomarbeit</b>	<b>41</b>
<b>3.3</b>	<b>Konzeption der vorliegenden Untersuchung</b>	<b>43</b>
<b>3.4</b>	<b>Methode der Datenerhebung: Das narrative Interview</b>	<b>44</b>
3.4.1	Forschungstheoretische Überlegungen zum narrativen Interview	44
3.4.2	Zur Durchführung des narrativen Interviews	44
3.4.3	Der Zugang zu den Interviewpartnern	46
<b>3.5</b>	<b>Datenauswahl und theoretisches Sampling</b>	<b>48</b>
<b>3.6</b>	<b>Aufbereitung und Auswertung der Daten</b>	<b>49</b>
3.6.1	Vorab-Information: Memowriting	51
3.6.2	Verfassen einer Globalanalyse	51
3.6.3	Diskurs über den Informationsgehalt des Interviews	52
3.6.4	Transkription der Interviewaufnahme	52
3.6.5	Sequenzierung des Interviewtranskripts	53
3.6.6	Offenes Kodieren der Textsequenzen	54
3.6.7	Bildung thematischer Felder	55
3.6.8	Zusammenfassende Fallrekonstruktion	56
3.6.9	Theoretische Verallgemeinerung	56
3.6.10	Diskursive Validierung	57

<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>59</b>
<b>4.1</b>	<b>Was bewegt Partner psychisch Erkrankter zur Teilnahme an einem Partner-Interventionsprogramm?</b>	<b>61</b>
4.1.1	Übersicht der befragten Teilnehmer am Interventionsprogramm	62
4.1.2	Darstellung der Kernhypothesen über die Beweggründe, die zur Teilnahme am Interventionsprogramm führten	63
4.1.2.1	Der Partner fühlt sich zum Zeitpunkt der Entscheidung Subjektiv belastet	63
4.1.2.2	Die wahrgenommene Belastung übersteigt die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten	64
4.1.2.3	Es besteht ein Veränderungswunsch mit positiven Erwartungen an das Interventionsprogramm	66
4.1.3	Darstellung der unterschiedlichen positiven Erwartungen (Nebenypothesen)	68
4.1.3.1	Es besteht der Wunsch nach Anerkennung	68
4.1.3.2	Es besteht die Hoffnung auf „Freispruch von Schuldgefühlen“	69
4.1.3.3	Es besteht der Wunsch nach eigener Entlastung	69
4.1.3.4	Es besteht der Wunsch nach einem Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen	70
4.1.3.5	Mit der Teilnahme verbindet sich der Wunsch nach Persönlichen Kontakten	71
4.1.3.6	Beim Partner besteht Informationsbedarf	72
4.1.3.6	Mit der Teilnahme verbindet sich der Wunsch nach bestmöglicher Unterstützung des erkrankten Partners	73
4.1.4	Zusammenfassung und Überblick	74
4.1.5	Kosten-Nutzen-Abwägung: Befürchtungen, Erwartungen und Einstellungen – eine integrierende Illustration anhand einer Einzelfalldarstellung	76
<b>4.2</b>	<b>Was bewegt Partner psychisch Erkrankter dazu, die Teilnahme an einem Interventionsprogramm ab zu lehnen?</b>	<b>80</b>
4.2.1	Übersicht der befragten Nicht-Teilnehmer am Interventionsprogramm	81
4.2.2	Darstellung der Kernhypothesen über die Ablehnung der Teilnahme an einem Interventionsprogramm	82

4.2.2.1	Die subjektive Belastung ist zum Zeitpunkt der Entscheidung (wieder) gering	82
4.2.2.2	Die eigene Situation wird als bewältigbar eingeschätzt oder es besteht kein Wunsch nach Veränderungen	84
4.2.2.3	Es bestehen keine positiven bzw. negative Erwartungen in Bezug auf ein Interventionsprogramm	86
4.2.2.3.1	Es besteht ein anderes Konzept der hilfreichen Unterstützung: Einzelgespräche oder Psychoedukation	86
4.2.2.3.2	Die Gruppenatmosphäre wird als zu anonym eingeschätzt und abgelehnt	87
4.2.2.3.3	Zusätzliche Belastung durch Probleme anderer Betroffener wird befürchtet (Abgrenzungswunsch)	88
4.2.2.3.4	Unterstützung von Anderen (Fremden) wird nicht als hilfreich empfunden	89
4.2.3	Darstellung der Nebenhypothesen, die zu einer Ablehnung der Teilnahme führten	90
4.2.3.1	Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung des Partners wird in nicht-akuten Phasen abgelehnt	90
4.2.3.2	Die eigene depressive Symptomatik verhindert die Teilnahme	91
4.2.3.3	Die Teilnahme am Unterstützungsprogramm wird aus zeitlichen Gründen abgelehnt	93
4.2.3.4	Es besteht zum Zeitpunkt der Entscheidung keine Bereitschaft (mehr), in die Partnerschaft zu investieren	94
4.2.3.5	Die Person versteht sich nicht als Partner eines psychisch Erkrankten und fühlt sich nicht der Zielgruppe zugehörig	95
4.2.3.6	Der Partner fühlt sich im Vergleich zu anderen nicht der Zielgruppe zugehörig	97
4.2.3.7	Die Teilnahme wird vom erkrankten Partner abgelehnt	98
4.2.4	Zusammenfassung und Überblick	98
4.2.5	Grundsätzliche Ablehnung vs. belastungsabhängige Inanspruchnahme – zwei gegensätzliche Fälle	101
<b>4.3</b>	<b>Eine fallübergreifende Hypothese</b>	<b>106</b>



<b>Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen</b>	<b>Seite</b>
Abb1: Ableitung relevanter Kernaussagen aus den bisherigen Forschungsbemühungen	36
Abb.2: Phasen des narrativen Interviews	45
Abb.3: Exmanente Nachfragen im narrativen Interview dieser Untersuchung	46
Abb.4: Arbeitsschritte der Datenaufbereitung und Datenauswertung	50
Abb.5: Transkribierter Interviewausschnitt	53
Abb.6: Sequenzierung und Offenes Kodieren	54
Abb.7: Übersicht der Kernhypothesen der Teilnehmer	74
Abb.8: Übersicht der Nebenhypothesen der Teilnehmer	75
Abb.9: Übersicht der Kernhypothesen der Nicht-Teilnehmer	99
Abb.10: Übersicht der Differenzierung der Kernhypothese 3 (Nicht-Teilnehmer)	100
Abb.11: Übersicht der Nebenhypothesen der Nicht-Teilnehmer	100
Abb.12: Darstellung der „Zeitfenster-Hypothese“	107
Tab.1: Übersicht der befragten Teilnehmer am Gruppenprogramm	41
Tab.2: Übersicht der befragten Nicht-Teilnehmer am Gruppenprogramm	42
Tab.3: Übersicht der befragten Teilnehmer (Ergebnisübersicht)	62
Tab.4: Übersicht der befragten Nicht-Teilnehmer (Ergebnisübersicht)	81

## **Danksagung**

Allen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern danke ich, dass sie mit meinen Kolleginnen und mir über ihre Lebenssituation und ihre Entscheidungswege gesprochen haben. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Zudem haben sie dazu beigetragen, dass ich den Forschungsprozess als persönliche Bereicherung empfunden habe.

Frau Dr. Bettina Wittmund danke ich für ihre engagierte Unterstützung und ihren Einsatz, mit dem sie mich auf dem „qualitativen Weg“ gehalten hat.

Ebenso herzlich bedanke ich mich bei meinen Kolleginnen Nadine Bull und Manja Musikowski für die verbindliche und bereichernde Zusammenarbeit im Forschungskolloquium.

Bei Herrn Professor Karl-Heinz Wiedl möchte ich mich für die Offenheit gegenüber dem qualitativen Forschungsansatz bedanken und dafür, dass er die Begutachtung meiner Arbeit spontan und mit Interesse zugesagt hat.

Meinen Freunden Svenja, Peter, Annett, Nadja und Annika kann ich kaum genug danken für unermüdliches Korrekturlesen, faire und ehrliche Kritik, moralische Unterstützung und kulinarische Prozessbegleitung.

Ohne die jahrelange Unterstützung meiner Eltern hätte ich nicht studieren und nicht diplomieren können. Ich danke vor allem auch ihnen von ganzem Herzen.

„Verständliche Zusammenhänge [...] werden nicht durch Zahlen, sondern durch den verstandenen Einzelfall erwiesen, Zahlen zeigen nur die Häufigkeit ihres Vorkommens“

Karl Jaspers

---

## Einleitung

Seit der Einführung der ersten Neuroleptika in den 1950er Jahren hat die gesellschaftliche Situation psychisch erkrankter Menschen starke Veränderung erfahren. Das Prinzip des *Lebensweltbezugs* findet sich als zentrale Versorgungsleitlinie bei der WHO (1985 u. 1991) und weltweit in nationalen Programmen zur Reform der psychiatrischen Versorgung. Nachdem die Versorgung psychisch Erkrankter bis 1975 vorwiegend in psychiatrischen Großkrankenhäusern (Landeskrankenhäusern) erfolgte, wurde mit dem Bericht der *Enquete-Kommission zur Situation der Psychiatrie in der BRD* (Deutscher Bundestag, 1975) versucht, die Weichen in Richtung einer modernen, bedarfsgerechten und gemeindenahen Versorgung zu stellen. Deshalb beschränkt sich die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen heute zunehmend auf die Akutbehandlung und medikamentöse Einstellung im Rahmen relativ kurzer Klinikaufenthalte.

Das bedeutet, dass psychisch kranke Menschen größtenteils zu Hause bei ihren Angehörigen und damit auch bei ihren Partnern leben. „Moderne bedarfsgerechte und gemeindenaher“ Versorgung bedeutet dabei zum einen die Zunahme an sozialpsychiatrischen, ambulanten Möglichkeiten zur sozialen und beruflichen Rehabilitation z.T. chronisch psychisch Kranker. Für die Eltern, Partner und Kinder psychisch Erkrankter bedeutet sie gleichzeitig eine oft lebenslange Betreuungsleistung.

Die Erkenntnis, dass die Angehörigen eine der wichtigsten Instanzen im Rehabilitationsprozess psychisch Erkrankter darstellen, hat seit den 1950er Jahren zunächst im englischsprachigen Raum vermehrt Forschungsbemühungen hervorgerufen, die sich der Belastungssituation der Familien annahmen. Seitdem sind durch eine Vielzahl von Studien die gleichsam akute und chronische Belastungslage der Angehörigen und die vielfältigen Faktoren, die das *Erleben* der Belastung beeinflussen, eingehend untersucht und belegt worden.

Das psychiatrische Versorgungssystem reagiert bereits seit Mitte der 1950er Jahre auf diese Erkenntnisse aus der Belastungsforschung. Im Rahmen sogenannter psychoedukativer Angehörigenarbeit stand zunächst die intervenierende Einflussnahme auf das familiäre Klima, in das die Patienten nach einem Klinikaufenthalt entlassen

---

werden, im Vordergrund. Durch gezielte Informationen über Ursache, Behandlung und Verlauf von psychischen Erkrankungen, sollten die Angehörigen im alltäglichen Umgang mit dem Patienten „geschult“ werden. In den letzten Jahren ist in der Angehörigenarbeit, die vielerorts zur Routineversorgung im Rahmen der Behandlung psychischer Erkrankungen geworden ist, ein Wandel zu vermerken: Von eher informativer, aufklärender Angehörigenarbeit hin zu Angeboten, die sich speziell auf der Belastung bzw. Belastungsreduktion der Angehörigen konzentriert und dabei auf aktuelle psychologische Konzepte zur Stressreduktion und Kommunikation zurückgreift.

Sowohl in Ansätzen zur Belastungsforschung als auch in der Entwicklung von Angeboten für Angehörige, wird erst allmählich und in den letzten Jahren eine Differenzierung der Angehörigen nach Verwandtschaftsgrad vorgenommen. Dass z.B. die *Partner* psychisch kranker Menschen *speziellen* Belastungen ausgesetzt sind, weil die Erkrankung des Lebensgefährten im Sinne eines kritischen Lebensereignisses eine deutliche Veränderung der Lebensperspektive nach sich ziehen kann, erfordert nach Erkenntnissen aus neueren Forschungsansätzen eine besondere Berücksichtigung bei der Entwicklung von Interventionsprogrammen. Die *Umsetzung* dieser Erkenntnisse findet sich allerdings erst vereinzelt in der Literatur zu diesem Thema.

Der *Unterstützungsbedarf*, der speziell für den Lebensgefährten aus der veränderten Lebenssituation aufgrund der psychischen Erkrankung des Partners resultiert, ist in einigen neueren Arbeiten untersucht worden. Diese Forschungsarbeiten, die aufgrund einer qualitativen Herangehensweise eine „sinnverstehende“ und alltagsorientierte Sicht auf die Belastungssituation erlauben, bieten die Möglichkeit zur Entwicklung spezifischer Interventionsangebote, die auf die Bedürfnisse speziell der Partner zugeschnitten sind. Aufbauend auf diese Erkenntnisse ist an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig ein Partner-Interventionsprogramm entwickelt worden. Ziel dieser Konzeptentwicklung war die Veränderung der Bewältigungsstrategien und des Belastungserlebens, sowie die Verbesserung des psychischen Befindens und die Entwicklung ressourcenorientierter Perspektiven bei Partnern von Patienten, die an Schizophrenien oder Depressionen leiden. Die hier vorliegende Diplomarbeit entstand im Rahmen der Evaluation dieses Interventionsprogramms.