

Universität Siegen

Fakultät II: Bildung - Architektur - Künste

Masterthesis im Studiengang „MA Bildung und Soziale Arbeit“

Die Auswirkungen einer chronischen psychischen Erkrankung auf eine Paarbeziehung

Eingereicht von:

Stephanie Born

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Albrecht Rohrmann

Zweitgutachterin: Frau Prof. Dr. Maria Kron

Abgabe: August 2011

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	5
1 Einleitung	6
2 Psychische Erkrankungen	8
2.1 Krankheitsbilder	8
2.1.1 Schizophrenie	8
2.1.2 Depression	10
2.1.3 Persönlichkeitsstörung	10
2.2 Psychosoziale Folgen	11
2.3 Soziale Rehabilitation	14
2.4 Zusammenfassung	16
3 Paarbeziehungen	18
3.1 Was ist unter einer Paarbeziehung zu verstehen?	18
3.2 Theorien und Modelle der Paarbeziehung	18
3.3 Entwicklung einer Paarbeziehung	21
3.4 Erwartungen und Bedürfnisse in einer Paarbeziehung	23
3.5 Stabilität und Zufriedenheit von Paarbeziehungen	25
3.6 Zusammenfassung	27
4 Paarbeziehung und Gesundheitszustand	28
4.1 Chronische Krankheit als kritisches Lebensereignis	28
4.2 Transitionsphasen im Krankheitsverlauf	29
4.3 Bedeutung der Paarbeziehung und das Belastungserleben	31
4.4 Bewältigungsmöglichkeiten	34
4.5 Zusammenfassung	36

5	<i>Das Forschungsdesign</i>	38
5.1	Das Erkenntnisinteresse	38
5.2	Das Erhebungsdesign	39
5.2.1	Der Forschungsansatz	39
5.2.2	Die Untersuchungsmethode - Das narrative Interview.....	42
5.2.3	Interviewteilnehmer	44
5.3	Durchführung der Untersuchung	46
5.3.1	Kontaktaufnahme	46
5.3.2	Durchführung der Interviews	47
5.3.3	Nachbereitung der Interviews	52
5.4	Das Auswertungsverfahren – Die qualitative Inhaltsanalyse	54
6	<i>Untersuchung der Interviews</i>	59
6.1	Interview Frau Schnell	59
6.1.1	Beschreibung zur Person	59
6.1.2	Kategorien	59
6.1.3	Zentrale Ergebnisse	74
6.2	Interview Herr Karl	78
6.2.1	Beschreibung zur Person	78
6.2.2	Kategorien	78
6.2.3	Zentrale Ergebnisse	92
6.3	Interview Herr Lüttich	95
6.3.1	Beschreibung zur Person	95
6.3.2	Kategorien	95
6.3.3	Zentrale Ergebnisse	111
6.4	Zusammenfassung der Ergebnisse	115
7	<i>Kritische und reflektierte Betrachtung der Untersuchung</i>	120
8	<i>Fazit</i>	122
9	<i>Literaturverzeichnis</i>	123

<i>Anhang</i>	129
Abbildungen.....	130
Verwendete Transkriptionszeichen (in Anlehnung an Glinka (2003)).....	132

Vorwort

Auf der Suche nach einem geeigneten Thema für meine Abschlussarbeit, habe ich mich sowohl an meiner beruflichen Tätigkeit orientiert, als auch an meinem bisherigen theoretischen Wissensbestand, den ich mir in der Zeit meines Bachelor- und Masterstudiums aneignete. Während meines Studiums empfand ich das Berufsfeld der Psychiatrie als besonders interessant und spannend, so dass ich gezielt meine ersten beruflichen Erfahrungen mit diesem Klientel sammeln wollte. Mit der Aufnahme meiner Beschäftigung in einer Tagesstätte für seelisch verletzte Menschen, hat sich schnell eine Vorstellung über die thematische Ausrichtung meiner Masterarbeit entwickelt. Im Verlaufe meines Studiums habe ich mich theoretisch vermehrt mit Kindern von psychisch erkrankten Eltern auseinandergesetzt, wobei mir in diesem Zusammenhang aufgefallen ist, dass den gesunden Partnern von psychisch erkrankten Personen häufig zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Diese Thematik wird in der Literatur viel zu selten behandelt, so dass meine persönliche Motivation im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Anregung darin liegt, die Paarbeziehung von psychisch erkrankten Menschen näher zu beleuchten.

Bei der Entstehung dieser Arbeit habe ich die Betreuung von Herrn Prof. Dr. Albrecht Rohrmann als sehr hilfreich empfunden. Erste inhaltliche Ideen, den Weg zu einer geeigneten Fragestellung bis hin zu einer thematischen Eingrenzung habe ich mit ihm konstruktiv durchgehen und diskutieren können. Nicht zuletzt haben seine förderlichen Anregungen mich zu einer Verbesserung meiner inhaltlichen Auseinandersetzung und zu einer kritischen Hinterfragung meiner eigenen Vorgehensweise geführt.

Bedanken möchte ich mich an dieser Stelle zunächst bei meinem Fachbereichsleiter und meinen Kollegen in der Tagesstätte, die mir in der Zeit des Schreibens viel Verständnis und Rückhalt entgegengebracht haben, so dass ich neben meiner beruflichen Ausübung die nötige Kraft für meine Abschlussarbeit aufbringen konnte. Weiterhin gilt mein besonderer Dank den Personen, die sich spontan und bedenkenlos für ein Interview bereit erklärt haben und ohne die diese Arbeit bei weitem nicht so interessant und aufschlussreich geworden wäre. Zum Schluss möchte ich mich vor allem bei meinem Lebenspartner bedanken, der mir immer wieder den nötigen Freiraum geschaffen hat und der mit motivierenden und aufmunternden Worten mir die benötigte Energie hat zukommen lassen, damit ich meinen hohen Ansprüchen an mich selber gerecht werden konnte.

1 Einleitung

Mit Beginn meines Berufseinmündungsjahres in einer Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen und der gleichzeitigen Vorbereitungsphase für die Anmeldung der Masterarbeit, ist mir relativ schnell bewusst geworden, dass ich meine Abschlussarbeit über das Feld meiner beruflichen Tätigkeit schreiben möchte. Sehr zeitnah habe ich auf Grund dessen beim Fachbereichsleiter der Tagesstätte angefragt, ob dies überhaupt möglich sei und so stand nach seiner Zusage meinem Forschungsvorhaben nichts mehr im Wege.

Dementsprechend folgte eine Zeit der Recherche und Überlegung, welche thematischen Inhalte ich bearbeiten und untersuchen möchte und inwiefern ich die Strukturen und Klienten der Tagesstätte mit in mein Forschungsinteresse einbinden könnte.

Die Gegebenheit, dass nur zwei von 28 Klienten der Tagesstätte in einer festen Beziehung leben und verheiratet sind, hat, bezugnehmend auch auf die Erfahrungen in meinem Studium, die Frage aufkommen lassen, weshalb nur so wenige Besucher in einer festen Partnerschaft leben und ob die psychische Erkrankung möglicherweise dazu beigetragen hat. Nach dieser Feststellung folgte eine intensive Auseinandersetzung mit dieser Thematik, so dass ich schlussendlich die genaue Themenstellung für meine Masterarbeit entwickeln konnte: „Die Auswirkungen einer chronischen psychischen Erkrankung auf eine Partnerschaft.“ Mit dieser Fragestellung verfolgte ich anhand von Interviews herauszufinden, welchen Einfluss die psychische Erkrankung eines Partners auf die gesamte Partnerschaft haben kann. Welche Veränderungen sind innerhalb des partnerschaftlichen Miteinanders erkennbar, welche Belastungen ergeben sich speziell für den gesunden Partner und welche Bedeutung hat dieser für den Erkrankten während des Krankheitsverlaufs? Weiterhin möchte ich der Frage nachgehen, welchen Bewältigungsanforderungen das Paar gegenübersteht und ob die gemeinsame Partnerschaft aufrechterhalten werden kann.

Zum weiteren Verständnis sei hinzugefügt, dass der Fokus hinsichtlich des untersuchten Materials auf dem Partner mit der psychischen Erkrankung liegt. Die Befragung der Betroffenen und die Auswertung der Interviews erfolgt mit Hilfe qualitativer Forschungsmethoden.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt in der Bearbeitung des empirischen Materials, so dass die Darstellung der theoretischen Inhalte die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse in dem Maße wiedergeben soll, als das schlüssige und evidente Belege für die Interpretation und These generierung vorhanden sind.

In Anlehnung daran gilt es zu verdeutlichen, dass mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung die besonderen Belastungen und Schwierigkeiten eines Paares hervorgehoben werden sollen, um ihnen notwendige Unterstützungsleistungen zukommen zu lassen. Dies führt mit sich, dass das Defizit bezüglich dieser thematischen Ausrichtung verringert werden und die öffentliche, sowie fachliche Debatte für dieses Thema verstärkt sensibilisiert und angeregt werden sollte und müsste.

Gegenstand dieser Abschlussarbeit ist die Untersuchung von Auswirkungen, die eine chronische psychische Krankheit auf eine Paarbeziehung haben kann. Dafür erscheint es adäquat, zunächst eine theoretisch fundierte Ausgangsbasis zu schaffen, in der grundlegende Begriffe, Modelle und Zusammenhänge den aktuellen Forschungsergebnissen nach zusammengetragen werden. Diese theoretischen Darstellungen bestehen aus drei zentralen Aspekten. Zunächst werden in Kapitel zwei die psychischen Erkrankungen meiner Interviewpartner erläutert, um somit die theoretische Basis für die fortführende Bearbeitung zu schaffen. In einem zweiten Schritt werden in Kapitel drei die theoretischen Hintergründe zu Paarbeziehungen thematisiert. Eine Verknüpfung zwischen den beiden vorab geschilderten Materien gilt es im vierten Kapitel herzustellen, damit einerseits ein Zusammenhang zwischen den theoretischen Grundlagen, andererseits eine Überleitung für die anstehende Untersuchung geschaffen werden kann.

In Kapitel fünf wird der Prozess der empirischen Untersuchung beschrieben. Neben dem Erkenntnisinteresse und der Darstellung der einzelnen Untersuchungsphasen hat dieses Kapitel ebenso die Erhebungs- und Auswertungsmethode zum Gegenstand.

Die Darlegung der einzeln ausgewerteten Interviews und eine Zusammentragung der Interpretationsergebnisse erfolgt in Kapitel sechs.

Abschließen möchte ich die vorliegende Arbeit mit einer kritischen Reflexion über den gesamten Untersuchungsprozess in Kapitel sieben und einem resümierenden Fazit in Kapitel acht.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass sich im Anhang dieser Masterarbeit die verwendeten Abbildungen und die Transkriptionsregeln befinden.

Die drei Interviewtranskripte können bei Bedarf bei der Bibliothek der Universität Siegen angefragt werden.

2 Psychische Erkrankungen

Zu Beginn möchte ich einen Überblick über die psychischen Erkrankungen geben. Hierbei werde ich mich auf die Diagnosen meiner Interviewteilnehmer konzentrieren, um zum einen die alleinige Wiedergabe von psychischen Krankheiten zu vermeiden und um zum anderen einen konkreten Bezug auf meine Fragestellung herzustellen. Es gilt in der folgenden Arbeit herauszufinden, inwiefern die diagnostizierten Krankheiten einen Einfluss auf das Leben der interviewten Personen haben und damit einhergehend auf die gemeinsame Paarbeziehung.

Für die Darstellung der psychischen Krankheiten werde ich mich auf das Klassifikationssystem für Krankheiten, dem ICD-10¹ beziehen. Ich werde davon absehen den kompletten Katalog aller Symptome wiederzugeben, mich stattdessen auf eine kurze Zusammenfassung der prägnantesten Merkmale beschränken.

2.1 Krankheitsbilder

2.1.1 Schizophrenie

Symptomatik

Die paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) ist eine Subgruppe der Schizophrenie und ist durch Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen gekennzeichnet. Im Vordergrund dieser Erkrankung stehen vielfältige Wahnideen, die in einer engen Beziehung zueinander auftreten können. Zu den häufigsten Wahnvorstellungen können Verfolgungs-, Größen- oder Sendungswahn gezählt werden. Treten Verfolgungs- und Größenwahn in Kombination miteinander auf, so kann dies zu Gereiztheit, Streitbarkeit und möglichen Gewalttätigkeiten führen. Liegt der Schwerpunkt der Symptomatik auf dem Verfolgungswahn, so kann dies von einem ängstlich-zurückhaltenden bis hin zu einem suizidalen Verhalten führen (vgl. Leucht et al., In: Berger, 2009).

Bei der paranoiden Schizophrenie wurde festgestellt, dass diese erst in einem späteren Lebensalter auftritt (ca. zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr) und dass Patienten mit dieser Diagnose daher in der Regel prämorbid über eine höhere soziale Kompetenz verfügen und somit eine bessere Kurz- und Langzeitprognose besitzen, im Vergleich zu Betroffenen, die

¹ Anm.: „Die ‘**Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme**’ (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI ins Deutsche übertragen und herausgegeben. Die Abkürzung ICD steht für ‘**International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**’, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation“ (DIMDI, 2011).

z.B. an einer desintegrativen Schizophrenie erkrankt sind (vgl. Leucht et al., In: Berger, 2009).

Bei der schizoaffektiven Psychose (ICD-10: F25.1) treten sowohl affektive, als auch schizophrene Symptome nahezu gleichzeitig in der Krankheitsphase auf. Unterschieden kann dabei zusätzlich nach einem depressiven, manischen oder gemischten Typus. Bei dem depressiven Typus ist die Stimmung u.a. durch eine traurige Verstimmtheit mit dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühlen, Schlaf- und Appetitstörungen sowie einer Denkhemmung gekennzeichnet (vgl. Leucht et al., In: Berger, 2009).

Dennoch sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die Diagnose der schizoaffektiven Psychose nicht unumstritten ist, da neuere Untersuchungen erwiesen haben, dass die Diagnose nicht „[...] ausreichend reliabel definiert [wurde]“ und „[...] die genetische und prognostische Validität [...] für therapeutische Interventionen [unsicher sind]“ (Leucht et al., In: Berger, 2009, S. 480).

Entstehung der Krankheit und Risikofaktoren

Bei der Entstehung von Schizophrenie spielen sowohl neurobiologische und psychologische als auch soziale Teilfaktoren eine wichtige Rolle, deren Bedeutung individuell unterschiedlich zu bemessen ist. Das am häufigsten zitierte Erklärungsmodell ist das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell, welches besagt, dass „[...] eine individuelle, biologisch bedingte Vulnerabilität (wörtlich 'Verwundbarkeit'), mit umweltbedingten Belastungsfaktoren (kritischen Lebensereignissen, Belastungen, [...]) zusammenkommen muss, für die die betreffende Person über keine wirksamen Bewältigungsstrategien ('Coping') verfügt“ (Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010b, S. 13).

Es bleibt den aktuellen Forschungsergebnissen nach festzuhalten, dass genetische Faktoren zu den wichtigsten nachweisbaren Komponenten gezählt werden können, die zu einer Entstehung von Schizophrenie beitragen. Hierbei kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass ein einziges Gen für die Vulnerabilität verantwortlich ist, sondern die Abweichung mehrerer Gene. Traumatische Erlebnisse oder eine dauerhafte Überforderung im Beruf sind beispielsweise belastende psychosoziale Faktoren, die, wenn sie zu der gegebenen Vulnerabilität hinzukommen, eine schizophrene Psychose auslösen können (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010b).

2.1.2 Depression

Symptomatik

Um die Auflistung der verschiedenen depressiven Erkrankungen, die den affektiven Störungen (ICD-10: F30 - F39) zugeordnet werden, zu vermeiden, werden im Folgenden nur die Hauptsymptome dargestellt. Im Vordergrund dieser Erkrankung stehen Störungen des Affekts, der Stimmung und der Kognition. Konkret bedeutet dies eine depressive Stimmung, worunter Niedergeschlagenheit und Traurigkeit, aber auch Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung gezählt werden können. Ferner besteht ein Interessenverlust und Freudlosigkeit, sowie Energielosigkeit und Ermüdbarkeit (vgl. Berger et al., In: Berger, 2009).

Die Kriterien für die Diagnose einer Depression nach dem ICD-10 orientieren sich an den Symptomen der Erkrankung, an deren Schwere und Persistenz, sowie an den daraus resultierenden Einschränkungen und Behinderungen, die sich für den Betroffenen ergeben (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010a).

Entstehung der Krankheit und Risikofaktoren

Wie bei allen psychischen Störungen ist auch bei der Entstehung einer Depression davon auszugehen, dass es sich um ein multifaktorielles Geschehen handelt. Neben biologischen Faktoren, wie einer genetischen Prädisposition, wirken psychische Faktoren, beispielsweise kognitive Defizite und soziale Faktoren, zu denen zum Beispiel Arbeitslosigkeit und Partnerschaftsprobleme gezählt werden können, zusammen, wobei eine fundiert gesicherte Theorie zur Entstehung bisher nicht vorliegt (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010a).

Jedoch kann auch an dieser Stelle auf das Vulnerabilitäts-Stress-Modell verwiesen werden, denn „Vulnerabilität für affektive Erkrankungen ergibt sich neben genetischer Disposition aus frühkindlichen Traumata, insbesondere Verlusterlebnissen. Sowohl psychodynamische als auch verhaltenstherapeutisch-kognitive Modelle sprechen für Denk- und Beurteilungsschemata bei vulnerablen Personen, die sie gegenüber Kränkungen, Verlust von Bestätigung und zwischenmenschlichen Kontakten besonders empfindlich machen“ (Berger et al., In: Berger, 2009, S. 535).

2.1.3 Persönlichkeitsstörung

Symptomatik

Die ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6) ist durch Grundannahmen gekennzeichnet, die bei den Betroffenen zu widersprüchlichen Verhaltensweisen führen. Die Betroffenen sehnen sich einerseits nach Zugehörigkeit und Akzeptanz, anderer-

seits wird dieses Bestreben durch starke Ängste vor emotionaler Nähe und möglichen Verbindlichkeiten gehemmt. Die Angst vor Ablehnung und Zurückweisung lässt zwischenmenschliche Beziehungen äußerst schwierig gestalten, so dass viele Betroffene eine eingeschränkte Beziehungsfähigkeit aufzeigen. Eine Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und die Angst bloßgestellt oder beschämt zu werden, bestimmt das Leben der Betroffenen. Hinsichtlich einer Komorbidität weisen Betroffene zudem häufig eine Angststörung oder eine depressive Erkrankung auf (vgl. Bohus et al., In: Berger, 2009).

Entstehung der Krankheit und Risikofaktoren

Versucht man die Ursachen und Gründe für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung zu erschließen, so stellt man fest, dass noch kein allgemein akzeptiertes Modell zur Ätiologie und Pathogenese mit empirischer Absicherung verfügbar ist. Begründet ist dies durch die Tatsache, dass erstens die Persönlichkeitsstörungen zu den neueren Erkrankungen gezählt werden können und demnach noch nicht so intensiv erforscht werden konnten wie beispielsweise die affektiven Störungen. Zweitens liegt eine hohe Komorbidität zwischen den Persönlichkeitsstörungen vor, so dass häufig eine eindeutige Diagnostik nicht vorgenommen werden kann. Dennoch werden auf wissenschaftlicher Ebene verschiedene Theorien und Annahmen angeführt und diskutiert, mit dem Ziel, eine biopsychosoziale Betrachtungsweise der Ursachen zu erschließen. In der Diskussion für mögliche Ursachen und Risikofaktoren werden u.a. das Temperament eines Kleinkindes, welches eine Prädisposition für eine Persönlichkeitsstörung darstellen kann, nachteilige Erziehungsstile oder frühe seelische und körperliche Misshandlungen sowie soziale Stressoren bzw. gesellschaftliche Veränderungen benannt (vgl. Butcher et al., 2009).

2.2 Psychosoziale Folgen

Für viele Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, hat die Diagnose zahlreiche Auswirkungen zur Folge. Die betroffenen Personen müssen sich mit der Diagnose auseinandersetzen und lernen diese zu akzeptieren. Ferner müssen sie ihren Lebensalltag trotz Erkrankung zu bewältigen versuchen. Mit welchen Einbußen sich die Betroffenen in den unterschiedlichsten Lebensbereichen auseinandersetzen müssen, gilt es nachstehend beziehungsweise auf die verschiedenen psychischen Erkrankungen zu thematisieren.

Viele Schizophrenieerkrankte weisen Beeinträchtigungen im Bereich sozialer Kompetenz und kommunikativem Verhalten auf, welches zur Folge hat, dass viele von ihnen Einschränkungen bezüglich einer beruflichen Tätigkeit zu verzeichnen haben. Bei einem chronischen Krankheitsverlauf wird die Ausübung einer regelmäßigen beruflichen Tätigkeit verringert, da

psychotische und depressive Schübe, kognitive Beeinträchtigungen und eine geringere Leistungsfähigkeit eine geregelte Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt schwierig werden lassen. In diesem Zusammenhang können Einschränkungen im sozialen kommunikativen Verhalten zum einen die bestehende Problematik verstärken, zum anderen hat es einen weiteren sozialen Rückzug zur Folge, da die Betroffenen Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme haben und auf Grund dessen seltener verheiratet sind bzw. seltener in einer stabilen Partnerschaft leben (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010a).

Hinsichtlich der psychosozialen Folgen kann bisher festgehalten werden, dass bei einer paranoiden Schizophrenie zwar positivere Krankheitsverläufe prognostiziert werden, demgegenüber kann im Zusammenhang mit der schizoaffektiven Psychose davon ausgegangen werden, dass Beeinträchtigungen im Lebensalltag vorhanden sind.

In verschiedenen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass Wohnungslosigkeit und Arbeitslosigkeit zu den extremsten sozialen Folgen einer Schizophrenie gezählt werden können. Überdies ist die soziale Exklusion zu benennen, denn vielen Betroffenen widerstrebt es in Kontakt zu anderen Bevölkerungsmitgliedern zu treten und sie verbleiben eher im Kreis von Mitpatienten und Fachpersonal. Die Unerwünschtheit von psychisch erkrankten Menschen im nahen Umfeld gestaltet einen möglichen Kontaktaufbau seitens der Betroffenen äußerst schwierig, so dass ein Umdenken in der Gesellschaft dringend erforderlich und wünschenswert wäre, um den Betroffenen eine Chance auf soziale Integration und Partizipation zu ermöglichen (vgl. Eikelmann & Reker In: Frieboes et al., 2005).

Die Folgen, die eine Depression für die Betroffenen mit sich führen kann, sind ebenfalls vielfältig. Die subjektive Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Betroffenen sind erheblich eingeschränkt, weil erstens die Wiedererkrankungsrate nach einer depressiven Erkrankung relativ hoch ist und zweitens die depressionsbedingten Einschränkungen oft länger anhalten als die eigentlichen Symptome. Damit einhergehend sind ökonomische Folgen zu verzeichnen, da die Betroffenen häufig über einen langen Zeitraum nicht arbeitsfähig sind und nicht selten erwerbsunfähig werden, so dass auf der einen Seite ein Ressourcenverlust für die Gesellschaft entsteht, es auf der anderen Seite zu einer Ausgliederung des Betroffenen aus dem Arbeitsmarkt kommt, dessen Folgen vorab bereits erläutert worden sind (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010b).

Ferner gehen depressive Erkrankungen mit einer erhöhten Sterblichkeit einher, was auf verschiedenste Gründe zurück zu führen ist. Auf der einen Seite haben viele depressive Personen wiederkehrende Suizidgedanken und setzen diese auch nicht selten in die Tat um, so

dass psychische Erkrankungen mit einer hohen Suizidalität im Zusammenhang stehen. Auf der anderen Seite versterben viele Betroffene frühzeitig, bedingt durch Unfälle, körperliche Ursachen oder durch einen depressionstypischen ungesunden Lebensstil wie beispielsweise durch Bewegungsmangel oder eine unzureichende und nicht vollwertige Ernährung (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010b).

Überdies sind mit einer depressiven Erkrankung häufig interpersonelle Probleme und Schwierigkeiten zu verzeichnen, sowohl im Umgang mit Fremden als auch mit Freunden und Familienmitgliedern. Ist in einer Ehe ein Partner an einer Depression erkrankt, so kann dies zu Eheproblemen führen, weil die depressiv erkrankte Person oft zu intensiv mit sich selbst beschäftigt und aus diesem Grund häufig weniger einfühlsam und empfänglich für die Bedürfnisse des Partners ist. Dennoch ist von einem wechselseitigen Verhältnis auszugehen, denn Eheprobleme können Depressionen auslösen, jedoch können Depressionen auch zu Eheproblemen führen (vgl. Butcher et al., 2009).

Zu den Folgen einer ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung können mangelhafte Problemlösekompetenzen und soziale Ängste angeführt werden. Der Rückzug in Phantasiewelten kann bezüglich der ambivalenten Verhaltensmuster ebenfalls angegeben werden, denn die Betroffenen weisen schwere Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer Kompetenzen auf, so dass ihnen nur noch der Rückzug in die eigene konstruierte Welt den nötigen Rückhalt und die erwünschte Anerkennung verleiht. Durch die Sehnsucht nach Anerkennung und Akzeptanz und die gleichzeitig vorhandene Angst vor Zurückweisung und Demütigung, verfügen die Betroffenen über wenige soziale Kontakte und leben seltener in einer Partnerschaft, mit der möglichen Folge von sozialer Isolation und Einsamkeit. Sind jedoch soziale Beziehungen vorhanden, so sind diese oft stark konfliktbeladen, weil die Betroffenen sich in einem Dilemma zwischen Nähe und Distanz befinden und zudem häufig Defizite in ihrem kognitiven und physischen Ausdruck aufweisen, welches die Beziehungsgestaltung zusätzlich erschwert. Das geringe Selbstwertgefühl und das negative Selbstbild sowie der Mangel an sozialen Kompetenzen, erschweren den Betroffenen ein integratives Miteinander in der Gesellschaft. Berufliche und soziale Aktivitäten werden vermieden, um auf dieser Weise zwischenmenschlichen Kontakten auszuweichen (vgl. Butcher et al., 2009; vgl. Bohus et al. In: Berger, 2009).

Die psychosozialen Folgen einer chronischen psychischen Erkrankung sollten demnach nicht unterschätzt werden, da sie einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der erkrankten Personen haben. Es kann sowohl von einer Beeinträchtigung sozialer Teilhabe ausgegangen

werden, als auch von Stigmatisierung und Diskriminierung seitens der Umwelt (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010a).

In der Gesellschaft fehlt oft das nötige Hintergrundwissen zu psychischen Erkrankungen, so dass den Betroffenen mit Ablehnung und Misstrauen begegnet wird. Vorurteile, die durch falsches oder unzureichendes Wissen entstehen und verstärkt werden, führen nicht selten dazu, dass die Betroffenen nicht nur soziale Benachteiligung erfahren, sondern auch Ausgrenzung und Abweisung. Damit kann zwar nicht offenkundig, aber dennoch implizit die Vermutung geäußert werden, dass viele Betroffene eine genaue Diagnose ablehnen und keine fachärztliche Hilfe aufsuchen, aus Angst und Scham vor den Reaktionen der Umwelt (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010a).

Die längerfristigen Folgen von Stigmatisierungen sollten aus diesem Grund nicht unterbewertet werden, da es neben zu einer Reduzierung der Lebensqualität auch zur Zerstörung des Selbstwertgefühls der Betroffenen kommen kann. Gleichzeitig kann Stigmatisierung auch ein Auslöser für soziale Isolation sein, welches ein großes Hindernis für eine Therapie und/oder eine Rehabilitation darstellen kann. Somit hat der Prozess der Stigmatisierung einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf des Betroffenen, besonders hinsichtlich einer chronischen Erkrankung, da der Betroffene innerhalb einer langen Episode mit den verschiedensten Stigmas konfrontiert wird (vgl. Wundsam et al. In: Becker et al., 2007).

2.3 Soziale Rehabilitation

Um der Frage nachzugehen, inwiefern die Betroffenen die psychische Erkrankung bewältigen (können), werden vorab die Behandlungsziele erläutert, um darauf aufbauend die sozialen Rehabilitationsmöglichkeiten darzulegen.

In der heutigen Behandlung stehen neben der Symptomreduktion vor allem die Erhaltung oder Wiedererlangung einer optimalen Lebensqualität im Zentrum, da die Betroffenen ein möglichst unabhängiges Leben führen sollen. Hierzu gilt es die berufliche und soziale Leistungsfähigkeit (wieder-) herzustellen, in der Literatur unter dem Begriff „Recovery“ geführt. Die Betroffenen sollen dahingehend unterstützt werden, dass sie mit den noch vorhandenen Ressourcen ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche wieder selbstverantwortlich und eigenhändig vertreten können (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010a). „Empowerment meint also die Zurückgewinnung von Stärke und Einfluss betroffener Menschen auf ihr eigenes Leben und steht für eine Emanzipation der Betroffenen“ (Knuf, 2006, S. 8).

Innerhalb der einzelnen Krankheitsstadien kann zusätzlich zwischen verschiedenen Teilzielen unterschieden werden. Stehen in der Akutphase mehr die Symptomreduktion und die Motiva-

tion zur Selbsthilfe im Vordergrund, sind in der Stabilisierungsphase die Stabilisierung des Gesamtzustandes und die Behandlung kognitiver und sozialer Defizite vordergründig. Ferner gilt es die Betroffenen für mögliche Frühsymptome zu sensibilisieren und entsprechende Bewältigungsstrategien zu entwickeln. In der Remissionsphase gehören schwerpunktmäßig die Verbesserung der Lebensqualität, die soziale Integration und die Früherkennung und Frühbehandlung von Rückfällen zu den Therapiezielen (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010a).

Um meiner Fragestellung zielorientiert nachzugehen, fokussiere ich den thematischen Schwerpunkt der sozialen Rehabilitation auf den Bereich der Tagesstätten, um einen bestmöglichen Bezug zu meiner empirischen Erhebung herstellen zu können.

Seit 2001 ist die psychiatrische Rehabilitation gesetzlich im SGB IX verankert „[...] und umfasst alle Maßnahmen jenseits der Akutbehandlung, die der Wiedereingliederung des schizophren Erkrankten auf schulischem, beruflichem oder allgemein-sozialem Gebiet dienen“ (Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010a, S. 27). „Die soziale Rehabilitation fasst alle Maßnahmen zusammen, die dazu dienen, die Wiedereingliederung des Betroffenen in die Familie und die weitere soziale Umgebung - einschließlich der Freizeitgestaltung - zu sichern“ (Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010a, S. 28). Die zitierte Definition benennt zwar schwerpunktmäßig die Erkrankung paranoide Schizophrenie, doch kann darüber hinaus diese Auslegung ebenfalls für depressiv Erkrankte und für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung geltend gemacht werden.

Nachfolgend gilt es die Strukturen und Leistungen von Tagesstätten zu beleuchten, da diese bezüglich der ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung einen wesentlichen Stellenwert im Leben meiner Interviewteilnehmer einnehmen.

Die Angebote einer Tagesstätte richten sich an psychisch erkrankte Menschen, die weder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch in einer Werkstatt für psychisch behinderte Menschen (WfbM) einer regelmäßigen beruflichen Tätigkeit nachgehen können, weil ihre Erkrankung dies (noch) nicht möglich macht, sie aber dennoch eines tagesstrukturierenden Angebotes bedürfen. Zu den wichtigsten Aufgaben einer Tagesstätte gehören Unterstützungen bei der Tagesstrukturierung und bei der Freizeitgestaltung, weil viele Betroffene wenig belastbar sind und über geringe soziale Kontakte und alternative Alltagsbeschäftigungen verfügen. Mit dem Angebot der Tagesstätte gilt es längere Klinikaufenthalte und/oder das Leben in einem Heim zu vermeiden und die Belastungsfähigkeit und Eigenständigkeit der Betroffenen zu stabilisieren und zu fördern. Die Einübung lebenspraktischer Fähigkeiten wie Einkaufen und

Kochen, Gesprächsmöglichkeiten mit den Mitarbeitern eines multiprofessionellen Teams, aber auch Beschäftigungsangebote und Unterstützung bei der Koordination von Hilfsangeboten sollen die Betroffenen dazu befähigen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Es gilt sich an den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Betroffenen zu orientieren und ihnen entsprechend ihrer Konstitution und Belastungsfähigkeit die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und damit einhergehend eine soziale Eingliederung zu ermöglichen (vgl. Klecha & Borchardt, 2007).

In diesem Zusammenhang erscheint es mir sinnvoll, den Gesichtspunkt der Stigmatisierung noch einmal aufzugreifen, denn viele psychisch erkrankte Menschen leben isoliert zurückgezogen, weil sie sich vom Rest der Gesellschaft nicht angenommen fühlen. Daher erscheint es umso wichtiger, dass den Betroffenen ein Raum gegeben wird, in dem sie sich sicher und gut aufgehoben fühlen und wo ihnen mit Respekt und Wertschätzung begegnet wird. Denn vorhandene Defizite wie beispielsweise in der zwischenmenschlichen Kommunikation werden an einem Ort wie der Tagesstätte nicht verstärkt, sondern man versucht sie ressourcenorientiert zu beheben, mit dem Ziel der Teilhabe und der sozialen Integration. Dennoch muss an dieser Stelle ebenfalls angeführt werden, dass Betroffene, die vor ihrer Erkrankung beispielsweise eine erfolgreiche berufliche Tätigkeit ausgeübt und über ein hohes Leistungsniveau verfügt haben, sich in so einer Einrichtung erst recht stigmatisiert fühlen könnten, so dass dem Auftreten solcher Gefühle eine vermehrte Aufmerksamkeit gelten sollte.

2.4 Zusammenfassung

Den bisherigen Ausführungen kann entnommen werden, dass die skizzierten Diagnosen nicht nur vielfältige Symptome aufweisen, sondern auch eine Reihe von psychosozialen Auswirkungen zur Folge haben. Es konnte dargelegt werden, mit welchen Belastungen die Betroffenen zu kämpfen haben und welche Möglichkeiten ihnen zur Verfügung gestellt werden, damit deren Lebensqualität einen Aufschwung verzeichnen kann.

Dessen ungeachtet sollte bereits an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass mit der Handhabung und der Verwendung von Klassifikationstabellen wie dem ICD-10 gewisse Problematiken verbunden sind. Man sollte sich darüber bewusst sein, dass die Inhalte in den Rastern und Tabellen nicht allumfassend sind und sicherlich nicht alle möglichen Symptome klassifiziert werden können, da dies einfach im Hinblick auf die Individualität jedes Menschen nicht gegeben sein kann. Ferner sollte für die weitere Untersuchung nicht vergessen werden, dass die Faktoren, die bei der Klassifizierung von psychischen Störungen eine Rolle spielen, nicht mit denen verglichen werden können, nach denen im folgenden Kapitel

Menschen ihre Lebenspartner auswählen. Es gilt zwischen fachlich fundierten medizinischen Kategorien und individuell persönlichen Kategorien zu unterscheiden.

Abschließend ist es mir noch ein Anliegen deutlich zu machen, dass nicht nur die „normale“ Bevölkerung darum bemüht sein sollte, sich von Stigmatisierungen und Diskriminierungen zu lösen, sondern ebenfalls Angehörige und Fachpersonal der psychiatrischen Versorgung. Denn nur wenn wirklich alle darum bemüht sind, den psychisch erkrankten Menschen vorurteilsfrei gegenüberzutreten, können diese sich von der Gesellschaft angenommen fühlen, mit dem Ergebnis, dass der Genesungsprozess hierdurch positiv beeinflusst werden würde.

Inwiefern sich die psychische Erkrankung auf die Partnerschaft auswirkt und welche Veränderungen damit einhergehen, speziell unter dem Gesichtspunkt der psychosozialen Folgen und der sozialen Rehabilitation, gilt es im weiteren Verlauf dieser Abschlussarbeit zu untersuchen. Zunächst ist es jedoch erforderlich, sich dem Thema Partnerschaft theoretisch anzunähern und die stattfindenden Prozesse in einer Partnerschaft zu beleuchten.

3 Paarbeziehungen

In diesem Unterkapitel ist es das vordergründige Ziel darzustellen, was unter einer typischen Paarbeziehung zu verstehen ist. Welche Modellvorstellungen gibt es, was kennzeichnet eine Paarbeziehung und was ist für eine stabile und zufriedene Paarbeziehung erforderlich? Damit zu einem späteren Zeitpunkt die genauen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf eine Paarbeziehung herausgearbeitet werden können, gilt es zunächst eine theoretisch fundierte Ausgangsbasis zu schaffen. Demzufolge kann gesichert werden, dass mögliche Zusammenhänge sichtbar gemacht und Rückschlüsse auf spezifische inhaltliche Aspekte gezogen werden können.

3.1 Was ist unter einer Paarbeziehung zu verstehen?

Bei der Begriffsbestimmung von Paarbeziehung sei auf die Definition von Lenz (2006) zurückgegriffen, der die Bezeichnung Zweierbeziehung gebraucht und diese folgendermaßen definiert: „Unter einer Zweierbeziehung soll ein Strukturtypus persönlicher Beziehung zwischen Personen unterschiedlichen oder gleichen Geschlechts verstanden werden, der sich durch einen hohen Grad an Verbindlichkeit (Exklusivität) auszeichnet, ein gesteigertes Maß an Zuwendung aufweist und die Praxis sexueller Interaktion – oder zumindest deren Möglichkeit – einschließt“ (Lenz, 2006, S. 39). Darüber hinaus wird mit einer Paarbeziehung das Gefühl von Liebe assoziiert, welches das emotionale Band zwischen zwei Personen in einer Paarbeziehung erzeugt (vgl. Lenz, 2006).

3.2 Theorien und Modelle der Paarbeziehung

Um ein Verständnis von Paarbeziehungen entwickeln zu können, werden im Folgenden drei Theorien bzw. Modelle vorgestellt. Ich habe mich bewusst für drei unterschiedliche Ansätze entschieden, damit ein relativ breites Perspektivenspektrum dargestellt werden kann, welches für die fortführende Bearbeitung von Nutzen sein wird.

Die Bindungstheorie fokussiert den emotionalen Faktor, die Theorie des sozialen Austauschs betrachtet Paarbeziehungen schwerpunktmäßig auf einer rationalen Ebene und die lern- und verhaltenstheoretischen Ansätze beinhalten beide Komponenten.

Bindungstheoretische Ansätze gehen davon aus, dass die Erfahrungen, die man als Kind mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen erlebt hat, das Beziehungsverhalten als Erwachsener mitbestimmen. Die Ausgangsbasis stellen verschiedene Bindungstypen dar, die in der Kindheit entwickelt und erlernt worden sind und demzufolge einen maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung einer Paarbeziehung ausüben. Nach Ainsworth und ihren Kollegen (1978) sind

drei Beziehungsformen zwischen Kleinkindern und ihren Müttern zu unterscheiden: die sicher gebundenen, die unsicher-ambivalent gebundenen und die unsicher-vermeidend gebundenen Kinder. Hinsichtlich dieser Bindungstypen kann verschiedenen Forschungsergebnissen entnommen werden, dass Erwachsene mit einem sicheren Bindungsstil am häufigsten in einer befriedigenden Liebesbeziehung leben. Erwachsene mit einem unsicher-vermeidenden Bindungsstil können schwer Vertrauen aufbauen und sind eher vorsichtig beim Eingehen neuer Paarbeziehungen. Personen mit einem unsicher-ambivalenten Bindungsverhalten wünschen sich oft viel Nähe und Zuneigung, wobei eine gleichzeitige Sorge darüber besteht, dass der Partner diese nicht zu genüge erwidern kann (vgl. Aronson, 2008; vgl. Lösel & Bender In: Grau & Bierhoff, 2003).

Eine weitere Perspektive ist die Theorie des sozialen Austauschs, die von einer ökonomischen Betrachtungsweise sozialer Beziehungen ausgeht. Die Theorie besagt, dass bei der Partnerwahl und bei der Beurteilung über die Zufriedenheit mit der Beziehung eine Kosten-Nutzen-Abwägung vorgenommen wird. „Der Nutzen umfasst dabei alle positiven, wertvollen und befriedigenden Aspekte der Paarbeziehung. Kosten hingegen sind negative Aspekte der Beziehung, wie z.B. störende oder verletzende Verhaltensweisen des Partners“ (Jungbauer, 2009, S. 74). Ist der Fall gegeben, dass die positiven Gesichtspunkte überwiegen, so bleiben die Partner zusammen. Wird jedoch die Paarbeziehung von negativen Gefühlen dominiert, sind die Partner in der Regel unzufrieden und ziehen, wenn sich an der Situation nichts zu verändern scheint, eine Trennung in Betracht (vgl. Jungbauer, 2009).

Das austauschtheoretische Kosten-Nutzen-Modell wurde durch das Investitionsmodell der Paarbeziehung von Rusbult (1983) erweitert, so dass es auch diese weiteren Faktoren kurz zu erläutern gilt (vgl. Abb. 1). Die Zufriedenheit der einzelnen Partner wird dem Modell nach ferner vom individuellen Vergleichsniveau mitbestimmt. Es werden zum einen Vergleiche mit früheren Beziehungen vorgenommen, zum anderen wird die eigene aktuelle Beziehung beispielsweise die der besten Freundin gegenübergestellt. Wie zufrieden man in oder mit der eigenen Paarbeziehung ist, hängt auch von der Bewertung alternativer Lebensformen ab. Die Alternative zum Singleleben ist für manche Menschen vielleicht nicht unbedingt erstrebenswert, so dass sie die Paarbeziehung mehr oder weniger als 'kleinere Übel' wahrnehmen (Jungbauer, 2009, S. 76). Eine weitere Variable sind die Beziehungsinvestitionen. Obwohl viele Menschen in ihrer Paarbeziehung unzufrieden sind, haben sie Hemmungen davor eine Trennung zu vollziehen. Begründen lässt sich dem Modell nach dieses Phänomen dadurch, dass je mehr die Betroffenen in eine Beziehung investiert haben, desto schwieriger ist der Schritt zur Beendigung (vgl. Jungbauer, 2009).

Die zentralste Hypothese des lern- und verhaltenstheoretischen Ansatzes besteht in der Annahme, dass die Beziehungsqualität und -stabilität durch die Kommunikation der Partner und durch deren Verhalten in Konflikt- und Krisensituationen beeinflusst wird. Auf Grund dessen kann zwischen zwei verschiedenen Kommunikations- und Interaktionsmustern unterschieden werden. Zu den dysfunktionalen (belastenden) Kommunikations- und Interaktionsmustern kann beispielsweise aversives Verhalten in Form von Kritik, Nörgeln oder Liebesentzug gezählt werden, wenn diese Verhaltensweisen auf Dauer zur Zielerreichung eingesetzt werden. Nach der sozialen Lerntheorie kann sich die Interaktion zwischen den Partnern, bedingt durch das Lernen am Modell, in eine Negativspirale entwickeln, so dass kaum positive und fördernde Kommunikationsstrukturen vorhanden sind und als Folge eine kontinuierliche Verschlechterung der Beziehung entsteht (vgl. Lösel & Bender In: Grau & Bierhoff, 2003). Nach Gottman (1993) muss „[sich] in einer stabilen und als befriedigend erlebten Beziehung [...] das Verhältnis von positiver zu negativer Kommunikation mindestens 5:1 betragen (sog. Gottman-Konstante)“ (Lösel & Bender In: Grau & Bierhoff, 2003, S. 59). Zu den negativen Kommunikationsmustern, den sogenannten vier apokalyptischen Reitern, die in einer Abstufung aufeinander folgen, gehören Kritik, Verachtung/Herabwürdigung, Abwehr/Verteidigung und Mauern/Abblocken. Dagegen können u.a. eine offene Kommunikation, Zuhören, gemeinsame Aktivitäten und eine positive Lebenseinstellung bei den beziehungsstabilisierenden Verhaltensweisen benannt werden (vgl. Lösel & Bender In: Grau & Bierhoff, 2003). Folglich bleibt festzuhalten, dass die Zufriedenheit eines Paares nach der Gottman-Konstante nicht gefährdet ist, wenn eine negative Interaktion durch fünf positive Verhaltensweisen aufgefangen bzw. ausgeglichen wird (vgl. Brauckhaus et al. In: Kaiser (Hrsg.), 2000).

Abschließend gilt den dargestellten Theorien und Modellen eine kritische Begutachtung, denn sicherlich verfügen die Erklärungsansätze über wertvolle und schlüssige Gesichtspunkte, doch erscheint mir eine urteilslose Wiedergabe als nicht hinreichend genug.

Zunächst stellt sich bei dem bindungstheoretischen Ansatz die Frage, ob das Beziehungsmuster einer Mutter-Kind-Interaktion wirklich auf innige und leidenschaftliche Partnerschaften übertragbar ist und ob darüber hinaus nicht noch weitere theoretische Verknüpfungen wie beispielsweise mit Sozialisationstheorien erforderlich sind. Bezüglich der Austauschtheorie bleibt es bedenklich, ob die Menschen wirklich so unbewusst und gefühlslos handeln und ihre Entscheidungen auf einer rationalen Ebene treffen. Liefern die lern- und verhaltenstheoretischen Ansätze zwar gute Erklärungsansätze, ist hier doch eine noch stärkere Fokussierung auf die Bedingungen der individuellen Entwicklung von Kommunikationsstruk-

turen erstrebenswert (vgl. Lösel & Bender In: Grau & Bierhoff, 2003). Ferner taucht die Frage auf, ob nicht Mischformen aus den Theorien der Paarbeziehung unser Leben bestimmen, so dass beispielsweise eine Person mit einem unsicher-ambivalenten Beziehungsverhalten einen Partner nach dem Kosten-Nutzen-Prinzip aussucht und diesen nach dem Investitionsmodell „begutachtet“.

3.3 Entwicklung einer Paarbeziehung

Welche Faktoren sind bei der Partnerwahl bedeutsam und warum kommen manche Menschen als potenzielle Partner in Frage? Was kennzeichnet eine Paarbeziehung und inwiefern entwickelt sich diese weiter? Steht zunächst die Frage nach der Partnerwahl im Vordergrund, so geht es anschließend um die verschiedenen Anforderungen und Aufgaben in einer Paarbeziehung, die maßgeblich den Entwicklungsprozess einer Paarbeziehung mit beeinflussen.

Befasst man sich mit der interpersonellen Attraktion, so lassen sich der sozialpsychologischen Forschung nach vier Determinanten ausmachen, die für die Anziehung zwischen zwei Menschen verantwortlich sind. Zuerst wäre der Faktor Nähe zu nennen: je häufiger der Kontakt und die Kommunikation zwischen zwei Menschen, desto wahrscheinlicher entwickeln sich daraus Freunde und/oder Beziehungspartner (vgl. Aronson, 2008). Untersuchungsergebnisse belegen, dass sich der Nähe-Effekt aus der gegebenen Vertrautheit ergibt, dem sogenannten Mere-Exposure-Effekt: „Je mehr wir einem Stimulus ausgesetzt sind, umso eher sind wir bereit, ihn zu mögen“ (Aronson, 2008, S. 314). Der Arbeitsplatz, die Universität oder die Nachbarschaft sind charakteristische Orte, wo sich viele Personen kennen und lieben lernen, da sie sich dort regelmäßig bzw. täglich begegnen (vgl. Jungbauer, 2009).

Dass allein der Faktor Nähe dazu ausreicht, mit einer Person eine intensivere Beziehung einzugehen, erscheint unwirklich, so dass noch weitere Größen bei der Partnerwahl eine Rolle spielen müssen. Die Ähnlichkeit zwischen zwei Menschen zählt zu den wichtigsten Einflusskriterien, da sich in der Regel Personen zueinander hingezogen fühlen, die beispielsweise über ähnliche Interessen verfügen, die einen äquivalenten Bildungshorizont oder ein analoges Normen- und Wertesystem verinnerlicht haben. Menschen mit ähnlichen Merkmalen und Eigenschaften fühlen sich tendenziell häufiger zueinander hingezogen (vgl. Aronson, 2008).

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist die gegenseitige Sympathie, denn viele Menschen fühlen sich zu einer Person hingezogen, wenn sie wissen, dass diese sie mag und sympathisch findet. Diese Gegebenheit veranlasst viele Menschen dazu, die fehlende Ähnlichkeit zueinander damit zu kompensieren und den Partner trotz geringer Vergleichbarkeit als ähnlich wahrzunehmen (vgl. Aronson, 2008).

Zu den bisherigen Determinanten kommt viertens die physische Attraktivität hinzu, da die körperliche Konstitution besonders für den ersten Eindruck bedeutsam ist. Männer und Frauen haben in neueren Forschungen gleichermaßen bestätigt, dass die physische Attraktivität zu einer der größten Einflussgrößen gezählt werden kann (vgl. Aronson, 2008).

Alles in allem legen die Determinanten der Partnerwahl dar, dass verschiedenste Faktoren von Bedeutung sind. Neben den individuellen Eigenschaften der Personen, sind auch situative Gegebenheiten in den Beurteilungsprozess mit einzubeziehen.

Haben sich zwei Partner gefunden und sind eine Liebesbeziehung miteinander eingegangen, so ergeben sich bestimmte Entwicklungsaufgaben für dieses Paar, deren (Nicht-) Bewältigung für den Fortbestand des Paarsystems verantwortlich ist (vgl. Schneewind et al. In: Kaiser (Hrsg.), 2000). Ich werde mich im Folgenden weniger auf die phasenspezifischen Anforderungen konzentrieren, da dieses für meine Fragestellung weniger von Bedeutung ist. Vielmehr soll der Fokus auf allgemeine Paarentwicklungsaufgaben gelegt werden, die mit den unterbreiteten Theorien und Modellen zu Paarbeziehungen verknüpft werden sollen.

Gemäß meiner bisherigen Ausführungen kann weiterführend hinsichtlich der Bindungstheorie festgehalten werden, dass ein Zusammenhang zwischen Bindungsstil und partnerschaftlicher Interaktion existiert. Untersuchungsergebnisse belegen, dass Partner mit einem unsicher gebundenen Bindungsstil mehr Konflikte und eine geringere Anzahl von positiven Interaktionen aufweisen, als Paare mit einem sicheren bzw. einem sicheren und einem unsicher gebundenen Bindungsstil (vgl. Schneewind & Wunderer, 2003). Paare mit einem sicher gebundenen Bindungsstil setzen in Konfliktsituationen häufiger konstruktive Strategien ein, ängstlich-vermeidende Paare hingegen weisen häufig ein Nähe-Distanz Problem auf, welches immer wieder zu Konfliktsituationen führt (vgl. Brauckhaus et al. In: Kaiser (Hrsg.), 2000).

Weiterhin möchte ich anführen, dass die partnerschaftliche Kommunikation einen wichtigen Beitrag zu einer zufriedenen und erfüllten Paarbeziehung leistet. Demnach sollten die Partner stetig darum bemüht sein, gewisse Kommunikationsmuster einzuhalten, da diese - wie vorab bereits beschrieben wurde - maßgeblich zu einem positiven Entwicklungsverlauf beitragen. Problematisch werden die dysfunktionalen Interaktionsmuster dann, wenn sie den Beziehungsalltag dominieren, so dass das Paar fortdauernd um ein Vermeiden dieser Interaktionsform bemüht sein sollte (vgl. Jungbauer, 2009).

Es bleibt ebenfalls zu konstatieren, dass ein Paar als intimes Beziehungssystem zu verstehen ist, welches sich verschiedenen Situationen und Veränderungen anpassen muss. Beispielhaft können hier die Elternschaft, aber auch berufliche Veränderungen angeführt werden. Im Zuge

dieser Anpassungs- und Veränderungsprozesse durchlaufen die Paare gemeinsam verschiedene Entwicklungsprozesse, die als Ko-Evaluation bezeichnet werden. Hinsichtlich der individuellen Ebene ist eine persönliche und autonome Weiterentwicklung jedes Einzelnen zu verzeichnen, wobei sich die Partner sowohl gegenseitig beeinflussen, als auch gegenseitig unterstützen. Die Partnerschaft entwickelt sich zudem als Ganzes weiter, denn Veränderungen wie in der partnerschaftlichen Kommunikation und in gemeinsamen Zielen betreffen die Partner und damit die Beziehung gleichermaßen (vgl. Jungbauer, 2009).

Alles in allem bleibt festzuhalten, dass sich in einer Paarbeziehung allgemeine Entwicklungsprozesse vollziehen sollten, zu denen u.a. eine gemeinsame Bewältigung von Stress und Belastungen gezählt werden können. Ferner gilt es darauf zu achten, dass die Kommunikation zwischen den Partnern positiv und wertschätzend erfolgt, dass ein gewisses Interesse an dem Partner erhalten bleibt und die Paarbeziehung sollte nicht mit Erwartungen überfrachtet werden. Beide Partner sollten abschließend immer darum bemüht sein, an der eigenen Beziehung zu arbeiten und sie möglichst interessant und abwechslungsreich zu gestalten (vgl. Jungbauer, 2009).

Die Materie betreffend ist anzumerken, dass Entwicklungsaufgaben nicht allgemeingültig festgeschrieben werden können. Bedingt durch die Individualität und Pluralität von Lebensweisen, sind Entwicklungen und Verläufe in der heutigen Zeit schwer vorhersehbar.

3.4 Erwartungen und Bedürfnisse in einer Paarbeziehung

Befasst man sich mit den verschiedenen Gesichtspunkten, die eine Paarbeziehung kennzeichnen, so dürfen die subjektiven und persönlichen Vorlieben und Bedürfnisse in der Darstellung nicht außer Acht gelassen werden. Demgemäß gilt es zu entschlüsseln, was die Partner in einer Beziehung voneinander erwarten, welche Bedürfnisse sie haben und welche Bedeutung sie mit dem Konstrukt Liebe verbinden. „Wenn wir verstehen wollen, was Paare längerfristig zusammenhält, müssen wir nach deren psychologischer Funktion für die Partner fragen“ (Jungbauer, 2009, S. 72). Gemäß dieser Zielsetzung, werden nachstehend unterschiedliche Beziehungsmotive vorgestellt, die sich in vier Beziehungstypen widerspiegeln, um anschließend auf die konkreten Erwartungen und Bedürfnisse näher einzugehen.

Sind in einer Beziehung beide Partner dazu in der Lage ihre Bedürfnisse zu erfüllen, egal wie unterschiedlich diese sind, so ist von einer bedürfnisorientierten Beziehung auszugehen. Zu den Bedürfnissen können Sexualität und Leidenschaft, Geborgenheit und Sicherheit, aber auch der Wunsch nach geistigem Austausch gezählt werden. Stehen im Mittelpunkt einer Paarbeziehung dagegen Verwirklichungen von gemeinsamen Vorhaben oder Lebensträumen,

wie beispielsweise der Gründung einer Familie oder der Aufbau einer eigenen Firma, so kennzeichnet dies eine projektorientierte Beziehung. Häufig haben Paare das Gefühl, sich selbst erst durch den Partner als etwas Ganzes zu fühlen, so dass man bei diesem Beziehungstyp von wesenhaften Ergänzungen spricht. Die Partner fühlen sich durch die Gegensätzlichkeit zueinander hingezogen und haben das Gefühl, sich gegenseitig zu vervollständigen. Der vierte Beziehungstyp, der gemeinsame Beziehungsmythos, geht davon aus, dass viele Paare ihre Partnerschaft durch eine gemeinsame Glückserwartung aufrechterhalten, wie beispielsweise durch die Vorstellung 'für immer zusammenzubleiben' (vgl. Jungbauer, 2009).

In Bezug auf die dargestellten Beziehungstypen sollte nicht unerwähnt bleiben, dass diese nicht isoliert voneinander zu betrachten sind, sondern gewissermaßen auch in Mischformen auftreten (können), wobei hinsichtlich situativer Veränderungen die Erwartungen und Bedürfnisse innerhalb einer Paarbeziehung unterschiedlich prägnant sein können (vgl. Jungbauer, 2009).

Kann gemäß der eingangs aufgeführten Definition, was unter einer Paarbeziehung zu verstehen ist, davon ausgegangen werden, dass Liebe ein wesentlicher Bestandteil dieser ist, so ist ferner davon auszugehen, dass Liebe für verschiedene Menschen eine unterschiedliche Bedeutung haben kann. Aus diesem Grund möchte ich die Dreieckstheorie der Liebe von Sternberg (1988) vorstellen, die drei unterschiedliche Arten von Liebe benennt (vgl. Abb. 2). Die drei Bestandteile der Liebe lauten Intimität, Leidenschaft und Verbindlichkeit und können in der Stärke ihrer Ausprägung variieren. „Intimität bezieht sich auf Gefühle der Nähe, Vertrautheit und Geborgenheit in einer Paarbeziehung. Leidenschaft bezieht sich auf den 'heißen' Teil einer Paarbeziehung, also Verliebtheit, körperliche Anziehung, Sexualität etc. Verbindlichkeit (commitment) besteht aus zwei bewussten Entscheidungen für den Partner: Eine kurzfristige Entscheidung wird bei der Partnerwahl getroffen. Die langfristige Entscheidung bedeutet, dass man die Paarbeziehung aufrechterhalten und mit dem Partner zusammenbleiben will (Treue)“ (Jungbauer, 2009, S. 73). Die 'vollkommene Liebe' ist dem Modell nach eine Kombination der Komponenten Intimität, Leidenschaft und Verbindlichkeit (vgl. Jungbauer, 2009).

Den Ergebnissen eines aktuellen Forschungsprojektes „Was hält Ehen zusammen?“ von Schneewind und Wunderer (2003) ist zu entnehmen, dass für die 663 befragten Ehepaare verschiedene Indikatoren für den Erfolg ihrer Ehe geltend gemacht werden können. Zu den häufigsten Antworten zählen Toleranz und Akzeptanz, Vertrauen und Ehrlichkeit, aber auch Liebe, gemeinsame Interessen und konstruktive Konfliktlösungsstrategien. Demnach wird

ersichtlich, welche Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen die Partner aneinander haben, um eine glückliche und ausgeglichene Paarbeziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten (vgl. Schneewind & Wunderer, 2003). In traditioneller Hinsicht versprechen sich Paare für den Rest ihres Lebens gegenseitige Treue und Solidarität, welches jedoch bezüglich modernerer Einstellungen häufig mit hohen Ansprüchen an den Partner und an die Partnerschaft einhergeht. Die Partner erwarten ein dauerhaft romantisches Gefühl füreinander, sie glauben an die ewige Leidenschaft und an eine seelenähnliche Verbundenheit. Doch der Zwiespalt zwischen Autonomie und dem Gefühl der Zugehörigkeit führt häufig zu einer Überfrachtung an Erwartungen und Hoffnungen, welches letztendlich zu Enttäuschungen und Unzufriedenheit führen kann (vgl. Jungbauer, 2009).

3.5 Stabilität und Zufriedenheit von Paarbeziehungen

In einer Paarbeziehung kann davon ausgegangen werden, dass es auch zu Krisenzeiten und/oder Konflikten zwischen den Partnern kommt. Inwiefern wirken sich solche Begebenheiten auf die Paarstabilität und auf die Zufriedenheit der Partner aus? Um sich der Beantwortung dieser Fragestellung zu nähern, wird das Vulnerabilitäts-Stress-Adaptationsmodell von Karney & Bradbury (1995) herangezogen, welches „[...] auf einer Metaanalyse von 115 prospektiven Längsschnittstudien zum Entwicklungsverlauf von mehr als 45.000 Paarbeziehungen [basiert]“ (Schneewind & Wunderer In: Grau & Gierhoff, 2003, S. 242).

Dem Modell (vgl. Abb. 3) ist zu entnehmen, dass kausale Beziehungen zwischen den einzelnen Modellkomponenten bestehen, zu denen belastende Ereignisse, überdauernde Eigenschaften der Partner und Anpassungsprozesse zählen. Die Wechselwirkungen zwischen diesen Komponenten wirken sich auf die Paarzufriedenheit und auf die Paarstabilität aus, wobei sich Anpassungsprozesse und Paarzufriedenheit wiederum gegenseitig beeinflussen. Dies hat zur Folge, dass die Art und Weise der Konfliktbewältigung die wahrgenommene Qualität einer Beziehung beeinflusst und sich zudem zufriedene Paare im Austausch miteinander anders verhalten als unzufriedene Paare. Paarzufriedenheit und Paarstabilität sind jedoch als unabhängige Dimensionen zu betrachten, denn stabile Partnerschaften werden nicht immer von beiden Partnern als zufriedenstellend erlebt. Dennoch kann eine hohe Paarzufriedenheit als partnerschaftsstabilisierend angesehen werden (vgl. Schneewind & Wunderer In: Grau & Gierhoff, 2003). Im Mittelpunkt dieses Modells stehen die Anpassungsprozesse, da diese sich auf die Strategien der einzelnen Partner, aber auch auf das Paar als Ganzes beziehen, inwiefern sie diese im täglichen Miteinander, besonders in Krisen und Konfliktsituationen, anwenden. Schwerpunktmäßig treten in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen mit den

spezifischen Entwicklungsaufgaben Schwierigkeiten auf, so dass der Fokus der Betrachtung auf den Kommunikationsfähigkeiten und den Konflikt- bzw. Problemlösekompetenzen der Partner liegen sollte (vgl. Schneewind et al. In: Kaiser (Hrsg.), 2000).

Belastende Ereignisse, wie auf der Makroebene z.B. kritische Lebensereignisse, die es zu einem späteren Zeitpunkt ausführlicher zu thematisieren gilt, und wie auf der Mikroebene z.B. tägliche Unannehmlichkeiten, üben einen Einfluss auf die Anpassungsprozesse der einzelnen Partner aus. Inwiefern die belastenden Ereignisse individuell aufgenommen und verarbeitet werden, hängt zunehmend mit den überdauernden Eigenschaften einer Person im Zusammenhang, zu denen beispielsweise Persönlichkeitseigenschaften und Einstellungen gezählt werden können (vgl. Schneewind & Wunderer In: Grau & Gierhoff, 2003).

Die besten Chancen auf eine stabile und zufriedenstellende Ehe haben Paare, die geringen Belastungen ausgesetzt sind, die in der Lage sind Schwierigkeiten funktional zu bewältigen und wenn beide Partner wenige problematische und überdauernde Eigenschaften mit in die Beziehung einbringen (vgl. Schneewind & Wunderer In: Grau & Gierhoff, 2003).

Bezugnehmend zu der bereits im Vorfeld dargestellten 5:1 Theorie von Gottman, kann an dieser Stelle die von ihm aufgestellte Balancetheorie ergänzend hinzugefügt werden. Diese besagt, dass zu dem Kommunikationsverhalten noch zwei weitere Variablen hinzukommen. Der Faktor Wahrnehmung ist durch die entgegengebrachte Sichtweise, Einstellung und Erwartung eines Partners gekennzeichnet. Wird der Partner als positiv oder als bedrohlich erlebt? Unter dem psychophysiologischen Aspekt ist die Reaktion auf den Partner zu verstehen. Wird mit Wohlwollen und Entspannung auf den Partner reagiert oder eher mit Beunruhigung und Negativität? Die Stabilität einer Paarbeziehung und die Zufriedenheit der Partner sind abhängig von der richtigen Kompensation aus Streit, Liebe und Leidenschaft. Ist das richtige Verhältnis zwischen den drei skizzierten Faktoren nicht gegeben, so führen die negativen Kommunikationsmuster zu einer beschränkten Wahrnehmung, welches mit physiologischen Spannungen einhergeht (vgl. Hahlweg & Baucom, 2008).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass mit dem skizzierten Modell die Wechselwirkungen und Zusammenhänge von beziehungsrelevanten Faktoren aufschlussreich und nachvollziehbar demonstriert worden sind. Ferner sollte kritisch angemerkt werden, dass es sich bei dem Vulnerabilitäts-Stress-Adaptationsmodell um ein sehr vereinfachtes Modell handelt und gewisse Einflussgrößen keine Beachtung finden, wie beispielsweise die Tatsache, dass sich die einzelnen Partner individuell verändern und dieses mit in den Betrachtungsprozess einbezogen werden sollte. Zu diesem Zweck sei auf das integrative Rahmenmodell von

Schneewind (1997) verwiesen, das zwischen einer Paar- und Personenebene unterscheidet. Für mein Erkenntnisinteresse ist jedoch die vereinfachte Darstellung ausreichend, da primär der Frage nachgegangen werden soll, welche Faktoren eine Paarbeziehung stärken und wie dementsprechend eine positive Paarzufriedenheit und Paarqualität erreicht werden kann. Interventive Ansätze sollten dahingehend weniger diskutiert werden, welches jedoch mit dem integrativen Rahmenmodell verfolgt wird.

3.6 Zusammenfassung

Allgemein kann zur Kenntnis genommen werden, dass dieses Kapitel verschiedene Erklärungsansätze und ein breites Spektrum an Perspektiven zum Thema Paarbeziehung zum Ergebnis hat. Es ist deutlich gemacht worden, welche Arten von Liebesbeziehungen vorherrschen, welche Faktoren bei der Partnerwahl eine Rolle spielen und welchen Anforderungen und Aufgaben ein Paar gegenüberstehen kann. Darüber hinaus sind die unterschiedlichen Bedürfnisse und Erwartungen an eine Partnerschaft thematisiert worden, sowie die Auswirkungen von Krisen und Konflikten hinsichtlich der Paarstabilität und Paarzufriedenheit.

Unverkennbar bleibt festzuhalten, dass dem Kommunikationsverhalten und den Interaktionsprozessen der Partner ein besonderes Augenmerk gelten sollte, da diese Faktoren einen essentiellen Stellenwert im Rahmen einer zufriedenen und erfolgreich geführten Paarbeziehung einnehmen. Folglich ist wahrzunehmen, was in einer Paarbeziehung vorhanden sein und wie sie gestaltet werden sollte, so dass in Bezug auf die spätere Analyse der Interviews eine erste theoretische Grundlage geschaffen wurde, um sich ausführlich mit den Veränderungen, die eine chronische psychische Erkrankung auf die Paarbeziehung haben kann, auseinanderzusetzen. Zur Untermauerung und weiteren Ausdifferenzierung der theoretischen Grundlage sollen im nächsten Kapitel die konkreten Zusammenhänge zwischen Paarbeziehungen und dem Gesundheitszustand beleuchtet werden.

4 Paarbeziehung und Gesundheitszustand

Ziel dieses Unterkapitels ist eine Zusammenführung der bisher erarbeiteten theoretischen Inhalte, sowie eine thematische Vervollständigung bezüglich meiner Fragestellung. Damit eine optimale Vorbereitung für die Analyse und Interpretation der Interviews gegeben ist, gilt es in diesem Kapitel eine Verknüpfung zwischen chronischen psychischen Erkrankungen und Paarbeziehungen herzustellen.

4.1 Chronische Krankheit als kritisches Lebensereignis

Im Leben jedes Menschen finden Ereignisse statt, die ihn belasten, verunsichern oder überfordern können. Hinsichtlich dieser Lebensereignisse kann eine Unterteilung in drei Klassen erfolgen: Zum einen in Lebensereignisse wie Krieg oder technischer Fortschritt, die sich auf eine historische Zeit beziehen und auf die damit verbundenen Veränderungen. Weiterhin gibt es normative Lebensereignisse wie zum Beispiel den Schulanfang oder den Eintritt in den Ruhestand. Normative Entwicklungsaufgaben sind an ein bestimmtes Lebensalter oder an eine bestimmte Lebensphase geknüpft. Zum anderen gibt es darüber hinaus die non-normativen Lebensereignisse, die mit den beiden vorherigen Charakteristika nur lose verbunden sind und eher plötzlich und unerwartet im Leben eines Menschen auftreten. Beispielhaft können der Tod des eigenen Kindes oder eine schwere Krankheit genannt werden. Diese Entwicklungsaufgaben sind deutlich schwerer zu bewältigen als diejenigen, die normativ innerhalb eines bestimmten Lebensabschnitts bewältigt werden müssen, weil sie weniger plan- und kalkulierbar sind. Die Person selbst und ihr soziales Umfeld sind überrascht und nicht darauf vorbereitet, so dass die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen deutlich erschwert wird (vgl. Cornelius & Hultsch In: Filipp (Hrsg.), 1990).

Nach Filipp versteht man unter kritischen Lebensereignissen „[...] solche im Leben einer Person auftretende Ereignisse [...], die durch Veränderungen der (sozialen) Lebenssituation der Person gekennzeichnet sind und mit entsprechenden Anpassungsleistungen durch die Person beantwortet werden müssen. Da diese Ereignisse eine Unterbrechung habitualisierter Handlungsabläufe darstellen und die Veränderung oder den Abbau bisheriger Verhaltensmuster erfordern, werden sie als prinzipiell 'stressreich' gesehen [...]“ (Filipp (Hrsg.), 1990, S. 23/24).

Kritische Lebensereignisse sind durch unterschiedliche Aspekte gekennzeichnet. Erstens durch eine raum-zeitlich punktuelle Verdichtung eines Geschehensablaufs, der sich sowohl innerhalb, als auch außerhalb der Person vollziehen kann. Dadurch wird das Beziehungs-

system zwischen Person und Umwelt aus dem Gleichgewicht gebracht, so dass dieses neu ausbalanciert werden muss. Zweitens handelt es sich bei kritischen Lebensereignissen um Ereignisse, die in alltägliche Handlungsvollzüge eingreifen und somit ein Umdenken erfordern (vgl. Filipp & Aymanns, 2010).

Die Begriffserklärungen zu kritischen Lebensereignissen verdeutlichen, dass diese plötzlich und unerwartet auftreten, dass sie einzelne Personen und kleinere Systeme betreffen können und häufig von einer starken Intensität sind. Die Diagnose einer chronischen psychischen Erkrankung stellt eine Form von Stress dar, die mit starken Belastungen einhergehen kann. So muss das Leben vielfach umstrukturiert und angepasst werden, wobei dies nicht nur den Betroffenen selbst, sondern auch den Partner und die ganze Familie betreffen kann (vgl. Bodenmann, 2004a). Inwieweit der Betroffene selbst, der Partner und das Paar als System die Belastungen, die mit einer chronischen psychischen Erkrankungen verbunden sind, erleben und zu bewältigen versuchen, wird Gegenstand der fortführenden Kapitel sein.

4.2 Transitionsphasen im Krankheitsverlauf

Chronisch psychisch erkrankte Menschen durchlaufen während ihrer Erkrankung unterschiedliche Stadien und sind demgemäß verschiedenen Bewältigungsanforderungen gegenübergestellt. Aus diesem Grund sollen zunächst die verschiedenen Transitionsphasen vorgestellt und daraufhin mit den Entwicklungsprozessen in einer Paarbeziehung in Zusammenhang gebracht werden, um letztlich im weiteren Verlauf Strategien zur Krankheitsbewältigung auszumachen.

Unter dem Begriff Transition ist die Bezeichnung von Prozessen zu verstehen, „[...] in denen es zu wesentlichen Veränderungen der Lebenssituation kommt“ (Wingenfeld In: Schaeffer (Hrsg.), 2009, S. 91). Es handelt sich um sogenannte Übergänge, mit denen die Menschen im Laufe ihres Lebens konfrontiert werden, die zudem neue Entwicklungsaufgaben nach sich ziehen. Beispielhaft seien eine Schwangerschaft, die Beendigung einer Erwerbstätigkeit oder der Ausbruch einer Krankheit genannt (vgl. Wingenfeld In: Schaeffer (Hrsg.), 2009).

Zu den drei vorhandenen Transitionstypen gehören neben den entwicklungsbedingten und den situationalen Transitionen, die gesundheitlich bedingten Transitionen, welche es im Folgenden genauer zu untersuchen gilt. Die gesundheitlich bedingten Transitionen beziehen sich auf die Prozesse, die durch gesundheitliche Probleme ausgelöst werden. Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt auf den Lebensbereichen, deren Übergänge durch Krankheitsereignisse und deren Bewältigungsanforderungen bestimmt werden. Bezugnehmend auf die aktuellsten Forschungsergebnisse haben sich drei Phasen herauskristallisiert. Die erste - akute - Phase ist charakterisiert durch einen abrupten Rollenwechsel. Die bisher eingenommenen Rollen im

Berufsleben, in der Familie und im sozialen Umfeld unterziehen sich einem Wandel und gehen mit der Übernahme einer Patientenrolle einher. Dies hat zur Folge, dass es zu einem möglichen Kontrollverlust in einigen Bereichen des Lebens kommen kann und dass man sich in ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis begibt. Die zweite Phase - die der Orientierung und der Manifestation von Bewältigungsanforderungen - ist gekennzeichnet durch die Übernahme von (Selbst-) Versorgungsverantwortung. Innerhalb dieses Prozesses werden verschiedene Problemlösestrategien ausprobiert. Man versucht stabile Handlungsmuster zu entwickeln und in Alltagsstrukturen umzusetzen und dann zu etablieren. Gekennzeichnet sind diese Vorgänge durch Unsicherheit, Überforderung und Desorientierung seitens des Betroffenen und seines sozialen Umfeldes. Ein Übergang in Routine des vorab beschriebenen Prozesses markiert die dritte Phase. Den Betroffenen gelingt es immer mehr eine Kontrolle über die gesundheitlichen Probleme zu entwickeln und eine stabile Versorgungsstruktur aufrechtzuerhalten. Im bestmöglichen Fall können die Betroffenen wieder am gewohnten Leben teilhaben und entwickeln darüber hinaus wieder Perspektiven und Wünsche für die Zukunft. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass sich die Phasen immer in einer linearen Abfolge aufeinander vollziehen. Die Unterteilung der Phasen soll lediglich verdeutlichen, dass während eines Krankheitsverlaufs verschiedene Probleme und Anforderungen für die Betroffenen prägnant sein können (vgl. Wingefeld In: Schaeffer (Hrsg.), 2009).

Befasst man sich jetzt mit einer Gegenüberstellung der soeben skizzierten Transitionsphasen und den dargestellten Behandlungszielen im ersten Kapitel, so lassen sich einige Zusammenhänge erkennen. Dieser Zusammenhang ähnelt den vorangegangenen Ausführungen zu den allgemeinen Entwicklungsprozessen in einer Partnerschaft. Ziel ist nun aber die Erfassung der vielfältigen Probleme und Herausforderungen, mit denen ein Paar konkret und speziell in einer Krankheitsphase konfrontiert wird.

Ist die Diagnose einer chronischen psychischen Erkrankung gestellt worden, so müssen sich sowohl der erkrankte, als auch der gesunde Partner mit der Krankheit arrangieren und lernen, diese zu akzeptieren und anzunehmen. Neben der Entwicklung von Bewältigungsmöglichkeiten, der Übernahme von Verantwortung und einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes, ist das Paar damit konfrontiert, diese Veränderung in das bisherige Leben zu integrieren und einen richtigen Umgang damit zu entwickeln. Möglicherweise wird es in der Partnerschaft einen Verlust an gegenseitiger Leidenschaft zu verzeichnen geben, gemeinsamen Interessen kann seltener nachgegangen werden oder aber der gesunde Partner kann nicht mehr ausreichend Akzeptanz und Toleranz für die krankheitsbedingten Veränderungen aufbringen. Die bislang vorherrschenden Erwartungen und Bedürfnisse an die Partnerschaft

gilt es unter Umständen zu überdenken und der neuen Situation anzupassen. Augenscheinlich sind mit dem Eintreten von kritischen Lebensereignissen Veränderungen unverzichtbar. Zu diesem Zweck sei darauf hingewiesen, dass bevor mögliche Bewältigungsstrategien ausführlicher spezifiziert werden, die Bedeutung der Paarbeziehung und das subjektive Belastungserleben der einzelnen Partner abgehandelt werden. Hiermit soll sichergestellt werden, dass ein optimaler Bezug zwischen den krankheitsbedingten Problematiken und Veränderungen sowie den Bewältigungsmöglichkeiten hergestellt wird.

4.3 Bedeutung der Paarbeziehung und das Belastungserleben

Chronisch psychische Erkrankungen haben einen maßgeblichen Einfluss auf das Leben der Betroffenen und deren Angehörigen. Welchen Stellenwert hat der gesunde Partner für den Erkrankten und kann der Paarbeziehung eine spezielle Wirksamkeit im Hinblick auf Genesung und Rehabilitation zugeschrieben werden? Überdies gilt es zu untersuchen, ob und wenn ja, welche genauen Belastungen die gesunden Partner erleben. Insgesamt gilt es die Aufmerksamkeit auf die einzelnen Individuen in diesem System zu richten, allerdings sollen Modifikationen in der Partnerschaft parallel dazu herausgefiltert werden.

Einführend möchte ich zum Ausdruck bringen, dass für die meisten Menschen eine Partnerschaft zu den wichtigsten Lebensbereichen gezählt werden kann und für die allgemeine Lebenszufriedenheit von zentraler Bedeutung ist. Zu den wichtigsten Quellen für Wohlbefinden und Lebensfreude können Liebe, Partnerschaft und Familie angegeben werden. Somit ist eine Partnerschaft für die seelische Gesundheit und für eine psychische Stabilität als essentieller Faktor anzuführen (vgl. Wiese et al. In: Lenz & Jungbauer, 2008).

Ergebnisse einer Studie von Schmolke (2001), die die Lebensqualität von schizophren erkrankten Menschen untersuchte, belegen, welche besondere Rolle dem gesunden Partner zugeschrieben wird. So gaben viele der interviewten Betroffenen an, dass der Partner ihnen einen stabilisierenden und emotionalen Halt gegeben habe, dass der Sinn des Lebens nicht verlorenen gegangen sei und dass der Partner einen gewissen Schutz vor dem Alleinsein gegeben habe. Ferner ist durch den Partner der Kampf gegen die Symptome erträglicher, wie beispielsweise die Aufforderung zu Ordnung und Struktur in besonders schweren Zeiten von Antriebslosigkeit. Unverkennbar wird dem Partner ein 'protektiver Faktor' zugeschrieben (vgl. Schmolke, 2001). Dennoch muss angeführt werden, dass „die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf den familiären und partnerschaftlichen Alltag gravierend [sind]. Angehörige von Patienten müssen sich häufig mit erheblichen Einschränkungen und Problemen, die mit der Erkrankung einhergehen, auseinandersetzen“ (Wiese et al. In: Lenz &

Jungbauer, 2008, S. 228). Der Vergleich mit Kontrollgruppen konnte belegen, dass die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds mit starken Belastungen einhergeht, dabei aber die Art der Erkrankung relativ unbedeutend war. Hinsichtlich des Belastungserlebens der gesunden Partner kann zwischen objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren unterschieden werden. Unmittelbar beobachtbare Probleme und Einschränkungen, die die Krankheit mit sich führt, werden als objektive Belastung bezeichnet. Dazu zählen finanzielle Kosten und Störungen des Alltags, die durch die verschiedenen Symptome wie Halluzinationen, depressive Verstimmtheit, Antriebslosigkeit oder Interessenverlust Veränderungen hervorgerufen. In welchem Maße sich die Angehörigen wirklich belastet fühlen, wird als subjektive Belastung beschrieben. Dieses subjektive Belastungserleben wird bestimmt durch kognitive Prozesse, psychosoziale Ressourcen und die vorhandenen Bewältigungsstrategien des gesunden Partners. Insgesamt zeigen Partner von psychisch erkrankten Menschen relativ „[...] starke gesundheitliche Beeinträchtigungen auf“ (Wiese et al. In: Lenz & Jungbauer, 2008, S. 229), zu denen u.a. funktionelle Beschwerden, Angst- und Depressionssymptome wie Reizbarkeit, Unruhe und Schlafstörungen gezählt werden können (vgl. Wiese et al. In: Lenz & Jungbauer, 2008).

Doch wie genau läuft der Prozess bei den Partnern von psychisch erkrankten Menschen ab, wenn die Diagnose gestellt wurde und das Zusammenleben dementsprechend neu definiert werden muss? Es gilt demnach die spezifischen Belastungsempfindungen, die sich mit Beginn und Verlauf der Erkrankung entwickeln herauszuarbeiten und die Auswirkungen auf das Paar als System zu konkretisieren.

Mit Beginn einer psychischen Erkrankung treten Veränderungen bei dem Betroffenen ein, die zunächst nicht erkannt und gedeutet werden können. Mit der diagnostizierten Krankheit bekommen die Betroffenen und deren Angehörige jedoch Gewissheit und lernen schrittweise immer besser mit der Krankheit umzugehen. Die Erkrankung führt dazu, dass der Betroffene sich nicht nur in seinem Temperament und seinem Verhalten ändert, sondern möglicherweise auch in seiner kompletten Persönlichkeit. Dies führt zu Ängsten und Sorgen bei den Lebenspartnern, sie fühlen sich überfordert und hilflos, denn nicht selten haben sie Probleme damit, ihren geliebten Partner wiederzuerkennen. Das Gefühl von Ohnmacht und Unsicherheit entwickelt sich, man ist sich zum einen des richtigen Umgangs nicht sicher, zum anderen tauchen Gedanken an die Zukunft auf, wie es diese zu gestalten gilt. Hinzukommen Schuld- und Schamgefühle, was man falsch gemacht haben könnte und wie der Familien- und Bekanntenkreis die Erkrankung aufnehmen wird. Der nicht psychisch Erkrankte muss sich mit einem gewissen Kontrollverlust arrangieren, denn der Partner ist hinsichtlich seines

Verhaltens schwer einschätzbar und zudem kaum beeinflussbar. So können beispielsweise einst geliebte Tätigkeiten keine Bedeutung mehr haben oder Termine müssen kurzfristig auf Grund des schlechten Befindens abgesagt werden. Infolgedessen ist es nicht verwunderlich zu erkennen, dass Veränderungen in der Paarbeziehung eintreten, die zu einem gestörten Zusammenleben führen. Krankheitserscheinungen wie Antriebslosigkeit, Sprunghaftigkeit und Stimmungsschwankungen lassen einen geregelten Tagesablauf schwierig erscheinen. Demzufolge bringt dies häufig eine neue Rollenverteilung mit sich, in der die nicht betroffenen Partner einer vermehrten Rollenübernahme ausgesetzt werden, um Aufgabenbereiche wie Haushaltsführung, Kindererziehung und finanzielle Absicherung abzudecken. Das eheliche Zusammenleben gestaltet sich auch dahingehend diffizil, als das die Kommunikation und Interaktion zwischen den Partnern deutlich gestört ist und deshalb ein erhöhtes Konfliktpotenzial zur Folge hat. Die Kommunikation der Betroffenen wird auch hier wieder von der psychischen Krankheit dominiert, beispielsweise durch depressives und weniger logisches Denken, welches bei den Partnern zu Anspannung, Verärgerung und letztendlich einem Gefühl der Alleinverantwortung führt. Soziale Kontakte, die eine Unterstützung dahingehend darstellen könnten, sind mehrfach nur noch in einer geringen Anzahl vorhanden, da diese Bezugsmenschen sich entweder selbst von dem Paar zurückgezogen haben oder aber durch einen Mangel an Kontaktpflege seitens des betroffenen Paares verloren gegangen sind. Gemeinsame Aktivitäten des Paares sind nur noch vereinzelt vorhanden und die Intimität und Vertrautheit zwischen ihnen ist ebenfalls häufig auf ein Minimum reduziert. Ein Prozess der emotionalen Entfremdung setzt ein, nicht zuletzt durch das verminderte sexuelle Interesse auf Seiten des Betroffenen, was häufig auf Nebenwirkungen von den Medikamenten zurückzuführen ist. Alles in allem sind mit der psychischen Erkrankung für den gesunden Partner vielfältige Belastungen verbunden, die nicht selten zu einer geringeren psychischen Belastungsfähigkeit und einem Erschöpfungszustand führen. Demgemäß ist davon auszugehen, dass wenn die Lebensqualität des Paares und deren gemeinsamen Paarbeziehung nicht vollständig zerstört werden soll, dem Krankheitsmanagement eine bedeutsame Rolle zugeschrieben werden muss. Ferner sind die individuell kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategie - nämlich ob der Betroffene trotz allem als liebevoller Partner wahrgenommen wird - und die Tatsache, in welchem optimistischen Ausmaße sich ein gemeinsames Leben mit den vorhandenen Einschränkungen vorgestellt werden kann wichtig (vgl. Beitler, 2008; vgl. Jungbauer et al. In: Jungbauer (Hrsg.), 2005; vgl. Bischof In: Lenz & Jungbauer (Hrsg.), 2008).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der gesunde Partner für den Betroffenen eine enorm wichtige Bedeutung hat und ihm hinsichtlich des Krankheitsverlaufs eine intensiv unterstützende Funktion zugeschrieben werden kann. Für den gesunden Partner gehen damit jedoch starke Belastungen einher, die aber nicht automatisch zu einer Beendigung der Partnerschaft führen müssen. Dennoch ist von einer Veränderung der sozialen, ökonomischen und partnerschaftlichen Lebenssituation auszugehen.

Abschließend sollte der Darstellung der Belastungsempfindungen eine kritische Anmerkung folgen, die sich auf die verschiedenen Erhebungsmethoden der angeführten Studien beziehen. Wie bereits erläutert wurde, ist zwischen subjektiven und objektiven Belastungen zu unterscheiden, wobei sich die Erfassung von subjektiven Belastungen äußerst schwierig gestalten lässt. Zum einen sind die Instrumente nicht hinreichend validiert und damit nicht repräsentativ, weil die Ergebnisse einer schlechten Operationalisierung zugrunde liegen. Zum anderen handelt es sich bei den Ergebnissen um Daten aus Querschnittstudien, die zwar den momentanen Zustand widerspiegeln, aber keine Entwicklungstendenzen wiedergeben (vgl. Bodenmann, 2000).

4.4 Bewältigungsmöglichkeiten

Mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung sind, wie vorab bereits beschrieben wurde, zahlreiche Belastungen und Veränderungen verbunden. Daher sind die Betroffenen und deren Partner dazu veranlasst, bestimmte Bewältigungsstrategien zu entwickeln, wenn sie die Beziehung zueinander aufrechterhalten wollen. Thematisch gilt es zuerst den Begriff und das Phänomen Krankheit als Stressor zu definieren, woraufhin im Anschluss die Auswirkungen von Stress auf die Partnerschaft und die Partnerschaftsqualität dargelegt werden, damit abschließend das gemeinsame Bewältigungsverhalten abgehandelt werden kann.

Unter Stress ist ein Ungleichgewicht zwischen inneren und äußeren Anforderungen an die Person und den vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten zu verstehen. In der Regel sollten sich diese beiden Konstrukte im Gleichgewicht halten, doch stehen der Person zur Bewältigung der Anforderungen nicht genug Ressourcen zur Verfügung, so entsteht ein Überforderungsstress, im gegenteiligen Fall ein Unterforderungsstress (vgl. Bodenmann, 2004a).

Im Hinblick auf einen Zusammenhang von Stress und Krankheit gilt es zwischen drei verschiedenen Perspektiven zu unterscheiden. Erstens kann Krankheit eine Folge von Stress sein, Krankheit kann zweitens aber auch als Stressor an sich verstanden werden und drittens kann Stress aus einem Spannungsfeld zwischen dem Individuum und seiner Umwelt entstehen. Letzteres, das transaktionale Modell, ist eine Mischung aus dem reaktionsbezogenen und dem

situationsbezogenen Modell und erweitert deren eher einseitige Betrachtungsweise. Was die zu bearbeitende Materie betrifft, kann eine chronische psychische Krankheit in diesem Fall als Stressor verstanden werden. „Eine wichtige Strömung in der situationsbezogenen Stressforschung fokussiert auf die Beschreibung *kritischer Lebensereignisse*“ (Salewski In: Schaffer, 2009, S. 161.) Somit ist Krankheit selbst als ein kritisches Lebensereignis zu verstehen, welches intensive Auseinandersetzungen verlangt (vgl. Salewski In: Schaffer, 2009).

Inwiefern kann die betroffene Person auf die veränderte Situation reagieren? Hierzu sei der Begriff der Bewältigung kurz erläutert. „Bewältigung kritischer Lebensereignisse umfasst [...] alle Versuche, die mangelnde Passung im Person-Umwelt-Gefüge zu überwinden“ (Filipp & Aymanns, 2010, S. 18). Dies bedeutet, dass die Umwelt sich den individuellen Handlungsoptionen und Kompetenzen wieder annähert oder die Person selbst muss sich der Umwelt durch Veränderung ihres Denkens und Handelns neu anpassen. Darüber hinaus bedeutet Bewältigung, dass man das Geschehene zu verstehen versucht und sich in der neuen Situation wieder zurechtfindet. Es gilt demnach nicht nur die Wiederherstellung der Personen-Umwelt-Passung anzugehen, sondern auch, dass die Person mit dem kritischen Lebensereignis umzugehen lernt und die damit entstandenen Veränderungen zu erfassen versucht und zu verarbeiten und zu akzeptieren lernt (vgl. Filipp & Aymanns, 2010).

Welche genauen Bereiche und Auswirkungen von Stress sind demnach bei Paaren zu finden, bei denen ein Partner unter einer psychischen Störung leidet? Zur Beantwortung dieser Frage werde ich mich auf die Studienergebnisse von Bodenmann et al. (2000) beziehen, die herausgefunden haben, dass bei den Partnern zwar unterschiedliche Stressbereiche als belastend empfunden werden, dass das Gesamtbelastungsausmaß dagegen aber sehr ähnlich ist. Für den depressiv erkrankten Partner tritt Stress am häufigsten im Zusammenhang mit dem physischen und psychischen Befinden auf, mit täglichen Widrigkeiten (z.B. Verpassen eines Busses, Konflikte mit Nachbarn), im Freizeitbereich und in der Partnerschaft. Für den gesunden Partner treten dahingehend Stress im Beruf, in der Partnerschaft, in der Freizeit und in der Erziehung der Kinder auf. Diese Stresssituationen und die damit empfundenen Belastungen können dazu führen, dass die gemeinsame Zeit des Paares reduziert wird, so dass keine gemeinsamen Aktivitäten mehr stattfinden und eine tiefgründige Kommunikation immer seltener wird. Ferner kann die partnerschaftliche Kommunikationsqualität schwinden, wenn die positiven Kommunikationssignale wie Lob und Anerkennung abnehmen und negative Äußerungen zunehmen. Diese negativen Entwicklungstendenzen gehen mit einer geringeren Partnerschaftszufriedenheit einher, da die Partnerschaft durch Unzufriedenheit und Resignation charakterisiert ist, welches gegenwärtigen Forschungsergebnissen nach zu einer

erhöhten Scheidungsrate führt. Dennoch muss angeführt werden, dass der Umgang mit Stress darüber entscheidet, welche nachhaltigen Folgen Stress auf die Paarbeziehung haben kann (vgl. Bodenmann, 2000 & vgl. Bodenmann, 2004a & vgl. Bodenmann, 2004b). Aus diesem Grund gilt es im Folgenden einen Blick auf die partnerschaftliche bzw. dyadische Stressbewältigung zu werfen. „Unter dyadischer Stressbewältigung [...] [ist] die Art und Weise [zu verstehen], wie Paare bei gemeinsamen Stress [...] gemeinsam in die Problemlösung und gegenseitige Emotionsregulation investieren bzw. wie sie bei Stress, der primär nur den einen Partner betrifft [...], sich wechselseitig Unterstützung geben, um dem anderen wirksam bei der Bewältigung des Stresses beizustehen“ (Bodenmann, 2004b). Dies bedeutet, dass die Partner über kommunikative Fertigkeiten verfügen sollten, aber auch über Eigenschaften wie Verständnis, Wertschätzung und Empathie und auch über konkrete Unterstützungsvorschläge. Demnach kann eine partnerschaftliche Stressbewältigung zu einer erhöhten Partnerschaftqualität beitragen. Hierfür müssen die Partner jedoch individuell und als Paar den Stress angemessen bewältigen, um die ungünstigen Auswirkungen auf die Paarbeziehung zu minimieren (vgl. Bodenmann, 2004a).

Im Hinblick auf das Thema meiner Abschlussarbeit - Auswirkungen von chronischen psychischen Erkrankungen auf die Paarbeziehung - bleibt festzuhalten, welchen besonderen Stellenwert dem dyadischen Coping zugeschrieben werden kann. Sicherlich ist es unanfechtbar, dass sowohl der Betroffene, als auch der gesunde Partner individuell mit der Erkrankung umzugehen lernen müssen. Dennoch ist in Bezug auf eine zufriedenstellende und glückliche Paarbeziehung naheliegend, dass die Partner einen gemeinsamen Weg finden müssen, um mit dem kritischen Lebensereignis und den daraus sich entwickelnden Stressbelastungen konstruktiv umzugehen und sich gegenseitige Unterstützung zu bieten.

4.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend konnte mit diesem Kapitel zum Ausdruck gebracht werden, dass die Partnerschaft als eine wichtige Ressource im Krankheitsverlauf anzusehen ist. Der gesunde Partner gibt nicht nur Halt und Unterstützung, er trägt auch zu Wohlbefinden und Sicherheit bei. Im Gegensatz dazu ist das Leben mit einem psychisch erkrankten Menschen für den gesunden Partner mit einer großen Belastung verbunden. Was die Bewältigungsmechanismen betrifft ist es notwendig, den Partner mit in den Prozess einzubeziehen, da den Kommunikationsstrukturen eine wichtige Bedeutung beigemessen werden kann. Betrachtet man die Auswirkungen, die der Stressor chronische Krankheit auf eine Paarbeziehung haben kann, so wird deutlich, dass das Paar über Bewältigungsstrategien verfügen sollte, wenn die

Beziehung zueinander weiterhin erhalten werden soll. „Gegenstand der Copingforschung ist dabei sehr häufig die Auseinandersetzung mit (chronischer) Krankheit als belastender Lebenssituation“ (Salewski In: Schaffer, 2009, S. 169.) Aus diesem Grund ist eine gemeinsame Stressbewältigung unbedingt erforderlich, weil Stress eine negative Auswirkung auf die Beziehungsqualität haben kann, welches häufig als Ursache für Trennung und Scheidung angesehen werden kann. Doch genau hier liegt die Schwierigkeit im Hinblick auf Copingstrategien, denn psychisch erkrankte Menschen verfügen häufig (noch) nicht über die notwendigen sozialen und kognitiven Kompetenzen, die sie zur Bewältigung ihrer Problemsituation benötigen.

Für die fortführende Bearbeitung meiner Fragestellung sei an dieser Stelle aus den bisher vorgestellten Forschungsergebnissen die Herleitung meines Erkenntnisinteresses begründet. Die theoretischen Grundlagen umfassen neben der Darstellung ausgewählter psychischer Erkrankungen eine inhaltliche Übersicht zum Thema Paarbeziehung. Sie wurden von mir nicht nur zusammengetragen, sondern um weitere Gesichtspunkte - bezugnehmend auf den Zusammenhang von Krankheit und Paarbeziehung - ergänzt. Mit meinem eigenen Forschungsvorhaben verfolge ich das Ziel, die vielseitigen Auswirkungen, die die chronische psychische Erkrankung eines Partners mit sich führt, herauszufinden. Ist eine Veränderung in der Paarbeziehung auszumachen? Wie ist der Umgang zwischen den Partnern, wenn die Erkrankung in den Tagesablauf integriert werden muss? Können Paare die Beziehung zueinander aufrechterhalten oder sind die Belastungen so groß, dass die Paarzufriedenheit und die Partnerschaftsqualität irreversibel darunter leiden und es demzufolge zur Trennung kommt? Überdies stellt sich mir die Frage, ob und wie die Paare die Krankheitsphasen wirklich bewältigen können und in welchem Umfang demzufolge Einschränkungen im persönlichen Leben auszumachen sind?

5 Das Forschungsdesign

Den bisherigen Ausführungen meiner Abschlussarbeit sind die theoretischen Grundlagen zu entnehmen. Dargestellt wurden sowohl die psychischen Erkrankungen meiner Interviewteilnehmer, als auch theoretische Annahmen über das Konstrukt von Paarbeziehungen. Hinzu kommt, dass ich in einem weiteren Schritt versucht habe die bisherigen Erkenntnisse in Zusammenhang zu bringen, um eine fundierte theoretische Ausgangsbasis für die nun folgende empirische Untersuchung auszuarbeiten.

Für das Vorgehen bei der empirischen Untersuchung werde ich mich an den Ablaufstrukturen von Mayring (2002) orientieren, der folgende Schritte vorschlägt:

1. Die Formulierung eines Erkenntnisinteresses.
2. Die Auswahl geeigneter Untersuchungsfälle.
3. Die Auswahl geeigneter Untersuchungsmethoden.
4. Die Aufbereitung des Untersuchungsmaterials.
5. Die Auswahl geeigneter Auswertungsmethoden

Für mein Forschungsvorhaben habe ich jedoch die Reihenfolge der einzelnen Schritte etwas abgewandelt, so dass ich die Untersuchungsmethode vor der Darstellung der geeigneten Untersuchungsfälle beschreiben werde. Ferner werde ich zwischen der Darstellung der Untersuchungs- und der Auswertungsmethode nicht nur die Aufbereitung, sondern auch die Durchführung der Interviews beschreiben, da diese einen konkreten Bezug zur Untersuchungsmethode beinhaltet und dementsprechend an dieser Stelle platziert werden sollte.

5.1 Das Erkenntnisinteresse

Wie ich bereits in der Einleitung ausgeführt habe, hat sich die Fragestellung für meine Abschlussarbeit auf dem Hintergrund meiner beruflichen Tätigkeiten entwickelt. Die Tatsache, dass nur so wenige Klienten der Tagesstätte in einer festen Partnerschaft leben, hat auf der einen Seite Verwunderung, auf der anderen Seite Neugier und Interesse in mir ausgelöst, so dass ich die Paarbeziehung von Menschen, bei denen ein Partner unter einer psychischen Erkrankung leidet, detaillierter untersuchen möchte. Somit zielt das zentrale Erkenntnisinteresse gemäß dem Titel meiner Abschlussarbeit darauf ab, die Auswirkungen von einer chronischen psychischen Erkrankung auf die Paarbeziehung zu erforschen. Ich möchte herausfinden, wie sich die Erkrankung eines Partners auf die gesamte Beziehung auswirkt, welchen besonderen Herausforderungen man gegenübergestellt wird, wie sich das gemeinschaftliche Leben verändert (hat), wie diese schwere Zeit gemeinsam zu bewältigen ist, ob es

Unterstützungsmöglichkeiten gibt und inwiefern es sich letztendlich mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung lebt.

Inwiefern ich Antworten auf meine Forschungsfragen zu erhalten hoffe und welcher Methoden ich mich zu diesem Zweck bedienen werde, dies wird Gegenstand der nächsten Kapitel sein.

5.2 Das Erhebungsdesign

5.2.1 Der Forschungsansatz

Für die zielorientierte Untersuchung meines Forschungsinteresses habe ich mich für eine qualitative Forschungsmethode entschieden und die Erhebungsmethode des narrativen Interviews gewählt. Bevor ich jedoch das narrative Interview eingehender erläutere, möchte ich zunächst ein paar grundlegende Aspekte zur qualitativen Sozialforschung anführen und meine Wahl bezüglich dieses Forschungsansatzes begründen.

Dennoch möchte ich an dieser Stelle darauf hinweisen, dass ich auf eine ausführliche Darstellung der qualitativen Sozialforschung, sowie auf eine Gegenüberstellung von qualitativen und quantitativen Methoden verzichten werde. Die Gründe hierfür liegen einerseits darin, dass das eigentliche Ziel, dem Nachgehen des Forschungsinteresses, nicht aus den Augen verloren werden sollte, andererseits der Rahmen dieser Abschlussarbeit nicht gesprengt werden sollte. Stattdessen werde ich einige Autoren und Publikationen aufführen, mit denen ich mich für das Forschungsdesign auseinandergesetzt habe. Zu nennen wären: Friebertshäuser et al. (2010), Flick et al. (2009), Flick (2009) und Lamnek (2005).

Die Entscheidung für eine qualitative Forschungsmethode war hinsichtlich meines Erkenntnisinteresses naheliegend, da es mir um das subjektive Erleben der Betroffenen geht, denn „Qualitative Sozialforschung hat den Anspruch, Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick, von Kardorff, Steinke In: Flick et al. (Hrsg.), 2009, S. 14).

„[Qualitative Sozialforschung] ist in ihren Zugangsweisen zu den untersuchten Phänomenen häufig offener und dadurch ‚näher dran‘ als andere Forschungsstrategien [...]. In Antworten auf die Fragen in einem Leitfadeninterview, in biographischen Erzählungen [...] des Alltags oder der Prozesse in Institutionen wird häufig ein wesentlich konkreteres und plastischeres Bild davon deutlich, was es aus der Perspektive der Betroffenen heißt, z.B. mit einer

chronischen Krankheit zu leben, als dies mit einer standardisierten Befragung erreicht werden kann“ (Flick, von Kardorff, Steinke In: Flick et al. (Hrsg.), 2009, S. 17).

Die angeführten Zitate bringen zur Geltung, dass die qualitative Sozialforschung durch Offenheit und durch Nähe gekennzeichnet werden kann. Somit wird eine subjektive Sichtweise der Betroffenen möglich, welches eine bildhafte und anschauliche Darstellung der Lebenswelt psychisch kranker Menschen mit sich führt.

Hinsichtlich meines Erkenntnisinteresses ist die Entscheidung für eine qualitative Untersuchungsmethode, die in Form einer Einzelfallanalyse durchgeführt wird, geradezu optimal. Qualitative Interviews passen sich dem Verlauf der Einzelfälle an und sind daher wesentlich flexibler in der Handhabung. Die Erkundung von wenig erforschten Wirklichkeitsbereichen, die zudem Informationen für erste Formulierungen von Hypothesen liefern, kann ebenfalls als Begründung für meine Auswahl der qualitativen Sozialforschung angeführt werden (vgl. Flick, von Kardorff, Steinke In: Flick et al. (Hrsg.), 2009).

Mit der Wahl für das narrative Interview als Erhebungsmethode verfolge ich das Ziel „[...] aus der Perspektive der handelnden und erleidenden Subjekte [die soziale Wirklichkeit zu erfassen]“ (Jakob In: Friebertshäuser et al. (Hrsg.), 2010, S. 222). Ich möchte demnach den Betroffenen selbst das Wort erteilen, ihre eigene Lebensgeschichte erzählen zu können und zwar mit den von ihnen gewählten inhaltlichen Schwerpunkten und in einer Erzählgeschwindigkeit, wie es den Betroffenen am angenehmsten ist. Wie haben die Betroffenen bestimmte soziale Phänomene erlebt und wie haben sie selbst an der Herstellung der sozialen Wirklichkeit mit agiert? Ziel ist die Aufdeckung und Rekonstruktion von Prozessstrukturen, die in den Erzählungen enthalten sind, den Betroffenen aber selbst oft nicht bewusst sind (vgl. Jakob In: Friebertshäuser et al. (Hrsg.), 2010).

Das narrative Interview eignet sich besonders gut für Forschungen, bei dem „[...] es dem Forscher um die Rekonstruktion komplexer Sachverhalte in der sozialen Wirklichkeit geht, die auch als Geschichte erzählt werden können [...]“ (Glinka, 2003, S. 25). Gemäß meiner Fragestellung ist die Voraussetzung, dass es sich bei dieser Erhebungsmethode um komplexe Sachverhalte handeln sollte, erfüllt. Die Gegebenheit, dass in einer Partnerschaft ein Partner unter einer psychischen Erkrankung leidet, stellt eine vielschichtige Gegebenheit dar, in der mit Schwierigkeiten und Herausforderungen zu rechnen ist, denen ich in meiner empirischen Arbeit u.a. intensiver nachgehen möchte. Aus diesem Anlass habe ich mich für die Durchführung von Interviews entschieden, da Interviews den Vorteil aufweisen, dass die Betroffenen ihre eigene Biographie selbst erzählen können und ich als Forscherin einen

tiefgründigen Einblick in deren Erfahrungshorizont und in deren geschaffene soziale Wirklichkeit erhalte.

Im Zentrum meiner Untersuchung stehen lediglich drei einzelne Fälle, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die daraus hervorgehenden Ergebnisse einen Anspruch auf Repräsentativität erheben. Daraus ist zu folgern, dass meine Untersuchung als Einzelfallstudie angelegt ist, denn der Vorteil der Fallanalyse besteht in detaillierten und komplexen Ergebnissen. „Je weniger Versuchspersonen analysiert werden, desto eher kann man auf die Besonderheiten des Falles eingehen, desto genauer kann die Analyse sein“ (Mayring, 2002, S. 42). Zur Bekräftigung für die Auseinandersetzung mit wenigen Fällen sollte ferner angeführt werden, dass hinsichtlich meines Erkenntnisinteresses „Fallanalysen [...] eine entscheidende Hilfe bei der Suche nach relevanten Einflussfaktoren und bei der Interpretation von Zusammenhängen [darstellen]“ (Mayring, 2002, S. 42).

Unverkennbar bleibt festzuhalten, dass ich durch die Anlegung meines Forschungsdesigns als Einzelfallstudie das Ziel verfolge, möglichst umfangreiche und tiefgreifende Ergebnisse zu erhalten. In Verbindung mit dem narrativen Interview gilt es das individuelle Handeln und Erleben der Befragten zu entschlüsseln und sichtbar zu gestalten.

Zur weiteren Unterstützung für die Wahl des narrativen Interviews sollte nicht unerwähnt bleiben zu begründen, warum andere qualitative Forschungsmethoden für mein Forschungsvorhaben weniger gut geeignet gewesen wären. Jedoch möchte ich weitestgehend darauf verzichten, alle weiteren Erhebungsmethoden vorzustellen und deren Nichtanwendung zu begründen, so dass auch an dieser Stelle auf verschiedene Publikationen hingewiesen werden soll, in denen die Vor- und Nachteile der einzelnen qualitativen Erhebungsmethoden diskutiert werden. Für weitere qualitative Forschungsmethoden sei auf die Publikationen von Friebertshäuser et al. (2010), Flick et al. (2009), Flick (2009) und Lamnek (2005) verwiesen. Exemplarisch möchte ich jedoch anführen, dass beispielsweise die Fragen in einem Leitfaden-Interview „[...] den Horizont möglicher Antworten [begrenzt hätten]“ (Friebertshäuser & Langer In: Friebertshäuser et al. (Hrsg.), 2010, S. 439) und ich diese Methode als zu starr empfunden habe. Mir ist es wichtig den Interviewten einen offenen und flexiblen Raum zu geben, in dem sie mir ihre Lebensgeschichte erzählen können. Mit der Methode des narrativen Interviews glaube ich viele Bereiche erfassen zu können, die mir bei anderen Methoden möglicherweise verwehrt bleiben würden. Ferner bin ich der Auffassung, dass, wenn die Betroffenen mir ihre komplette Lebensgeschichte erzählen (sollen), sie weiter ausholen und

der Blickwinkel meinerseits nicht allzu eingeschränkt ist, wie beispielsweise durch vorformulierte Fragen in einem Leitfaden-Interview.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass ich mit einem qualitativen Forschungsansatz und der Methode des narrativen Interviews Antworten auf mein Erkenntnisinteresse erhalten möchte und zwar in der Form, dass die Betroffenen mir ihre Lebensgeschichte erzählen. Ziel ist es deren genaue Belastungen und Bewältigungsanforderungen zu erfahren, wie sich deren gemeinsames Paarleben gestaltet und welche Effekte mit einer psychischen Erkrankung verbunden sind. Durch die offene Erzählaufforderung meinerseits und die Strukturierung des Erzählvorgangs, die allein bei dem Betroffenen liegt, gilt es zudem den latenten Sinn in einer Situation zu erfahren. Es geht weniger um ein Ursache-Wirkungs-Gefüge, sondern vielmehr um die Rekonstruktion eines komplexen Ganzen. Wie erzählt der Betroffene seine Lebensgeschichte und welche Schwerpunkte werden gelegt? Mit der Auswahl weniger und gezielter Untersuchungsteilnehmer sollen keine Hypothesen überprüft, sondern neue Erkenntnisse und Erfahrungen entdeckt und gewonnen werden, die Anhaltspunkte zur Beantwortung meiner Forschungsfrage mit sich führen.

Zur weiteren Untermauerung sei abschließend pointiert gesagt, dass bewusst nach der kompletten Lebensgeschichte gefragt wird, weil ich zunächst einen Überblick über und ein Verständnis für die Erkrankung entwickeln muss, um überhaupt von den Auswirkungen auf eine Paarbeziehung sprechen zu können. Dies bedeutet, dass wenn keine Informationen über den Tagesablauf oder über den gegenseitigen Umgang miteinander vorliegen, die Folgen, Belastungen etc. nicht erschlossen werden können. Ziel ist die Erfassung eines allumfassenden Bildes und Verständnisses der psychischen Erkrankung.

5.2.2 Die Untersuchungsmethode - Das narrative Interview

Das narrative Interview wurde maßgeblich vom Soziologen Fritz Schütze entwickelt und ermöglicht einen Zugang zur subjektiven Sichtweise des Betroffenen. „Das narrative Interview stellt eine besondere Form des offenen Interviews dar. In der gemeinsam mit dem potentiellen Erzähler herzustellenden Interviewsituation wird der Informant darum gebeten und darin unterstützt, seine eigenen Erlebnisse als Geschichte zu erzählen“ (Glinka, 2003, S. 9).

Nach Schütze ist die Lebensgeschichte „[...] eine sequenziell geordnete Aufschichtung größerer und kleinerer in sich sequenziell geordneter Prozeßstrukturen“ (Schütze, 1983, S. 284). Um die zeitlichen und sequenziellen Verhältnisse des Lebensablaufs zu erforschen, müssen Methoden der Datenerhebung zur Verfügung stehen, die die Primärdaten erfassen und „[...] deren Analyse auf die zeitlichen Verhältnisse und die sachliche Abfolge der von ihnen

repräsentierten lebensgeschichtlichen Prozesse zurückschließen lässt“ (Schütze, 1983, S. 285). Diese Bedingungen werden durch das narrative Interview mit seinen autobiographischen Stehgreiferzählungen erfüllt (vgl. Schütze, 1983).

Ziel dieser Stehgreiferzählungen sind Erzählungen, die vorher vom Interviewten nicht vorformuliert oder eingeübt sein sollten. Der Interviewte sollte möglichst umfassend und ohne Unterbrechungen seitens des Interviewers seine Lebensgeschichte bzw. eine bestimmte Phase seiner Lebensgeschichte erzählen können. Im Erzählvorgang werden die Erlebnisse „[...] wieder ‚lebendig‘. Sie beginnen vor dem inneren Auge des Erzählers wie ein Film abzulaufen“ (Glinka, 2003, S. 9). Der Zweck dieser narrativen Erhebungsmethode liegt darin, dass der Interviewte sich durch den Erzählvorgang noch einmal in die Erlebnisse hineinversetzt und sie noch einmal durchlebt. Die Verarbeitung mit den Ereignissen wird spürbar, denn durch den Erzählvorgang werden manche Ereignisse zusammengefasst, andere hingegen werden vergessen. Folglich werden einige Ereignisse als bedeutend markiert, einige als weniger wichtig empfunden oder sogar verdrängt, weil sie möglicherweise zu starkes Leid hervorrufen (vgl. Glinka, 2003).

Das narrative Interview lässt sich nach Schütze in drei Teile gliedern: die Erzählaufforderung, die Haupterzählung und den Nachfrageteil. Zu Beginn des Interviews erfolgt eine Erzählaufforderung seitens des Interviewers, die sich auf die komplette oder auf eine interessante Phase der Lebensgeschichte bezieht (vgl. Schütze, 1983). Mit dieser erzählgenerierenden Anfangsfrage wird der Erzählstimulus gesetzt, der den Interviewten dazu veranlassen soll, mit seiner Erzählung zu beginnen, um dann später in die Phase der Haupterzählung zu gelangen. Wichtig ist hierbei darauf zu achten, dass die Frage auf das ‚Wie‘ eines prozessualen Ablaufs gerichtet ist und weniger auf das ‚Was‘ oder das ‚Warum‘, demgemäß kann die Aufforderung für den Erzählvorgang angestoßen werden (vgl. Glinka, 2003). Der Erzählstimulus kann beispielsweise folgendermaßen aussehen: „[...] ich möchte Sie dann bitten, sich zurückzuerinnern und ihre Lebensgeschichte zu erzählen... wie nach und nach so eins zum anderen gekommen ist“ (Glinka, 2003, S. 10).

Hat der Interviewte die Erzählaufforderung verstanden und verinnerlicht, so dass er mit seiner Geschichte beginnen kann, ist es dem Interviewer während der Haupterzählung nicht gestattet, diese zu unterbrechen. Thematische Interventionen sind solange zu unterlassen, bis der Interviewte am Ende seiner Geschichte angelangt ist (vgl. Glinka, 2003). „Während der Haupterzählung unterstützt der Forscher den Informanten lediglich durch sein aufmerksames Zuhören und indem er mit der Erzähldarstellung einführend mitgeht“ (Glinka, 2003, S. 12).

Konkret ist darunter zu verstehen, dass der Interviewer dem Informanten durch Gestik und Mimik, aber auch durch emotionale Bekundungen wie einem Lachen, einem Seufzen oder der Aussage ‚Das war ja wirklich hart‘ eine Rückmeldung gibt und ihn somit zum Weitererzählen animiert (vgl. Glinka, 2003).

Die Haupterzählung wird in der Regel durch den Interviewten mit einer Erzählkoda beendet. „So, das war’s: nicht viel, aber immerhin...“ (Schütze, 1983, S. 285) ist ein gängiges Beispiel für die Beendigung der Erzählung. Im Anschluss erfolgt der zweite Hauptteil des Interviews, der wiederum noch einmal in zwei Teilbereiche untergliedert werden kann, den immanenten und den exmanenten Nachfrageteil. Geht es zunächst im immanenten Nachfrageteil darum, das Erzählpotenzial weiter auszuschöpfen und Fragen zu stellen, die an die Erzählung anknüpfen, so dass der Interviewte in einen weiteren Erzählfluss gelangt, so können im darauffolgenden exmanenten Nachfrageteil Themen und Aspekte vom Interviewer eingebracht werden, die den Interviewten auch zu Beschreibungen und Argumentationen anregen sollen (vgl. Glinka, 2003).

Gemäß den bisherigen Darstellungen zum narrativen Interview kann festgehalten werden, dass die Methode nur sinnvoll einsetzbar ist, wenn davon auszugehen ist, dass ein Erzählvorgang aktiviert werden kann. Das Thema sollte neben einem starken Handlungszusammenhang auch dramatische Passagen beinhalten. Das narrative Interview eignet sich besonders für explorative Fragestellungen, bei denen die Aufdeckung von subjektiven Sinnstrukturen, nach denen nicht explizit gefragt werden kann, im Zentrum der Untersuchung stehen (vgl. Mayring, 2002).

5.2.3 Interviewteilnehmer

Mein Erkenntnisinteresse zielt darauf ab zu untersuchen, welche Auswirkungen eine psychische Erkrankung auf den Betroffenen selbst, aber auch auf deren Partner hat. Bei der Untersuchung werde ich jedoch eine Einschränkung in der Erzählperspektive vornehmen, da lediglich die erkrankten Personen befragt und interviewt werden. Hiermit verfolge ich das Ziel, den Betroffenen einen Raum zu geben, in dem sie aus ihrer alleinigen Perspektive ihre Lebensgeschichte erzählen können. Sicherlich wäre es zudem interessant und aufschlussreich, auch die Partner in die Untersuchung mit einzubeziehen, doch habe ich mich bewusst dazu entschlossen, nur die Perspektive der Betroffenen für meine Analyse zu nutzen. Zumal eine intensivere Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten, den Bewältigungsanforderungen und den Veränderungen in der Paarbeziehung aus der Sicht der Betroffenen dann eher möglich ist. In Bezug auf die vorab dargestellte qualitative Erhebungsmethode erscheint es

authentisch und nachvollziehbar, dass die Personen als Untersuchungsteilnehmer ausgewählt werden, die die psychische Erkrankung diagnostiziert bekommen haben, denn sie sind als Experten ihres eigenen Erfahrungshorizontes zu verstehen.

Bei der Auswahl der Interviewteilnehmer habe ich den Fokus schwerpunktmäßig auf drei Kriterien gelegt, um meinem Forschungsinteresse gerecht werden zu können. Zunächst sollte es sich bei den Teilnehmern um Personen handeln, die in einer festen Partnerschaft leben oder über einen längeren Zeitraum gelebt haben. Hierbei war es für mich irrelevant, ob die Personen verheiratet oder in einer (eheähnlichen) Lebensgemeinschaft leb(t)en. Ferner mussten die Befragten eine psychische Erkrankung diagnostiziert bekommen haben. Um eine gewisse Vergleichbarkeit bei den Interviews zu ermöglichen, wollte ich bei der Auswahl der Betroffenen darauf achten, dass eine gewisse Ähnlichkeit bei der diagnostizierten Erkrankung besteht, damit auch hinsichtlich der Auswirkungen auf die Paarbeziehung von einer ähnlichen Ausgangsbasis ausgegangen werden kann. In der Theorie logisch und nachvollziehbar, doch in der praktischen Umsetzung gestaltete sich die Erfüllung dieses Kriteriums als schwierig, da ich bei der geringen Auswahl an Interviewpartnern kaum eine Chance hatte, auf dieses Kriterium allzu viel Rücksicht zu nehmen. Ich habe letztendlich drei Interviews geführt, von denen die Betroffenen alle eine andere Krankheit diagnostiziert bekommen haben, wobei nicht unerwähnt bleiben sollte, dass die interviewten Personen alle einen depressiven Erkrankungsanteil aufweisen. Nach Durchführung der Interviews war ich jedoch sehr froh über die Vielfältigkeit der Diagnosen, da dies die Ergebnisse meiner Forschung sicherlich bereichern statt minimieren werden. Als drittes Kriterium habe ich festgelegt, dass die interviewten Personen fest als Besucher in einer Tagesstätte integriert sein sollten, damit ich den Aspekt der sozialen Rehabilitation unter ähnlichen Ausgangsbedingungen betrachten kann. Darüber hinaus habe ich die Entscheidung getroffen, männliche und weibliche Betroffene zu interviewen, weil ich somit meiner Fragestellung noch vielseitiger nachgehen kann und eine Gegenüberstellung hinsichtlich verschiedenster Gesichtspunkte möglich erscheint. Inwieweit gibt es einen Unterschied, ob der Mann oder die Frau von einer psychischen Erkrankung betroffen ist? Was bedeutet dies möglicherweise für die Paarbeziehung? Ferner habe ich Betroffene interviewt, die sich alle in einer unterschiedlichen Beziehungsphase befinden, sprich in einer festen Beziehung lebend, im Scheidungsprozess und alleinlebend nach einer Scheidung. Somit ergibt sich hinsichtlich der unterschiedlichen Stadien noch eine zusätzliche Differenzierung in der Ergebnisauswertung.

5.3 Durchführung der Untersuchung

5.3.1 Kontaktaufnahme

Gemäß meiner bisherigen Ausführungen zum Erhebungsdesign stand als nächster Handlungsschritt die Kontaktaufnahme mit den Untersuchungsteilnehmern im Vordergrund. Da ich nun schon seit einigen Wochen in der Tagesstätte beruflich tätig war, stand ich mit allen Klienten in Kontakt, so dass sich die Kontaktaufnahme zu den in Frage kommenden Besuchern als relativ einfach gestaltete. Zunächst habe ich Frau Schnell um ein Einzelgespräch gebeten und sie über die thematische Ausrichtung meiner Abschlussarbeit in Kenntnis gesetzt.

Weil die Besucher der Tagesstätte seit Beginn meiner Tätigkeit darüber informiert waren, dass ich neben dem Berufseinmündungsjahr den Master „Bildung und Soziale Arbeit“ berufsbegleitend studiere, musste ich somit zu der Gesamtsituation keine Erklärungen vornehmen.

Ich habe Frau Schnell erläutert, dass sie die einzige Frau in der Tagesstätte sei, die in einer festen Beziehung lebe und verheiratet sei und dass ich diese Tatsache sehr spannend fände und ich daher gerne mit ihr ein Interview führen würde. Ich berichtete ihr, dass ich vorhabe eine empirische Arbeit zu schreiben und dass ich dafür auf der Suche nach Klienten bin, die dazu bereit sind, mir von ihren Erfahrungen zu berichten. Frau Schnell sagte mir sofort zu. Sie sei sehr gerne dazu bereit, mir ein Interview zu geben und mir aus ihrem Leben zu erzählen.

Nachdem ich die Zusage von Frau Schnell erhalten hatte, klärte ich sie darüber auf, um welche Art von Interview es sich handeln würde, wie der ungefähre Ablauf sein würde und dass selbstverständlich alles anonymisiert werde, so dass keine Rückschlüsse auf ihre Identität vorgenommen werden könnten.

Als zweite Person habe ich Herrn Thomas aus der Tagesstätte angesprochen, der mir nach einigen Tagen Bedenkzeit ebenfalls seine Zustimmung für ein Interview gab. Er wies mich jedoch darauf hin, dass er nur bis April/Mai 2011 zur Verfügung stehen könnte, da für diesen Zeitraum die Auswanderung zu den Schwiegereltern nach Griechenland geplant sei. Da ich die Durchführung der Interviews für Anfang und Mitte März geplant hatte, sollten sich somit keine Schwierigkeiten ergeben. Doch aufgrund einer akuten Erkrankung der Schwiegereltern, reiste die Familie von Herrn Thomas bereits spontan Anfang Februar nach Griechenland, so dass er für ein Interview nicht mehr zur Disposition stand.

Für das Nachkommen meines Forschungsinteresses wäre die Analyse von lediglich einem Interview sicherlich ausreichend gewesen, doch für ein umfangreicheres und differenziertes Ergebnis und eine mögliche Gegenüberstellung von geschlechtlichen Unterschieden, wäre ein

zweites Interview von einem männlichen Betroffenen wünschenswert gewesen. Aus diesem Grund habe ich Kontakt zu einer weiteren Tagesstätte aufgenommen, mit der Hoffnung, dort potenzielle Interviewpartner zu finden, die sich für ein Interview bereit erklären würden.

Die Leiterin der Tagesstätte war meinem Vorhaben sehr offen gegenüber, so dass ich einen recht schnellen Termin mit dieser vereinbaren konnte, um ihr und den Besuchern der Tagesstätte mein Forschungsvorhaben näher zu bringen. Nach einer sehr netten und freundlichen Begrüßung wurden mir zunächst die Räumlichkeiten der Tagesstätte präsentiert. Die Tagesstättenleiterin war bereits vorher von mir darüber informiert worden, welche Besucher ich vorzugsweise befragen wollte. Sie machte mich daher mit potenziellen Interviewpartnern bekannt, die ich im Anschluss an den Rundgang zu einem kurzen Gesprächsaustausch gebeten habe, um ihnen mein Anliegen zu erläutern und dementsprechend zu überprüfen, ob ich weitere Interviewteilnehmer gewinnen konnte. Ich habe mich den zwei männlichen Besuchern noch einmal vorgestellt, ihnen einige Informationen über mich persönlich und meine beruflichen Tätigkeiten zukommen lassen und ihnen detailliertere Auskünfte über meine Abschlussarbeit mitgeteilt. Zu meiner Überraschung haben sich beide sofort dazu bereit erklärt, ein Interview mit mir zu führen. Bezüglich ihrer Zusage wollte ich sichergehen und fragte daher noch einmal nach, ob sie sich diese Idee nicht lieber noch einmal durch den Kopf lassen gehen möchten. Ich versicherte Ihnen, dass ich zu einem späteren Termin nochmals wieder kommen würde, damit sie Zeit für ihre Entscheidung hätten, doch beide waren dazu bereit, das Interview noch am selben Tag durchzuführen. Die rasche Entscheidung verblüffte mich ein wenig, doch war ich gleichzeitig froh, noch weitere Interviewteilnehmer für meine Abschlussarbeit gefunden zu haben. Dazu möchte ich aber kritisch anmerken, dass diese Offenheit und Spontaneität der Personen ein Anzeichen dafür sein kann, wie wenig sie auch ihre eigenen Grenzen kennen. Sie sind mir, einer fremden Person gegenüber, sofort dazu bereit gewesen, ihr komplettes Leben zu erzählen. Auf der einen Seite ist dies für mein Forschungsvorhaben erfreulich, auf der anderen Seite ist es ebenso erschreckend zu erleben, wie schwierig es für die interviewten Personen zu sein scheint, sich in einem gewissen Rahmen abzugrenzen und zu distanzieren.

5.3.2 Durchführung der Interviews

Interview mit Frau Schnell:

Vor dem Beginn des eigentlichen Interviews mit Frau Schnell habe ich meine Kollegen in der Tagesstätte darauf hingewiesen, dass wir das Interview im Besprechungsraum durchführen werden und wir, wenn möglich, auch nicht gestört werden möchten. Um eine Störung seitens

der anderen Besucher der Tagesstätte zu vermeiden, habe ich einen Zettel, mit der Aufschrift „Besprechung - Bitte nicht stören“ an der Tür angebracht. Während des Interviews sind wir dann auch nicht gestört worden.

Nachdem Frau Schnell und ich uns im Besprechungszimmer eingefunden hatten, habe ich mich zunächst nach ihrem Befinden erkundigt und sie noch einmal gefragt, ob sie mir immer noch ein Interview geben möchte. Hiermit wollte ich Frau Schnell signalisieren, dass, wenn sie sich nicht gut gefühlt hätte, ich ihr das Interview nicht aufzwingen würde, sondern dass wir es auf einen anderen Tag hätten verschieben können. Mein Ziel war es eine angenehme und nicht allzu angespannte Situation zu schaffen, damit Frau Schnell sich wohl fühlte und ihre Aufregung nicht allzu groß wurde.

Daraufhin habe ich ihr noch einmal in aller Kürze erläutert, um welche Form von Interview es sich handelte, dass es mir um ihre Lebensgeschichte ging und dass ich sie während ihrer Erzählung nicht unterbrechen würde. Ferner habe ich sie darauf aufmerksam gemacht, dass alle persönlichen Daten anonymisiert würden, so dass keinerlei Rückschlüsse auf ihre Identität gezogen werden könnten. Um eine weitere Vertrauensbasis zu schaffen, habe ich außerdem darauf hingewiesen, dass ich meinen Kollegen aus der Tagesstätte keine inhaltlichen Informationen aus dem Interview zukommen lassen würde.

Für die Transkription des Interviews war es unerlässlich, dass ich das Interview mittels eines digitalen Tonbandes aufzeichnete, jedoch fragte ich Frau Schnell im Vorfeld noch einmal, ob es für sie in Ordnung wäre, wenn ich dieses mitlaufen lassen würde. Sie gab mir ihr Einverständnis, doch musste ich ihr versichern, dass dieses nach der Transkription bzw. nach Fertigstellung der Abschlussarbeit gelöscht und keinen anderen Personen zugänglich gemacht wird. Diesem Wunsch werde ich natürlich nachkommen.

Um Verwirrungen und Verunsicherungen zu vermeiden, habe ich abschließend noch darauf aufmerksam gemacht, dass ich mir während ihrer Erzählung Notizen machen würde, um am Ende Nachfragen stellen zu können. Somit ist Frau Schnell darüber informiert worden, weswegen ich mir einige Stichpunkte notierte.

Das Tonband wurde eingeschaltet und ich habe folgende Erzählaufforderung gewählt:

„Ich möchte Sie bitten, mir zu erzählen, wie sich die Geschichte ihres Lebens zugetragen hat. Am besten beginnen Sie mit der Geburt, mit dem kleinen Kind, das Sie einmal waren und erzählen dann all das, was sich so nach und nach zugetragen hat, bis zum heutigen Tag. Sie können sich dabei ruhig Zeit nehmen, auch für Einzelheiten, denn für mich ist alles das

interessant, was Ihnen wichtig ist (Hermanns, zitiert nach Flick, 2009, S. 116).“ Und am Ende ihrer Erzählung werde ich dann noch Nachfragen stellen.

Ich habe mich bewusst dazu entschieden nicht nur nach einer bestimmten Lebensspanne zu fragen, also beispielsweise von dem Zeitpunkt des Kennenlernens an bis heute oder der Feststellung der Erkrankung bis heute, weil ich davon ausgegangen bin, dass die komplette Lebensgeschichte von Frau Schnell und den weiteren Interviewteilnehmern für meine Fragestellung von Bedeutung sein kann.

Während des Interviews merkte ich zunehmend an der Körperhaltung von Frau Schnell, dass sie sich immer wohler fühlte, dass ihre Aufregung weniger wurde und dass sie sich immer mehr entspannen konnte. Sie saß während des gesamten Interviews sehr ruhig und fast schon wie festgefroren in ihrem Stuhl, hatte zunächst die Hände ineinander vor der Brust gefaltet und wirkte in ihrer Haltung sehr angespannt. Mit der Zeit schien ihre Muskulatur immer entspannter zu werden, obwohl sie ihre Sitzhaltung nicht veränderte, doch wirkte sie nicht mehr allzu verkrampft, sondern immer sicherer. Ihre Stimme war sehr leise und schüchtern und ihre Erzählung war sehr monoton, die Stimmlage veränderte sich kaum, so dass es mir zwischenzeitlich sehr schwer fiel, ihren Erzählungen zu folgen. Zum Ende des Interviews wirkte ihre Stimme jedoch gefestigter und auch kräftiger.

Ich habe das Interview zum Teil als angenehm, zum Teil aber auch als schwierig empfunden. Einesteils musste ich Frau Schnell nur wenige Stichworte geben, um einen weiteren Erzählfluss bei ihr einzuleiten. Andernteils hat sie dann inhaltlich so weit ausgeholt, dass ich mir gar nicht mehr sicher war, ob sie noch auf den wesentlichen Punkt zu sprechen kam. Ferner hatte ich schon während des Interviews das Gefühl, dass sie meinen Fragen in einer gewissen Art und Weise auswich bzw. ein kurzes Statement dazu gab, um dann auf für sie wahrscheinlich wesentlich wichtigere Belange zu sprechen zu kommen. Dies ist im Sinne des narrativen Interviews ein essentieller Hinweis für bestehende Strukturen, denen es im Auswertungsprozess intensiver nachzugehen gilt.

Hinsichtlich meiner Kompetenzen als Interviewerin muss ich eingestehen, dass es mir sehr schwer gefallen ist, die richtigen Nachfragemethoden anzuwenden, da ich oft meiner Neugierde nachgehen wollte und nicht selten auch nach Erklärungen gefragt habe, obwohl diese zum Teil, wenn man nach den Regeln des narrativen Interviews geht, fehlplatziert waren. Ich habe an einigen Stellen keine ausdrücklichen erzählgenerierenden Nachfragen gestellt, so dass es dieses für weitere Forschungsvorhaben zu optimieren gilt. Nachdem das 80-minütige Interview beendet und das Tonband ausgeschaltet war, habe ich mich in einem Nachgespräch

nach dem Befinden von Frau Schnell erkundigt und ob sie noch irgendwelche Fragen habe. Ihre Abschlussworte waren: „Ich habe mich sehr wohl gefühlt und selbst wahrgenommen, dass ich mit der Zeit immer entspannter geworden bin.“

Ich habe mich noch einmal für das Interview und für ihre Offenheit mir gegenüber bedankt und mich anschließend für einige Minuten zurückgezogen, um Eindrücke und Beobachtungen des Interviews, erste Vermutungen und mögliche Antworten auf meine Fragestellung schriftlich festzuhalten.

Interview mit Herrn Karl:

Nachdem ich den beiden Besuchern der Tagesstätte mein Forschungsvorhaben erläutert und ich mich bei ihnen noch einmal rückversichert habe, ob sie wirklich für das Interview bereit seien, hat sich Herr Karl als Erster zur Verfügung gestellt. Ich habe mich zunächst schon einmal bei ihm bedankt, dass er sich so spontan dazu bereit erklärt hat und ich mich sehr über sein entgegengebrachtes Vertrauen freue.

Vor Beginn habe ich nochmals auf die gleichen Formalitäten wie bei dem Interview mit Frau Schnell hingewiesen, so dass Herr Karl sich entspannen und ohne Ängste auf das Interview einlassen konnte. Ich wählte die gleiche Erzählaufforderung wie bei Frau Schnell und Herr Karl erzählte mir seine Lebensgeschichte in einem sehr flüssigen und zum Teil metaphorischen Stil. Ich habe mich während des Interviews sehr stark konzentrieren müssen, weil Herr Karl fast monologartig die Geschichte seines Lebens sehr ausführlich erzählt hat, so dass die von mir auftauchenden Fragen weitestgehend im weiteren Verlauf seiner Erzählung beantwortet worden sind und ich im Anschluss an seine Erzählung nur noch wenige Fragen gestellt habe.

Herr Karl war während des gesamten Interviews sehr offen mir gegenüber, welches auch an seiner Körperhaltung ablesbar war, da er einen sehr selbstbewussten und selbstsicheren Eindruck gemacht hat. Er hat eine entspannte und lockere Körperhaltung eingenommen und während seiner Erzählung viel mit den Händen gestikuliert. Ferner wirkte er hoch konzentriert, wählte meines Erachtens mit Bedacht und Sorgfalt die richtigen Wörter und Beschreibungen aus. Er hat sehr reflektiert über sein Leben erzählt, welches durch die sichere Stimmlage und die Betonung prägnanter Wörter stark untermauert wurde. Insgesamt habe ich das Interview als sehr anstrengend empfunden, da Herr Karl in seiner Person sehr aktiv war, er seine Ausführungen durchgehend mit Handbewegungen unterstrichen hat und mir durch seine manchmal abgehobenen und komplizierten Beschreibungen das Zuhören und Nachvollziehen

äußerst schwer gefallen ist. Er forderte meine komplette Konzentration und Aufmerksamkeit ein, welches Verhalten sicherlich als ein Teil seiner Erkrankung gesehen werden kann.

Nach einem fast 60-minütigen Interview fühlte sich Herr Karl meiner Empfindung nach wesentlich besser als ich, da ich mich als vollkommen erschlagen empfand und ich die Informationen zunächst einmal sortieren und verarbeiten musste. Herr Karl fühlte sich gut und war erfreut darüber mir geholfen zu haben, so dass ich ihm auch noch einmal meinen Dank aussprach, um mich anschließend kurz meinen Notizen zu widmen, bevor ich dann das zweite Interview führen wollte.

Interview mit Herrn Lüttich:

Nachdem ich mir einige Informationen notiert und eine kleine Pause eingelegt hatte, versuchte ich das erste Interview hinter mir zu lassen, um mich voll und ganz auf die nächste Erzählung einzulassen. Dies ist mir überraschenderweise auch erstaunlich gut gelungen.

Hinsichtlich der Formalitäten und Erläuterungen zum Interview habe ich die gleiche methodische Vorgehensweise wie bei Frau Schnell und Herrn Karl gewählt.

Ich habe das Gespräch mit Herrn Lüttich als sehr angenehm empfunden und wesentlich entspannter wahrgenommen, als zuvor das Interview mit Herrn Karl. Dies liegt darin begründet, dass Herr Lüttich in einem komplett anderen Erzählstil seine Lebensgeschichte schilderte. Zum einen war seine Stimme sehr ruhig und eintönig, zum anderen hat er während der gesamten Zeit sehr still und fast schon starr auf seinem Stuhl gesessen. Die Körperhaltung und die Art und Weise der Erzählung waren das komplette Gegenteil vom Herrn Karl. Zudem wirkte Herr Lüttich während der gesamten Zeit sehr mitgenommen, depressiv und nachdenklich, so dass ich an manchen Stellen völlig die Situation des Interviews vergessen habe und ich ganz in den Schilderungen und Beschreibungen zu seinem Leben gefesselt war. Demzufolge habe ich mir als Sozialarbeiterin Sorgen und Gedanken um seine jetzige Situation gemacht, statt mich intensiver auf die Interviewsituation und die damit verfolgten Ziele zu konzentrieren.

Das Interview dauerte ebenfalls fast 60 Minuten und ich hatte im Verlauf des Interviews immer wieder den Eindruck, dass es Herrn Lüttich sehr gut tat, einer fremden Person seine Geschichte zu erzählen und mit einer unabhängigen und außenstehenden Person über alles zu reden. Nach dem wir das Interview beendet und ich mich noch einmal für seine Bereitschaft und Offenheit bedankt habe, hat Herr Lüttich meinen Eindruck unwissentlich bestätigen können, dass ihm das Gespräch sehr gut getan habe, es aber gleichzeitig auch viel in ihm losgelöst hätte.

Wie bei den vorherigen Interviews, habe ich mir auch im Anschluss an dieses Interview einige Anmerkungen und Beobachtungen notiert, woraufhin Herr Lüttich noch einmal auf mich zu kam, um mir mitzuteilen, dass das Gespräch in ihm wohl doch mehr ausgelöst hätte, als zunächst vermutet, so dass er sich von seiner Ehefrau abholen ließ. Ich war darüber sehr erschrocken und fühlte mich nicht ganz wohl, so dass ich das Gespräch mit der Tagesstättenleiterin gesucht habe, um ihr eine knappe Rückmeldung über das Interview zu geben und das genaue Befinden von Herrn Lüttich kurz zu thematisieren. Sie konnte mich beruhigen und mir versichern, dass sich alles wieder geben würde. Da er aber zur Zeit in einer sehr angespannten Situation lebe, habe ich ihn die Auseinandersetzung mit seiner Lebensgeschichte einfach „nur“ etwas aufgewühlt. Ich habe mich am darauffolgenden Tag bei der Tagesstättenleiterin noch einmal nach dem Befinden von Herrn Karl und Herrn Lüttich erkundigt, woraufhin sie mir aber versichern konnte, dass alles wieder in Ordnung sei.

5.3.3 Nachbereitung der Interviews

Im Folgenden möchte ich anfangs erläutern, wie ich nach der Erhebung der Interviews weiter vorgegangen bin. Anschließend möchte ich das Aufbereitungsverfahren der wörtlichen Transkription darstellen.

Die nach dem Interview angefertigten Anmerkungen und Notizen habe ich zu Hause in einem Postskriptum zusammengefasst, da dieser Bericht zum Interviewverlauf bei der Aufbereitungs- und Auswertungsphase einen wichtigen Beitrag leistet. Die Beschreibungen und Eindrücke zur Situation als solches, Unterbrechungen während des Interviews und nonverbale Handlungen können für die Interpretation von Bedeutung sein, da diese einen Einfluss auf die Gesprächsinhalte haben können (vgl. Friebertshäuser & Langer In: Friebertshäuser et al. (Hrsg.), 2010).

Im Anschluss daran habe ich die Interviews vollständig transkribiert, wobei es mir sehr wichtig war, die Transkription möglichst schnell nach der Erhebung der Interviews durchzuführen, um so die nonverbalen Gegebenheiten nicht zu vergessen, da diese die Erzählungen der Interviewten unterstreichen können. Das selbstständige Transkribieren war für mich selbstverständlich, da ich währenddessen bereits schon wichtige Eindrücke und Ideen sammeln und zusammentragen konnte, die für die Auswertung der Interviews und damit einhergehend bei der Beantwortung meiner Fragestellung förderlich sein konnten.

Unter Transkription versteht man nach Kowal & O`Connell „[...] die graphische Darstellung ausgewählter Verhaltensaspekte von Personen, die an einem Gespräch (z.B. einem Interview oder einer Alltagsunterhaltung) teilnehmen. Zur Transkription gehören *Transkribierende*,

Notationszeichen, das Produkt in Form eines *Transkripts* und die *Transkriptleser*. Transkripte sind nötig, um das flüchtige Gesprächsverhalten für wissenschaftliche Analysen auf dem Papier dauerhaft verfügbar zu machen“ (Kowal & O`Connell In: Flick et al., S. 438).

Bei den Transkriptionsregeln habe ich mich an denen von Glinka (2003) orientiert und dem Anhang dieser Abschlussarbeit eine ausführliche Darstellung der Notationszeichen beigelegt. Zur formalen Gestaltung des Transkriptionstextes sei noch hinzugefügt, dass ich jedes Interview mit einer Zeilen- und Seitennummerierung versehen habe, welches nicht nur für die Auswertung der Interviews von Vorteil ist, sondern ebenfalls für die Leser dieser Abschlussarbeit, die sich in den Transkripten wesentlich besser zurecht finden werden. Die Sprechpassagen der Interviewerin wurden mit „I:“ und in kursiver Schriftart, Sprechpassagen der Interviewten wurden mit „S:“, „K:“ und „L:“ und in nicht kursiver Schriftart dargestellt. Sprechpassagen, die weiter eingerückt sind, kennzeichnen die Unterbrechung des Anderen. So ist optisch sichtbar, wann beispielsweise der Interviewer einen Kommentar zu der Erzählung des Interviewten gibt und ihn in seiner Erzählung unterbricht. Um einen besseren Überblick über die benannten Personen während des Lesens zu erhalten, habe ich die wichtigsten Personen vor dem eigentlich transkribierten Interview noch mal separat mit Namen aufgelistet.

Darüber hinaus habe ich die Interviews nach folgenden Regeln transkribiert:

- Die Interviews wurden wörtlich und vollständig transkribiert.
- Zustimmungende Lautäußerungen der Interviewerin (wie beispielsweise „hm“) wurden, für einen besseren Lesefluss, nicht transkribiert. Während der Transkription habe ich die Anonymisierung aller Daten vorgenommen, damit keine Rückschlüsse auf die interviewten Personen gezogen werden können.

Nach der vollständigen Transkription und Aufbereitung der Interviews habe ich einen Korrekturdurchlauf vorgenommen und mir die Interviews in voller Länge noch einmal angehört, damit vorhandene Fehler ausgebessert werden konnten und für die Auswertung eine bessere Genauigkeit der Transkription gewährleistet werden kann.

Für das Nachgehen meines Forschungsinteresses war die wörtliche Transkription von großer Bedeutung, weil die wortgetreuen Formulierungen meiner Interviewteilnehmer bei dem Auswertungsprozess mit einbezogen werden sollten, da sie einen wesentlichen Stellenwert bei der Beantwortung meiner Fragestellung einnehmen. Mit welchen Worten beschreiben die Interviewten die Veränderungen, welche Emotionen werden bei der Erzählung sichtbar und wie detailliert beschreiben sie bestimmte Phasen ihres Lebens? Dies sind nur einige Fragen, denen

ich im Auswertungsprozess mit nachgehen möchte, so dass sich beispielsweise das zusammenfassende Protokoll (vgl. Mayring, 2002) nicht als ausreichend erwiesen hätte, auch wenn diese Methode weitaus weniger zeitintensiv gewesen wäre.

5.4 Das Auswertungsverfahren – Die qualitative Inhaltsanalyse

Bei der Auswahl eines geeigneten Auswertungsverfahrens habe ich mich zunächst sehr schwer getan. Nach der Transkription der Interviews und nach der Erstellung der Postskriptums hat sich bei mir eine Vorstellung darüber entwickelt, nach welchen Kriterien ich das Textmaterial auswerten möchte. Auf der einen Seite wollte ich auf die inhaltlichen Aspekte detaillierter eingehen, auf der anderen Seite sollten jedoch formale Gegebenheiten mit in die Interpretation einfließen. Gemäß dessen entwickelte ich die Idee, den Inhalt der Interviews anhand aufgestellter Kategorien zu untersuchen. Aus diesem Grund habe ich mich in verschiedene Auswertungsverfahren eingelesen und mich schlussendlich für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring entschieden, an deren Anlehnung ich die gewonnenen Daten auswerten möchte. Diese Methode erscheint mir äußerst vorteilhaft, da sie die Möglichkeit bietet, sich an einem bestimmten Ablaufschema zu orientieren. Für die Bearbeitung meiner Fragestellung ist mir dies wichtig, weil die Methode Halt und Orientierung bietet. Ich möchte kein freies und nicht nachvollziehbares Interpretieren, sondern mich stattdessen an einem systemischen Ablaufschema entlang arbeiten. Das zentrale Element dieser Methode, die Entwicklung eines Kategoriensystems, entspricht zudem meiner anfänglich entwickelten Vorstellung über das Auswertungsverfahren, welches im nachstehenden darzustellen ist. Die qualitative Inhaltsanalyse „[...] will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“ (Mayring, 2002, S. 114). Die qualitative Inhaltsanalyse zerlegt das Material in kleine Einheiten, die dann schrittweise nacheinander bearbeitet werden. „Die Stärke der Inhaltsanalyse ist, dass sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert“ (Mayring, 2002, S. 114).

Mayring hat für das inhaltsanalytische Vorgehen ein allgemeines Ablaufmodell entwickelt, deren neun Stufen es kurz vorzustellen gilt. Zu Beginn des Auswertungsprozesses muss festgelegt werden, welches Material es zu analysieren gilt, d.h. wird beispielsweise das gesamte Interview betrachtet oder nur einzelne Textsequenzen zu bestimmten Themenbereichen (Stufe 1)? Daraufhin ist die Entstehungssituation zu analysieren, wer hat das Interview erhoben und unter welchen Bedingungen ist es entstanden (Stufe 2)? Die formalen Charakteristika des Materials fragen nach der Form des Materials, ob es sich beispielsweise um ein Textdoku-

ment handelt, welches nach bestimmten Transkriptionsregeln verschriftlicht wurde (Stufe 3). Der nächste Schritt ist die Festlegung der Richtung, in die die Analyse gehen soll (Stufe 4). Was möchte ich eigentlich herausfinden? Soll der Gegenstand als solches, also das Thema des Interviews im Vordergrund der Analyse stehen oder der Interviewer mit seiner individuellen Sichtweise? Die theoretische Differenzierung der Fragestellung erfolgt im Anschluss, welches bedeutet, dass die Fragestellung hinsichtlich des theoretischen Vorwissens angepasst und möglicherweise in Unterfragestellungen aufgegliedert werden muss (Stufe 5). Der nächste Schritt besteht in der Festlegung der Analysetechnik (Zusammenfassung - Explikation - Strukturierung), die zu einem späteren Zeitpunkt beleuchtet werden soll (Stufe 6). Die darauffolgende Phase beinhaltet die Definition der Analyseeinheit, in der die Textteile bestimmt werden, die später ausgewertet werden sollen (Stufe 7). Bei der Analyse des Materials werden die im Schritt sechs gewählten Analysetechniken verwendet (Stufe 8). Im letzten Schritt werden die Kategoriensysteme im Hinblick auf die theoretischen Grundlagen und der Fragestellung interpretiert (Stufe 9) (vgl. Lamnek, 2005).

Zu den drei Analysetechniken der qualitativen Inhaltsanalyse gehören:

- Zusammenfassung
- Explikation
- Strukturierung.

Ziel der Zusammenfassung ist die Reduktion des Materials, wobei die wesentlichsten Inhalte erhalten bleiben, aber eine Überschaubarkeit des Inhaltes geschaffen wird. Die Explikation verfolgt das Ziel einer Analyse, bei der zusätzliches Material herangezogen wird, so dass die Erläuterung und/oder Erklärung bestimmter Textteile ermöglicht wird. Die Strukturierung zielt darauf ab bestimmte Aspekte, inhaltlich oder formal, aus dem Material herauszufiltern. Hierzu werden im Vorfeld Kategorien gebildet, denen die Textstellen eindeutig zugeordnet werden können (vgl. Mayring, 2002).

Den bisherigen Ausführungen zur qualitativen Inhaltsanalyse ist zu entnehmen, dass diese Methode durch ihren Bezug auf Regeln und die Aufteilung in verschiedene Arbeitsschritte zu charakterisieren ist. Für die zukünftige Interpretation der Interviews scheint dies für mich die effektivste Auswertungsmethode zu sein.

Die erläuterten Analyseschritte sind hinsichtlich meines Datenmaterials zum Teil schon bei der Darstellung des Erhebungsdesigns und der Durchführung der Untersuchung abgebildet worden. Die Bestimmung des Untersuchungsmaterials (Stufen 1 bis 3) sowie die Fragestellung der Analyse (Stufen 4 und 5) sind bereits thematisiert worden, da ich es strukturell als

angemessener empfunden habe, diese inhaltlichen Gesichtspunkte vorzuziehen. Aus diesem Grund gilt es lediglich noch ein inhaltsanalytisches Verfahren auszuwählen, sowie die Festlegung von Analyseeinheiten, die auf dem zugrundeliegenden Textmaterial basieren. Der letzte Schritt, die Interpretation der Ergebnisse, wird in Kapitel sechs erfolgen.

Betreffs meines weiteren Vorgehens habe ich mich für die Grundform der Strukturierung entschieden, da ich hoffte, mit dieser Analysetechnik meinem Forschungsinteresse am erfolgreichsten nachgehen zu können. „Diese wohl zentralste inhaltsanalytische Technik hat zum Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern. Diese Struktur wird in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen“ (Mayring, 2008, S. 82/83). Um meinem skizzierten Erkenntnisinteresse erfolgreich nachgehen zu können, habe ich die inhaltliche Strukturierung gewählt. „Ziel inhaltlicher Strukturierung ist es, bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen“ (Mayring, 2008, S. 89). Mit dieser Analysetechnik möchte ich die konkreten Veränderungen, Belastungen und Herausforderungen aufdecken, die für das Paar mit einer psychischen Erkrankung einhergehen. Dafür ist die Bildung eines Kategoriensystems notwendig, welches nach Mayring aus der referierten Theorie, dem Ausgangsmaterial und der Fragestellung entwickelt werden sollte. Damit das Textmaterial den Kategorien eindeutig zugeordnet werden kann, sollten drei Schritte eingehalten werden. Zunächst gilt es die Kategorien zu definieren und festzulegen, also welche Textteile unter welche Kategorie fallen. Daraufhin werden sogenannte Ankerbeispiele für jede Kategorie angeführt, die als Beispiel für diese Kategorie gelten sollen. Ferner werden Kodierregeln aufgestellt, die eine eindeutige Zuordnung von Textstellen ermöglichen (vgl. Mayring, 2002).

Während des ersten Materialdurchgangs werden die Textstellen im Material gekennzeichnet, die einer Kategorie zugeordnet werden können. Werden weitere ähnliche Textstellen gefunden, so sind diese ebenfalls dieser Kategorie zuzuordnen. Sind weitere prägnante Textstellen vorhanden, die jedoch keiner bestehenden Kategorie zugeordnet werden können, so muss eine neue Kategorie formuliert werden (vgl. Mayring, 2002). Danach wird das gekennzeichnete Material „[...] herausgefiltert, zusammengefasst und aufgearbeitet“ (Mayring, 2002, S. 120). Für die Interpretation bildet dieses Kategoriensystem die Grundlage.

Die Orientierung an der Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse führte als nächsten Schritt mit sich, dass das Kategoriensystem theoriegeleitet am Material entwickelt werden musste. Zu diesem Zweck habe ich die einzelnen Interviewtranskripte Schritt für Schritt durchgearbeitet und markante Textpassagen mit einem entsprechenden Schlüssel-

begriff versehen, die ich zudem farblich unterschiedlich markierte. Somit war neben einer inhaltlichen ebenfalls eine optische Strukturierung gegeben, die das Aufstellen des Kategoriensystems wesentlich einfacher und schneller gestalten ließ.

Für die Analyse des Textmaterials habe ich folgende Kategorien entwickelt, die neben den Kodierregeln zudem mit einem Ankerbeispiel versehen wurden:

1. Folgen und Veränderungen, die die Krankheit mit sich führt.

In dieser Kategorie sollen alle Aussagen über die krankheitsbedingten Veränderungen zusammengetragen werden. Welche Rolle spielen die Symptome der psychischen Krankheit, was bedeutet die Diagnose für die Partnerschaft und welche Probleme kristallisieren sich heraus? Welche Umgestaltungen sind in der sozialen, beruflichen und partnerschaftlichen Lebenssituation zu verzeichnen?

„[...] ich brachte aber nichts Neues rein in die Beziehung ja, (...), das war ihr, weil sie sich auch weiter entwickelte natürlich irgendwann zu wenig und sie sagte hör mal, du hast 'nen Problem“ (Hr. Karl 4/38-40).

2. Belastungen, die sich durch die Krankheit ergeben.

Hier gilt es darzustellen, was die Erkrankung für den gesunden Partner bedeutet und welche belastenden Folgen dies für die Paarbeziehung haben kann.

„[...] er war dann auch total verzweifelt und wusste nicht, wie er mir helfen soll, weil er auch mit der Erkrankung selber nicht so umgehen konnte“ (Fr. Schnell 16/32-33).

3. Bewältigungsanforderungen und Herausforderungen für das Paar.

Es werden alle Aussagen hinsichtlich des Beziehungsverhältnisses dokumentiert. Inwiefern hat sich das partnerschaftliche Verhältnis zueinander verändert, wie gehen die Paare individuell und gemeinsam mit der Erkrankung um und welche Hindernisse gilt es zu überwinden?

„Das war halt auch so ein Berg dann zwischen meinem Mann und mir irgendwie so kann man sich das vorstellen [...] dass man dann halt [...] nicht so zu einander durch dringt“ (Fr. Schnell 18/11-12).

4. Bedeutung des gesunden Partners.

In dieser Kategorie sollen alle Aussagen gesammelt werden, in denen die erkrankten Personen beschreiben, welche Bedeutung der Partner für einen (gehabt) hat und inwiefern dies einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf hat.

„Und sie versteht mich nicht, versteht mich einfach nicht. Für sie bin ich der Beklopte. Und das tut auch weh“ (Hr. Lüttich 3/19-20).

Nach einem erneuten Durchgang des Textmaterials und der theoretischen Grundlagen kann das vorab aufgestellte Kategoriensystem in der existenten Form erhalten bleiben, da mit der Überprüfung sicher gestellt werden konnte, dass die Kategorien eine Beantwortung auf meine Fragestellung liefern würden. In den entwickelten Kategorien würden demnach die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf die Paarbeziehung deutlich werden.

Abschließend möchte ich noch darauf hinweisen, dass ich bei der Zuweisung der verschiedenen Textstellen zu den Kategorien das wörtliche Zitieren als unerlässlich ansehe und das alleinige Paraphrasieren als nicht ausreichend genug empfinde, da die Sichtweise der Interviewten wirklichkeitsgetreu abgebildet werden sollte und dies mit der Paraphrasierung nicht immer gegeben ist.

6 Untersuchung der Interviews

In diesem Kapitel sollen die drei erhobenen Interviews ausgewertet werden und demzufolge Antworten hinsichtlich meines Erkenntnisinteresses liefern. Zunächst werde ich den aufgestellten Kategorien die entsprechenden Textstellen zuordnen, was sowohl durch direktes Zitieren, als auch durch Paraphrasieren vollzogen wird. Die Aussagen und Beschreibungen der interviewten Personen werden in einem geschlossenen Text zusammengetragen, um darauf folgend unter Einbezug der theoretisch erarbeiteten Grundlagen eine Interpretation und Analyse bezüglich der thematischen Fragestellung meiner Abschlussarbeit auszuführen. Im letzten Schritt sollen die ausgewerteten Interviews miteinander in Zusammenhang gebracht werden, um diesem Ergebnis Thesen zu entnehmen, die eine Konstruktion von typischen Fällen möglich erscheinen lassen. Ist eine Tendenz hinsichtlich der Auswirkungen von chronischen psychischen Erkrankungen auf die Paarbeziehung erkennbar? Wenn ja, ist von einem positiv gelingenden Verlauf auszugehen oder eher von einer gegenteiligen Entwicklung? Diese Beurteilung wird Ziel der folgenden Untersuchung sein.

6.1 Interview Frau Schnell

„[...] er hat mir dann auch ziemlich viel geholfen und mir den Halt gegeben [...]“ (6/2-3).

6.1.1 Beschreibung zur Person

Frau Schnell (*1971) ist an einer paranoiden Schizophrenie und an einer schizoaffektiven Psychose mit depressiven Phasen erkrankt und besucht seit 2006 eine Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen. Sie hat ihren Ehemann im Jahr 2000 kennengelernt, zwei Jahre nach ihrer ersten Psychose und ist seit 2003 mit ihm verheiratet.

6.1.2 Kategorien

Folgen und Veränderungen, die die Krankheit mit sich führt.

Im Folgenden werden Textpassagen zusammengetragen, in denen die Veränderungen im Leben von Frau Schnell und ihrem Mann, die durch die psychische Erkrankung aufgetreten sind, sichtbar werden.

Frau Schnell beschreibt die Symptomatik ihrer Erkrankung mit Stimmen Hören, dass sie sich wie ein verscheuchtes Reh gefühlt und dass sie über eine eingeschränkte Kommunikation verfügt habe. Durch die Psychose habe sie nicht nur ihre bisherigen Interessen verloren, sondern war zudem sehr träge und müde und konnte daraufhin auch keine berufliche Tätigkeit mehr

ausüben, so dass sie seit 2008 die Erwerbsunfähigkeitsrente bezieht (vgl. 3/24-27; 3/29-32; 3/44-46).

Ihren Ehemann lernte Frau Schnell nach der ersten Psychose kennen, so dass dieser nach Abklingen der Akutphase noch mit den Symptomen konfrontiert wurde. Frau Schnell beschrieb die erste Zeit mit ihrem Ehemann folgendermaßen:

„Ja und er ist dann halt, wo wir dann nach F. fahren wollten mit in den Kreis gekommen und (...) da war ich halt auch noch nicht so weit, also ich war halt immer noch ziemlich träge so vom Sprechen her und hab auch noch nicht viel gesagt und und ja gut der Max hatte sich dann sehr rührend um mich gekümmert [...]“ (4/28-32).

Die Merkmale der psychischen Erkrankung waren bei Frau Schnell zum Zeitpunkt des Urlaubs noch nicht abgeklungen, so dass ihr Mann sie in diesem Zustand kennenlernte. Das eingeschränkte Sprachvermögen und die Trägheit haben bei dem Mann dazu geführt, dass er sich verstärkt um sie gekümmert und sie unterstützt hat, obwohl die einseitige Kommunikation für ihn sicherlich nicht einfach gewesen sein muss. Es wird jedoch deutlich, welches zeitliche Ausmaß die Erkrankung mit sich führt.

Nach der Verlobung und dem Zusammenziehen in eine gemeinsame Wohnung entwickelte sich langsam eine Alltagsstruktur, mit der Frau Schnell jedoch krankheitsbedingt bis heute noch Probleme aufweist, die ihr Mann fühlbar zu spüren bekommt:

„[...] da hatte er mir dann schon mal so beigebracht die Sachen abzuheften und mehr Ordnung zu schaffen, das mache ich jetzt halt sowieso, ich hefte auch zu Hause immer alles ab und es geht mir jetzt auch viel viel besser von der Hand und er hat mir auch sehr sehr viel geholfen in der Zeit [...]“ (4/45-48).

Die Erkrankung an Schizophrenie führt bei Frau Schnell dazu, dass sie Schwierigkeiten in der Einhaltung einer gewissen häuslichen Grundordnung aufweist, welches teilweise aktuell noch zu Differenzen mit ihrem Mann führt (vgl. 23/17-18). Für ihren Ehemann bedeutet dies zum einen, dass er viel Geduld und Empathie benötigt, um seiner Frau die richtigen Vorgehensweisen zu erklären und sie bei der Einhaltung von Ordnung zu unterstützen, zum anderen braucht Herr Schnell viel Kraft und Ausdauer, wenn die Leistungsfähigkeit der Partnerin eingeschränkt ist und sie demzufolge mehr Zeit und mehr Aufmerksamkeit für die zu erledigenden Arbeiten benötigt. In diesem Zusammenhang sind die Passivität von Frau Schnell und die eher aktivere Rolle von ihrem Ehemann auffällig, der in der Regel die

Vorschläge für gemeinsame Aktivitäten unterbreitet. Frau Schnell ergreift weniger die Initiative und ist, bedingt durch die Denkhemmung, nicht dazu in der Lage sich Gedanken über die Freizeitgestaltung zu machen (vgl. 16/37-41). Das regelmäßige Einkaufen bedeutet für das Ehepaar große Kraftbeanspruchungen, welches ein verändertes Rollenverständnis mit sich führt.

„[...] wenn wir einkaufen gingen, er hat dann immer die Sachen alle geholt, ich habe mehr oder weniger nur den Wagen geschoben und mich dann immer nur umgesehen [...] ja, so wie ein verscheuchtes Reh habe ich mich gefühlt, also, und das war für ihn dann eigentlich auch immer komisch dann, er dachte nur, hoffentlich beobachten uns jetzt nicht so die Leute, weil ich dann immer so verängstigt irgendwie darum geguckt habe [...]“ (16/41-46).

Auf der einen Seite muss der Ehemann vermehrte Tätigkeiten übernehmen, weil seine Ehefrau gesundheitlich (noch) nicht dazu in der Lage ist, auf der anderen Seite bedeuten die symptomatischen Ausprägungen der Schizophrenie eine Belastung für den Ehemann, weil das Verhalten seiner Frau zu einem möglichen Unverständnis im sozialen Umfeld führen könnte. Der Gesundheitszustand von Frau Schnell ist demgemäß noch nicht so weit stabilisiert, als dass sie nicht immer noch eine Abhängigkeitsrolle einnimmt und sie nicht noch immer zum Teil über begrenzte selbstständig etablierte Alltagsstrukturen verfügt.

Nach der gesundheitlichen Stabilisierung, die mit einem Abklingen der Symptome verbunden ist, haben Frau Schnell und ihr Ehemann zwar einen strukturierten Tagesablauf entwickeln können, doch hat die psychische Erkrankung trotz allem einige Veränderungen mit sich gebracht. Frau Schnell ist erwerbsunfähig und bezieht aus diesem Grund seit einigen Jahren Rente. Da sie jedoch einen durchstrukturierten Tagesrhythmus benötigt, besucht sie täglich eine Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen, weil sie dort den nötigen Rückhalt für die fortführende Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes erfährt. Auf die Frage, wie ihr Ehemann über den Besuch der Tagesstätte denkt, antwortete Frau Schnell:

„[...] für ihn ist das schon in Ordnung und das ist (...) und er merkt ja auch, dass es mir gut tut, dass ich mich auch verändert hab in der Zwischenzeit, wo ich dann hier hin gehe (...) zum positiven (...) und das ja auch so sieht, dass ich, wenn ich nicht hier hin gehen würde, dass es wahrscheinlich dann auch (...) mir schlechter gehen würde und vor allen Dingen auch ähm (...) ich brauch diesen strukturierten Arbeitsablauf [...]“ (25/23-27).

Für Frau Schnell ist die Tagesstätte ein wichtiges strukturierendes Element, ohne welches sie nach eigenen Aussagen

„[...] wieder in so ein altes Klischee rein falle[n] [würde], wo [sie] dann eben tagsüber dann mehr oder weniger nur noch am Fernsehen gesessen ha[t], nicht mehr viel was im Haushalt gemacht ha[t], alles stehen und liegen gelassen ha[t] [...]“ (25/36-38).

Für ein junges Paar ist zunächst die Tatsache, dass ein Partner erkrankt ist und Rente bezieht, wahrscheinlich keine einfache Gegebenheit, jedoch wird im Verlauf der Zeit ersichtlich, wie wichtig die soziale Rehabilitationseinrichtung für die Genesung des Betroffenen und in diesem Zusammenhang für die weitere Existenz der Partnerschaft ist.

Bezüglich der partnerschaftlichen Lebenssituation haben sich bei dem gegenwärtigen Paar Einschränkungen herauskristallisiert, die sich sowohl auf die sexuelle und intime Ebene beziehen, als auch auf die Thematik Kinder- und Familienplanung.

Für das nötige Hintergrundverständnis sei hinzugefügt, dass Frau Schnell in ihrer beruflichen Ausbildungsphase mehrmals sexuell belästigt worden ist (vgl. 2/23-27; 3/40), welches möglicherweise als (ein) Auslöser für die psychische Erkrankung gesehen werden kann. Somit gilt es für den folgenden Aspekt zu berücksichtigen, dass Frau Schnell nicht „nur“ die Symptome einer Schizophrenie zeigt, sondern zudem auch die Erfahrung eines Missbrauchs hat erleben müssen.

In einer Partnerschaft sind die Faktoren Intimität und Leidenschaft in der Regel von großer Bedeutung, doch äußerte Frau Schnell dahingehend Einschränkungen:

„[...] dieses intensive Empfinden auch mit Sex und dem ganzen so (...). Gut, ich mein das hab ich dann s c h o n, aber nicht in der Form, wie es andere Frauen gekriegt hätten“ (24/44-46).

Sie beschrieb diesen Zustand dann noch etwas detaillierter:

„[...] ja, aufm (...) ja gleichbleibenden Level halt bin, dass ich jetzt nicht euphorisch bin oder so dabei, aber auch nicht so, dass ich dann total negativ eingestellt bin, [...] ich kann das mitunter auch gar nicht so vom Gesicht her so zeigen, irgendwie (...) Trauer oder (...) ist dann mitunter ähm (...) das ich dann (6) trotzdem noch 'nen freundliches Gesicht so ungefähr mache, obwohl ich eigentlich so innerlich ganz anders fühle“ (24/50 – 25/4).

Es ist nicht exakt auszumachen, aus welchen Gründen Frau Schnell nicht über dieses tiefe Empfinden verfügt, es kann jedoch konstatiert werden, dass es sehr schwer einzuschätzen ist, in welchem Gefühlszustand Frau Schnell sich in bestimmten Situationen befindet. Für gelingende Kommunikations- und Interaktionsprozesse ist dies nicht geradezu förderlich. Die

Unfähigkeit, Gefühle preiszugeben, stellt für Frau Schnell ein großes Defizit dar, das für eine intensiv erlebte Sexualität mit ihrem Ehemann hindernd ist.

Eine der schwerwiegendsten Folgen, die mit der psychischen Erkrankung einhergeht, ist die Kinderlosigkeit des Paares. Frau Schnell und ihr Ehemann würden sehr gerne Kinder bekommen, doch sind sich beide darüber bewusst, dass dafür die Medikamente von Frau Schnell herab- bzw. abgesetzt werden müssten, welchem Risiko sich beide jedoch nicht aussetzen möchten (vgl. 18/29-32).

„[...] wir können uns ein Leben eigentlich ohne Katze oder irgendein Haustier gar nicht mehr so vorstellen, weil Kinder können wir halt keine bekommen und ja, für mich war das dann schon ganz gut keine Kinder zu kriegen, nach dem das dann mit der Psychose war, wo ich dann halt auch immer Angst hatte noch ein Kind und das auch durchstehe, so ein kleines Kind macht ja doch viel viel Veränderung“ (6/42-46).

Frau Schnell begegnete dieser Thematik während des gesamten Interviews mit sehr viel Verantwortlichkeit und Pflichtgefühl (u.a. vgl. 7/6; 7/11-12), denn auch wenn sie gerne Nachkommen haben würde, so sah sie ganz deutlich die Problematiken, die sich im Falle eines erneuten psychotischen Schubes ergeben würden: *„wenn man selber krank wird, man kann sich ja selber um sich nicht kümmern [...]“ (7/1-2)*. Stattdessen haben ihr Mann und sie mit den Haustieren eine Alternative gefunden und demzufolge eine gemeinsame Entscheidung, zu Gunsten der eigenen Gesundheit, treffen müssen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Erkrankung und die daraus resultierenden Veränderungsprozesse ein langwieriger Prozess sind, der Umgestaltungen erfordert und Einschränkungen mit sich führt.

Belastungen, die sich durch die Krankheit ergeben.

Anhand der vorab beschriebenen Folgen und Veränderungen, die durch die psychische Erkrankung auszumachen sind, soll an dieser Stelle das Belastungserleben von Herrn Schnell untersucht werden und die daraus aufkeimenden Nachwirkungen für die Paarbeziehung. Es gilt zunächst zu beachten, dass Herr Schnell seine Frau nach dem Ausbruch der psychischen Erkrankung kennen gelernt hat, so dass er keinen Vergleich zu einem vorherigen Leben mit seiner Frau hat, als diese noch psychisch gesund war. Dies ist für die weitere Untersuchung von wichtiger Bedeutung, da davon auszugehen ist, dass Herr Schnell sehr zeitnah mit den Kennzeichen der Krankheit in Berührung gekommen ist und er so seine Frau mit diesen Merkmalsausprägungen lieben gelernt hat (vgl. 5/33-38). Dennoch sind speziell in der

Akutphase zahlreiche Hindernisse aufgetreten, denen Herr Schnell gerecht werden musste. Da Frau Schnell in ihren Beschreibungen die Belastungen für ihren Mann fast ausschließlich auf die Akutphase beschränkte, sollen diese im Folgenden schwerpunktmäßig bearbeitet werden.

Mit einem an Schizophrenie erkrankten Menschen zusammen zu leben, fordert von den Angehörigen viel Verständnis und Einfühlungsvermögen.

„er hat mir auch viel Zeit gelassen, also es war jetzt nicht so, dass er mich jetzt gedrängt hat zu irgendwas, er hat mir die Zeit gelassen und das fand ich eigentlich auch ganz toll“ (4/50 -5/2).

Mit dem Auftreten eines kritischen Lebensereignisses sind für den Betroffenen zahlreiche Probleme und Erneuerungen verbunden, doch für den gesunden Partner gehen damit ebenfalls Schwierigkeiten einher, besonders hinsichtlich des zwischenmenschlichen Miteinanders. Herr Schnell musste sehr geduldig und feinfühlig mit seiner Frau umgehen, er musste ihr selbst zunächst einmal Zeit lassen, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Seine Bedürfnisse galt es zurückzustellen und die seiner Frau in den Mittelpunkt zu rücken, damit sie den Weg zurück in den Alltag bewältigen konnte. Dies hatte zur Folge, dass Herr Schnell mehr Aufgaben in der Beziehung übernehmen musste, so dass sich die Rollenaufteilung nicht mehr im Gleichgewicht befand, wie dies im Vorfeld schon offenbart wurde.

Die starken krankheitsbedingten Ausprägungen und die damit verbundene eingeschränkte Handlungsfähigkeit werden in der nachstehenden Schilderung evident:

„[...] wenn ich dann aus dem Bett kam in der Wohnung dann rumlief, mich dann ständig beobachtet fühlte, wir wohnten halt in 'nem Erdgeschoss, so dass dann jeder von draußen rein gucken konnte in die Fenster und (...) wenn ich dann nichts getan hatte in der Wohnung, dann dachte ich mir dann gucken die jetzt wieder, jetzt denken die die macht überhaupt nichts in der Wohnung und wenn ich dann angefangen hatte was zu tun, dann konnte ich mich auf eine Sache nicht konzentrieren [...]“ (5/47 – 6/1).

Eindrucksvoll ist eine offensichtliche Veränderung der Wahrnehmung und des Denkens zu vernehmen, die die Schwierigkeit eines richtigen und angemessenen Umgangs miteinander deutlich werden lassen.

„[...] wenn er dann abends nach Hause kam und ich hab dann tagsüber auch nicht viel was geschafft und er merkte dann auch gleich, dass ich wieder den Tränen so nahe war, da

hat er mich dann auch gleich in den Arm genommen und ich sollte dann erzählen was da gewesen ist [...]“ (5/43-46).

Im Umgang mit seiner Frau brauchte Herr Schnell sehr sensible Antennen, mit denen er die Bedürfnisse seiner Frau wahrnehmen konnte. Frau Schnell war emotional sehr labil und wies eine geminderte Leistungsfähigkeit auf, so dass ihr die Bewältigung des Alltags äußerst schwer gefallen ist.

Darauf musste Herr Schnell emphatisch und unterstützend reagieren, welches ihm jedoch nicht einfach und selbstverständlich gelingen konnte, da er selbst im Umgang mit seiner Frau und ihren Verhaltensweisen verunsichert war „[...] er wusste dann auch nicht was er wie dann mit mir anfangen sollte, dass ich dann wieder besser drauf bin [...]“ (12/19-20). Ratlosigkeit, Verzweiflung und Hilflosigkeit breiteten sich bei Herrn Schnell aus (vgl. 16/32-34), so dass er seinen Schwager oft um Rat gebeten hat, weil eine zu große Unwissenheit über die psychische Erkrankung bestand (vgl. 12/34-36). Nichtsdestoweniger war er stetig darum bemüht seiner Frau die Anpassung an den Alltag zu erleichtern, wobei er immer wieder Rückschläge einstecken musste, weil seine Frau einfach noch zu starke Beeinträchtigungen aufwies. Jegliche Formen von Motivation und Kreativität gehörten zu den unterstützenden Versuchen von Herrn Schnell (vgl. 12/20-25). Letztendlich hat Herr Schnell jedoch zunächst viele Rückschläge für seine Mühen einstecken müssen und unter Umständen ein Gefühl von Alleinverantwortung entwickelt, bedenkt man zudem die starken gesundheitlichen Schwankungen, unter denen seine Ehefrau nach dem Ausbruch der zweiten Psychose litt (vgl. 12/40-43).

„[...] für ihn ist dann halt dieser Umgang damit, mit der Erkrankung und mit mir selber dann dieses [...]. Ja, diese Balance zu halten [...] Das ist, weil es mir besser ging, weil es mir schlechter ging [...] dieser Rhythmus, den wir da hatten oder wo dann zwei Wochen gut waren und eine Woche wieder schlecht und (...) naja und er sich so nicht so direkt dann einfinden konnte in die Situation, weil er das eben nicht so gekannt hatte“ (16/47-17/4).

Für Frau Schnell schien dies eine der größten Belastungen für ihren Mann zu sein, sie untermauerte ihre Beschreibung mit einer Demonstration ihrer Hände, die ein Gleichgewicht, eine Balance signalisieren sollten. Da Frau Schnell während des Interviews nur sehr wenig mit ihren Händen gestikulierte, kann dieser Beschreibung eine wichtige Bedeutung beigemessen werden. Sie brachte deutlich zum Ausdruck, welche Schwierigkeiten ihr Mann bei dem richtigen Umgang mit ihr hatte, dass es ihn gewissermaßen belastet haben muss,

nicht genau nachempfinden zu können, was speziell in seiner Frau vorging und demnach davor Sorge gehabt haben musste, eventuell nicht sensibel genug darauf reagieren zu können.

Generell scheint aus der Perspektive von Frau Schnell die psychische Erkrankung jedoch keine allzu große Belastung für ihren Mann und deren Ehe darzustellen „*Also so 'ne ganz große Belastung würde ich jetzt nicht unbedingt sagen*“ (26/23), mit der Ausnahme der geringeren emotionalen und sexuellen Empfindung ihrerseits. Was sie jedoch als bedrückend und anstrengend einstufen würde, sind die bereits genannten Schwankungen, die eine angemessene Handhabung mit ihr schwierig erscheinen lassen. Mit der momentanen stabilen Situation scheint ihr Mann jedoch gut zu recht zukommen (vgl. 26/39-41), so dass dahingehend die Belastungsempfindungen auf ein Minimum reduziert sind. Zu einer der wichtigsten Entlastungsgründe kann der Besuch der Tagesstätte gezählt werden:

„[...] ja und ich bin ganz froh, dass ich auch hier hin kommen kann in die Tagesstätte und mein Mann ist auch froh da darüber [...]“ (7/35-36).

Für Frau Schnell ist diese Anbindung äußerst wichtig, da sie sonst, wie vorab bereits beschrieben wurde, nicht dazu in der Lage ist, einen geregelten Tagesablauf zu strukturieren. Mit dem Tagesstättenbesuch können demzufolge mehrere Vorteile verbunden werden: Frau Schnell erhält die Möglichkeit einer alternativen Alltagsbeschäftigung nachzugehen, was mit sozialen Kontakten, lebenspraktischen Trainings, Gesprächen und therapeutischen Angeboten verbunden ist. Insofern kann sowohl ihre Belastungsfähigkeit weiter ausgebaut als auch ihre Eigenständigkeit gefördert werden, mit dem Ziel der fortführenden gesundheitlichen Stabilisierung. Für ihren Ehemann bedeutet dies eine enorme Entlastung, weil seine Frau im Rahmen der Tagesstätte zusätzliche Unterstützung und Förderungsmöglichkeiten erhält, so dass er sie einerseits in guten Händen weiß, was andererseits eine gewisse innerliche Befreiung mit sich führt. Somit kann Herr Schnell sich wieder mehr auf sich selbst konzentrieren, welches zu einem ausgeglicheneren und entspannteren Verhältnis in der Partnerschaft führen sollte.

An dieser Stelle sollte nicht unerwähnt bleiben, dass mit den Sorgen und Lasten um seine Frau auch einschlägige Nachwirkungen bezüglich seiner beruflichen Tätigkeiten aufgekommen waren:

„Ja und er hatte auch das Problem natürlich auf der Firma [...] in der Zeit wo es mir dann halt schlechter ging und (...) da hat er natürlich auch die Arbeit sehr schlecht gemacht, weil er dann mehr auch gedanklich bei mir war. [...] Es war für ihn dann natürlich dann

auch 'ne schwierige Situation [...] sich dann auf die Arbeit zu konzentrieren [...] wenn man den Kopf nicht dafür frei hat [...]“ (17/21-36).

Bei genauerer Betrachtung wird sichtbar, wie stark die eigene Leistungsfähigkeit abnimmt, wenn man mit den Gedanken nicht am Arbeitsplatz ist, sondern sich mit familiären Begebenheiten auseinandersetzt, weil die Belastung derartig erhöht ist, dass ein Abschalten kaum möglich erscheint.

Es bleibt festzuhalten, dass speziell in der Akutphase der Psychose Frau Schnell im Mittelpunkt der Partnerschaft stand und der Mann sich ihrem gesundheitlichen Zustand anpassen musste. Somit kann von keiner ausgeglichenen, sondern eher einer fragilen Paarbeziehung gesprochen werden, weil der Ehemann zahlreichen Belastungen ausgesetzt gewesen ist, die ihn jedoch nicht zu einer Trennung veranlasst haben. Die Tagesstätte leistet hier sicherlich einen wichtigen Beitrag, da Frau Schnell sich gut stabilisieren konnte und somit wieder am Leben teilhaben kann.

Trotz starker Belastungen und denkbaren Überforderungen taucht die Frage auf, welche Faktoren für Herrn Schnell bei der Aufrechterhaltung dieser Ehe eine Rolle gespielt haben, denn, betrachtet man die zurückliegenden schwierigen Zeiten, so hätte er ebenso eine Trennung in Erwägung ziehen können. Hypothetisch kann angenommen werden, dass möglicherweise seine Bedürfnisse trotz allem befriedigt worden sind, dass nach der sozialen Austauschtheorie die positiven Faktoren überwogen haben oder er aber seine Frau als liebevolle Partnerin sieht, die er liebt und mit der er, trotz aller Belastungen, sich eine erfüllte Partnerschaft vorstellen kann. Dessen ungeachtet stellt die psychische Erkrankung nur eine Facette von Frau Schnell dar und demzufolge verfügt sie sicherlich über viele weitere Charakterzüge und Wesensanteile, die ihr Mann an ihr zu schätzen weiß.

Bewältigungsanforderungen und Herausforderungen für das Paar.

Das Zusammenleben mit einer psychisch erkrankten Person erfordert gewisse Umstrukturierungen und möglicherweise eine neue Ausrichtung des partnerschaftlichen Verhältnisses. Somit ergeben sich Herausforderungen für das Paar, die es zu bewältigen gilt, wenn die Partnerschaft einen Fortbestand haben soll. Welchen spezifischen Bewältigungsanforderungen Frau und Herr Schnell gegenüberstanden haben, welche immer noch aktuell sind und welchen Einfluss dies auf ihre Beziehung ausübt, dies wird anhand ausgewählter Textsequenzen dargestellt.

Hinsichtlich der psychischen Erkrankung und der Missbrauchserfahrungen von Frau Schnell, ergab sich für ihren Ehemann eine doppelte Herausforderung, um das Interesse und die Zuneigung seiner jetzigen Ehefrau zu gewinnen.

„[...] auch dann wo wir nach F. gefahren sind in Urlaub, da war er dann halt immer bei mir und hat mir geholfen, wenn ich dann nicht so hinterher kam wie die anderen und halt viel auch mit mir gesprochen und (...) hat mir auch wieder so das Gefühl gegeben, Vertrauen auch wieder zu Männern halt überhaupt zu bekommen und ja, das war eigentlich sehr schön“ (4/32-36).

Für Frau Schnell war es von großer Wichtigkeit, dass man ihr die Zeit gelassen hat, die sie benötigt, um wieder ein gewisses Grundvertrauen zu Männern aufbauen zu können. *„[...] also erstens mal hat er mir sehr geholfen in dem Bezug eben auf Männern, dass ich da halt mehr so die Gefühle also wieder zulassen konnte [...]“ (11/7-8).* Für ihren Ehemann bedeutete dies eine ungeheure Aufgabe, das Vertrauen einer Frau zu gewinnen, die in ihrer Vergangenheit mehrmals von Männern enttäuscht und verletzt worden war. Es forderte von Herrn Schnell viel Empathie und Geduld, besonders im Hinblick auf die erste Annäherungsphase, verstärkt jedoch auch in sexueller Hinsicht.

„[...] so nach und nach sind wir auch mit den Gesprächen halt auch mit Umarmung und uns dann näher gekommen mit auch mal im Bett kuscheln und so was dann halt und er hat mir dann auch sehr sehr viel Zeit auch mit [...] sexuellem Verkehr halt gelassen, [...] dass ich das wollte und nicht das er jetzt darauf gedrängt hatte [...]“ (11/31-38).

Für das Ehepaar Schnell bestand die besondere Herausforderung darin, dass Frau Schnell nicht „nur“ an einer psychischen Erkrankung leidet, sondern zudem noch sexuelle Missbrauchserfahrungen hat erleiden müssen, so dass dem Bereich Intimität und Zärtlichkeit eine spezifische Bedeutung zugeschrieben werden kann. Durch eine psychische Erkrankung kann die Sexualität beeinträchtigt sein, wobei die Missbrauchserfahrungen ebenfalls dazu beitragen, dass Frau Schnell nachvollziehbare Hemmungen und Sorgen aufweist, ihrem Mann körperlich näher zu kommen. Herr Schnell schien jedoch Verständnis, sowie das notwendige Feingefühl zu haben, sich langsam und behutsam seiner Frau zu nähern und sie das Tempo bestimmen zu lassen. Demzufolge ist mit dem intensiveren Kennen- und Liebenlernen eine erhebliche Bewältigungsanforderung verbunden gewesen. Dennoch ist dem Interview zu entnehmen, dass das Thema Angst eine kontinuierliche, wenn auch zum Teil unterschwellige, Bedeutung in der Partnerschaft zu haben scheint. Zum einen hat Frau Schnell große Ängste

empfunden, als sie die Diagnose Schizophrenie erhalten hat, weil sie die Informationen über diese Erkrankung stark verunsichert und verängstigt haben (vgl. 13/37-45). Auch wenn sie es in dem Interview nicht explizit benennt, sondern eher den Begriff der Verzweiflung nennt (vgl. 12/32-36; 16/32-34), so ist davon auszugehen, dass ihr Mann diese Ängste ebenso verspürte, als er von der Erkrankung erfahren und die Symptomausprägungen miterlebt hat. Zum anderen beschrieb Frau Schnell, dass sie eine große Angst davor habe, wenn sie die Medikamente für eine Schwangerschaft absetzen würde. Die Gefahr eines erneuten Krankheitsschubes hat das Paar unter anderem dazu veranlasst, keine Kinder zeugen zu wollen (vgl. 18/43-48). Zudem vermute ich während des Interviews an einigen Passagen herausgehört zu haben, dass Frau Schnell eine gewisse Angst verspürt, dass ihr Mann sie möglicherweise verlassen könnte.

„[...] wo ich dann wieder krank wurde ist er auch bei mir geblieben und hat jetzt nicht irgendwie gesagt hier komm, wenn es dir nicht besser geht dann verlasse ich dich, das ist ja viel so vom hören, oder die Leute verlassen einen und er hat zu mir gehalten und auch in der Krankheit und natürlich dann auch darüber hinaus [...]“ (6/11-14).

Darüber hinaus hofft sie, dass sie noch lange mit ihm verheiratet bleibt (vgl. 5/24), denn sie *„[...] lieb[t] ihn eigentlich noch so wie am ersten Tag“ (5/16)*. Auf der einen Seite ist wahrzunehmen, dass Herr Schnell konstant an der Seite seiner Frau gestanden hat, auf der anderen Seite scheinen bei Frau Schnell jedoch gewisse Sorgen darüber zu bestehen, dass dies vielleicht nicht für immer so bleiben könnte.

An dieser Stelle sollten die Gesichtspunkte Stigmatisierung und Vorurteile näher beleuchtet werden, weil Frau Schnell sich damit stark auseinander(ge)setzt (hat) und ihr Mann damit sicher ebenfalls in Berührung gekommen ist. Zwar beschrieb Frau Schnell keine konkreten Situationen, in denen sie damit persönlich konfrontiert worden ist, doch scheint die Auseinandersetzung mit dieser Thematik bei ihr präsent zu sein.

„[...] früher [hieß es] immer, oh, psychisch Kranke und in die Klapsmühle [...] und man hat dann irgendwie so gedacht, oh (...) mit denen kannste nichts anfangen so ungefähr, weil man einfach nichts wusste über die Krankheiten, nur so vom Hörensagen und die wurden dann auch immer schlecht so dargestellt und man nahm das dann halt auch von den Eltern so an oder auch von anderen, weil man sich selber gar keine Vorstellung davon machen konnte“ (14/14-19).

Die Beschreibung bringt zur Geltung, dass Frau Schnell zum Teil sogar nachvollziehen kann, dass die Gesellschaft in bestimmter Weise voreingenommen gegenüber Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist. Nichtsdestotrotz ist sie auch pikiert darüber, dass dieser Personenkreis in der Regel falsch dargestellt wird, so dass man „[...] *ein total falsches Bild* [...]“ (16/9) erhält. Sie selbst ist sehr glücklich darüber, dass sie im Kreis ihrer Gemeinde nicht abgestempelt worden ist, sondern gegenteilig sehr gut aufgenommen und trotz ihrer Erkrankung akzeptiert worden ist (vgl. 16/21-24). Trotz allem kann man vermuten, dass, bedingt durch die gesellschaftlich vorherrschenden Vorurteile und die Neigung zur Stigmatisierung, diese Situation für Herrn Schnell mit möglichen Schwierigkeiten verbunden war. Beispielsweise seine Eltern über die Erkrankung seiner Frau in Kenntnis zu setzen, was letztendlich positiv verlaufen ist, so dass Frau Schnell von ihren Schwiegereltern gut aufgenommen worden ist (vgl. 19/44-47). Dennoch ist es für Herrn Schnell sicherlich keine einfache Zeit gewesen, mit der Erkrankung umgehen zu lernen und gleichzeitig den Vorbehalten der Gesellschaft gegenüberzustehen. Eine sehr einflussnehmende Rolle kann in diesem Zusammenhang der Schwester von Frau Schnell zugeschrieben werden, die die Erkrankung ihrer Schwester nicht akzeptieren kann, was demzufolge mit negativen Auswirkungen auf das Beziehungsverhältnis zwischen Frau Schnell und ihren Ehemann einhergeht. „[...] *eigentlich weiß sie schon was los ist, aber dann [fehlt] wieder das Verständnis für die Erkrankung* [...]“ (7/46-47). Die Schwester von Frau Schnell ist „*eigentlich immer so dagegen*“ (7/43), sei es bei dem Aspekt, dass Frau Schnell eine Tagesstätte besucht oder bei der Wahl ihres Ehemannes. Frau Schnell beschrieb während des Interviews einige Situationen, in denen die Missgunst und das fehlende Verständnis ihrer Schwester sichtbar wurden. Zunächst scheint sie für die psychische Krankheit ihrer Schwester kein Verständnis zu haben und kann diese Tatsache dementsprechend nicht akzeptieren und für sich annehmen. Ferner ist sie mit ihrem Schwager nicht einverstanden, wobei der Grund dafür nicht offensichtlich ist. Für Frau Schnell sind dieses Unverständnis und die Ablehnung der Tagesstätte „[...] *das ist doch quatsch dahin zugehen, was lernt ihr denn da oder was macht ihr denn da, ist doch viel besser, wenn du irgendwie Geld verdienen würdest* [...]“ (7/37-39) keine Hilfeleistungen, sondern bewirken stattdessen einen Rückschlag und lassen bei Frau Schnell Zweifel darüber entstehen, ob sie den richtigen Weg mit ihrer Erkrankung eingeschlagen hat. Streng genommen nimmt die Schwester von Frau Schnell mit dieser Aussage eine Degradierung vor, in der sie verlauten lässt, dass der Besuch einer Tagesstätte und der Bezug einer Erwerbsunfähigkeitsrente nicht als würdevoll und akzeptabel anzusehen ist. Für ihren Ehemann stellt diese Art von Gegenwirkung keine Mithilfe dar und sorgt

stattdessen für einen zusätzlichen Belastungsfaktor, dem das Paar sich gemeinsam stellen muss, zumal Herr Schnell von seiner Schwägerin nicht akzeptiert, sondern lediglich geduldet und vor allem kritisiert wird (vgl. 22/5-12; 22/42-48). Dieser Umgang miteinander hat bestimmte Krisen und Konflikte entstehen lassen, da Frau Schnell sich in einem Zwiespalt zwischen ihrem Ehemann und ihrer Familie befunden hat. Diese konnten jedoch mit der Zeit wieder behoben werden (vgl. 23/3-16). Dennoch kann man sich vorstellen, welche gravierenden Effekte auf die Paarbeziehung und damit auf die gemeinsame Krankheitsbewältigung fehlende Akzeptanz und Unterstützung von Familienangehörigen haben können.

Wie schwierig es für Herrn Schnell gewesen sein muss, die Situation der Akutphase zu verstehen, nachzuvollziehen, was mit seiner Frau passiert, was in ihr vorgeht und warum sie derartige Verhaltensweisen zeigt, wird in einer sehr anschaulichen und symbolischen verbalen Beschreibung von Frau Schnell mit dem nachfolgenden Zitat offensichtlich.

„Das war halt auch so ein Berg dann zwischen meinem Mann und mir irgendwie so kann man sich das vorstellen (demonstriert dies mit den Händen) dass man dann halt so (6) ach ja (tief einatmend) nicht so zu einander durch dringt (seufzend und ausatmend) sag ich mal so, vorher dann dann weiß man immer was der andere so macht und tut und dann auf einmal sind die Gedanken von dem anderen nicht mehr so, kann man nicht mehr so wahrnehmen (...), weil derjenige vielleicht selber keine Gedanken so hat (...) und nur halt auf andere dann hört und wie so ein kleines Kind sozusagen (...), welches geführt werden muss so ungefähr (...)“ (18/11-17).

Die Erkrankung ist wie eine Schranke zwischen ihnen zu verstehen, was nicht nur eine Distanzierung voneinander nach sich gezogen, sondern auch die individuelle Selbstständigkeit und Unabhängigkeit eingegrenzt hat. Die gegenseitige Beziehung ist einem Wandel unterzogen worden, die Frau Schnell mit der Metapher des Berges sehr anschaulich demonstriert hat. Der Berg steht teilweise für eine Trennung zwischen ihnen, teilweise aber auch dafür, dass der Berg erklommen und überwunden werden muss, damit man wieder zueinander findet. Die Partner stehen an zwei verschiedenen Stellen und müssen den Weg zueinander (zurück) finden, wenn sie ihren weiteren Lebensweg gemeinsam gehen möchten. Der Berg, als metaphorische Bedeutung für die Symptomatik und die daraus resultierenden Folgen, charakterisiert die enormen Bewältigungsanforderungen, die sich für das Ehepaar ergeben. Gewissermaßen kann damit auch eine Störung des Kommunikationsverhaltens beschrieben werden, da sich Frau Schnell durch die Psychose in einer anderen Wirklichkeitswelt befindet,

in der ihre Wahrnehmung nicht mit der ihres Mannes übereinstimmt, so dass Kommunikationsprobleme entstehen.

Es ist deutlich geworden, welche Veränderung mit dem Hindernis der psychischen Krankheit in der Paarbeziehung eingetreten ist und welche Anstrengungen mit der Überwindung einer solchen Hürde verbunden sind. Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung erfolgt teilweise gemeinsam, doch erhielt ich verstärkt den Eindruck, als ob Frau und Herr Schnell jeweils für sich selbst eine Strategie entwickelt haben, um mit den Folgen der Erkrankung zu recht zu kommen. Zudem scheint die gemeinsame Kommunikation und Interaktion auf ein Minimum reduziert zu sein. Eine zusätzliche Obliegenheit, mit der das Paar konfrontiert wird, sind die physischen Erkrankungen von Frau Schnell (vgl. 8/2-27), die weitere Problematiken und Sorgen mit sich führen, jedoch bezüglich der thematischen Fragestellung nicht weiter verfolgt werden sollen.

Zusammenfassend ist das Ehepaar Schnell zahlreichen Herausforderungen gegenübergestellt, die sie teilweise alleine, teilweise gemeinsam angehen und bewerkstelligen konnten. Das Verhältnis und der Umgang mit Familienangehörigen kann das partnerschaftliche Miteinander zudem erschweren.

Bedeutung des gesunden Partners.

Diese letzte Kategorie soll der Thematik und Fragestellung dienen, welchen besonderen Stellenwert Herr Schnell für seine Frau hat und inwieweit von einer gemeinsamen Krankheitsbewältigung ausgegangen werden kann.

Dass der Ehemann für Frau Schnell eine sehr wichtige Bedeutung hat, ist dem Interview durchgehend zu entnehmen. Sie beschrieb an mehreren Stellen, dass er ihr immer wieder den nötigen Rückhalt gegeben, dass sie jegliche Unterstützung von ihm erhalten und dass sie vom Zeitpunkt des Kennenlernens bis heute immer seinen Beistand erfahren hat (vgl. 9/8-14).

„[...] da hat er sich immer rührend um mich gekümmert, mit mir viel gesprochen, viel erzählt, wo ich selber noch nicht so viel gesagt habe und hat mir dann auch geholfen, eben wenn die anderen schon voraus gegangen sind, da hat er gewartet und hat mir bei einer Mauer geholfen, wo ich so schlecht dann drüber kam [...]“ (11/9-13).

Der gemeinsame Urlaub mit der Gemeinde hat für das Paar eine signifikante Relevanz, da sie sich auf dieser Reise kennengelernt haben und Herr Schnell schon zu diesem Zeitpunkt seiner Frau stützend zur Seite gestanden hat. Die beiden haben sich zueinander hingezogen gefühlt,

da ihr Glaube (vgl. 4/11-28; 5/6-11) und die Leidenschaft für das Reisen (vgl. 6/22-34) sie einander näher gebracht haben. Der Faktor Nähe und die Ähnlichkeit hinsichtlich gemeinsamer Interessen spielten bei den Eheleuten Schnell eine große Rolle. Überdies hat Herr Schnell sich aufgrund ihrer psychischen Störung sehr engagiert um seine Frau gekümmert, hat versucht ihr die Reise so angenehm wie möglich zu gestalten und sie zu stärken und zu motivieren. Herr Schnell ist im Umgang mit seiner Frau sehr aufmerksam gewesen und versuchte ihr stets entgegenzukommen, damit diese nicht nur wieder Vertrauen zu Männern aufbauen, sondern ebenso wieder Zutrauen in sich selbst entwickeln konnte.

„Also mir auch frei gelassen [...] dass er dann besser auf meine Bedürfnisse eingehen konnte, das war eigentlich schon recht schön und die Wärme habe ich halt gespürt von ihm, die innere Wärme auch, wie er mit mir umgegangen ist und das hat mir doch halt sehr viel Selbstwertgefühl auch gebracht, weil das vorher bei mir halt auch immer fehlte, dieses Selbstwertgefühl und (...) auch eben irgendwie dass das die Liebe zu meinem Körper selber [...]“ (11/42-47).

Frau Schnell hat von ihrem Ehemann sehr viel Bestätigung, Zuneigung und Liebe erfahren, so dass ihr Gefühl von Minderwertigkeit und Unzufriedenheit einem stärkeren Selbstwertgefühl gewichen ist. Herr Schnell ist nicht nur sehr rücksichtsvoll und einfühlsam gewesen, sondern er hat durch seine behutsame Vorgehensweise, im Hinblick auf eine gesundheitliche Stabilisierung seiner Frau, beträchtliche Unterstützungsarbeit geleistet.

„Und ich denke mal ohne ihn, da wäre ich nicht so weit gekommen. Also er hat mir da schon sehr sehr viel geholfen (6) und ja halt die Liebe gegeben, das Gefühl eben der Geborgenheit und (...) ja eben (...) die Kraft auch vor allem“ (12/2-4).

Frau Schnell schreibt ihrem Mann eine enorm stützende Funktion zu, ohne die ihre Genesung bei weitem nicht so erfolgreich gewesen wäre. In einer geschützten Atmosphäre wurde ihr die Möglichkeit zur Bewältigung der Anforderungen des alltäglichen Lebens geboten. Die Fürsorge und das Mitgefühl von Herrn Schnell sind offenkundig keine Selbstverständlichkeit, die Frau Schnell jedoch zu schätzen weiß.

„[...] das er dann schon halt auch für mich da war in der Krankheit. Und (...) gut, dass er dann halt auch zu mir gestanden hat [...]“ (12/33-34).

Für Frau Schnell ist die Partnerschaft essentiell und ihrem Ehemann kann ein protektiver Faktor zugeschrieben werden, denn sein Beistand und sein Rückhalt haben zu einem sich tendenziell gebesserten Krankheitsverlauf beigetragen.

In Anlehnung daran hat es den Anschein, dass einerseits der Bewältigungsprozess zwar als langwierig und zum Teil belastend anzusehen ist, dass andererseits aber das eigentliche Krankheitsmanagement und der Umgang mit der psychischen Störung gar nicht zu allzu gravierenden Auswirkungen auf die Partnerschaft geführt haben. Frau Schnell und ihr Ehemann betreiben weiterhin gemeinsame Aktivitäten, die zwar auf die Leidenschaft für das Reisen (vgl. 6/22-34) und gemeinsame Spaziergänge (vgl. 12/24-25; 16/38) beschränkt zu sein scheinen, aber dennoch einen auffallenden Stellenwert in deren Leben einnehmen. Das Ausführen gemeinsamer Interessen stärkt nicht nur die partnerschaftliche Bindung zueinander, sondern erweitert auch deren kollektiven Erfahrungshorizont und das gemeinsame Gesprächspotenzial. Das Paar gestaltet ihre Freizeit zusammen, so dass wohl davon auszugehen ist, dass ein Ausgleich zu der chronischen Erkrankung und der damit verbundenen belastenden Lebenssituation vorhanden ist. Folglich führt dies zu einer entspannteren und ausgeglicheneren Partnerschaft und damit einer erhöhten Paarzufriedenheit.

Gleichwohl beschrieb Frau Schnell die Beziehung zu ihrem Mann mit den Worten „*Also wir haben eigentlich ein recht gutes Verhältnis zu uns zusammen [...]*“ (24/16-17), welches meiner Empfindung nach eine Relativierung der vorab zitierten Aussage, sie liebe ihn noch wie am ersten Tag, ist. Außerdem beinhaltet diese Beschreibung eine gewisse Distanzierung voneinander, als würde man eher von einem freundschaftlichen Verhältnis als von einer Liebesbeziehung sprechen. Die gewählte Formulierung erinnert vielmehr an eine Beschreibung, die erwachsene Kinder über ihre Eltern tätigen würden.

Alles in allem ist festzuhalten, dass Herr Schnell für den Genesungs- und Stabilisierungsprozess eine herausragende Position inne hat, die für ihn persönlich mit Anstrengung verbunden ist. Für seine Frau geht damit jedoch ein stützender, emotionaler Halt einher. Letztendlich scheint das Paar eine Form der Krankheitsbewältigung entwickelt zu haben, mit der beide zufriedenstellend leben können.

6.1.3 Zentrale Ergebnisse

Das Interview mit Frau Schnell hat in der Analyse verschiedenste Ergebnisse hervorgebracht, die an dieser Stelle noch einmal resümierend zusammengetragen werden.

Zunächst kann festgehalten werden, dass sich mit der psychischen Erkrankung Folgen und Veränderungen für die Partnerschaft ergeben. Die Lebenssituation muss in vielerlei Hinsicht

umgestaltet und neustrukturiert werden und kann in einen langwierigen Prozess münden. Frau Schnell weist Einschränkungen in der Haushaltsführung auf, so dass ihr Ehemann zu einer vermehrten diesbezüglichen Rollenübernahme gezwungen wird. Die Arbeitsunfähigkeit, die Berentung und der Besuch einer Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen haben zu einer veränderten Vorstellung, was für Frau Schnell jetzt anstatt eines eigentlichen Berufes besteht, geführt, wobei die Rehabilitationseinrichtung für die Erhaltung ihrer Fähigkeiten und für eine Bewältigung ihres Alltags Sorge trägt. Eine bedeutungsvolle partnerschaftliche Veränderung ist in punkto Sexualität und Kinderplanung auszumachen. Frau Schnell zeigt wenige Lustempfindungen, die darüber hinaus von ihr als wenig intensiv und berauschend empfunden werden. Durch eine hohe Medikation ist der Kinderwunsch nicht realisierbar, was im Zusammenhang mit einer eingeschränkten Sexualität sehr bedrückend für eine zufriedene Paarbeziehung sein kann.

Ferner hat sich herauskristallisiert, dass Herr Schnell mit der Rolle des gesunden Partners die Hauptverantwortung in der Beziehung trägt, was zu einem Ungleichgewicht des partnerschaftlichen Verhältnisses führt. Die Akutphasen von Frau Schnell sind durch Antriebsarmut und Halluzinationen geprägt gewesen, auf die ihr Ehemann mit viel Geduld und Feingefühl reagieren musste. Hilflosigkeit und Unwissenheit haben einen kompetenten und angemessenen Umgang mit seiner Frau erschwert, besonders in Phasen mit starken gesundheitlichen Stimmungsschwankungen. Die geringere Leistungsfähigkeit von Frau Schnell forderte von ihrem Ehemann gleichzeitig ein erhöhtes Maß an Leistungsbereitschaft. Trotz zahlreicher subjektiver und objektiver Belastungsfaktoren ist Herr Schnell seiner Frau immer loyal und hilfsbereit gegenübergetreten, so dass die Paarbeziehung weiterhin aufrechterhalten werden konnte.

Diesbezüglich kann jedoch eine Veränderung in der Beziehung wahrgenommen werden, da die Dynamik des gemeinsamen Miteinanders und der existierenden psychischen Störung das Beziehungsverhältnis zueinander beeinflusst hat. Es galt bestimmte Hindernisse zu überwinden, an denen das Paar zum einen zweifelsohne gewachsen ist und sich weiter entwickelt hat, zum anderen sind Spuren hinterlassen worden, mit denen das Paar weiterhin zurechtkommen muss. Herr Schnell hatte gewissermaßen Mühen das Vertrauen seiner Frau zu gewinnen und ihr kontinuierlich auf ihrem Weg beizustehen, wobei zusätzlich das Verhältnis zur Schwester seiner Frau für eine spannungsreiche Atmosphäre sorgte. Die fehlende Akzeptanz eigener Familienangehöriger und die dominierenden gesellschaftlichen Vorurteile, stellten die Ehe auf eine Bewährungsprobe, denen das Paar allerdings gerecht werden konnte.

Zurückzuführen ist dies teilweise auf die tragende Rolle von Herrn Schnell, der einen positiven Einfluss auf den Genesungsprozess seiner Frau und der damit im Zusammenhang stehenden Paarzufriedenheit hat. Für Frau Schnell ist ihr Ehemann ein Held und Retter, der neben emotionaler Unterstützung beachtliche pragmatische Beihilfen leistet. Liebe, Geborgenheit und Empathie, aber auch gemeinsame Hobbys haben diese Paarbeziehung bisher bestehen lassen.

Bezugnehmend auf die theoretischen Grundlagen und die Ergebnisse der Interviewauswertung lässt sich alles in allem festhalten, dass sich die Auswirkungen der chronischen psychischen Erkrankung auf die Paarbeziehung von Herrn und Frau Schnell in Grenzen halten und einen konstant positiven Verlauf belegen. Nach der Theorie des sozialen Austauschs hat die Beziehung Bestand, weil die positiven Effekte für beide Partner überwiegen und sie möglicherweise im Vergleich zu früheren Beziehungen weitaus harmonischer und ergiebiger ist. Frau Schnell bekommt jegliche Unterstützung von ihrem Ehemann und erhält von ihm mehr Zuneigung und Liebe, als sie es in ihrer Vergangenheit von anderen Männern mutmaßlich erfahren hat. Hinsichtlich der Beziehungsmotive ist zum Teil von einer bedürfnisorientierten Beziehung, zum Teil von einem gemeinsamen Beziehungsmythos auszugehen. Herr Schnell vermittelt seiner Frau Geborgenheit und Sicherheit und es ist davon auszugehen, dass beide für immer zusammenbleiben möchten. Die zu lösenden Entwicklungsaufgaben, die sich durch die Erkrankung in Form von Stress und Belastungen ergeben haben, hat das Paar mehrheitlich gemeistert. Das Ehepaar hat alle Phasen der Krankheit gemeinsam durchlebt und war infolgedessen mit der Herausforderung konfrontiert, dieses kritische Lebensereignis zu akzeptieren, zu verarbeiten und in den bestehenden Lebensalltag mit den notwendigen Anpassungen zu integrieren. Herrn Schnell kam hierbei eine tragende Rolle zu, da er als gesunder Partner eine unentbehrliche Stütze für seine Frau gewesen ist, welches jedoch streng genommen auch für ihn mit vielen Belastungen einhergegangen ist. Trotz allem hat das gute Krankheitsmanagement des Paares zu einer besseren Lebensqualität und damit einer erhöhten Paarzufriedenheit beigetragen. Insofern ist davon auszugehen, dass beide Partner eine positive Wahrnehmung voneinander haben und das für sie richtige Verhältnis zwischen Streit, Liebe und Leidenschaft entwickelt haben.

Abschließend möchte ich zu den vorliegenden Ergebnissen einige kritische Anmerkungen anführen. Vordergründig hat sich mir die Frage gestellt, ob die Ehe von Frau Schnell wirklich so harmonisch verläuft, wie sie es im Interview fast durchgängig präsentiert hat. Die Belastungen für ihren Mann sind ihren Aussagen zufolge gering gewesen, wobei ich den Eindruck gewonnen habe, dass Frau Schnell es ungern zugeben wollte, dass ihre Erkrankung

doch einen immensen Einfluss auf ihre Beziehung gehabt hat. Nachfragen zu ihrem Mann hat sie weitestgehend immer in Bezug auf sich selbst beantwortet und somit keine wirklichen Informationen zu den Gefühlen und Sorgen ihres Mannes verlauten lassen. Insgesamt erscheint mir die Erzählung von Frau Schnell als zu überschwänglich positiv, doch dies mag möglicherweise damit in Zusammenhang hängen, dass Herr Schnell der erste Mann in ihrem Leben ist, von dem sie wirklich so geliebt und angenommen wird, wie sie ist und der ihr jegliche Hilfeleistung zukommen lässt. Ferner sind dem Interview kaum Anhaltspunkte zum Thema Kommunikation und Interaktion zu entnehmen. Dennoch ist die Paarbeziehung trotz psychischer Erkrankung stabil und zeigt somit einen tendenziell positiven Verlauf.

6.2 Interview Herr Karl

„[...] man hat mich nicht gesehen [...]“ (6/7).

6.2.1 Beschreibung zur Person

Herr Karl (*1968) leidet an einer ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung und besucht seit einem Jahr eine Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen. Zudem weist Herr Karl eine Abhängigkeitserkrankung und depressive Episoden auf. Mit seiner Exfrau war er sechs Jahre lang verheiratet (1994-2000) und zeugte mit ihr zwei Söhne. Seit der Scheidung hat Herr Karl in keiner festen Partnerschaft mehr gelebt.

6.2.2 Kategorien

Folgen und Veränderungen, die die Krankheit mit sich führt.

Bevor die krankheitsbedingten Folgen und Veränderungen heraus gearbeitet werden, gilt es zunächst die genaue Symptomatik von Herrn Karl aufzuzeigen, damit ein Verständnis für die entstandene Problematik in der Paarbeziehung ausgemacht werden kann.

Herr Karl beschrieb die Merkmalsausprägungen seiner psychischen Erkrankung in einer sehr detaillierten und anschaulichen Weise.

„[...] zu der Zeit wusste ich gar nicht, [...] dass ich eigentlich ähm, durch meine Komplexe, durch meine Ängste vor allen Dingen, durch meinen unheimlichen Anspruch an andere und an mich selber, nach einem alles oder nichts Prinzip gesteuert war [...]“ (3/27-29).

Herr Karl hat starke innerliche Ängste verspürt, die mit einem sehr hohen Anspruch an sich selbst und an andere gekoppelt waren. Die ängstlichen Empfindungen sind darüber hinaus mit starken Minderwertigkeitskomplexen einhergegangen (vgl. 5/17), so dass Herr Karl äußerst empfindlich auf seine Umwelt reagierte. Zu dieser enormen Emotionalität (vgl. 6/12) sind noch starke Zwänge hinzugekommen, weil Herr Karl sich von seinen Mitmenschen nicht verstanden und von ihnen zurückgewiesen gefühlt hat, so dass er begonnen hat diese Menschen zu analysieren und zu hinterfragen, warum ihn niemand wahrzunehmen scheint (vgl. 3/47-48).

„Ich hab' dann sehr schnell gemerkt meine Schwächen zu verstecken und zu kaschieren [...] ich bin dann alleine schon vom äußeren Erscheinungsbild [...] lange Haare, hohe Stiefeln mit Fransen ja, ich fiel eigentlich immer schon a u f. Hab dann sehr schnell gemerkt, dass ich damit auch andere Leute anzog (...) und auf der anderen Seite war's für mich 'nen

Schutzmantel ja, weil es guckte keiner dahinter und innerlich habe ich diese Ängste eigentlich immer getragen [...]“ (2/8-17).

Herr Karl hat nicht nur durch seinen extravaganten und auffallenden Kleidungsstil die Blicke seiner Umwelt auf sich gezogen, sondern er war sehr intensiv darum bemüht, dies als eine Art Schutzschild zu benutzen, damit er seine wahren Emotionen nicht nach außen präsentieren musste. Auf der einen Seite hat er die Aufmerksamkeit der Gesellschaft damit automatisch auf sich gelenkt, auf der anderen Seite hat er jedoch keinem aus seinem nahen Umfeld sein wirkliches Inneres offenbart. Diese Verhaltensweise spiegelt die Symptome seiner psychischen Erkrankung wieder, denn auf der Suche nach Nähe und Zuwendung, schreckt er vor einer zu nahen Bindung zurück. Doch genau dieses Erscheinungsbild scheint seine damalige Frau angezogen zu haben, wozu seine Begeisterungsfähigkeit sicherlich einen wesentlichen Beitrag geleistet hat (vgl. 2/35-37). Herr Karl konnte nicht nur hiermit seine Exfrau beeindrucken, sondern überdies mit seinem zur Verfügung stehenden finanziellen Budget, mit dem er bei ihr Bewunderung hervorrufen konnte. Außerdem sollte nicht unerwähnt bleiben, dass seine Exfrau ein „Paradiesvogel“ gewesen zu sein schien, so dass sich beide hinsichtlich ihrer Andersartigkeit zueinander hingezogen gefühlt haben werden (vgl. 10/24-33). „[...] also ich hab` ihr das Gefühl gegeben, also sie schon zu tragen, also wie gesagt, das habe ich schon eingesetzt [...]“ (10/33-34). Ferner beschrieb Herr Karl: „[...] sie suchte eigentlich so das Gleiche und ähm (...) und ich konnte das auf `ner Art und Weise [...], die ihr gefiel“ (10/43-44). Trotz ihrer offensichtlich äußeren Gegensätzlichkeit, fühlten sich beide zueinander hingezogen, so dass an dieser Stelle von dem Beziehungstyp der wesenhaften Ergänzungen gesprochen werden kann. Herr und Frau Karl fühlten sich jeweils durch den Anderen als etwas Ganzes.

Den Schutzmantel, den Herr Karl von Anfang an um sich getragen hat, konnte er zunächst auch vor seiner Frau aufrechterhalten.

„[...] ich funktionierte, also ich hab' (6) mein Leben eigentlich so weitergeführt, vom Verdienst her alles und dann ähm, wir sind zusammen gezogen und so peu a peu fing alles an zu wachsen (demonstriert mit seinen Händen einen Treppenaufstieg) ja, da kam das Auto, dann kam die neue Wohnung, und so [...]“ (4/3-6).

Der Beginn ihrer Beziehung schien positiv und vielversprechend zu verlaufen. Das Paar versuchte sich ein gemeinsames Leben aufzubauen, so wie es sich traditionell in vielen Familien entwickelt. Auch wenn Herr Karl über einen langen Zeitraum gut funktionieren konnte,

welches am Rande gesagt eher untypisch bei der vorliegenden Erkrankungsform ist, so tauchten bei der Thematik Kinderplanung die ersten offensichtlichen Schwierigkeiten auf.

„[...] irgendwann wollte sie natürlich Kinder haben (6). Das war für mich natürlich ein Problem aus der Erfahrung zu der Nathalie hin ähm, dass ich [...] eigentlich (...) nicht wollte [...]“ (4/7-9).

Mit dem Verlust seiner ersten Tochter aus einer früheren Beziehung (vgl. 3/3-6) hat sich der Kinderwunsch seiner Frau als problematisch herausgestellt. Doch die Schwangerschaft hat bei Herrn Karl allen Ängsten und Befürchtungen entgegen für eine erfreuliche Stimmung gesorgt, so dass dieser sein komplettes Leben für seine Familie umstrukturiert hat (vgl. 4/15-21). Doch diese Euphorie hielt nur eine kurze Zeit an.

„[...] als der Mike kam, war das wirklich 'nen Wunder, also wir hatten auch wirklich 'ne wunderschöne Schwangerschaftszeit auch und ähm, ja das lief am Anfang auch. Und dann wollte sie ein zweites Kind haben, ich merkte damals allerdings schon [...] ich mit meinem Leben eigentlich (...), das was ich, sag ich mal (...), vorher gemacht habe, [...] bewerten, mich darzustellen und so, dass verkümmerte ja völlig [...] ich lebte immer noch in dieser (...) ich bau mir meine Welt, ich war nicht in der Realität [...]“ (4/21-29).

Trotz einer schönen gemeinsamen Schwangerschaftszeit und der Geburt des ersten Sohnes hat Herr Karl in seinem Inneren ein Unwohlgefühl verspürt, dass er mit der eigentlichen Situation nicht zufrieden war und seinem bisherigen Leben hinterher trauerte. Mit der Konfrontation der Vaterrolle sind gewisse Verpflichtungen zu erfüllen gewesen und Verantwortungen zu übernehmen, denen Herr Karl jedoch zu diesem Zeitpunkt krankheitsbedingt nicht gerecht werden konnte. Einerseits wollte er eine Familie gründen und hat auf Grund dessen sein Leben umstrukturiert und neu organisiert, andererseits sind damit für ihn Ängste über zu viel Nähe und Verbindlichkeiten entstanden, die ihn in einen Zwiespalt geraten ließen. Folglich flüchtete er in seine Phantasiewelt, um der realen Auseinandersetzung mit seinen krankheitsbedingten Störungen zu entgehen. Ist zunächst ein positiver Verlauf in der Paarbeziehung zu erkennen gewesen, so kristallisierten sich nach einiger Zeit die ersten Schwierigkeiten heraus. Herr Karl ging zwar trotzallem seiner beruflichen Tätigkeit nach und kümmerte sich soweit es ging um seine Familie bzw. schwerpunktmäßig um seine Kinder, doch ist die Beziehung zu keiner gemeinsamen Weiterentwicklung fähig gewesen, da Herr Karl auf seinem bisherigen Entwicklungsstand stehen geblieben ist (vgl. 4/34-35), wohingegen sich seine Exfrau kontinuierlich weiterentwickelt hat.

„[...] ich brachte aber nichts Neues rein in die Beziehung ja, (...), das war ihr, weil sie sich auch weiter entwickelte natürlich irgendwann zu wenig und sie sagte hör mal, du hast 'nen Problem“ (4/38-40).

In der Paarbeziehung ist ein Stillstand zu erkennen, da Herr Karl in seiner Ehe keine Entwicklung durchlaufen hat, wobei für ihn dies zum damaligen Zeitpunkt nicht offensichtlich schien. Für ihn ist zu jener Zeit alles in Ordnung gewesen, denn er konnte seiner Familie eine schöne Wohnung, ein Auto und eine gute finanzielle Basis bieten. Dass die Orientierung an diesen Statussymbolen jedoch für seine Frau nicht ausreichend gewesen sein könnte, darüber hat Herr Karl sich zu dem Zeitpunkt keine Gedanken gemacht. Er war indessen so stark auf sich selbst fixiert und darauf seinem Ideal nachzugehen und seinen Ansprüchen gerecht zu werden, dass er seine Frau dabei völlig aus dem Blickfeld verloren hat. Dies hat folglich dazu geführt, dass sich das Paar immer weiter auseinander gelebt hat und keine gemeinsame Basis mehr vorhanden gewesen ist.

„Ich merkte das also, dass (...) neue Bekanntschaften, die meine Frau dann getroffen hatte [...] dass das Leute waren mit denen ich nichts anfangen konnte, weil die waren ja (...) positiv eingestellt (lacht), ja, die standen in der Realität und signalisierten mir eigentlich, Junge, merkst du eigentlich das was dir fehlt und da kam natürlich wieder der Minderwertigkeitskomplex [...]“ (5/13-17).

Herr Karl hat sich der gemeinsamen Weiterentwicklung nicht anschließen können, so dass seine Exfrau mit der Zeit nicht nur neue soziale Kontakte geknüpft hat, sondern Herr Karl damit auch nicht richtig umgehen konnte. Er ist mit Menschen konfrontiert worden, die charakterlich zwar mit seiner Frau harmoniert, mit ihm jedoch keine Übereinstimmung gefunden haben, weil sie eine komplett andere Weltansicht vertreten haben. Dadurch hat sich Herr Karl klein und minderwertig gefühlt, so dass er als einzige Flucht den Rückzug in sich selbst gesehen hat (vgl. 5/17-20). Bedingt durch die ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung fühlte er sich zurückgewiesen und bloßgestellt, so dass erkennbar wird, wie schwierig ihm der Aufbau sozialer Kontakte fiel.

Im weiteren Verlauf realisierte Herr Karl, dass er seine Exfrau nicht mehr halten konnte, so dass er in sein altes Muster aus der Vergangenheit zurückgefallen ist.

„[...] als ich merkte, (6), die geht mir verloren, [...] da ist irgendwo ähm (...), da trennt sich was, da wurde ich dann völlig schwarz“ (5/1-2).

Herr Karl ist nicht dazu in der Lage gewesen, um die Ehe mit seiner Frau zu kämpfen. Durch seine psychische Erkrankung wies er deutliche Defizite in seinen sozialen Kompetenzen auf, so dass ihm das integrative Miteinander und die Fähigkeit, Konflikte und Krisen entsprechend zu lösen, Probleme bereiteten. Der Rückzug in seine eigene Welt konnte ihm den nötigen Rückhalt geben, weil er sich nur dort verstanden und angenommen fühlte und mit dem äußeren Erscheinungsbild seine Schutzmauer wieder herstellte.

Seine Exfrau hat währenddessen einen anderen Mann kennengelernt (vgl. 5/30-32), so dass Herr Karl aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen ist (vgl. 5/33-34). Nach der Trennung hat Herr Karl seine Frau als letzte Stütze verloren. Er ist mit der veränderten Situation nicht zurechtgekommen und hat die neue Liebe seiner Frau als Demütigung und Zurückweisung empfunden, welches ihn in die Drogenszene und in seine Welt aus Schwarz zurückgeführt hat (vgl. 5/41-47). Herr Karl war zu diesem Zeitpunkt äußerst labil und gleitete immer weiter in eine isolierte Welt ab. Nichtsdestoweniger hat er in dieser Zeit in vielen Beziehungen gelebt, die ihm aber nichts bedeutet haben, sondern lediglich seine Einsamkeit beschränken sollten (vgl. 7/14-17).

Nach einem schweren nervlichen Zusammenbruch und der darauffolgenden Langzeittherapie wurde bei Herrn Karl schließlich die psychische Erkrankung diagnostiziert (vgl. 7/27-28; 7/37-39), die zu einer völligen Umstrukturierung seines bisherigen Lebens geführt hat (vgl. 8/1-2).

Obwohl er von seiner Exfrau verlassen worden ist und er die Partnerschaft nicht aufrecht erhalten konnte, ist ihm nach seiner Therapie bewusst geworden, dass seine Ehe unter den damals herrschenden Bedingungen nicht funktionieren konnte.

„Ja ich sah immer das ganz große Ganze, ja, (...), also das Idealisierte war dann eben noch da, dass das 'ne Ehe auch 'nen Alltag hat auch 'nen Leerlauf oder 'nen Freiraum oder Ventile braucht (6), ich hatte ja für mich selber keins, dass spielte sich ja alles hier, hier drin (zeigt auf seinen Kopf) ab ja. (6) Das hat ähm (...), das hat natürlich auch was mit ihr gemacht“ (12/40-43).

Er ist sich darüber bewusst geworden, dass seine Handlungsweisen und Einstellungen seine Exfrau nicht glücklich machen konnten und dass diese keine andere Wahl gehabt hat, als sich von ihm zu trennen. Er konnte ihr nicht das geben, was sie in einer Partnerschaft von ihm erwartet hat. Seine ambivalenten Verhaltensmuster, das ständige Grübeln über seine eigene

Identität und die nicht vorhandenen Fähigkeiten zur Beziehungsgestaltung, haben das Paar an ihre Grenzen gebracht, denen seine Exfrau nicht mehr standhalten konnte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Frau Karl ihren Ehemann zwar sicherlich psychisch krank kennengelernt hat, sie sich aber nicht darüber bewusst sein konnte, welche enorme Störung dort hinter stecken würde. Sie hat über einen langen Zeitraum gehofft, ihren Exmann von der Drogensucht weg zubekommen, was zunächst als die eigentliche Erkrankung im Vordergrund stand. Der Wunsch nach Nähe und Liebe, aber die damit verbundene Angst vor Verbindlichkeit, haben die Ehe letztendlich scheitern lassen. Herr Karl hat sein wechselhaftes und instabiles Verhalten vorerst angemessen steuern, hinsichtlich eines längeren Verlaufs jedoch nicht ausreichend handhaben können. Gewissermaßen ist Herrn Karl jedoch durch die Scheidung bewusst geworden, dass er beziehungsunfähig (vgl. 8/27) und dass er nicht dazu in der Lage ist, für andere Verantwortung zu übernehmen, denn hierfür ist die psychische Erkrankung einfach zu stark ausgeprägt (vgl. 8/32-34).

Belastungen, die sich durch die Krankheit ergeben.

Sind der vorherigen Themenkategorie die partnerschaftlichen Folgen und Veränderungen der Erkrankung zu entnehmen, so soll an dieser Stelle das Belastungserleben von Frau Karl beleuchtet werden. Wie bereits wahrzunehmen ist, haben sich Herr und Frau Karl scheiden lassen, so dass davon auszugehen ist, dass die psychische Erkrankung von Herrn Karl zu einem beträchtlichen Belastungsempfinden bei seiner Exfrau geführt hat.

Herr Karl beschrieb sehr ausführlich, dass er schon seit seiner Kindheit Ängste vor anderen Menschen gehabt hat und dass er sich aus diesem Grund immer mehr zurückgezogen und sich eine eigene Welt entworfen hat (vgl. 1/19-22). Herr Karl hat sich in einer Phantasiewelt bewegt, in der alles schön und positiv war, in der es keine Unannehmlichkeiten und keine Probleme gab (vgl. 1/23). Mit dem Heranwachsen und dem Besuch der Schule wurde Herr Karl jedoch mit der Realität konfrontiert, die ihn auf der Suche nach Sicherheit und Schutz in eine Bredouille geraten ließ, da er sich nicht richtig zu verhalten wusste. Demzufolge lernte er sich schnell zu verstellen, um seine Schwächen zu verstecken und ein gewisses Maß an Sicherheit zu erlangen (vgl. 2/9; 2/25-27).

Den Beschreibungen zufolge kann angenommen werden, dass Herr Karl diese Verhaltensmuster beibehalten hat, so dass seine Exfrau gravierende Probleme damit gehabt haben musste, richtig an ihn heran gekommen zu sein. Überdies wird sie sich nach einigen Jahren vermehrt gefragt haben, wer ihr Exmann wirklich ist. Zumal er selbst auf einer ständigen Suche nach seiner wahren Identität gewesen ist. Diese innere Auseinandersetzung belastet

nicht nur die Person selber, sondern auch die gemeinsame Beziehung, da die Frage nach der bestehenden gemeinsamen Existenz auftaucht.

Erschwerend und hinzukommend sind die starken Minderwertigkeitskomplexe und die enormen Unsicherheiten von Herrn Karl zu benennen, da diese von seiner Exfrau nicht nur immer wieder positiven Zuspruch erfordert haben, sondern auch motivierende und aufbauende Gespräche (vgl. 2/42-45).

Mit der Geburt des zweiten Sohnes sind die Belastungen für Frau Karl größer geworden.

„Als der Justin dann kam [...] irgendwann merkte ich, hatte ich das Gefühl, dass sie merkte, ähm (...), dass sie irgendwo zu kurz kam ja, sie brauchte 'nen neuen Freundeskreis und alles [...]“ (4/31-34).

Durch den weiteren Familienzuwachs ergaben sich für die Eltern mehr Aufgaben, denen beide jedoch nicht gleichermaßen nachzukommen schienen. Herr Karl ging seiner beruflichen Tätigkeit nach und sicherte somit das Familieneinkommen, wohingegen seine Exfrau für den Haushalt und die Kindererziehung zuständig war. Doch mit dieser Rollenaufteilung schien Frau Karl überfordert und unzufrieden zu sein, weil ihr in der Partnerschaft etwas fehlte. *„[...] und sie sagte hör mal, du hast 'nen Problem (6). Irgendwo läufst du hinter mir her, ich brauche 'ne Schulter [...]“ (4/40-41).* Frau Karl fühlte sich möglicherweise alleine gelassen, weil sie neben der Erziehung ihrer Kinder keiner weiteren sinnvollen Beschäftigung nachgehen konnte und ihr Exmann für keine weiteren Abwechslungen Sorge getragen hat. Daher hat sie selbst die Initiative ergriffen und soziale Kontakte geknüpft, damit sie der Einsamkeit ein Ende setzen konnte und wieder Anschluss an die Gemeinschaft erhielt. Sie hat sich von ihrem Exmann mehr Zuwendung und Nähe gewünscht und dass sie sich mit ihm austauschen und Gespräche führen konnte, doch dieser war zu stark auf sich selbst fixiert.

„Ich war ja eigentlich schon Jahre weg, eigentlich in dieser kurzen Zeit und ich hab das gar nicht gesehen, dass da noch irgendwelche Leute sind, die (...), die ähm (...), denen ich wichtig war, weil ich war ja nur nach innen gekehrt [...]“ (8/20-22).

Herr Karl hat die Liebe und Zuneigung seiner Frau nicht wahrgenommen und demzufolge auch sie nicht spüren lassen, dass sie von ihm geliebt wird. Er hat sich bis auf die finanzielle Absicherung nur um seine eigene Person gekümmert, weil er auf der ständigen Suche nach seiner eigenen Identität gewesen ist. Für seine Exfrau bedeutete dies, dass sie sehr viel Zeit alleine verbringen musste und letztendlich die komplette Verantwortung für ihre Kinder auf

ihr gelastet haben. Sie hat wohl vermehrte Tätigkeiten übernehmen müssen, weil ihr Exmann sich um viele familiäre Angelegenheiten nicht gekümmert haben wird.

Diesbezüglich ist weiterhin belastend hinzugekommen, dass Herr Karl über geringe Kompetenzen zur Konfliktlösung verfügte und bei Auseinandersetzungen und Streitigkeiten den Weg des geringsten Widerstands wählte.

„[...] wenn's dann zu (...) Problemen kam oder [...] Auseinandersetzungen, dann bin ich so der Typ, nimm den Schlüssel und geh durch die Hintertür ganz leise raus [...]“ (8/35-37).

Herr Karl ist zu keiner angemessenen Konfliktbewältigung imstande gewesen, weil er vor den möglich auftauchenden Konsequenzen, die mit negativen Gefühlen einhergehen könnten, flüchtete. Dieser Situationsbeschreibung kann sehr deutlich die Symptomatik seiner psychischen Erkrankung entnommen werden, mit der Frau Karl viele Jahre zu kämpfen hatte.

Generell ist Herr Karl während der gesamten Ehe nicht dazu bereit gewesen, sich „[...] einem Prozess anzuschließen [...]“ (12/5), „[...] Eigeninitiativen zu entwickeln [...]“ (12/7) und letztendlich zu erkennen, dass er seine Frau mit allen Verantwortungen und Alltagsbewältigungen allein gelassen und augenscheinlich überfordert hat (vgl. 12/12-13). Er ist nicht auf ihre Bedürfnisse eingegangen, stattdessen lag der Fokus auf seiner Person. Ihm ist krankheitsbedingt nicht bewusst geworden, dass seine Exfrau ihn geliebt hat und dass eine Liebe nach einem Geben und Nehmen Prinzip funktioniert (vgl. 12/17-18). Ihre Bedenken und Sorgen, dass sie nicht wisse, wie sie ihre gemeinsame Zukunft noch retten könnten und dass sie damit überlastet sei, ihn in der realen Welt zu integrieren, hat Herr Karl zu keinem Zeitpunkt vollständig realisieren können (vgl. 12/13-14).

Aus der heutigen Perspektive beschrieb Herr Karl mit den Worten „[...] [ich] war zu den zwei Kindern noch das Dritte [...]“ (12/9) sehr anschaulich, welchen enormen Belastungen seine Exfrau in der Ehe ausgesetzt gewesen sein musste. Zum einen hat das Verhalten ihres Mannes an das der eigenen Kinder erinnert und Frau Karl damit mehr Arbeit beschert, zum anderen hat ihr der Ehemann an ihrer Seite gefehlt, der eigentlich mit für die Erziehung der Kinder verantwortlich gewesen wäre. Aus diesem Grund weiß Herr Karl heute, dass seine Frau das nicht länger hätte aushalten können, weil das Zusammenleben mit ihm so kräftezehrend und erschöpfend für sie gewesen ist (vgl. 12/26-28). Selbst er hat sich bis heute noch nicht vollständig als eigenständige individuelle Person verstehen können, demzufolge hat das auch niemand von seiner Exfrau erwarten können. Deshalb hat sie gar keine andere Wahl gehabt, als die Trennung zu vollziehen (vgl. 13/44-45).

„[...] da habe ich gedacht oh Gott, ähm, das hat die ja auch schon lange mittragen müssen ja (...) und von daher war da keine Ehe mehr möglich und ich hab' mit ihr auch heute wirklich ein sehr sehr gutes Verhältnis woll, weil wir dann auch da drüber geredet haben und ich hab' ihr natürlich auch, ich konnte nicht anders, ich hab' das nicht anders gewusst, man hätte es mir aufmalen können, d a s k a m n i c h t r e i n, dass musste ich durchleben halt [...]“ (9/9-13).

Die Kennzeichen einer ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung sind in der Ehe markant vorhanden gewesen, so dass Herr Karl zum damaligen Zeitpunkt keine anderen Verhaltensweisen entwickeln konnte, weil die Erkrankung bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht diagnostiziert wurde. Dennoch hat Frau Karl realisiert, dass ihr Exmann Hilfe benötigte und deshalb immer wieder dazu appelliert, dass er sich helfen lassen sollte, weil es so nicht weiter gehen könne. Sie selbst hat die seelischen und körperlichen Belastungen zu spüren bekommen und auf Grund dessen eine psychosomatische Behandlung in Anspruch genommen (vgl. 11/14-17). Herr Karl wusste jedoch mit diesen Aufforderungen nichts anzufangen, womit er heute schwer zu kämpfen hat, weil er damals das Leid und den Schmerz seiner Exfrau nicht erkannt hat (vgl. 12/11-14). Ihre Aussage, dass er ihr normal besser gefallen würde, drückt die tiefe Sehnsucht nach einer normalen Paarbeziehung aus, die sie sich über einen langen Zeitraum hinweg immer gewünscht hat (vgl. 10/37-38).

Alles in allem bleibt festzuhalten, dass Frau Karl zahlreichen Belastungen ausgesetzt gewesen ist. Die nicht diagnostizierte Krankheit und das demzufolge fehlende Wissen darüber, wie sie optimalerweise den Reaktionen und Verhaltensweisen ihres Exmannes begegnen soll, hat die tägliche Alltagsbewältigung erschwert. Die Suche ihres Mannes nach seiner eigenen Identität und die Hinterfragung des weltlichen Daseins, haben im Zusammenhang mit der Fokussierung auf seine Person dazu geführt, dass Frau Karl dieser Anspannung nicht weiterhin standhalten konnte. Dennoch sollte positiv hervorgehoben werden, dass Herr Karl über den Zeitraum seiner Ehe für die finanzielle Absicherung Verantwortung übernommen und bezüglich dieses Aspekts seine Familie unterstützt hat.

Bewältigungsanforderungen und Herausforderungen für das Paar.

Das gemeinsame Leben von Herrn und Frau Karl ist sehr stark durch die psychische Erkrankung beeinflusst worden. Demzufolge haben sich für das partnerschaftliche Miteinander bestimmte Bewältigungsanforderungen ergeben, die im Folgenden näher beleuchtet werden sollen. Auch die daraus sich ergebenden Veränderungen für das Beziehungsverhältnis sollen herausgestellt werden.

Als Herr Karl seine Exfrau kennenlernte, war dieser schwer drogenabhängig, so dass Frau Karl über drei Jahre lang versucht hat, ihn davon abzubringen (vgl. 3/24-26). Der Start ihrer gemeinsamen Beziehung ist demzufolge kein einfacher und von Beginn an einer harten Bewährungsprobe unterstellt gewesen. Besonders erschwerend ist hinzugekommen, dass Herr Karl seine Exfrau permanent belogen hat.

„[...] ich hab' das die ersten drei Jahre [...] so vermitteln können, dass ich ihr immer wieder mhh (6), ja das ich sie immer wieder täuschen konnte [...] dass sie immer wieder geglaubt hat, [...] der nimmt jetzt keine Drogen mehr, aber ich es natürlich heimlich immer machte“ (4/36-39).

Frau Karl ist nicht nur kontinuierlich darum bemüht gewesen, dass ihr Exmann einen Entzug und eine Therapie macht, sondern sie ist darüber hinaus von ihrem Exmann jahrelang angeschwindelt worden. Diese Heimlichkeiten und Lügen sind eine schlechte Ausgangsbasis für eine erfolgreich verlaufende Beziehung. Es ist zu vernehmen, dass Frau Karl von Beginn an um ihren Exmann und ihre gemeinsame Zukunft gekämpft hat, denn allem Anschein nach hat ihr Exmann Eigenschaften und Charakterzüge innegehabt, die sie an eine Fortführung ihrer Beziehung hat glauben lassen. Aus diesem Grund hat sie sich sicherlich Kinder gewünscht, doch durch das traumatische Verlusterlebnis der ersten Tochter aus einer früheren Beziehung ihres Exmanns (vgl. 3/5) ist die Freude auf ein gemeinsames Kind mit ihr beschränkt gewesen (vgl. 4/7-8). Frau Karl hat sich von ihrem Exmann Kinder gewünscht und wollte mit ihm eine Familie gründen, so dass diese zunächst ihrem Exmann sicherlich positiv zureden musste, damit dieser ebenfalls der Kinderplanung zustimmen würde.

Die Gegensätze des Paares waren nicht nur im Äußeren erkennbar, sondern auch in der Grundeinstellung über das Leben. Herr Karl vertrat eine negative Weltanschauung, auf Grund dessen er immer wieder in seine heile und schöne Phantasiewelt geflüchtet ist, wobei Frau Karl dem Leben gegenüber positiv und offen eingestellt gewesen ist (vgl. 11/4-6). Die Unterschiedlichkeit hat das Paar oft zu Diskussionen verleiten lassen, denen Herr Karl jedoch nicht begegnen konnte und in der Regel zu keinem Austausch bereit gewesen ist. Diese Vermeidung barg großes Konfliktpotenzial, zumal Frau Karl häufig Verständnisprobleme gehabt haben musste, warum ihr Mann in bestimmten Situationen zu keiner angemessenen Aussprache bereit gewesen ist. Für Frau Karl sind demnach die Reaktionen ihres Exmannes sehr schwer einzuschätzen gewesen, so dass Sensibilität und Vorsicht von ihr erforderlich gewesen sind.

Streng genommen ist die fehlende Akzeptanz ihres Exmannes, die Welt so anzunehmen wie sie ist, eine der bedeutendsten Bewältigungsanforderungen in ihrer Ehe gewesen, da durch

seinen ständigen Zweifel am Leben ihre komplette Beziehung in Frage gestellt worden ist (vgl. 11/31-33). Frau Karl hat jedoch weiterhin um ihren Exmann gekämpft und immer wieder versucht ihm zu verstehen zu geben, dass er Hilfe benötigte.

„[...] sie hat wirklich um mich gekämpft, jahrelang, aber (...) und sie war glaube ich auch die erste, die mir gesagt hat, bei dir stimmt was nicht, weil in den sechs Jahre Ehezeit war ich drogenfrei, deine Psyche (...), du (...) bist zu tief in den Dingen drin, also ich hab' noch, wenn ich manche Sachen gelesen habe, Bücher, war ich so wütend auf die Welt, warum ist sie so, warum ist die Ungerechtigkeit so da [...]“ (11/20-24).

Frau Karl hat großen Ehrgeiz und viel Ausdauer gezeigt, weil sie mit ihrem Exmann weiterhin zusammenbleiben wollte, doch er sich dafür hätte einer ärztlichen Untersuchung unterziehen müssen, weil sie als Einzige erkannt zu haben schien, dass dieser psychische Probleme aufwies. Seine Verhaltensweisen und Hinterfragungen schienen ein zu großes Ausmaß anzunehmen, bei dem nicht mehr von einer gewissen Normalität gesprochen werden konnte. Herr Karl hat seine ganze Kraft und Konzentration darauf verwendet und seine Familie hierbei zu sehr vernachlässigt, so dass seine Exfrau immer wieder auf eine Untersuchung beharrt hat. Herr Karl fühlte sich allerdings hilflos, weil er die Ansicht seiner Exfrau nicht nachvollziehen konnte.

„[...] ich war völlig hilflos, weil da hörte irgendwo mein Spektrum auf ja und ich fühlte mich natürlich auch ungleich behandelt ja, und sie sagte mir immer wieder [...] du musst dich psychisch untersuchen lassen. (schüttelt den Kopf) Ich funktioniere doch, was wollt ihr noch“ (4/42-46)? „[...] ich genüge doch den Ansprüchen, Arbeit, Geld, es ist doch alles da, was soll ich dann jetzt noch machen“ (4/41-42)?

Herr Karl ist zu jener Zeit kognitiv und affektiv nicht dazu in der Lage gewesen, den Appell seiner Exfrau zu erfassen. Für ihn ist die damalige Situation gar nicht kritisierbar und langfristig auch nicht abzuändern gewesen, da er seinen persönlichen Ansprüchen gerecht werden konnte. Die Orientierung an materiellen Statussymbolen war für ihn zwar befriedigend, für seine Exfrau gingen in einer Partnerschaft jedoch noch viele weitere Faktoren mit einher, die für eine zufriedenstellende und glückliche Partnerschaft stehen. Obwohl Frau Karl stetig um die Einsicht ihres Exmannes gekämpft hat und ihr dabei viel Geduld abverlangt worden ist, konnte sie ihn schlussendlich nicht damit erreichen.

Um die Problematik zu verdeutlichen sei hinzuzufügend gesagt, dass Herr Karl während seiner Ehe eine dermaßen dicke Schutzmauer um sich getragen hat (vgl. 6/3), dass seine Exfrau im

Grunde genommen gar keine richtige Chance dazu hatte, zu ihm durchzudringen. Herr Karl ist bis zu diesem Zeitpunkt auf der Reise nach sich selbst gewesen, er hat immer das Gefühl gehabt nicht zu wissen, wer er wirklich ist (vgl. 10/38-39; 11/18-19). Sofern ist es nicht verwunderlich, dass Frau Karl ihren Exmann nicht wirklich erreichen konnte, da sie selbst sein wahres Ich nicht kennen und somit nicht gezielt auf seine Persönlichkeit eingehen konnte.

In diesem Zusammenhang kann die erschwerte Kommunikation in der Partnerschaft thematisiert werden, denn wie bereits deutlich geworden ist, ist das kommunikative Miteinander deutlich beeinträchtigt gewesen.

„[...] mit Lob und so, da kann ich überhaupt nicht mit umgehen. Aber auch mit zu viel Kritik natürlich nicht ja, es sind Momente gewesen, da ähm, da haben die gesagt, hör mal, gut, dass du da warst, () dann gehe ich raus und zuck, wie ferngesteuert, gehe ich gleich in den Laden und haue ich mir gleich 'ne ganze Pulle, weil ich es nicht aushalte, weil ich nicht aushalte, dass man mich zu viel lobt [...]“ (12/20-25).

Diese Beschreibung macht unmissverständlich sichtbar, wie defizitär die Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten von Herrn Karl gewesen sind und welche besonderen Herausforderungen sich dadurch für das gemeinsame Leben mit seiner Exfrau und seinen Kindern ergeben haben. Herr Karl wies gegenüber Kritik und Lob eine Überempfindlichkeit auf, die für seine psychische Krankheit sehr typisch ist. Dieses Krankheitsmerkmal lässt darauf schließen, dass Frau Karl fortlaufend darum bemüht sein musste, die richtige Wortwahl zu treffen, um ihren Exmann nicht mit einer für ihn zu extremen Aussage zu konfrontieren. Seine nicht vorhersehbaren Reaktionen und Stimmungsschwankungen erschwerten die Situation unheimlich, da Frau Karl überdies laufend das richtige Maß an Nähe und Distanz finden musste.

Zu den wichtigsten Merkmalen in einer Paarbeziehung gehören eine funktionierende Kommunikation und Interaktion, die jedoch bei Herrn und Frau Karl nicht wesentlich vorhanden gewesen ist. Diesbezüglich räumte Herr Karl aus heutiger Sicht ein, dass er damals nicht wahrgenommen habe, was eine Ehe ausmacht und welche Faktoren zu einer zufriedenen Paarbeziehung beitragen (vgl. 12/39). Folglich ist festzuhalten, dass das Paar keine gemeinsame Bewältigung vollziehen konnte, da Herr Karl sich zum einen seine psychische Erkrankung nicht eingestehen wollte bzw. noch keine diagnostische Abklärung erfolgt ist, zum anderen die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten nicht optimal bearbeitet werden konnten. Frau Karl hat zahlreiche Versuche unternommen, um ihrem Exmann zu helfen, doch haben sich die Krankheitsmerkmale der psychischen Störung als ein zu großes Hindernis herausgestellt.

Bedeutung des gesunden Partners.

Obgleich sich das Paar Karl nach sechs Jahren Ehe getrennt hat, soll dennoch untersucht werden, inwiefern Frau Karl ihren Exmann unterstützt und welche Bedeutung sie für ihn gehabt hat.

Herr Karl verfolgte innerhalb der Paarbeziehung ein bestimmtes Ideal und hat auf Grund dessen gewisse Ansprüche an sich selbst gehabt, die jedoch rückblickend vielleicht teilweise zu hoch bemessen waren.

„[...] ich hatte natürlich auch ein Ideal einer Beziehung, also da war mir Treue wichtig, da war mir ähm (...) Ehrlichkeit wichtig, aber es war mir auch wichtig ähm, dass ich als Mann 'ner Frau was bieten kann ja, also, dass ist diejenige, die den Haushalt, also die klassische Form (...), ja, also auch ein idealistisches Bild eigentlich [...]“ (3/33-36).

Herr Karl setzte bestimmte Prinzipien in einer Partnerschaft voraus, so wie sie in vielen anderen Beziehungen ebenfalls zu finden sind. Darüber hinaus hatte er die Vorstellung einer klassischen Rollenverteilung, dass er als Mann seiner Frau etwas bieten und sie dafür ihren Pflichten als Hausfrau und Mutter nachkommen musste. Im Grunde genommen ist daran nichts Verwerfliches zu finden, wenn beide Partner mit dieser Rollenaufteilung einverstanden sind. Dem Grundsatz der Ehrlichkeit konnte Herr Karl jedoch keineswegs gerecht werden, da er seiner Frau über drei Jahre lang vorgespielt hat, dass er keine Drogen mehr konsumiert, obwohl dem nicht so war. Kann zunächst den Vorstellungen von Herrn Karl hinsichtlich einer Beziehung Zuspruch verliehen werden, so gelangt man im Verlauf seiner Ehe zu der Erkenntnis, dass sich die Fürsorge von Herrn Karl auf eine materielle Ebene zu beschränken schien.

Trotz allem hat das Paar nach den Aussagen von Herrn Karl viele schöne gemeinsame Momente erlebt (vgl. 12/47-48) und ist zahlreichen Aktivitäten zusammen nachgegangen (vgl. 10/39). Das Paar hat demzufolge viel miteinander erlebt, konnte sich hierdurch besser kennenlernen und für ihre Beziehung einen gemeinsamen Erfahrungshorizont entwickeln.

Die enorme Bedeutsamkeit, die Frau Karl für ihren Exmann gehabt hat, wird durch seine folgende Entscheidung zum Ausdruck gebracht:

„[...] auf jeden Fall wurde sie schwanger und das war natürlich auch für mich (...) s o überdimensional, [...] da zählte für mich jetzt nur noch das Kind und die Frau ja. [...] die Cliquen, die ich früher hatte, k o m p l e t t (...), hab ich die verlassen, also ich bin mit ihr wo

anders hingezogen, weil ich gesagt hab' ich möchte gar keinen Kontakt mehr an die Suchtszene haben, [...] ich möchte wirklich 'nen Neuanfang machen“ (4/15-21).

Mit der anstehenden Geburt seines ersten Sohnes hat Herr Karl für sich beschlossen, dass es das Beste für seine Familie wäre, wenn er das alte Umfeld verlassen und an einem neuen Ort einen Neustart beginnen würde. Er hat mit dieser Entscheidung seine Vergangenheit hinter sich lassen wollen, um sich ganz auf seine Familie zu konzentrieren. Dies kennzeichnete eine verantwortungsbewusste Haltung, der Herr Karl mit der Sorge um ein Kleinkind pflichtbewusst nachgehen wollte. Er signalisierte seiner Exfrau damit, dass ihm seine kleine Familie viel bedeutet, für die er sein bisheriges Leben neu strukturieren wollte. Doch die praktische Umsetzung gestaltete sich dahingehend schwierig, als dass Herr Karl mit dieser Neuausrichtung seines Lebens nicht glücklich zu werden schien und seine Exfrau ihn immer wieder darum angehalten hat, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, da die psychischen Auffälligkeiten immer offensichtlicher wurden (vgl. 4/23-29; 4/44-46).

Wie wichtig die Rolle seiner Exfrau in der Beziehung gewesen ist, realisierte Herr Karl dagegen erst nach der Scheidung während einer Langzeittherapie bezüglich seiner Persönlichkeitsstörung. In dieser Therapie sind seine Frau und Kinder mit einbezogen worden, obwohl die Scheidung bis dato schon drei Jahre zurücklag (vgl. 8/8-9; 8/16-17). Es demonstrierte die beträchtliche Wichtigkeit, die seine Exfrau immer noch für ihn zu haben schien, denn durch die Therapie ist ihm bewusst geworden, welchen Belastungen seine Exfrau ausgesetzt gewesen ist und dass sie ihn immer dazu aufgefordert hat, sich psychische Hilfe zukommen zu lassen. Mit dem Einbezug in die Therapie wollte Herr Karl womöglich unter anderem seiner Frau ein Stück von dem zurückgeben, was er in ihrer Ehe kaputt gemacht hat. Ihr die Hintergründe seines ambivalenten Verhaltens erläutern und sie wissen lassen, dass ihre Bemühungen am Ende doch noch Wirkung gezeigt haben.

„Und das würde ich auch keinem anderen mehr antun, das ist meine psychische Erkrankung. D a s b l e i b t. Ja, und ich muss aufpassen, dass ich in keinen Supergau, also gerade was Beziehungen angeht und Enttäuschungen, mit falschen Versprechungen, aber auch von meiner Seite aus, also dass ich mich selber enttäusche, da drüber hinaus, dass ich sehe, ich tue anderen eigentlich nicht gut [...]“ (12/33-37).

Mit dem Wissen von heute ist sich Herr Karl ganz deutlich darüber im Klaren, was er seiner Exfrau alles zugemutet hat und dass er durch seine psychische Krankheit keine partnerschaftliche Beziehung mehr eingehen kann, weil die negativen Auswirkungen erschreckend

wären. Auch wenn er, gehemmt durch die Erkrankung, seiner Exfrau während der Ehezeit wohl selten zugestanden hat, dass sie wichtig für ihn ist und dass er ihre Liebe zu schätzen weiß, so hat er es sie doch nach einem langen Kampf der Krankheitseinsicht wissen lassen.

6.2.3 Zentrale Ergebnisse

Die Ergebnisauswertung des Interviews wird im Nachstehenden resümierend zusammengetragen, um darauffolgend einen Bezug zu den theoretischen Grundlagen herzustellen.

Zunächst ist festzuhalten, dass die ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung von Herrn Karl Folgen und Veränderungen innerhalb der Paarbeziehung nach sich gezogen hat. Die Ängste und Minderwertigkeitskomplexe, den enorm hohen Anspruch an sich und andere sowie die Suche nach seiner eigenen Identität hat Herr Karl teilweise sehr gut unter einer Maske verstecken können. Der Familienzuwachs führte jedoch dazu, dass Herr Karl sein bisheriges Leben nicht weiterhin aufrechterhalten konnte, weil der Zwiespalt zwischen Verantwortung und Freiheit ihn zu zerreißen schien. Ferner ist es durch diese innere Zerrissenheit seinerseits zu keiner persönlichen, aber auch zu keiner kollektiven Weiterentwicklung gekommen, so dass sich das Paar immer weiter auseinandergelebt und Frau Karl die für sich notwendigen Konsequenzen daraus gezogen hat. Herr Karl hat sich während der Ehe zu sehr auf sich selbst konzentriert, den Fokus schwerpunktmäßig auf materieller Absicherung, statt auf emotionaler Ebene gesehen. Die bis dato nicht diagnostizierte psychische Erkrankung hat nicht nur für Unsicherheit und Hilflosigkeit gesorgt, sondern ebenso für Machtlosigkeit, nämlich nicht zu wissen, was mit dem Partner geschieht und wie ihm geholfen werden kann.

Bezüglich dieses Zustandes ist Frau Karl zahlreichen Belastungen ausgesetzt gewesen, da immer wieder die Frage aufgetaucht sein wird, ob sie ihren Exmann wirklich gekannt hat oder lediglich eine Fassade von ihm. Die permanente Auseinandersetzung mit ihrem Exmann, der auf der Suche nach seiner wahren Identität war, hat den Glauben an eine gemeinsame Basis für eine Ehe fortlaufend entkräftet. Zwischen dem Ehepaar gab es selten Gespräche und Diskussionen, da Herr Karl dem regelmäßig ausgewichen ist, so dass demzufolge kein partnerschaftlicher Austausch stattfinden konnte und Frau Karl mit vielen familiären Angelegenheiten allein gelassen worden sein wird. Ihr werden die gemeinsamen Aktivitäten mit ihrem Exmann gefehlt haben und das ständige Zureden und Motivieren werden eine enorme Kraft und Geduld von ihr gefordert haben. Ihr hartnäckiges Vorgehen hat an ihren eigenen Kräften gezerrt, wobei die Frage nach dem richtigen Umgang mit den ambivalenten Verhaltensweisen ihres Exmannes die Situation erschwert haben. Die Sehnsucht nach einer gewissen Normalität in Verbindung mit der Sorge um die Zukunft, dass ihr Exmann Hilfe benötigte, aber keine in

Anspruch nehmen wollte, mündeten bei Frau Karl in einer psychosomatischen Behandlung. Obwohl die objektiven Belastungen nach außen geringer auszufallen schienen, als die subjektiven Belastungen, so werden die Zustände in der Familie auch die Kinder belastet haben, mit dem Ergebnis, dass Frau Karl den ständigen Kampf weiterhin nicht mehr bestreiten konnte.

In der gemeinsamen Ehe hat sie vielen Bewältigungsanforderungen gegenübergestanden. Zu Beginn der Beziehung hat ihr Exmann sie in der Zeit des Drogenkonsums dauerhaft belogen, so dass die Basis für eine Ehe eigentlich nicht vorhanden gewesen ist. Nicht nur bei dem Thema Familienzuwachs musste Frau Karl sehr behutsam vorgehen, da die Reaktionen von Herrn Karl kaum vorhersehbar gewesen sind. Seine fehlende Akzeptanz über das vorhandene weltliche Geschehen hat die Beziehungsdynamik massiv beeinträchtigt, zumal Frau Karl ständig darum bemüht sein musste, das richtige Nähe-Distanz-Verhältnis zu ihm auszuloten. Die nicht vorhandenen Interaktionen des Paares, die Herr Karl immer wieder gemieden hat, haben das Konfliktpotenzial erhöht und damit auch das partnerschaftliche Miteinander gestört.

Jedoch ist festzustellen, dass Frau Karl für ihren Exmann eine enorm wichtige Bedeutung gehabt hat, welches er jedoch erst rückblickend realisiert hat. Seine Prinzipien, die er mit einer Paarbeziehung verbunden hat, konnte er zwar selbst nicht einhalten, doch hat seine Exfrau kontinuierlich zu ihm gestanden. Die Gründung einer Familie hat bei ihm eine völlige Veränderung und Neuorientierung ausgelöst, der er zunächst optimistisch nachgehen, doch die er letztendlich nicht aufrechterhalten konnte. Trotzdem weiß er die Belastungen und Anstrengungen seiner Exfrau heute zu schätzen und bedauert, nicht während der Ehe realisiert zu haben, dass seine Exfrau mit ihren Vermutungen recht gehabt hat.

Abschließend sei im Hinblick auf die Interviewauswertung und die theoretischen Grundlagen hinzugefügt, dass die Auswirkungen der psychischen Krankheit auf die Paarbeziehung von Herrn und Frau Karl zu beträchtlich gewesen sind, so dass diese keinen Fortbestand ihrer Ehe zugelassen haben.

Zieht man die vorab erläuterten Modelle zur Paarbeziehung mit in die Betrachtung ein, so ist den lern- und verhaltenstheoretischen Ansätzen nach festzustellen, dass die Kommunikation und Interaktion des Paares gestört und teilweise erst gar nicht vorhanden gewesen ist. Beziehungsstabilisierende Verhaltensweisen, wie gemeinsame Aktivitäten, die mit den Jahren bei dem Paar jedoch immer seltener geworden sind oder eine positive Lebenseinstellung, die bei Herrn Karl aufgrund seiner Erkrankung nicht existent ist, führten bei dem Ehepaar zu keiner Zufriedenheit, sondern bei Frau Karl vielmehr zu Freudlosigkeit und Verzweiflung.

Das richtige Verhältnis aus Liebe, Streit und Leidenschaft ist bei Herrn und Frau Karl immer weniger vorhanden gewesen, so dass das partnerschaftliche Miteinander nicht dauerhaft bestehen bleiben konnte. Die Anpassung an das kritische Lebensereignis, zu der die psychische Krankheit zweifelsohne zählt, konnte allerdings nicht erfolgen, da bis zu diesem Zeitpunkt keine diagnostische Abklärung erfolgt ist und der Betroffene somit zu keiner Ausbalancierung seines Person-Umwelt-Gefüges imstande sein konnte. Die Auswirkungen auf den familiären Alltag sind trotzallem gravierend gewesen, denn durch die Flucht von Herrn Karl in seine Phantasiewelt hat er wenig auf seine Exfrau geachtet und sie, sowie die gemeinsamen Kinder immer häufiger missachtet. Da aber das Fundament für ein mögliches zu entwickelndes Krankheitsmanagement gefehlt hat, konnten keine vorbeugenden Maßnahmen zur Paarzufriedenheit und Paarstabilität ausgebildet werden. Stattdessen hat sich das Paar immer weiter voneinander entfernt und konnte keine gemeinsame Bewältigung der stressbelasteten Situationen vollziehen.

In Anlehnung an die dargestellten Ausführungen möchte ich kritisch anmerken, dass der Fortbestand der Partnerschaft von Herrn und Frau Karl wahrscheinlicher gewesen wäre, wenn die Persönlichkeitsstörung zu einem viel früheren Zeitpunkt diagnostiziert worden wäre. Diese chronische Erkrankung begleitet ihn womöglich seit seiner Kindheit, doch lag der Schwerpunkt der Betrachtung über einen langen Zeitraum auf der Suchterkrankung, welche ohne Frage ebenso behandelt werden musste. Doch meine ich die Vermutung anstellen zu dürfen, dass, wenn Herr Karl sich spätestens in seiner Ehe einer therapeutischen Behandlung unterzogen hätte, so wie es sich seine Exfrau gewünscht hat, deren Ehe möglicherweise einen positiveren Verlauf genommen hätte. Nichtsdestotrotz gilt es abschließend positiv anzumerken, dass Herr Karl mit dem Wissen, keine partnerschaftliche Beziehung mehr eingehen zu können, der gemeinsamen Zeit mit seiner Exfrau etwas Positives entnehmen konnte, so dass die Trennung somit auch für ihn einen Sinn ergeben hat. Nicht zuletzt stellt sich die Frage, ob Herr Karl auch aus fachpsychologischer Sicht als beziehungsunfähig eingestuft worden ist, was die Gesamtsituation noch einmal stark dramatisieren würde.

6.3 Interview Herr Lüttich

„[...] meine Frau und ich wir leben nur [...] nebeneinander, nicht miteinander [...]“
(2/12-13).

6.3.1 Beschreibung zur Person

Herr Lüttich (*1965) ist an einer affektiven Psychose (Depression) erkrankt und besucht seit einem Jahr eine Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen. Zu seiner psychischen Erkrankung kommt eine körperliche Behinderung hinzu, da nach einem Autounfall vor 13 Jahren sein rechtes Bein amputiert werden musste. Seine Frau lernte er nur wenige Monate vor dem Unfall kennen. Zum Zeitpunkt des Interviews lebte Herr Lüttich in Trennung.

6.3.2 Kategorien

Bei der Untersuchung des vorliegenden Interviews werde ich die Kategorien in einer anderen Reihenfolge bearbeiten, um den Verlauf und die Entwicklung der Paarbeziehung pointierter hervorzuheben. Überdies möchte ich bereits vorwegstellen, dass der Unfall und die körperliche Behinderung wesentlich zu seiner jetzigen Lebenssituation beigetragen haben, so dass in der folgenden Analyse die Bedeutung der psychischen Erkrankung mit der Bedeutung der körperlichen Behinderung gewissermaßen gleichgestellt werden kann bzw. beide in einem starken Zusammenhang betrachtet werden sollten.

Belastungen, die sich durch die Krankheit ergeben.

Herr Lüttich hat seine Frau nur wenige Monate vor dem Verkehrsunfall kennengelernt, welches für die folgende Analyse nicht unerheblich ist. Zum weiteren Verständnis sei gesagt, dass Frau Lüttich zwar damals die Fahrerin des Wagens gewesen ist, sie aber offensichtlich nicht die Unfallverursacherin gewesen ist (vgl. 3/36; 5/1-2). Für Herrn Lüttich folgten diesem Unfall nicht nur zahlreiche langwierige Krankenhausaufenthalte und Operationen, sondern zudem schwere depressive Phasen, die wiederum in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden mussten (vgl. 4/12; 6/37; 8/9-12). Demzufolge ist davon auszugehen, dass Frau Lüttich enormen Belastungen ausgesetzt gewesen sein muss, die es im nachstehenden herauszufiltern gilt. Für die Ehe müssen sich daraus Konsequenzen entwickelt haben, die es im Folgenden ebenfalls zu beleuchten gilt.

Herr Lüttich hat vor seiner physischen und psychischen Erkrankung als Soldat gearbeitet und konnte demzufolge beachtliche berufliche Qualifikationen vorweisen (vgl. 1/19-26). Ferner ist er ein sehr erfolgreicher Sportler gewesen, der mehrere Meisterschaften gewonnen hat (vgl.

2/14-15). Die Demonstration seiner bedeutenden Vergangenheit ist aus dem Anlass wichtig, als dass er bis heute diese Wendung in seinem Leben noch nicht akzeptieren konnte, was somit einen starken Belastungsfaktor für seine Frau darstellt.

„Für mich (...) ähm war's dieser Kampf mit mir selber (...) dieses ähm (...) wieso bin ich so, wie ich bin, wieso ähm ich hab doch ich hab durch meine Ausbildung ähm gelernt, mit solchen Situationen umzugehen, wieso wieso klappt das jetzt nicht? Wo ist das Problem? Und ich komme damit nicht klar (...), ich sag mal so, als ausgebildeter ähm Kampfmaschine ähm (...) wird man depressiv[...]“ (13/30-34).

Herr Lüttich hat große Probleme damit seine Erkrankung zu akzeptieren und anzunehmen. Es fällt ihm ungeheuer schwer los zu lassen und sein Leben nach dem aktuellen Gesundheitszustand zu gestalten. *„[...] mein Sport ist weg 'ne und das war eigentlich mein Lebenselixier, [...] ich habe Sport geatmet, Sport ist in mein Blut [...]“ (14/2-3).* In seinem bisherigen Leben bestand der Großteil seiner Zeit aus sportlichen Aktivitäten und Wettkämpfen. Durch den Unfall und die psychische Erkrankung ist ihm eine Wiederaufnahme nur in einem reduzierten Umfang möglich. Die fehlende Akzeptanz dafür wird zu erheblichen negativen Auswirkungen auf das Belastungserleben der Frau geführt haben. Sie wird seine Unzufriedenheit und Frustration durchweg zu spüren bekommen haben, wodurch ihr das Leben massiv erschwert worden sein wird, zumal sie selbst von der Erkrankung ihres Mannes überrascht und damit plötzlich konfrontiert worden ist. Dieser innere Kampf, den Herr Lüttich heute immer noch verspürt, wird in der Partnerschaft eine wesentliche Bedeutung eingenommen haben, beispielsweise wenn Herr Lüttich depressiv verstimmt ist und in Phasen der Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit sich selbst bemitleidet und seiner Frau damit das Zusammenleben zusätzlich erschwert hat.

Wie schwierig ein angemessener Umgang mit depressiv erkrankten Menschen ist, beschrieb Herr Lüttich sehr anschaulich aus seiner eigenen Perspektive:

„[...] man ist sehr empfindlich für so was, man ist überempfindlich eigentlich 'ne, Guten Morgen im falschen Ton, dann ist alles vorbei 'ne, dann ist man schlecht gelaunt den ganzen Tag, es ist so, wir sind eben so super empfindlich was das angeht [...]“ (11/25-28).

Die Beschreibung führt einem deutlich vor Augen, wie schwer es Frau Lüttich hinsichtlich eines gemeinsamen und kommunikativen Miteinanders mit ihrem Mann haben muss. Ihr steht jeden Tag die gleiche Herausforderung bevor, weil sie so gut wie nie wissen kann, in

welchem emotionalen Zustand sich ihr Mann befindet und ob sie möglicherweise mit ihrem Verhalten Signale sendet, die von ihm falsch verstanden werden könnten.

Erschwerend kommt die Tatsache hinzu, dass Herr Lüttich durch seine Beinamputation pflegebedürftig ist und Hilfestellungen im Alltag benötigt, derer seiner Frau sich angenommen hat.

„[...] ich denke mal, sie wusste, was da auf sie zu kam (...) ähm, aber sie wusste nicht in welchem M a ß e d a s a u s a r t e n w i r d. Ich meine das war ähm insgesamt hab' ich seitdem dem Unfall so um die 45 Operationen gehabt [...]“ (6/35-37).

Auch wenn Frau Lüttich nach den Aussagen ihres Mannes mit den auf sie zukommenden Aufgaben gerechnet hat, so hat sie kaum eine so umfangreiche Hilfestellung und sich daraus entwickelnde Konsequenzen erwarten können. Herr Lüttich scheint seiner Frau an dieser Stelle emphatisch und mitfühlend zu begegnen und scheint sich selbst einzugestehen, dass er mit einem so großen Ausmaß auch nicht gerechnet hätte. Seine Ehefrau wird mit zahlreichen Bewerbstellungen konfrontiert und muss gleichzeitig auf die Besonderheiten im Umgang mit einem depressiv erkrankten Menschen achten. Nicht unterschätzt werden sollte die Gegebenheit, dass hiermit sowohl körperliche, als auch seelische Belastungen für Frau Lüttich verbunden sind. Der Selbstmordversuch ihres Mannes, der daraufhin in die geschlossene Psychiatrie eingewiesen worden ist (vgl. 8/9-10), hat mit großer Wahrscheinlichkeit Hilflosigkeit und Verzweiflung in Frau Lüttich ausgelöst. Ängste und Sorgen über die Zukunft, aber auch mögliche Schuldgefühle, die sich bei ihr entwickelt haben, weil sie den Unfallwagen damals gefahren hat, sind vermutlich bei Frau Lüttich zu finden.

In Anlehnung daran ist es teilweise nachvollziehbar und verständlich, dass Frau Lüttich sich von ihrem Mann ausgenutzt fühlt und sie ihn dies auch deutlich zu spüren kommen lässt (vgl. 2/34).

„[...] sie lässt mich wissen, dass es ihre Pflicht ist und das finde ich ein bisschen unfair von ihr (...) ja, und ähm abends essen wir zum Beispiel immer so 'nen Apfel und dann schneidet sie 'nen Apfel für mich und bringt den an und dann dann dann sagt sie so kleines sticheln, genieße solange du noch hier bist [...]“ (10/32-37).

Auf der einen Seite erscheint die Verhaltensweise von Frau Lüttich fragwürdig und taktlos, da ihr Ehemann erstens hilfebedürftig und demgemäß in einem gewissen Rahmen von ihr abhängig ist, zweitens diese Umgangsformen die Symptome einer Depression fördern und verstärken. Auf der anderen Seite scheint in diesen deplatzierten und feindseligen

Anmerkungen die starke Überlastung der Ehefrau zum Vorschein zu kommen. Vermutlich ist sie derart erschöpft und überfordert, dass sie unbewusst zu unfairen Verhaltensweisen greift, die zu einem erhöhten Konfliktpotenzial innerhalb der Paarbeziehung führen. Die Kommunikation des Paares ist gestört und scheint sich darüber hinaus auf Feindseligkeiten zu beschränken.

Die Zeit nach dem Autounfall war für Frau Lüttich mit Sorgen und Ängsten um ihren Mann verbunden. Hinzu traten Hilfeleistungen, die ihren Mann entlasten und motivieren sollten. Alles in allem hat Frau Lüttich einem starken seelischen Druck standhalten müssen, an dem sie fast zu zerbrechen scheint „[...] sie hat gesagt, es geht nicht mehr [...]“ (7/31). Für Frau Lüttich scheint der Zeitpunkt gekommen zu sein, an dem sie den Belastungen nicht mehr standhalten kann. Zu dieser belastenden Ausnahmesituation ist immer wieder hinzugekommen, dass das Paar über wenig finanzielle Mittel verfügte, so dass das Paar weder gemeinsame Aktivitäten erleben, sich noch kleine Erholungs- oder Aufbauphasen gönnen konnte, um wieder zu neuen Kräften zu gelangen.

„[...] durch diese Geldsituation was wir haben, klar, kleine Rente ähm das wir nicht (...) normal leben konnten, hört sich doof an, ich weiß, aber 'ne, mal raus gehen zum Essen, mal in Kino gehen, vielleicht mal 'nen kleiner Urlaub, auch wenn's nur 'nen Wochenend ist, das haben wir nie gehabt (...) ähm, das war für meine Frau das Schwerste“ (13/26-30).

Aus Sicht von Frau Lüttich tauchte möglicherweise immer mal wieder die Frage nach dem Sinn des Lebens auf, wozu sie die beschwerlichen Aufgaben übernommen hat und ihren Pflichten als Ehefrau nachgekommen ist, wenn sie dafür keinerlei Anerkennung erhielt. Sie hat ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund stellen müssen, um sich vollständig auf die Genesung ihres Mannes zu konzentrieren. Streng genommen trägt gerade die ungleiche Aufgabenverteilung zu einer Distanzierung und Entfremdung des Paares bei, wobei auch die fehlenden gemeinsamen Interessen und Freizeitaktivitäten einen wesentlichen Beitrag dazu leisten.

Das Beziehungsverhältnis befindet sich bei den Eheleuten Lüttich in einem starken Ungleichgewicht und führt häufig zu konfliktgeladenen Situationen. Frau Lüttich übernimmt jegliche Tätigkeiten, welches nicht nur in einer vermehrten Rollenübernahme mündet, sondern ferner den Stresspegel erhöht und mit einer erheblichen Entkräftung einhergeht. Infolgedessen sind die eigentlichen Krankenhausaufenthalte von Herrn Lüttich und der tägliche Besuch der Tagesstätte eine Entlastung für seine Frau, da sie sich in dieser Zeit nicht direkt und aktiv mit ihrem Mann beschäftigen und auseinandersetzen muss (vgl. 11/30-31). Es sind Phasen der Erholung, die jedoch keinen Ausgleich zu den äußerst kräftezehrenden Mühen mit und für

ihren Mann schaffen. Dennoch kann sich Frau Lüttich in dieser Zeit auf sich selbst konzentrieren und sollte dies zur eigenen Entspannung nutzen. Wünschenswert wäre aus Sicht ihres Mannes, dass sie sich ebenfalls professionelle Hilfe zukommen lassen würde „[...] weil eine normale gesunde Person leidet genauso viel, als ich oder als eine depressive Person da drunter [...]“ (11/35-36). Augenscheinlich weiß Herr Lüttich nachzuvollziehen und einzuschätzen, welchen enormen Belastungen seine Frau ausgesetzt ist und dass dies mit fachlicher Unterstützung weitaus besser zu bewältigen wäre. Er scheint sich Sorgen um die gesundheitliche Verfassung seiner Frau zu machen.

Zusammenfassend zeigen die Entwicklungen, die mit dem Unfall einhergegangen sind, dass Frau Lüttich den zahlreichen Belastungen über einen langen Zeitraum, jedoch auf Kosten der Partnerschaft, standgehalten hat. Die Folgen der Beinamputation haben bei Frau Lüttich offenkundig zur Überforderung und Erschöpfung geführt, wobei sie ihrem Mann kontinuierlich zur Seite gestanden und sich selbst dabei in den Hintergrund gestellt hat. Letztendlich scheint die gemeinsame Aufgabe der krisenhaften Bewältigung für das Paar nicht vollständig funktioniert zu haben, weil dieses kritische Lebensereignis einen zu großen Bewältigungsanspruch von dem frisch verliebten Pärchen gefordert hat. Betrachtet man die vorab skizzierten Theorien und Modelle zur Partnerschaft, so lässt sich konstatieren, dass bei einer Kosten-Nutzen-Abwägung für Frau Lüttich zwar die Kosten deutlich überwogen haben, sie jedoch über einen langen Zeitraum keine Trennung in Betracht gezogen hat. Ihrem Ehemann gegenüber hat sie verlauten lassen, dass „[...] sie das nicht packen würde, dass sie vielleicht Selbstmord begehen würde [...]“ (8/4-5). Die alternative Entscheidungsmöglichkeit hat sich für Frau Lüttich bisher als nicht vorteilhaft erwiesen, so dass sie aus diesem Grund, nach dem Investitionsmodell der Partnerschaft von Rusbult (1983), bei ihrem Mann geblieben ist.

Bewältigungsanforderungen und Herausforderungen für das Paar.

Sind im Vorfeld das Belastungsempfinden von Frau Lüttich beleuchtet und in diesem Zusammenhang die Effekte auf die Partnerschaft beschrieben worden, so gilt es in einem nächsten Schritt einen spezifischen Blick auf das Beziehungsverhältnis zu werfen. Eine Veränderung in der Partnerschaft ist bereits feststellbar, doch welchen signifikanten Herausforderungen hat das Paar gegenübergestanden und war allem Anschein nach Unvermögen, diese zu bewältigen?

Wie bereits zum Ausdruck gekommen ist, hat Herr Lüttich erhebliche Probleme damit seine Erkrankung anzunehmen und sein Leben danach auszurichten und zu gestalten. „[...] dieses Leben ist nicht mehr da, das heißt ich muss für mich selber die Entscheidungen treffen, da ist

niemand da. Und das ist auch nicht einfach“ (2/29-30). Dieses Zitat bezieht sich auf die berufliche Vergangenheit von Herrn Lüttich, in der er damals Befehle befolgen und eigentlich so gut wie nie selber denken musste. Nach dem Ausscheiden aus der Armee musste er sich jedoch daran gewöhnen, dass er wieder selbst für sein Leben verantwortlich war und demzufolge Entscheidungen zu treffen hatte. Diese Erneuerung und Umgestaltung ist ein langwieriger Prozess, den Herr Lüttich offensichtlich noch nicht abgeschlossen hat. Er scheint immer noch nicht richtig angekommen zu sein und hadert mit seinem Schicksal, wodurch das Zusammenleben mit seiner Ehefrau eindeutig erschwert wird. Sie wird indirekt dazu aufgefordert, ihren Mann dazu zu befähigen, das neue Leben anzunehmen und nicht mehr der Vergangenheit nachzutruern. Dies kann als eines der größten Hindernisse angesehen werden, denen sich das Paar stellen musste. Für Frau Lüttich ist besonders die Entlassung ihres Mannes aus der psychiatrischen Tagesklinik eine Herausforderung gewesen, weil sie zum Zeitpunkt der Entlassung starke Hoffnungen auf eine positive Veränderung äußerte, die jedoch nur wenige Wochen andauerten.

„[...] wenn man raus ist und jetzt? Man steht da (...). Ich sag mal ganz ehrlich, das hat vielleicht anderthalb oder zwei Monate angehalten (...) meine Frau so, oh du bist richtig gut drauf und und und ich sehe Hoffnung, aber danach ist vorbei (...), weil man kommt wieder in den alten Trott, man will es nicht, aber es passiert“ (8/23-27).

Nach der Entlassung ist die Wiedereingliederung in das normale Leben äußerst schwierig gewesen. Frau Lüttich war zu Beginn voller Hoffnung auf eine schönere und angenehmere Zukunft, die weniger von Freudlosigkeit und Interessenlosigkeit gekennzeichnet gewesen ist. Die Realität hatte das Ehepaar jedoch schnell eingeholt, so dass die Bewältigung des Alltags zu erneuten Problemen führte. Der Lebensalltag wird durch die Erkrankung von Herrn Lüttich bestimmt, was für seine Frau mit zahlreichen Belastungen verbunden ist, mit denen sie gewissermaßen überlastet ist. Folglich werden die sozialen Umgangsformen und das kommunikative Miteinander in Mitleidenschaft gezogen, was sich beispielsweise in der Betitelung von Herrn Lüttich als Krüppel, der zu nichts fähig sei, zeigt (vgl. 5/26-27). Herr Lüttich fühlt sich durch die Sticheleien seiner Frau gedemütigt und ihr schutzlos ausgeliefert, wenn sie speziell in den Morgenstunden ihrem Ehemann verletzende Worte zukommen lässt (vgl. 11/9-10).

„[...] ich bin nicht in der Lage ihr morgens um sieben Uhr das zu sagen, weil da geht's mir grade dreckig 'ne, bis ich meine Tabletten genommen habe, bis die wirken, dass dauert immer so 'ne halbe Stunde bis dreiviertel Stunde, [...] dann bin ich erst mal so, jetzt kann ich

denken und bis dahin hat sie mich (...) hundertmal (...) 'ne, angepikst und dann ist sowieso alles vorbei [...]“ (13/18-23).

Durch die psychische Erkrankung muss Herr Lüttich Medikamente einnehmen, die jedoch zur Wirkungsentfaltung eine gewisse Zeit benötigen. Seine Ehefrau will oder kann darauf keine Rücksicht nehmen, so dass bereits der Tag äußerst konfliktgeladen beginnt. An dieser Stelle ist nicht eindeutig festzumachen, ob Frau Lüttich wirklich so gefühllos handelt oder ob Herr Lüttich dies in seiner Wahrnehmung so empfindet, bedenkt man zudem die noch nicht wirkende Medikation und die äußerste Empfindlichkeit depressiv erkrankter Menschen. Nichtsdestotrotz wird ersichtlich, dass die Alltagsbewältigung mit gravierenden Hindernissen im Umgang mit psychisch gestörten Menschen verbunden ist.

Ferner kann festgehalten werden, dass Frau Lüttich zu Beginn der psychischen Erkrankung trotz zahlreicher Belastungen und Einschränkungen ihre Ehe nicht aufgeben wollte, denn nach Anregen ihres Mannes, die Beziehung zueinander aufzulösen, hat sie auf deren Fortführung bestanden. Zunächst hat sie vermutlich noch Hoffnung gehabt, dass ihre Ehe dieses einschneidende Erlebnis bewältigen könnte, doch mit der Zeit wurden die Anstrengungen und Mühen, denen Frau Lüttich nicht mehr gewachsen war, immer intensiver (vgl. 7/2-11).

„[...] dann irgendwann mal [...] ist meine Frau damit rausgekommen, dass es nicht mehr geht (...) da haben wir dann lange überlegt, was machen wir denn jetzt, wie machen wir das und ähm weil das Problem ist, ich bin Frührentner, sie lebt von Hartz IV und dann ja, wie geht es weiter und hin und her und wir haben bisschen Schulden haben wir, aber ist nicht die Welt 'ne und und und ja, und dann haben wir überlegt und sie hat gesagt es geht nicht mehr [...]“ (7/26-31).

Obwohl sich das Paar zunächst gemeinsam mit der aktuellen Sachlage auseinandergesetzt und gemeinschaftlich an Lösungswegen gearbeitet hat, ist im weiteren Verlauf dieses kommunikative Miteinander verloren gegangen. Das Paar scheint zu Beginn vernünftig und aufrichtig miteinander umgegangen zu sein, doch hat der lang andauernde Prozess an den Kräften gezehrt und die ursprünglichen Verhaltensweisen vergessen lassen, so dass beide sich zu Einzelkämpfern entwickelt haben.

Das Paar ist zu einer gemeinsamen Krankheitsbewältigung nicht in der Lage gewesen, obgleich zu Beginn derlei Tendenzen erkennbar gewesen sind. Herr Lüttich hat zu hohe Erwartungen an seine Frau gestellt, die sie zwar zunächst, aber nicht dauerhaft erfüllen konnte. Die Doppelbelastung einer körperlichen und psychischen Erkrankung hat bei Frau Lüttich zu

einem ständigen Kampf geführt, der sie bis an den Rand der Erschöpfung gebracht hat. Demnach kann die Vermutung angestellt werden, dass die Verhaltensweisen von Frau Lüttich als eine Art Schutzschild anzusehen sind (vgl. 11/11-13), die sie vor einem möglichen Zusammenbruch bewahren sollen. Herr Lüttich hätte an einer Rettung seiner Ehe geglaubt, wenn beide seit Beginn begleitende Unterstützung erhalten hätten (vgl. 12/21-34; 17/33-34).

Herr Lüttich hat sich eingestanden, dass nicht nur die Erkrankung selbst, sondern auch die eigene Sturheit sowie die seiner Frau und die fehlenden Gespräche dazu geführt haben, dass beide nicht mehr zusammen leben wollen (vgl. 17/13-14). Die nicht vorhandene Interaktion, aber auch die mangelnde Anerkennung der Unterstützungsleistungen seiner Frau, haben eine bedeutungsvolle Rolle gespielt. „[...] und ähm was ich vergesse habe war immer wieder dieses ab und zu Danke zu sagen“ (17/16-17). Herrn Lüttich scheint nicht bewusst gewesen zu sein, welche Leistung seine Frau für ihn erbracht hat, sondern hat dies möglicherweise als selbstverständlich angesehen. Beide haben sich als Paar vergessen, stattdessen hat sich jeder für sich mit der Situation arrangiert. Ihr gemeinsamer Lebensalltag wurde durch die psychische und physische Behinderung von Herrn Lüttich bestimmt und diesen haben beide jedoch „[...] nebeneinander [statt] miteinander [...]“ (2/13) verbracht.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das Paar die Herausforderungen und Bewältigungsanforderungen, die sich durch den Verkehrsunfall für sie ergeben haben, gemeinsam nicht bewerkstelligen konnten. Das Paar hat ihre gemeinsame Liebe und Verbundenheit nicht aufrechterhalten können, was mit einer abnehmenden partnerschaftlichen Kommunikationsqualität einhergegangen ist. Folglich ist eine erhöhte Unzufriedenheit und Resignation aufzufinden, die eine gemeinsame Zukunft unmöglich erscheinen lassen.

Bedeutung des gesunden Partners.

Obwohl die beiden ersten Kategorien bereits eindeutig zum Ausdruck gebracht haben, dass Herr und Frau Lüttich zahlreiche Probleme in ihrer Ehe aufweisen, soll dennoch untersucht werden, welche Bedeutung Frau Lüttich für ihren Ehemann hat bzw. wie sich deren Wichtigkeit im Verlauf der Jahre geändert hat. Es geht demzufolge um das Ausmaß und die Entwicklung der Bedeutung, die die gesunde Partnerin für den erkrankten Partner innehat.

Das Ehepaar Lüttich hat sich durch das gemeinsame Interesse für Sport kennengelernt.

„Ja, die Kennenlernphase (...), das war ganz witzig eigentlich ((lächelt)). Ähm, ich hab` damals in in in K. (...), durch Sport hab` ich jemanden kennengelernt, ähm da im Fitnesscenter und dann hab` ich da ausgeholfen. Und dann haben wir so `ne Ausschreibung

gemacht für so einen freien Monat und ähm meine Frau hat gewonnen und dann war ich ihr Begleiter. [...] Und so haben wir uns kennengelernt“ (3/24-30).

Das Paar ist zunächst durch einen Zufall in Kontakt gekommen, hat sich aber im weiteren Verlauf durch die Ausübung des gemeinsamen sportlichen Hobbies intensiver kennen und lieben gelernt. „Ja und dann war so dieses Kribbeln da (...) bei ihr auch [...]“ (3/33-34). Der Faktor Nähe, das gleiche sportliche Interesse und vermutlich gegenseitige Sympathie und körperliche Attraktivität haben Frau und Herrn Lüttich zusammengeführt. Doch das Paar hat sich bis zum Eintreten des Unfalls lediglich vier bis fünf Mal treffen können (vgl. 3/34-35), so dass sich eine stabile und sichere Paarbeziehung nicht ausreichend entfalten und etablieren konnte. Erschwerend kommt hinzu, dass Frau Lüttich den Unfallwagen gefahren hat, wobei sie jedoch keine Schuld zu treffen scheint. Nichtsdestotrotz hat sich Frau Lüttich dazu entschieden, bei ihrem Mann zu bleiben und ihn durch die schwere Krise zu begleiten, obwohl sie sich erst seit wenigen Wochen gekannt haben.

*„[...] und ich hab' sie damals gefragt, ich sagte, nicht wegen Schuldgefühle, wenn du bei mir bleibst, dann ist es, weil du mich liebst. ((Stimme geht hoch bis *)) Jaja, jaja ((*))“ (3/37 - 4/1).*

Herr Lüttich hat seine Frau direkt nach dem Unfall darum gebeten, dass sie nicht aus Schuldgefühlen bei ihm bleiben sollte, sondern wenn, dann aus Liebe, was sie zum damaligen Zeitpunkt eindeutig bejaht hat. In den darauffolgenden Jahren hat Herr Lüttich jegliche Unterstützung von seiner Frau erhalten, nicht zuletzt durch das Liebesbekenntnis der Heirat, dass beide ihr Leben gemeinsam miteinander verbringen möchten. Das genaue Datum der Heirat ist nicht bekannt, was für die Entwicklung der Paarbeziehung jedoch interessant zu wissen gewesen wäre.

Nach dem Verkehrsunfall hat Herr Lüttich sechs Monate im Koma gelegen (vgl. 4/12) und von seiner Frau jeden zweiten Tag Besuch bekommen (vgl. 6/20-21). Ein besonders schönes Erlebnis ist ihm in positiver Erinnerung geblieben:

„[...] das war, vergesse ich nie, das war der 14. Mai und da lag ich im Bett und da sagte ich zu ihr, bleib mal da, dann hab ich meine Krücken geholt, unter dem Arm Krücken und dann bin ich zu ihr gelaufen und das war für sie natürlich, da wusste sie, dass ich laufen werde, irgendwie oder irgendwann mal. Und dann haben wir beide geheult, weil es so schön war 'ne“ (6/29-33).

Die ersten Monate nach dem Unfall waren für Herrn Lüttich äußerst schwierig und kraftraubend, er musste den richtigen Umgang mit seiner veränderten körperlichen Konstitution erlernen und sich nach der langen Zeit im Koma zurück ins Leben kämpfen. Bei diesem Kampf hat er die Unterstützung seiner Frau in jeglicher Form erhalten. Sie hat ihm nicht nur einen emotionalen und stabilisierenden Halt gegeben, sondern sie hat für Herrn Lüttich den Sinn des Lebens dargestellt. Das zitierte gemeinsame Erfolgserlebnis hat den beiden neue Kraft verliehen und ihnen ein Stück Hoffnung zurückgegeben, da all die vorab geleisteten Mühen belohnt worden sind.

Doch die körperlichen Beschwerden von Herrn Lüttich sind im Laufe der Jahre nicht weniger geworden, so dass dieser sich zahlreichen Operationen unterziehen musste, die im Zusammenhang mit seiner Gehbehinderung standen (vgl. 6/37). Hinzukam die depressive Erkrankung, die 2004 bei Herrn Lüttich diagnostiziert worden ist (vgl. 1/42).

„Da hatte ich (...) Selbstmordgedanken (...) ich hatte keine Lust mehr am Leben teilzunehmen (...) ähm meine Ehe hat darunter sehr gelitten [...]“ (1/33-34).

Hat zu Beginn seiner körperlichen und psychischen Erkrankung seine Frau eine positive und entlastende Bedeutung für Herrn Lüttich eingenommen, so ist diese kontinuierlich in eine belastende Bedeutung übergegangen, welches jedoch noch differenzierter betrachtet werden sollte. Herr Lüttich hat zu Beginn des letzten Jahres eine Veränderung in seiner Ehe realisiert, die er an folgender Situation anschaulich demonstrierte:

„[...] ich war im Krankenhaus letztes Jahr sieben, nee, fünfmal, sechsmal ähm und ähm als sie kam, es war der berühmte Kuss, also so was von (...) nichts, also da war nichts und da habe ich gesagt, ey, ähm (...) hier ist was (...) hier ist nichts mehr so [...]“ (7/14-17).

Dieser Kuss kann als ein Symbol für die Entfremdung und Distanzierung des Paares gesehen werden. In den körperlichen Gesten ist keine Leidenschaft und Liebe mehr zu finden, sondern diese basieren lediglich auf routinisierten Handlungen. Anstelle eines klärenden Gesprächs hat Herr Lüttich darauf gewartet, dass seine Frau den ersten Schritt unternimmt, obwohl er sich darüber bewusst gewesen ist, dass seine Ehe keine gemeinsame Zukunft mehr hat (vgl. 7/17-19). So hat es fast ein Jahr gedauert, bis das Paar sich zu einem klärenden Gespräch zusammengefunden hat, um die aktuelle und zukünftige Situation zu besprechen (vgl. 7/26-32). Nichtsdestotrotz ist Frau Lüttich bis zu diesem Zeitpunkt bei ihrem Mann geblieben, obwohl die Beziehung des Paares allem Anschein nach weniger auf Liebe als vielmehr auf Schuldgefühlen basiert hat.

„Und jetzt kommt es raus dass es ganz anders war. [...] Es ist verletzend, wirklich, sehr verletzend“ (4/1-4). „Es tut mir ein bisschen w e h, weil es von ihr aus so lange gedauert hat“ (7/36-37).

Zu Beginn glaubte Herr Lüttich, dass seine Frau ihn aus Liebe geheiratet habe, doch heute ist er der Auffassung, dass sie wegen ihrer Schuldgefühle bei ihm geblieben ist. Trotzdem hat seine Frau für ihn eine enorm wichtige Bedeutung gehabt, denn sie hat ihm fortlaufend zur Seite gestanden und ihm den Rückhalt gegeben, den er zur Bewältigung seiner Erkrankungen benötigte. Dennoch ist es für ihn sehr verletzend zu erfahren, dass seine Frau dies vielmehr aus Gründen des Schuldempfindens und als Versuch der Wiedergutmachung getan hat. Ferner habe sie keine alternative Entscheidungsmöglichkeit gesehen, so dass sie in der Fortführung der Ehe wohl das kleinere Übel gesehen hat (vgl. 8/4-5).

Seitdem sich das Paar gemeinsam für eine Trennung entschieden hat, ist die Situation für Herrn Lüttich unerträglich geworden, da seine Frau ihn spüren lässt, welche Macht sie über ihn hat und wie stark er von ihr abhängig ist. Dies führt bei Herrn Lüttich zu einem verstärkten Auftreten depressiver Symptome.

„[...] dass ich dann auch mal Ruhe von ihr bekomme, weil ähm ich hab` gemerkt heute Morgen zum Beispiel ähm, ich bin zitternd angekommen. Ich war ähm innerlich auf/aufgewühlt und am zittern und das hatte ich seit langem nicht mehr, so fertig bringt sie mich“ (3/6-8).

Frau Lüttich hat sich für ihren Ehemann von einer stützenden und entlastenden Partnerin zu einer belastenden und bedrückenden Person entwickelt, mit der Herr Lüttich nichts mehr zu tun haben möchte „Ich brauche meine Frau nicht neben mir“ (15/6). Mit dieser Aussage verkündete Herr Lüttich unmissverständlich das Ende seiner Ehe. Trotzdem kommt Frau Lüttich ihren bisherigen pflegerischen Tätigkeiten ihrem Mann gegenüber weiterhin nach, was Herr Lüttich, wenn auch zwar ungerne und widerstrebend, als ihre Pflicht benennt.

„[...] obwohl da keine Liebe mehr da ist und wir haben uns eigentlich im Kopf schon getrennt ähm, sie macht immer noch alles, sie hilft mir anziehen zum Beispiel [...] oder wenn ich mich duschen will, dann hilft sie mir mit, weil das fällt mir auch schwer ähm, also das tut sie immer noch 'ne, sie holt mich ab zum Beispiel, also bringt mich hier hin, holt mich ab ähm, ihre Pflicht ((flüsternd und kopfschütteld bis *)) hört sich doof an ((*)) ihre Pflicht macht sie [...]“ (10/1-6).

Das Beziehungsverhältnis von Herrn und Frau Lüttich hat von einer zunächst vollkommenen Liebe, bestehend aus Intimität, Leidenschaft und Verbindlichkeit, zu einer pflichterfüllten Beziehung gewechselt. Frau Lüttich wird ihre bisherigen Aufgaben bis zur endgültigen Trennung weiterhin ausführen. Herr Lüttich nimmt dies einerseits sehr wohlwollend an, da er gewissermaßen auf sie angewiesen ist, andererseits ist das Zusammenleben mit seiner Frau so belastend und erdrückend für ihn, dass es ihm alles andere als gut dabei geht.

„[...] wenn ich alleine wäre, würde ich mal sagen mir geht's gut, aber (...) ich bin nicht alleine, im Moment (...), es hält so, es ist so, als ob mich jemand zurück hält [...]“ (19/17-18).

Frau Lüttich kann und will mit der gegebenen Situation nicht mehr leben, was sie ihren Ehemann deutlich spüren lässt. Dieser fühlt sich von ihr jedoch missverstanden und denunziert. *„Und sie versteht mich nicht, versteht mich einfach nicht. Für sie bin ich der Beklopte. Und das tut auch weh“ (3/19-20).* Frau Lüttich scheint für ihren Mann keinerlei Verständnis (mehr) aufbringen zu können, so dass dieser sich von ihr ungerecht behandelt und in gewissem Sinne auch stigmatisiert fühlt. Dieser negativen Entwicklung wirkt jedoch die Tagesstätte entgegen, die mit ihrer konzeptionellen Ausrichtung den Betroffenen einerseits aufbaut und motiviert, andererseits jedoch auch reflektierend auf unerwünschte Verhaltensweisen aufmerksam macht (vgl. 16/28-32). Hiermit entspricht die Tagesstätte dem genauen Gegensatz zu den Handlungsweisen seiner Ehefrau.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Frau Lüttich zu Beginn der Erkrankung einen wesentlichen Stellenwert bei ihrem Mann eingenommen, dieser jedoch im Laufe der Zeit immer weiter abgenommen hat. Hat Frau Lüttich ihrem Mann zunächst unterstützend zur Seite gestanden, so hat sich dieser Beistand zu einer verpflichtenden Tätigkeit entwickelt, der die Liebe immer mehr gewichen ist. Herr Lüttich ist am Ende seiner Ehe über die genommene Entwicklung enttäuscht und verletzt und stellt die komplette Zeit mit seiner Frau in Frage, nämlich ob diese ihn wirklich jemals geliebt hat. Diesbezüglich kann jedoch angenommen werden, dass Frau Lüttich insofern für ihren Mann wichtig gewesen ist, als dass er seine Sinnorientierung für das Leben nach dem Koma und nach dem Ausbruch der Depression trotzdem wieder gefunden hat, was alles in allem als positiv zu bewerten ist. Momentan trägt Frau Lüttich zu einer wesentlichen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes bei, doch wird mit einem baldigen Auszug von Herrn Lüttich aus der gemeinsamen Wohnung dem entgegengewirkt.

Folgen und Veränderungen, die die Krankheit mit sich führt.

In der letzten Kategorie werden die konkreten krankheitsbedingten Folgen und Veränderungen zusammengetragen und ausgewertet. Zwar ist bereits in der bisherigen Analyse fühlbar offenbart worden, welche Umgestaltungen und Erneuerungen in der partnerschaftlichen Lebenssituation zu verzeichnen sind, doch gilt es diese noch akzentuierter in Zusammenhang zu bringen, um einen prozessualen Verlauf anzuzeigen.

Nachdem Herr Lüttich aus dem Koma erwacht ist und daraufhin unter starken körperlichen Einschränkungen gelitten hat, ist hinzukommend 2004 die Diagnose affektive Psychose gestellt worden, die mit zahlreichen Auswirkungen auf die Paarbeziehung einhergegangen ist.

„[...] 2 0 0 4 ist dann die Depression richtig rausgekommen. Da hatte ich (...) Selbstmordgedanken (...) ich hatte keine Lust mehr am Leben teilzunehmen (...) ähm meine Ehe hat darunter sehr gelitten [...]“ (1/32-34).

Mit dem Ausbruch der Depression ist für das Paar eine zusätzliche Bewältigungsanforderung eingetreten, die das Zusammenleben deutlich erschwert hat. Herr Lüttich hat jeglichen Lebenswillen verloren und keine Perspektiven für seine Zukunft gesehen, so dass diese Niedergeschlagenheit ihn in ein tiefes Loch hat fallen lassen. Für seine Ehe stellte dies eine große Bewährungsprobe dar, da seine Ehefrau nicht nur mit den körperlichen Einschränkungen ihres Mannes zu kämpfen hatte, sondern darüber hinaus mit dessen psychischer schlechter Verfassung. Hinzukommend ist die fehlende Akzeptanz ihres Mannes zu nennen, der mit den beruflichen und sozialen Einschränkungen nicht zurechtkommt und seine geminderte Leistungsfähigkeit nicht anerkennen kann, welches sicherlich wesentlich zur depressiven Erkrankung beigetragen hat.

„Ja, es ist sehr sehr schwer für mich das zu verstehen 'ne, wieso ich, wieso der Unfall mir passiert, ich versuche das auseinander zu klamüsern, was w i l l dieses Schicksal mir sagen 'ne?“ (2/24-26).

Die Auseinandersetzung mit seinem Schicksal scheint einen großen Raum in seinem Leben einzunehmen, so dass davon auszugehen ist, dass er in seiner Ehe sehr stark auf sich selbst fixiert gewesen ist und sich demzufolge häufig mit sich selbst auseinandergesetzt hat, aber selten mit seiner Frau oder über das gemeinsame Leben.

Aus diesem Grund ist es nachvollziehbar, dass sich das Paar auseinandergeliebt und sich über viele Jahre immer weiter voneinander entfernt hat „[...] wo ich gemerkt habe, dass wir so

wirklich auseinander gegangen sind, es hat J a h r e gedauert mit Kleinigkeiten [...]“ (11/22-23). Herr und Frau Lüttich haben in ihrer Partnerschaft keine gemeinschaftliche Entwicklung vollzogen, jeder hat sich individuell weiterentwickelt und den anderen dabei nicht mit einbezogen. Durch die psychische Erkrankung ist Herr Lüttich stark auf sich selbst fixiert gewesen und hat seine Frau dabei völlig aus den Augen verloren. Er scheint weder die Bedürfnisse und Gefühle seiner Frau wahrgenommen zu haben, noch scheint er auf ihre Empfindungen eingegangen zu sein.

Obwohl das Paar zu Beginn der depressiven Erkrankung versucht hat, diese gemeinsam zu bewältigen, ist es ihnen nicht fortlaufend gelungen.

„[...] am Anfang haben wir darüber gesprochen, das ich so ja, sie sagte schon wieder so 'nen down und komm 'ne, komm wir gehen mal spazieren oder komm wir fahren mal raus mich so ein bisschen auf zu heitern und nach 'ner Zeit war es dann so, dass sie ähm (6) das kam dann immer weniger [...]“ (11/17-20).

Frau Lüttich ist nach Feststellung der psychischen Störung darum bemüht gewesen, gegen die Interessenlosigkeit und Antriebsarmut ihres Mannes anzugehen und ihn dabei zu unterstützen, wieder am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Ferner hat sich das Ehepaar über die symptomatischen Ausprägungen ausgetauscht und sind in Interaktion getreten, mit dem Ziel, sich an die neue Situation anzupassen und stabile Handlungsmuster zu entwickeln, um das nun schon zweite kritische Lebensereignis in die bisherigen Alltagsstrukturen zu integrieren. Jedoch hat diese zunächst euphorische Haltung von Frau Lüttich mit der Zeit abgenommen. Stattdessen entwickelte sich die Paarbeziehung in eine andere Richtung, die durch negative Kommunikationsmuster, abwertende Verhaltensweisen und fehlender Wertschätzung charakterisiert werden kann. Die nachstehende Äußerung demonstriert die Wandlung. „Und ähm diese Sticheleien kommen immer wieder von ihr und das ist (...) ähm nicht notwendig“ (3/1-2). Frau Lüttich trägt in der Partnerschaft die Hauptverantwortung, sie erledigt alle anfallenden Tätigkeiten, sie übernimmt die Pflege ihres Mannes und muss darüber hinaus mit den Stimmungsschwankungen und den körperlichen Einschränkungen ihres Mannes zurechtkommen. Offenkundig wird das starke Ungleichgewicht in der Beziehung, so dass die Sticheleien und taktlos platzierten Aussagen als eine Art Filter von Frau Lüttich zu verstehen sind, durch den sie möglicherweise ihrem Mann verdeutlichen möchte, dass sie sich ungerecht behandelt fühlt und mit der gesamten Situation ebenfalls überfordert ist.

Dessen ungeachtet ist jedoch unverkennbar festzustellen, dass die Ehe von Herrn und Frau Lüttich nicht mehr aus Liebe aufrechterhalten wird, sondern lediglich aus einer Art Pflichtgefühl.

„Ja, also ich sag mal so, obwohl da keine Liebe mehr da ist und wir haben uns eigentlich im Kopf schon getrennt ähm, sie macht immer noch alles, sie hilft mir anziehen zum Beispiel und was ich, was mir sehr schwer fällt oder wenn ich mich duschen will, dann hilft sie mir mit [...]“ (10/1-3).

Frau Lüttich nimmt ihre zugeschriebene Rolle als Pflegerin ihres Mannes weiterhin wahr, obwohl die Paarbeziehung nicht mehr auf Liebe basiert. Die vielen Belastungen, die das Paar durch den Unfall und die daraus resultierenden Folgen erleiden musste, die dazukommende psychische Erkrankung haben zu zahllosen stressreichen Zuständen geführt. Demgemäß hat das Paar kaum gemeinsame Zeit miteinander verbringen und selten die Möglichkeit zu intensiven Gesprächen nutzen können, so dass die generelle Zufriedenheit der Partner gesunken ist.

„Und als die (...) Depression raus kam, die war immer da schätze ich mal, aber dann ist es wirklich mal auf die Oberfläche gekommen ähm (...) dann war es für sie, ich denk' mal Schluss mit lustig“ (7/4-6).

Folglich ist durch die psychische Erkrankung die seelische und körperliche Belastung für Frau Lüttich zu groß geworden. Sie kann und will sich dieser Bürde nicht länger aussetzen, so dass sie die Konsequenzen daraus gezogen hat.

„[...] sozusagen das es jetzt mittlerweile, dass wir uns trennen ähm, weil meine Frau das nicht mehr ertragen kann, sie ist nur für mich ähm (...) wenn man so will, meine persönliche Pflegerin ja, da ist, die Liebe ist weg, die ähm Beziehung besteht nur aus (...), dass sie mir hilft und das war's [...]“ (1/35-2/3).

Die Ehe hat zu sehr unter den einschneidenden Erlebnissen gelitten, dass beide ihre Liebe zueinander verloren haben und mehr oder weniger nur noch „[...] nebeneinander [und] nicht miteinander [leben] [...]“ (2/13).

Inwiefern sich das Beziehungsverhältnis der beiden Eheleute zueinander verändert hat, beleuchtet das nachfolgende Zitat, welches zwar inhaltlich eine andere Thematik behandelt, doch die Betonung einzelner Wörter veranschaulicht die eingetretene Wende in ihrem Leben.

„Und dann haben wir so 'ne Ausschreibung gemacht für so einen freien Monat und ähm meine Frau hat gewonnen und dann war ich ihr Begleiter“ (3/26-27).

Die Betonung der unterstrichenen Wörter lässt eine Vorstellung davon zu, wie Herr Lüttich die Rollenverteilung vor und nach dem Unfall aufzufassen scheint. Zu Beginn ihrer Beziehung war er der aktive Part, der seiner Frau unterstützend und beratend zur Seite gestanden hat. Er war unabhängig und auf niemanden angewiesen, konnte sein Leben so gestalten, wie er es für richtig hielt. Mittlerweile hat sich diese Rollenverteilung aus seiner Perspektive umgedreht, also dass seine Frau für ihn verantwortlich ist und sie ihn auf seinem Weg begleitet. Dem Paar ist keine autonome und selbstständige Entwicklung gelungen, die im Einklang mit einer dyadischen Weiterentwicklung steht. Beide scheinen sich als Einzelkämpfer wahrzunehmen, so dass von keiner gemeinsamen Krankheitsbewältigung gesprochen werden kann.

Hinsichtlich der beschlossenen Trennung des Paares ist für Herrn Lüttich jedoch nachvollziehbar, dass seine Frau das bisherige Leben nicht mehr fortführen möchte. Er kann ihre Sichtweise und Problematik verstehen, doch hätte er sich frühere Signale und Hilferufe von ihr gewünscht (vgl. 7/10-13).

In diesem Zusammenhang sollten die kritischen Ausführungen von Herrn Lüttich bezüglich der psychiatrischen Versorgung angeführt werden, wobei er den Mitarbeitern dort vorwirft, sich nicht genug darum zu bemühen, dass die Patienten nach einem Aufenthalt in der Psychiatrie oder Tagessklinik wieder Anschluss an das eigentliche Leben finden. Der Fokus liegt auf der akuten Behandlung und kaum auf der Reintegration in das gesellschaftliche Leben (vgl. 8/15-19). Diese Ansichten lassen unter Umständen darauf schließen, dass Herr Lüttich sich vermehrte Hilfeleistungen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens gewünscht hätte, was mit geringeren Belastungen für seine Frau verbunden gewesen wäre und somit eventuell eine Trennung verhindert hätte. Die Etablierung von Alltagsstrukturen und einer gewissen Routine ist dem Paar schwer gefallen und hat, streng genommen, zu einer enormen Überforderung geführt.

Wie schwierig ein angemessener Umgang mit einem psychisch beeinträchtigten Menschen ist, kann durch die folgende Situationsbeschreibung erahnt werden.

„[...] ich hab' mal mal 'nen Brief geschrieben, wo ich Dankeschön geschrieben habe und ohne dich wäre ich nichts und ähm (...), gut und das hat die so plump gelesen und fertig 'ne und ohne zu denken, wie viel ähm ich sag' mal so, Überwindung mich das kostet, weil ich (...) bin kein Romantiker in dem Sinne, aber ähm (...), wie soll man das sagen ähm (...) ich wär'

gerne oder hätte gerne, dass das ein bisschen (...) besser abgelaufen ist mit uns [...]“ (17/26-30).

An dieser Stelle muss von zwei unterschiedlichen Interpretationen ausgegangen werden. Zum einen kann die Beschreibung von Herrn Lüttich so verstanden werden, wie er sie deutlich darlegt, nämlich dass seine Frau sich über eine liebevolle Aufmerksamkeit, ein Dankeschön nicht gefreut hat. Zum anderen kann dies ein Beispiel dafür sein, in welchem Ausmaß die Wahrnehmung von Herrn Lüttich, bedingt durch die depressive Erkrankung, gestört ist. Folglich taucht hier die Frage auf, ob die Reaktion der Ehefrau als falsche Wahrnehmung von Herrn Lüttich aufzufassen ist oder ob es der Realität entspricht und Frau Lüttich sich wirklich nicht über diesen Brief gefreut hat. Gemäß dieser Darlegung kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die veränderte Wahrnehmung, die depressiv erkrankte Menschen aufweisen, immer wieder zu Konfliktsituationen in der Paarbeziehung geführt haben werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass schon die körperliche Behinderung zu zahlreichen Veränderungen in der Paarbeziehung geführt hat. Die Depression erforderte zudem noch viele weitere strukturelle Anpassungen und Umgestaltungen im Zusammenleben von Herrn und Frau Lüttich, denen beide jedoch letztendlich nicht gerecht werden konnten. Beide haben ihre Ehe durch die Krankheiten bestimmen lassen und das gemeinsame Miteinander dadurch völlig vergessen, so dass eine Trennung unabwendbar geworden ist.

6.3.3 Zentrale Ergebnisse

Die Interviewauswertung hat viele Ergebnisse hervorgebracht, die an dieser Stelle zusammengefasst und bezugnehmend auf die theoretischen Grundlagen dargestellt werden sollen.

Die krankheitsbedingten Folgen und Veränderungen haben zahlreiche Umgestaltungen von dem Ehepaar Lüttich gefordert, denen sie letzten Endes nicht vollständig nachkommen konnten. Der verloren gegangene Lebenswille und die geminderte Leistungsfähigkeit von Herrn Lüttich haben dazu geführt, dass jegliche Aufmerksamkeit auf ihn gerichtet wurde und die Bedürfnisse seiner Frau in den Hintergrund gedrängt wurden. Trotz allem ist das Paar zunächst darum bemüht gewesen, den Alltag gemeinsam zu bewältigen, doch haben sich Herr und Frau Lüttich hierbei zu wenig auf das Miteinander konzentriert, so dass sie keinerlei gemeinsamen Aktivitäten nachgegangen sind oder sich in intensiven Gesprächen ausgetauscht haben. Gemäß dessen haben sich negative Kommunikationsmuster entwickelt, ein liebevoller und wertschätzender Umgang ist immer seltener geworden. Durch die alleinige Hauptverantwortung, die

fortan bei Frau Lüttich lag, ist diese immer unzufriedener und unglücklicher geworden, was sich auf ihren Ehemann übertragen hat und folglich zu zahlreichen Konfliktsituationen führte.

Zu den essentiellsten Belastungen kann für Frau Lüttich die fehlende Krankheitseinsicht und die mangelnde Akzeptanz ihres Ehemannes hinsichtlich seiner Veränderungen gezählt werden, denn mit dem Statuswechsel eines erfolgreichen Mannes zu einem psychisch und körperlich behinderten Mannes hat dieser gravierende Probleme. Folglich werden die symptomatischen Ausprägungen der Depression, das unzureichende Selbstwertgefühl und die Niedergeschlagenheit, weiter verstärkt. Für seine Ehefrau gehen damit erhebliche Belastungen und Schwierigkeiten einher, die durch die vorhandene Pflegebedürftigkeit ihres Mannes und den erforderlichen feinfühlgigen Umgang mit ihm noch intensiviert werden. Seit Beginn ihrer Beziehung nimmt Herr Lüttich den Mittelpunkt in der Beziehung ein, welcher Tatsache seine Frau bei der ungleichen Aufgabenverteilung und den geringen bis ganz fehlenden Erholungsphasen mit gefühllosen und teils demütigenden Aussagen begegnet. Dem ungeachtet ist sie an der Seite ihres Mannes geblieben und hat ihm die Hilfe zukommen lassen, die er benötigt. Letztendlich hat die Ehe dem enormen Druck aber nicht standgehalten, so dass Frau Lüttich entkräftet und überlastet die Trennung suchte.

Dieser Schritt scheint gewissermaßen unumgänglich gewesen zu sein, betrachtet man die zu bewältigenden Herausforderungen, denen das Paar nicht gerecht werden konnte. Frau Lüttich ist stetig dazu aufgefordert gewesen, ihren Ehemann zu motivieren, die Vergangenheit hinter sich zu lassen und sich stattdessen auf die Zukunft zu konzentrieren und aktive Bewältigungsstrategien einzuüben. Während dieses andauernden Prozesses sind dem Ehepaar ein respektvoller Umgang, gemeinsame Gespräche und das gemeinschaftliche Kämpfen verloren gegangen. Die Paarbeziehung ist durch die Krankheiten bestimmt worden, so dass Frau Lüttich die einzige Abgrenzungsmöglichkeit, um einen Zusammenbruch zu vermeiden, in Anspielungen und Sticheleien ihrem Ehemann gegenüber zu sehen schien. Dennoch ist nicht eindeutig festzumachen, ob dies der Realität entspricht oder ob es auf die gestörte Wahrnehmung von Herrn Lüttich zurückzuführen ist. Die ungeheure Doppelbelastung hat das partnerschaftliche Verhältnis zueinander deutlich verändert, weil Frau und Herr Lüttich sich während der Krankheitsbewältigung zu Einzelkämpfern entwickelt haben.

Zu Beginn ihrer Partnerschaft ist Frau Lüttich eine starke Stütze für ihren Ehemann gewesen, die ihn bei der Krankheitsbewältigung unterstützt und gefördert hat. Mit der Zeit kristallisierte sich jedoch immer mehr eine Wandlung heraus, so dass Frau Lüttich weniger als Hilfe, sondern vielmehr als Last von ihrem Ehemann wahrgenommen wird. Letztendlich belasten sich beide

durch ihre gegenseitige Anwesenheit, obwohl Herr Lüttich die pflegerischen Unterstützungsleistungen seiner Frau wohlwollend annimmt, welche Frau Lüttich ihm jedoch ständig vorwurfsvoll und missbilligend zukommen lässt. Diese Art des partnerschaftlichen Miteinanders verschärft den psychischen Genesungsprozess von Herrn Lüttich, wobei sich dieser ferner mit der Frage auseinandersetzt, ob seine Frau ihn jemals geliebt hat oder aber ob sie die Beziehung lediglich aus Schuldgefühlen mit ihm eingegangen ist. Bei der Stabilisierung seines Gesundheitszustandes erhält er in dieser schwierigen Ausnahmesituation den nötigen Beistand durch die Tagesstätte, die ihm die Unterstützung zukommen lässt, die er sich weiterhin von seiner Frau gewünscht hätte.

In Bezug auf die theoretischen Grundlagen und die Ergebnisse der Interviewauswertung ist abschließend festzuhalten, dass die Auswirkungen der chronischen psychischen Erkrankung und der physischen Behinderung auf die Paarbeziehung von Herrn und Frau Lüttich zu gravierenden Veränderungen geführt haben, so dass diese schlussendlich die Trennung ersehnen.

Hinsichtlich der unterschiedlichen theoretischen Modelle zur Paarbeziehung, sind verschiedene Erklärungsansätze für die Trennung des Paares auszumachen. Nach dem Investitionsmodell der Paarbeziehung von Rusbult (1983) sind Herr und Frau Lüttich vermutlich solange zusammen verheiratet geblieben, weil für Frau Lüttich eine Alternative weniger attraktiv gewesen zu sein schien und sie mit der Zeit so viel in die Ehe investiert hat, dass dies eine Trennung für sie erschwert zu haben schien. Nach dem lern- und verhaltenstheoretischen Ansatz ist die Beziehung des Paares nicht weiter aufrechtzuerhalten, da die Kommunikationsmuster überwiegend dysfunktional sind (u.a. Kritik, Nörgeln) und sich die Interaktion des Paares durch das Lernen am Modell in eine Negativspirale entwickelt hat, was mit einer kontinuierlichen Verschlechterung der Beziehung einhergegangen ist. Die nach der Gottman-Konstante geforderte 5:1 Theorie der Kommunikation ist bei dem Ehepaar Lüttich nicht vorhanden gewesen, da ihr Alltag durch negative Verhaltensweisen dominiert wurde. Dabei ist das Vulnerabilitäts-Stress-Adaptationsmodell mit einzubeziehen, wonach bei Herrn und Frau Lüttich von keiner qualitativ vorhandenen Kommunikationsfähigkeit und Konfliktlösekompetenz gesprochen werden kann. Hinzukommt die überdauernde Charaktereigenschaft der Sturheit, die bei beiden Partnern zu finden ist. Im Zusammenhang mit der Balancetheorie ist beim Ehepaar Lüttich der Fall gegeben, dass beide mit Anspannung und Negativität aufeinander reagieren. Überdies ist keine Stabilität in der Paarbeziehung und keine Zufriedenheit der Partner auszumachen, bedingt durch ein Übermaß an Streit und ein Minimum an Liebe und Leidenschaft. Dementsprechend führt dies eine beschränkte Wahrnehmung und physiologische Spannungen mit sich.

Herr Lüttich hat nach dem Verkehrsunfall immense Schwierigkeiten mit der Anpassung an die neue Lebenssituation gehabt. Das Auftreten der psychischen Störung verstärkte die problematische Situation und führte bei seiner Frau ebenfalls zu Überforderung, Desorientierung und Erschöpfung. Die Auswirkungen auf den partnerschaftlichen Alltag, den das Paar durch die kurze Kennenlernphase nicht ausreichend stabil entwickeln konnte, sind für Herrn und Frau Lüttich zu einer erheblichen Bewältigungsanforderung herangewachsen, denen sie jedoch nicht dauerhaft mit den notwendigen Kompetenzen begegnen konnten. Das Paar hat die gemeinsame Problemlösung, kommunikative Fertigkeiten, gegenseitiges Verständnis und die Verbundenheit zueinander nicht aufrechterhalten können, so dass die Lebensqualität gesunken ist und die Paarzufriedenheit abgenommen hat.

Abschließend sei ergänzend hinzugefügt, dass Herr Lüttich aller Wahrscheinlichkeit nach bereits in seiner Kindheit eine erhöhte Vulnerabilität für Depressionen entwickelt hat. Zum einen ist er bei dem Suizid seines Vaters gerade erst drei Jahre als gewesen, zum anderen hat er durch seine Mutter und seinen Adoptivvater keine Zuwendung erfahren (vgl. 1/12-15). Aktuellen Forschungsergebnissen nach ist festgestellt worden, dass der Tod eines Elternteils im Kindesalter zu einer erhöhten Vulnerabilität führen kann. Jedoch ist hierbei zu beachten, dass auch die Art und Weise der darauffolgenden Geschehnisse mit in die Betrachtung einbezogen werden muss, denn ist der Fall gegeben, dass die Kinder nach dem Verlust vom verbliebenden Elternteil schlecht versorgt werden, so kann von einer erhöhten Vulnerabilität für Depressionen ausgegangen werden (vgl. Butcher et al., 2009).

Diese Ergänzung soll darauf hinweisen, dass Herr Lüttich aller Vermutung nach in seiner Kindheit einen unsicheren Bindungsstil entwickelt hat, der sich maßgeblich auf die Beziehung mit seiner Ehefrau ausgewirkt hat. Bezugnehmend auf die dargestellten theoretischen Inhalte kann somit von einem Zusammenhang zwischen einem unsicheren Bindungsstil und einer konfliktreicheren partnerschaftlichen Interaktion ausgegangen werden.

6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Kapitel sollen die vorab ausgearbeiteten Aspekte zusammengefasst und in Verbindung zueinander gebracht werden. Hierbei soll primär davon abgesehen werden, die Ergebnisse in einer Auflistung resümierend wiederzugeben, sondern stattdessen eine übergreifende Wiedergabe der Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf die Paarbeziehung vollzogen werden. Dieses hat zum Ziel, typische Fälle anhand des analysierten Kategoriensystems zu konstruieren, was die Generierung von Thesen möglich erscheinen lässt.

Folgen und Veränderungen, die die Krankheit mit sich führt.

Leidet in einer Paarbeziehung ein Partner an einer chronischen psychischen Erkrankung, so gehen hiermit zahlreiche Folgen und Veränderungen für das Paar einher. Die Ergebnisse der Interviews belegen, dass vordergründig die eigentliche Symptomatik das gemeinsame Leben erschwert. Der gesunde Partner weiß oftmals nicht richtig mit den Ausprägungen der Krankheit umzugehen, so dass dies nicht selten zu Überforderung führt. Damit einhergehend verfügt der Betroffene häufig über eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, so dass der nicht erkrankte Partner zusätzliche Tätigkeiten übernehmen muss. Eine zunächst nicht offensichtliche Begleiterscheinung einer psychischen Erkrankung ist darin gegeben, dass der Erkrankte sehr stark auf sich selbst fixiert ist und sich intensiv mit seinem Schicksal auseinandersetzt, so dass diesem oft gar nicht bewusst ist, wie sehr der Ehepartner vernachlässigt und in den Hintergrund gedrängt wird. Diese starke Konzentration auf die eigene Person hat in zwei von drei Fällen dazu geführt, dass sich das Ehepaar auseinandergeliebt hat, weil keine gemeinsame Basis mehr vorhanden gewesen ist. Die gesunden Partner haben sich nicht mehr beachtet und als Ehepartner nicht mehr wertgeschätzt gefühlt, weil sich das eigentliche Zusammenleben ausschließlich um die Erkrankung drehte und kein Platz mehr für die Gefühle und Bedürfnisse des gesunden Partners gewesen zu sein scheinen. Demzufolge ist in diesen beiden Fällen keine gemeinsame Krankheitsbewältigung erfolgt, sondern der Schritt der Trennung gewählt worden, obwohl beide Paare zunächst den gemeinsamen Kampf gegen die Erkrankung angegangen sind.

Festzuhalten bleibt, dass in einem Fall die Umgestaltungen der beruflichen und partnerschaftlichen Lebenssituation gelungen sind und das Paar trotz vorhandener Einschränkungen das Leben bisher gemeinsam bewältigen konnte. In den anderen beiden Fällen führte die psychische Erkrankung zu einer Trennung des Paares, wobei hinzugefügt werden sollte, dass die Betroffenen Verständnis dafür haben, diese Beziehung nicht fortführen zu wollen. Hinsichtlich einer wahrscheinlichen Aussage kann wohl davon ausgegangen werden, dass eine chronische

psychische Erkrankung mutmaßlich zu gravierenden Veränderungen in der Paarbeziehung führt, deren Bewältigung nur wenigen Paaren gelingt.

Belastungen, die sich durch die Krankheit ergeben.

Die skizzierten Folgen und Veränderungen lassen erkennen, dass der gesunde Partner mit zahlreichen Belastungen zu kämpfen hat. Die befragten Personen haben alle darüber berichtet, dass der gesunde Partner immense Schwierigkeiten mit dem richtigen Umgang mit dem Erkrankten hat, das heißt, in akuten Phasen wissen die Gesunden häufig nicht, wie sie den kranken Partner behandeln sollen. Die starken gesundheitlichen Schwankungen, die bei psychischen Erkrankungen häufig gegeben sind, fordern von den gesunden Partnern viel Empathie und Verständnis, weil die Gefühlslage der Betroffenen relativ schnell umschlagen kann. Somit ist die emotionale Reaktion des erkrankten Partners immer schwer einzuschätzen. Damit im Zusammenhang verspüren die gesunden Partner Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und teilweise sogar Verzweiflung, aus Angst nicht zu wissen, was mit ihrem Partner geschieht und wie die Zukunft mit der psychischen Erkrankung gestaltet werden soll. Diese Faktoren münden bei den drei gesunden Partnern in ein Gefühl von Alleinverantwortung, da sie schwerpunktmäßig den alltäglichen Aufgaben und Pflichten nachkommen müssen. Diese zusätzlichen Tätigkeiten, die in einer Paarbeziehung gleichwertig verteilt sein sollten, führen bei den gesunden Partnern zu Überforderung, Erschöpfung und Einsamkeit. In zwei von drei Fällen sind die Betroffenen zu stark auf die eigene Person fixiert, so dass die Liebe zu der Partnerin immer stärker verloren gegangen ist. In einem dieser Fälle ist die Belastung so immens, dass die Ehefrau selbst eine psychosomatische Behandlung in Anspruch nehmen musste. Der andere Fall zeigt, dass eine hinzukommende körperliche Behinderung, die pflegerische Unterstützungsleistungen erfordert, den Druck solchermaßen erhöht, dass die Partnerin dem nicht weiterhin standhalten konnte. Das dritte Beispiel zeigt jedoch trotz vieler vorhandener Belastungen, dass Rehabilitationseinrichtungen hier eine Entlastung bieten können, die für den Betroffenen selbst, aber auch für die Paarbeziehung vorteilhaft sein können.

Zusammenfassend werden viele Belastungsfaktoren zum Ausdruck gebracht, die in zwei von drei Fällen nicht weiterhin durchzuhalten waren. Die gemeinsame Bewältigung des Alltags ist durch die psychische Krankheit stark eingeschränkt und verlangt stattdessen viel Aufwand und Kraft vom gesunden Partner, über die dieser jedoch nicht fortwährend verfügt.

Bedingt durch dieses asymmetrische partnerschaftliche Verhältnis ist hypothetisch davon auszugehen, dass die gesunden Partner diesen enormen Belastungen nur standhalten können, wenn sie für diese Unterstützungen erhalten würden, damit das Fortführen der Paarbeziehung gelingt.

Bewältigungsanforderungen und Herausforderungen für das Paar.

Das Zusammenleben mit einem Menschen, der an einer psychischen Krankheit leidet, erfordert nicht nur Umstrukturierungen, sondern zudem auch eine neue Ausbalancierung des partnerschaftlichen Verhältnisses. Hiermit sind jedoch gewisse Herausforderungen verbunden, denen nicht alle befragten Paare gerecht werden konnten. Die primäre Bewältigungsanforderung bestand bei allen Paaren darin, die Krankheit zu akzeptieren und anzunehmen. Die Betroffenen haben sich teilweise sehr schwer darin getan das Leben mit dieser Krankheit zu arrangieren, so dass dem gesunden Partner eine wichtige Rolle zugeschrieben werden musste. Mit positivem Zuspruch und motivierenden Gesprächen seitens des Gesunden galt es für den Betroffenen die Krankheit akzeptieren zu lernen. Dabei haben die gesunden Partner zum Teil Schwierigkeiten damit gehabt, die Krankheit an sich zu verstehen und nachzuvollziehen, wieso der Partner bestimmte Verhaltensweisen zeigt und wie bestenfalls damit umgegangen werden soll. Von dem gesunden Partner ist ein hohes Maß an Vorsichtigkeit, Sensibilität und Empathie gefordert worden, um das richtige Verhältnis von Nähe und Distanz zu entwickeln. Dieser Aspekt verweist ebenfalls darauf, dass die Kommunikation mit psychisch erkrankten Menschen erschwert und beeinträchtigt sein kann. Die Interviews bestätigen, dass die Betroffenen gravierende Defizite bezüglich kommunikativer Kompetenzen aufweisen. Eine Veränderung des Denkens und der Wahrnehmung tragen zu häufigen Konfliktsituationen bei, denen sich die Betroffenen vermehrt entziehen. Diesbezüglich kann ferner konstatiert werden, dass die Paarbeziehung sehr stark durch die psychische Erkrankung dominiert wird, wobei in einem Fall der respektvolle und wertschätzende Umgang miteinander verloren gegangen ist. In dem Fall, in dem während der Ehe keine Diagnosestellung erfolgte, bestand die zentrale Herausforderung für die Partnerin darin, ihren Mann auf seine Beeinträchtigung aufmerksam zu machen und ihn zu veranlassen sich einer Untersuchung zu unterziehen, wobei eine solche Diagnostik jedoch während der Ehe nicht mehr vollzogen worden ist.

Alles in allem werden trotz unterschiedlicher psychischer Erkrankungen sehr ähnliche Bewältigungsanforderungen und Herausforderungen sichtbar, die in allen drei Fällen zu einem veränderten Beziehungsverhältnis führten, wobei in zwei Fällen von keiner gemeinsamen Krankheitsbewältigung gesprochen werden kann.

Auch an dieser Stelle lassen die vorliegenden Fälle die Vermutung zu, dass im Allgemeinen Paare den ungeheuren Herausforderungen, die eine solche Erkrankung mit sich führt, häufig nicht gewachsen sind. Ist das Paar aber sogar dazu in der Lage, die Barrieren einigermaßen zu

überwinden, so sind trotzdem viele negative Entwicklungen damit verbunden, die eine Aufrechterhaltung der Paarbeziehung nicht immer für möglich erscheinen lassen.

Bedeutung des gesunden Partners.

Die Ergebnisse der Interviewauswertung bringen eindeutig zur Geltung, dass dem gesunden Partner ein protektiver Faktor zugeschrieben werden kann. Alle Betroffenen haben während der Krankheitsphasen die notwendige Unterstützung ihrer Ehepartner erfahren. Der gesunde Partner ist zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes stark gefordert worden, da er dem Erkrankten Rückhalt und Beistand gewährte. Ferner haben die Betroffenen viel positiven Zuspruch und Motivation benötigt, um ihrem Leben wieder einen Sinn zu geben.

Hinsichtlich der individuellen Entwicklungsverläufe bei den drei Paaren, sollte an dieser Stelle doch eine differenzierte Betrachtung erfolgen, obwohl eingangs davon abgesehen werden sollte. Das Ehepaar Schnell hat dank der enormen Unterstützungsleistungen und der aufgebrachten Geduld und Zuneigung seitens Herrn Schnell die Bewältigung des kritischen Lebensereignisses bewerkstelligen können. Frau Schnell ist ihrem Ehemann für diese stützende Funktion sehr dankbar. Das Ehepaar Karl konnte ihre Paarbeziehung nicht aufrechterhalten, obwohl die Ehefrau für Herrn Karl enorm wichtig gewesen ist, nicht zuletzt durch die Tatsache, dass sie während der gemeinsamen Zeit permanent darauf bestanden hat, dass ihr Ehemann sich psychisch untersuchen lassen soll. Trotzdem hat Herr Karl sich zu dieser Zeit seine Erkrankung nicht eingestehen wollen, so dass die Ehe nicht fortgeführt werden konnte. Bei dem Ehepaar Lüttich war wiederum eine besondere Situation dadurch gegeben, dass die Ehefrau einer Doppelbelastung aufgrund einer gleichzeitig nebeneinander bestehenden somatischen und psychischen Erkrankung des Partners ausgesetzt gewesen ist.

Mit großer Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass dem gesunden Partner in der Regel eine stützende Rolle zukommt, die jedoch nicht dauerhaft aufrechterhalten werden kann, wenn sich das Belastungsempfinden zu stark ausdehnt. Für den Heilungs- und Stabilisierungsprozess ist der Beistand eines Ehepartners grundsätzlich als positiv und förderlich zu bewerten.

Resümee

Gemäß der bisherigen Analyseergebnisse möchte ich einige hypothetische Annahmen über die Auswirkungen von chronischen psychischen Erkrankungen auf die Paarbeziehung aufstellen.

Zunächst scheint deutlich zu werden, dass die Betroffenen immense Probleme damit haben, die psychische Erkrankung anzunehmen und in ihr bisheriges Leben zu integrieren. Diese Anpassungsprozesse erfordern von den Betroffenen, aber auch von den Partnern Feingefühl,

Geduld und Durchhaltevermögen. Während des Krankheitsverlaufs verzeichnet der gesunde Partner zahlreiche Einschränkungen, weil sich das gemeinsame Leben fast ausschließlich um den Betroffenen und seine Erkrankung dreht. Die Bedürfnisse des Gesunden werden zu diesem Zeitpunkt zurückgestellt, mit den Folgen, dass dieser sich vernachlässigt fühlt und eine Aufrechterhaltung der gemeinsamen Paarbeziehung als nutzlos empfindet. Zumal von dem gesunden Partner eine vermehrte Aufgabenübernahme erwartet wird, die nicht nur mit zahlreichen Belastungen einhergeht, sondern von dem Erkrankten auch manchmal für selbstverständlich gehalten wird. Trotz allem liefern die vorab dargestellten Theorien und Modelle zu Paarbeziehungen verschiedene Erklärungsansätze, warum die Partnerschaften dessen ungeachtet über einen so langen Zeitraum aufrechterhalten werden.

Bezieht man die vorhandenen Kommunikationsstrukturen innerhalb der Paarbeziehungen mit ein, so scheinen die kommunikativen Kompetenzen bei dem psychisch erkrankten Partner häufig beeinträchtigt zu sein. Dieses Defizit hat unumstritten gravierende Nachwirkungen auf die partnerschaftliche Interaktion, da eine funktionierende Kommunikation als ein wesentliches Element einer zufriedenen und stabilen Paarbeziehung anzusehen ist. Die krankheitsbedingte Veränderung des Denkens, der Sprache und der Wahrnehmung zieht zusätzliche Konsequenzen nach sich, da der gesunde Partner Schwierigkeiten bei einer angemessenen Reaktion aufweist.

Hinsichtlich dieser problematischen Auswirkungen ist der Tagesstätte als Rehabilitationseinrichtung eine bedeutsame Funktion zuzuschreiben, da deren konzeptionelle Ausrichtung auf eine Förderung der Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags basiert. Nichtsdestotrotz ist davon auszugehen, dass wenn Paare keinerlei Hilfe aus dem psychiatrischen Versorgungsnetz erhalten, dem dyadischen Coping geringere Chancen entgegengebracht werden können.

Abschließend sei konstatiert, dass anhand der drei Interviews weniger von einem langfristig gelingenden Verlauf einer Paarbeziehung auszugehen ist, da die Auswirkungen darauf zu einschneidend und belastend sind. Gleichwohl gilt es den Fokus nicht nur gesondert auf die psychische Erkrankung zu legen, sondern stattdessen ist davon auszugehen, dass bei einer partnerschaftlichen Trennung mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Überdies scheinen der Zeitpunkt des Kennenlernens und der Diagnosestellung, sowie die Dauer und Entfaltung der Beziehung bis zum Ausbruch der Krankheit einen maßgeblichen Einfluss auf die partnerschaftliche Entwicklung zu haben. Bezüglich genderspezifischer Unterschiede lässt sich offenkundig erkennen, dass bei einer psychischen Erkrankung des Mannes die Ehe nicht fortgeführt wurde. Mögliche Gründe hierfür sind bislang nicht augenscheinlich auszumachen, so dass dahingehend auch keine hypothetische Konstruktion erfolgen soll.

7 Kritische und reflektierte Betrachtung der Untersuchung

Zunächst sollen die Erhebungs- und Auswertungsmethode einer kritischen Begutachtung unterstellt werden, damit eine einseitige Betrachtungsweise, nämlich die Hervorhebung positiver Merkmale, vermieden wird. Daraufhin soll der gesamte Forschungsprozess einer Reflexion meinerseits unterzogen worden, um die durchgeführte Untersuchung abschließend zu beleuchten und mögliche Fehlerquellen sichtbar zu machen bzw. positive Gesichtspunkte hervorzuheben. Das Ziel besteht darin, den Vorgang besser zu verstehen und aus diesem zu lernen.

Das narrative Interview weist neben seinen zahlreichen Vorzügen, die bereits im Vorfeld ausführlich thematisiert worden sind, auch Nachteile und Grenzen auf, die mir bei der Durchführung bewusst geworden sind. Zunächst können bei der Anwendung des narrativen Interviews Schwierigkeiten auftreten, wenn die zu interviewende Person schüchtern und verschlossen ist und demzufolge nur wenig erzählen möchte. Zwar war dies in meinem Fall nicht gegeben, doch kann Wortkargheit und Zurückhaltung zu einem geringeren Informationsgewinn führen. Im gegenteiligen Fall kann die Offenheit dieser Interviewform dazu führen, dass viele nicht relevante Informationen erhoben werden und die weitaus wichtigeren Inhalte von den interviewten Personen nicht angesprochen werden. Diesbezüglich ist eine erhöhte Aufmerksamkeit und Kompetenz des Interviewers wünschenswert, damit dieser im Nachfrageteil auf die noch bedeutsamen Themen zu sprechen kommt. Was dies betrifft, sind meine Fähigkeiten sicherlich noch zu optimieren, da ich mich an einigen Stellen zu stark von den Interviewpersonen habe mitreißen lassen, statt auf gewichtige Aspekte ausführlicher einzugehen.

Weiterhin ist die Auswertung von narrativen Interviews sehr zeitaufwendig, so dass dies bei der Zeitplanung genauestens mit einberechnet werden sollte.

Auch kann sich der Interviewer eventuell an manchen Stellen etwas unbehaglich fühlen und die Situation als unangenehm empfinden, wenn es sich um sehr persönliche Inhalte aus dem Leben der Interviewten handelt, wie beispielsweise die Missbrauchserfahrungen von Frau Schnell.

Mit der Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse konnte ich zwar überwiegend gut arbeiten, dennoch haben sich kleinere Hürden offenbart. Eingangs hat die Aufbereitung der Interviews eine enorme Zeit in Anspruch genommen, so wie es bereits angesprochen wurde. Ist zunächst die wörtliche Transkription der drei Interviews sehr aufwendig gewesen, so war das daraufhin zu entwickelnde Kategoriensystem ebenfalls zeitintensiv. Dennoch kann dem ein positiver Nebeneffekt entnommen werden, denn durch meine ständige Vergegenwärtigung des

Textmaterials und meine damit verbundene Auseinandersetzung, haben sich für mich neue Anregungen und Ideen entfalten können, die für die spätere Analyse von Vorteil gewesen sind.

Die eindeutige Zuordnung der verschiedenen Textsequenzen zu den aufgestellten Kategorien habe ich zum Teil als sehr schwierig empfunden, obwohl diese durch Kodierregeln und ein Ankerbeispiel gekennzeichnet worden sind. Das Halten an Regeln in Bezug auf die qualitative Inhaltsanalyse ist auf der einen Seite hilfreich gewesen, doch hat dies auf der anderen Seite den Auswertungsprozess an einigen Stellen erschwert.

Weiterhin wird das induktive Vorgehen bei vielen Wissenschaftlern als kritisch angesehen, so dass ich an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen möchte, dass die Ergebnisse der drei Untersuchungsfälle keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben. Jedoch wollte ich anhand dieser drei Beispiele zeigen, welche Verlaufstypen vorkommen können, ohne hiermit auf allgemeine Entwicklungsverläufe schließen zu wollen.

Im Hinblick auf den kompletten Forschungsprozess möchte ich anmerken, dass die interviewten Personen sich sehr darüber gefreut haben, dass sie ihre persönliche Geschichte erzählen durften. Aus diesem Grund empfinde ich es als sehr erstrebenswert und effektiv, den Betroffenen so einen Raum zur Vermittlung ihrer Erfahrungen zu erteilen. Als Resultat haben sich reichhaltige Interviewtranskripte ergeben, denen sicherlich noch weitere Ergebnisse zu entnehmen sind, als die bisher Abgebildeten. Die Form des narrativen Interviews hat sich demzufolge als äußerst vorteilhafte Erhebungsmethode erwiesen, da das individuelle Handeln und die persönlichen Erfahrungen charakteristisch zu Tage treten konnten. Die Entscheidung, nicht nur nach einer bestimmten Lebensspanne zu fragen, hat sich rückblickend als richtig erwiesen, da ich davon ausgegangen bin, dass die komplette Lebensgeschichte meiner Interviewteilnehmer für meine Fragestellung von Bedeutung sein kann, wie sich schlussendlich auch herausgestellt hat.

Abschließend gilt es ferner zu konstatieren, dass die Vielfältigkeit der Auswirkungen noch detaillierter hätte dargestellt werden können, wenn ebenso die gesunden Partner mit in die Untersuchung einbezogen worden wären. Diesen habe ich jedoch zu Beginn der Untersuchung eine geringere Aufmerksamkeit schenken wollen, um die Personen, die die psychische Erkrankung diagnostiziert bekommen haben, quasi als eigene Experten zu befragen. Während des Auswertungsprozesses habe ich jedoch festgestellt, dass es möglicherweise doch hilfreich und interessant gewesen wäre, die Perspektive der gesunden Partner zu erfahren. Nicht zuletzt deshalb, um zu überprüfen, ob der erkrankte Partner die Auswirkungen wirklichkeitsgetreu wiedergibt oder in einigen Fällen das Resultat einer verzerrten Wahrnehmung ist. Letztendlich könnte dies ja sogar eine Anregung für eine Weiterführung der Thematik darstellen.

8 Fazit

Die vorliegende Arbeit enthält neben den theoretischen Grundlagen, bei denen umschriebene, nämlich für meine Arbeit erforderliche Inhalte bezüglich der Themenbereiche „psychische Erkrankungen“ und „Paarbeziehungen“ zusammengetragen worden sind, außerdem die Beschreibung des Forschungsprozesses sowie die Ergebnispräsentation der durchgeführten Untersuchung. Dieser umfassenden Darstellung sind die zahlreichen Auswirkungen, die eine chronische psychische Erkrankung auf eine Paarbeziehung haben kann, ausführlich zu entnehmen, wobei sicherlich von keiner absoluten Vollständigkeit ausgegangen werden kann.

Die Beschäftigung mit der gegenwärtigen Thematik sehe ich vorwiegend als einen Lernprozess für mich an. Durch die intensive Auseinandersetzung mit einem spezifischen Inhalt sind nicht nur meine wissenschaftlichen Kompetenzen ausgebaut und gefördert worden, sondern ich habe darüber hinaus Gedanken und Ansätze entwickelt, die für eine erhöhte fachliche Befähigung, praktisch und theoretisch, als Sozialarbeiterin von Vorteil sind. Diesbezüglich bin ich rückblickend sehr erleichtert darüber, meine Abschlussarbeit mit einem empirischen Schwerpunkt bearbeitet und die theoretischen Inhalte mit meinen praktisch erlangten Untersuchungsergebnissen in Zusammenhang gebracht zu haben. Hinsichtlich der qualitativen Erhebungsmethode, dem narrativen Interview, ist den Ergebnissen zu entnehmen, wie ertragreich die offene Erzählaufforderung und die komplette Lebensgeschichte der interviewten Personen gewesen sind. Die subjektiven Sichtweisen der Betroffenen und deren subjektive Darstellung der sozialen Wirklichkeit ermöglichen der Sozialen Arbeit ein umfangreiches Verständnis für deren individuelle Lebensweisen. Dies hat unter anderem zur Folge, dass zum einen Schwachstellen und Mängel in der Sozialen Arbeit besser erkannt werden, zum anderen passende Interventionsmaßnahmen gezielter angesetzt werden können, im Hinblick darauf, bei der vorliegenden Thematik den Ehepaaren das gemeinsame Leben zu erleichtern.

Für einen Ausblick gilt es abschließend Ideen zu entfalten, die für eine weitergehende Untersuchung interessant und aufschlussreich sein würden. Zunächst habe ich ja bereits angedeutet, dass die Befragung der gesunden Ehepartner sicherlich einen zusätzlichen Informationsgehalt liefern würde, bedenkt man zudem die Problematik der verzerrten Wahrnehmung, unter denen die Betroffenen möglicherweise leiden. Weiterhin könnten die geschlechtsspezifischen Unterschiede intensiver untersucht werden. In einem dritten Schritt wäre es dann spannend zu erforschen, welche Unterstützungsmaßnahmen für die Ehepaare entwickelt werden müssten, um den Zusammenhalt zu stärken und die Belastungen zu minimieren und - wenn möglich - sogar Trennungen zu vermeiden.

9 Literaturverzeichnis

Literatur zu den theoretischen Grundlagen

- Aronson, E. et al. (2008). Sozialpsychologie. 6., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium.
- Becker, T. et al. (Hrsg.) (2007). Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte - Interventionen - Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Beitler, H. (2008). Zusammen wachsen. Psychose, Partnerschaft und Familie. Bonn: BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co. KG.
- Berger, M. (Hrsg.) (2009). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 3. Auflage. München: Urban & Fischer.
- Berger, M. et al. (2009). Affektive Störungen. In: Berger, M. (Hrsg.) (2009). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 3. Auflage. München: Urban & Fischer. S. 491-642.
- Bischof, J. (2008). Zur Unterstützung emotionaler Bewältigungsprozesse bei der Beratung von Partnern depressiver Patienten. In: Lenz, A. & Jungbauer, J. (Hrsg.) (2008). Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvtv Verlag. S. 241-255.
- Bodenmann, G. (2000). Stress und Coping bei Paaren. Hogrefe [u.a.]: Verlag für Psychologie.
- Bodenmann, G. (2004a). Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen. 3., korrigierte Auflage. Bern [u.a.]: Verlag Hans Huber Verlag.
- Bodenmann, G. (2004b). Stress und Partnerschaft. Verfügbar unter:
URL:http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Partnerschaft/s_123.html
[Stand: April, 2011].
- Bohus, M. et al. (2009). Persönlichkeitsstörungen. In: Berger, M. (Hrsg.) (2009). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 3. Auflage. München: Urban & Fischer. S. 819-908.

- Brauckhaus, C. et al. (2000). Erfolgsbedingungen von Partnerschaften. In: Kaiser, P. (Hrsg.) (2000). Partnerschaft und Paartherapie. Göttingen [u.a.]: Hogrefe-Verlag. S. 173-189.
- Butcher, J. N. et al. (2009). Klinische Psychologie. 13., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium.
- Cornelius, S. W. & Hultsch, D. F. (1990). Kritische Lebensereignisse und lebenslange Entwicklung: Methodologische Aspekte. In: Filipp (Hrsg.) (1990). Kritische Lebensereignisse. 2., erweiterte Auflage. München: Psychologie Verlag Union. S. 72-91.
- DIMDI. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm> [Stand: Mai, 2011].
- Eikelmann, B. & Reker, T. (2005). Schizophrenie. In: Friesboes, R.-M. et al. (Hrsg.) (2005). Rehabilitation bei psychischen Störungen. München: Urban und Fischer Verlag. S. 148-163.
- Filipp (Hrsg.) (1990). Kritische Lebensereignisse. 2., erweiterte Auflage. München: Psychologie Verlag Union.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Friesboes, R.-M. et al. (Hrsg.) (2005). Rehabilitation bei psychischen Störungen. München: Urban und Fischer Verlag.
- Grau, I. & Bierhoff, H.W. (2003). Sozialpsychologie der Partnerschaft. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hahlweg, K. & Baucom, D. H. (2008). Partnerschaft und psychische Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Band 34. Göttingen [u.a.]: Hogrefe-Verlag.
- Jungbauer, J. (2009). Familienpsychologie kompakt. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Jungbauer, J. (Hrsg.) (2005). Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Jungbauer, J. et al. (2005). Die 'übersehenden' Angehörigen: Partner schizophrener Patienten. In: Jungbauer, J. (Hrsg.) (2005). Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 50-63.
- Kaiser, P. (Hrsg.) (2000). Partnerschaft und Paartherapie. Göttingen [u.a.]: Hogrefe-Verlag.
- Klecha, D. & Borchardt, D. (2007). Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation. Ein Praxisleitfaden. Freiburg: Lambertus - Verlag.
- Knuf, A. (2006). Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Basiswissen 9. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Lenz, A. & Jungbauer, J. (Hrsg.) (2008). Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvtv Verlag.
- Lenz, K. (2006). Soziologie der Zweierbeziehung. Eine Einführung. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leucht, S. et al. (2009). Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In: Berger, M. (Hrsg.) (2009). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 3. Auflage. München: Urban & Fischer. S. 412-490.
- Lösel, F. & Bender, D. (2003). Theorien und Modelle der Paarbeziehung. In: Grau, I. & Bierhoff, H.W. (2003). Sozialpsychologie der Partnerschaft. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag. S. 43-75.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010a). Schizophrenie. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Heft 50. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010b). Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Heft 51. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Salewski, C. (2009). Chronische Krankheit – der Beitrag der Stresstheorien. In: Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009). Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Verlag Hans Huber. S. 159-178.

- Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009). Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Verlag Hans Huber.

- Schmolke, M. (2001). Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen. Eine empirische Untersuchung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Schneewind, K. A. & Wunderer, E. (2003). Das Beziehungsrezept. Was Paare zusammenhält. In: Psychologie Heute 30, H. 7, S. 20-23.

- Schneewind, K. A. & Wunderer, E. (2003). Prozessmodelle der Partnerschaftsentwicklung. In: Grau, I. & Bierhoff, H.W. (2003). Sozialpsychologie der Partnerschaft. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag. S. 222-252.

- Schneewind, K. A. (1997). Was hält Ehen zusammen? Bedingungen und Konsequenzen ehelicher Stabilität. Unveröffentlichte Antragsstellung an die Deutsche Forschungsgemeinschaft. München: Universität München.

- Schneewind, K. A. et al. (2000). Entwicklungen von Paarbeziehungen. In: Kaiser, P. (Hrsg.) (2000). Partnerschaft und Paartherapie. Göttingen [u.a.]: Hogrefe-Verlag. S. 97-111.

- Wiese, M. et al. (2008). Die Einbindung der Partner von Patienten in die ambulante Psychotherapie. In: Lenz, A. & Jungbauer, J. (Hrsg.) (2008). Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvtv Verlag. S. 221-239.

- Wingenfeld, K. (2009). Transitionen im Krankheitsverlauf. In: Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009). Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Verlag Hans Huber. S. 91-110.

- Wundsam, K. et al. (2007). Stigmatisierung - eine Barriere zur Rehabilitation. In: Becker, T. et al. (Hrsg.) (2007). Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte - Interventionen - Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 319-332.

Literatur zu der empirischen Untersuchung

- Flick, U. (2009). Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Flick, U. et al. (Hrsg.) (2009). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (2009). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick et al. (Hrsg.) (2009). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. S. 14-29.
- Friebertshäuser, B. & Langer, A. (2010). Interviewform und Interviewpraxis. In: Friebertshäuser, B. et al. (Hrsg.) (2010). Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 437-456.
- Friebertshäuser, B. et al. (Hrsg.) (2010). Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Glinka, H.-J. (2003). Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. 2. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Jakob, G. (2010). Biographische Forschung mit dem narrativen Interview. In: Friebertshäuser, B. et al. (Hrsg.) (2010). Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 219-234.
- Kowal, S. & O'Connell, D.C. (2009). Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick et al. (Hrsg.) (2009). Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. S. 437- 447.
- Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

- Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. Neue Praxis, 3. S. 283-293.

Anhang

Abbildungen

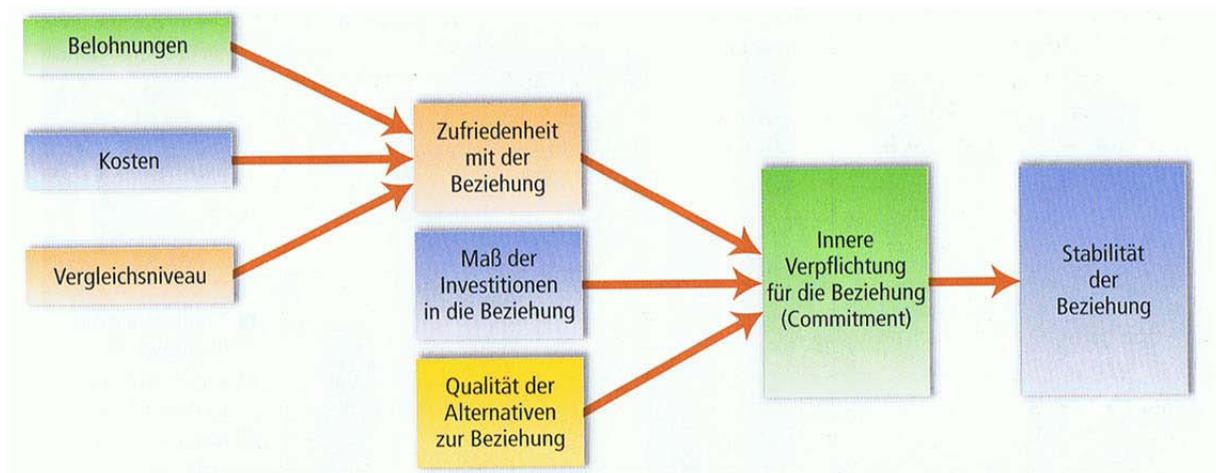


Abb. 1: Das Investitionsmodell von Rusbult (In: Aronson, E. et al., 2008, S. 339).

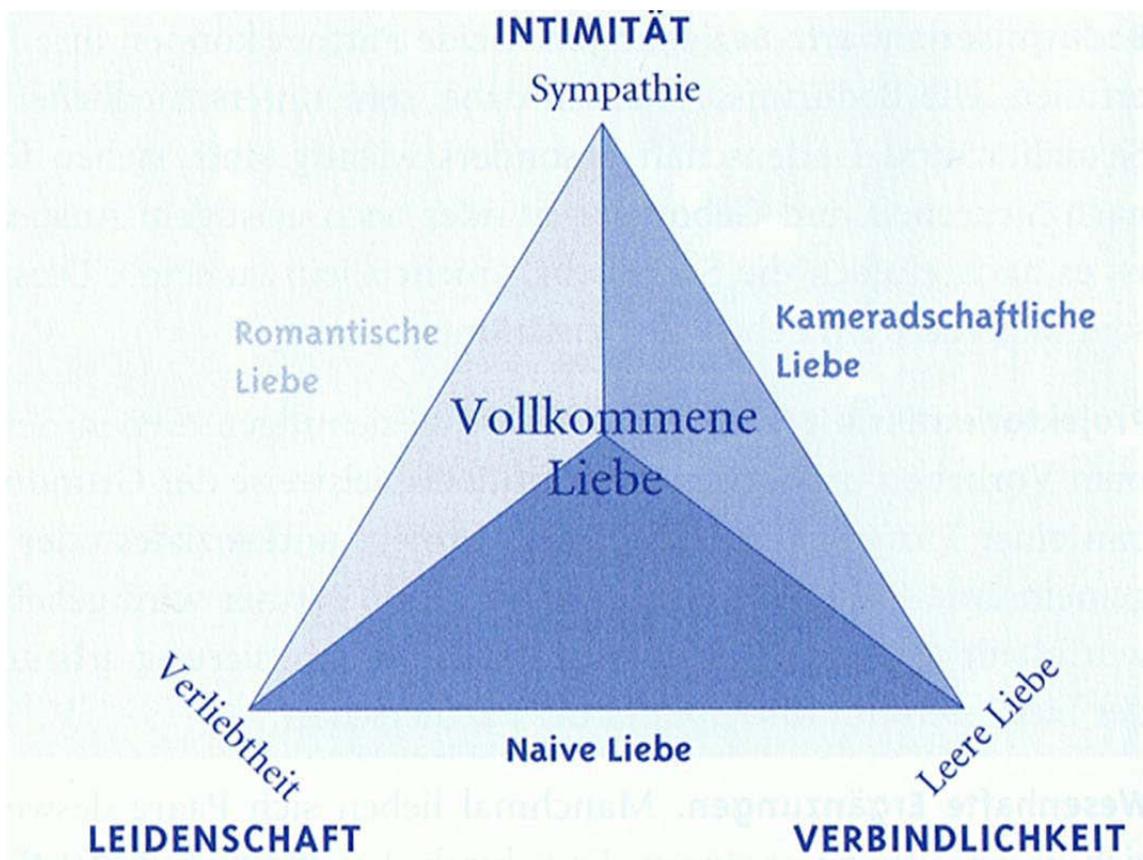


Abb. 2: Dreieckstheorie der Liebe nach Sternberg (In: Jungbauer, 2009, S. 74).

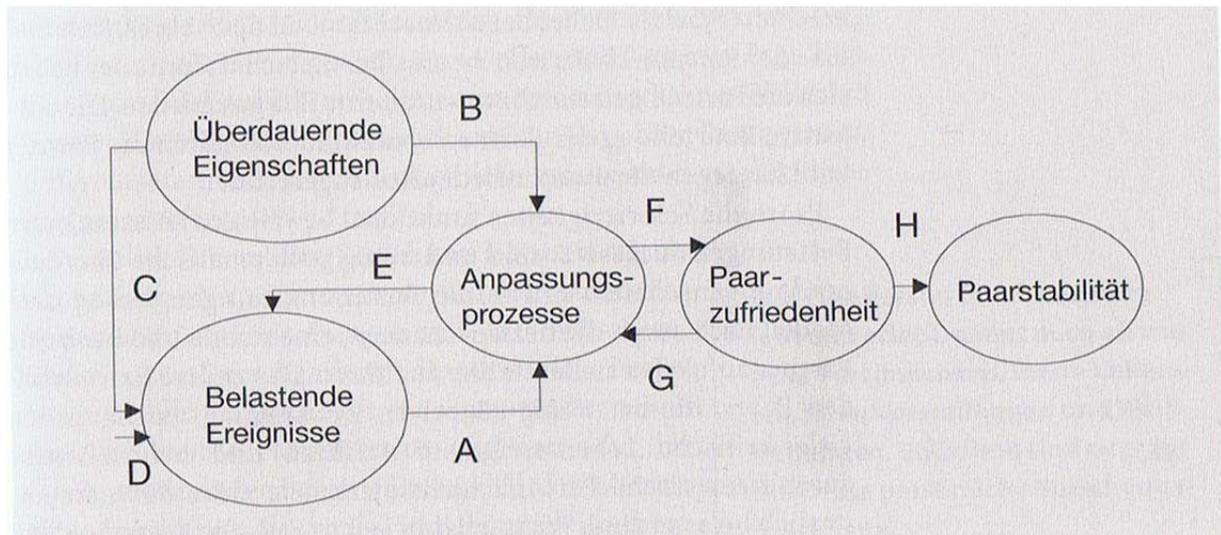


Abb. 3: Das Vulnerabilitäts-Stress-Adaptionsmodell (In: Schneewind & Wunderer In: Grau & Gierhoff, 2003, S. 243).

Verwendete Transkriptionszeichen (in Anlehnung an Glinka (2003))

...	Pause von ca. 3 Sekunden
...(6)...	längere Pause ab 3 Sekunden; Die Zahl gibt die Länge der Pause an
<u>Immer</u>	Betonung einzelner Wörter
<u>S c h ö n</u>	gedehntes Sprechen
((räuspert sich))	außersprachliche Aktivitäten
((lachen bis *))	außersprachliche Aktivitäten wie hier beispielsweise das Lachen, das sich bis zur Kennzeichnung (*) an der entsprechenden Stelle im transkribierten Text hinzieht
Wohlge/äh	Wortabbruch bzw. Selbstkorrektur
()	Nichtverstandener Redebeitrag