

**Lebensqualität bei Menschen mit
Schizophrenie und die Rolle der Angebote
des Club Aktiv der Caritas**

Verena Fuchs

Diplomarbeit
Eingereicht zur Erlangung des Grades
Mag^a(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im September 2009

Erstbegutachterin:
DSA Mag^a(FH) Sonja Kirchweger

Zweitbegutachter:
Mag(FH) Martin Zauner

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Lebensqualität bei Menschen mit Schizophrenie und inwiefern die Angebote des Club Aktiv, eine Freizeiteinrichtung für psychisch kranke Menschen der Caritas, eine Rolle spielen. Um die Sichtweise und Vorstellungen der Betroffenen selbst darstellen zu können, wird eine qualitative Studie in Form von narrativen Interviews durchgeführt.

Eingangs erfolgt die Klärung einiger für das Verständnis der Arbeit relevanter Begriffe, sowie eine Zusammenfassung von Theorien aus vorhandener Literatur zum Thema.

Die qualitative Studie selbst ist in vier Schwerpunkte unterteilt. Der erste Punkt widmet sich Selbsteinschätzung und Umgangsformen zur eigenen Lebenssituation der an Schizophrenie Erkrankten (1), darauf folgt eine Beschreibung der äußeren Lebensumstände (2). Weiters werden Motive zur Inanspruchnahme beziehungsweise zum Fernbleiben der Angebote des Club Aktiv (3) aufgezeigt. Den Abschluss bildet eine Darstellung der sozialen Kontakte (4) der befragten Personengruppe, zur bildhaften Untermauerung wird die Netzwerkkarte als diagnostisches Instrument herangezogen. Im Anschluss an die vier genannten Schwerpunkte erfolgt jeweils eine Zusammenführung der Aussagen der interviewten Personen mit Erkenntnissen aus der verwendeten Literatur.

Zuletzt werden die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen in einem Resümee zusammengefasst.

Abstract

This thesis focuses on the quality of life of schizophrenics and on how far it is influenced by propositions of the Caritas' Club Aktiv, a recreational facility for mentally ill people. In order to present the views of people affected, a qualitative study in the form of narrative interviews has been conducted.

Opening with an introduction of some terms relevant for understanding the thesis, several theories appearing in existing literature concerning the thesis are summarized.

The study itself is subdivided into four main points. The first part is devoted to self-appraisal and manners related to life-situations of people diagnosed by schizophrenia (1), followed by a description of external circumstances (2). Furthermore, motifs to either participate in or stay away from the propositions of the Club Aktiv (3) are presented. Finally social contacts (4) referring to the group of affected persons are laid out. To visualize this item, illustrations of social networks are used as a diagnostic instrument. Connections between statements submitted by the schizophrenics and descriptions in used literature are attached to each main point.

Finally, results of the examination are merged into a resume.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Motivation und Themenwahl.....	1
1.2. Problemstellung und Vorgehensweise	1
2. Begriffserklärungen	3
2.1. Schizophrenie.....	3
2.2. Club Aktiv.....	4
2.3. Lebensqualität	4
3. Soziale Arbeit mit psychisch Kranken	6
3.1. Club Aktiv.....	6
3.1.1. Definition Club	7
3.1.2. Konzeption und Leitbild	7
3.1.2.1. Ziele.....	8
3.1.2.2. Zielgruppen	9
3.1.2.3. Leistungen.....	9
3.1.2.4. Basisangebote	9
3.1.2.5. Spezialangebote	10
4. Konzepte und Vorstellungen von Lebensqualität ...	12
4.1. Elementare Grundbedürfnisse.....	13
4.2. Subjektive und objektive Sichtweise	13
4.3. Lebensqualität und Lebensstandard	14
4.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität	15
4.4.1. Lebensqualität unter Berücksichtigung psychischer Erkrankung.....	15
4.4.2. Zur Lebenslage psychisch kranker Menschen	18
4.4.2.1. Soziale Ausgrenzung vs. Partizipation.....	18
4.4.2.1.1. Europäische Sozialpolitik.....	20
4.4.2.2. Einsamkeit und soziale Isolation	21
4.4.2.3. Arbeitslosigkeit.....	22
4.4.2.4. Wohnbedingungen	23
5. Gesundheit als Grundvoraussetzung für Lebensqualität	24
5.1. Eine Definition	24
5.2. Das Ende der Unheilbarkeit	25
5.3. Chronizität.....	26
5.4. Hoffnung auf vollständige Genesung	26

5.5. Salutogenese vs. Pathogenese	28
5.5.1. Salutogenese bei psychischen Erkrankungen.....	28
5.6. Resignation	29
5.7. Stigmatisierung und Diskriminierung	30
5.7.1. Medikamenteneinnahme	31
6. Freizeit.....	34
6.1. Zeit und Freizeit.....	34
6.2. Freizeit hat zwei Gesichter	35
6.3. Wunschvorstellungen und Träume	35
6.4. Freizeit unter Miteinbeziehung psychischer Erkrankung.....	36
7. Empirischer Teil	38
7.1. Forschungsdesign	38
7.1.1. Forschungsinteresse.....	38
7.1.2. Forschungsleitende Fragen	39
7.1.3. Methode zur Datenerhebung	39
7.1.3.1. Das narrative Interview	39
7.1.3.2. Die Netzwerkkarte.....	41
7.1.4. Zielgruppe.....	41
7.1.5. Durchführung der Interviews	42
7.1.6. Auswertung der Interviews	42
8. Ergebnisse.....	43
8.1. Schwerpunkt 1: Selbsteinschätzungen und Umgangsformen zur eigenen Lebenssituation	43
8.1.1. Schlussfolgernde Zusammenfassung	46
8.2. Schwerpunkt 2: Äußere Lebensumstände	46
8.2.1. Beschäftigungsmöglichkeiten.....	47
8.2.1.1. Schlussfolgernde Zusammenfassung.....	50
8.2.2. Finanzen	51
8.2.2.1. Schlussfolgernde Zusammenfassung.....	52
8.2.3. Gesundheit	53
8.2.3.1. Schlussfolgernde Zusammenfassung.....	56
8.2.4. Wohnsituation	56
8.2.4.1. Schlussfolgernde Zusammenfassung.....	59
8.3. Schwerpunkt 3: Motive zur Inanspruchnahme/ zum Fernbleiben der Angebote des Club Aktiv.....	61
8.3.1. Interventionsmöglichkeiten	65
8.4. Schwerpunkt 4: Soziale Kontakte.....	67

8.4.1. Analyse der Netzwerkkarten	70
8.4.2. Schlussfolgernde Zusammenfassung	74
9. Zusammenführung der Forschungsergebnisse	76
10. Resümee	79
11. Literatur.....	81
11.1. Weitere Quellen	86
12. Abbildungsverzeichnis.....	87
13. Anhang.....	88
13. Eidesstattliche Erklärung.....	94

1. Einleitung

1.1. Motivation und Themenwahl

Durch meine berufliche Tätigkeit beim Club Aktiv der Caritas St. Pölten, ein Freizeitangebot und gleichzeitiger Treffpunkt für Menschen mit psychischer Erkrankung, stehe ich in direktem persönlichen Kontakt mit den Betroffenen und habe dadurch einen Einblick in die unterschiedlichen Lebenssituationen der ClubbesucherInnen erhalten. Immer wieder wurde deutlich, dass speziell die Wahrnehmung der an Schizophrenie Erkrankten ihre eigene Lebenssituation betreffend, sich von der Einschätzung Außenstehender unterscheidet. Aus dem Hintergrund dieser Tatsache entwickelte sich meinerseits das Interesse, speziell die Vorstellungen schizophrener Menschen über ihre Lebensqualität zu untersuchen und inwiefern die Angebote der Club Aktiv dabei eine Rolle spielen.

1.2. Problemstellung und Vorgehensweise

Die Bedeutung des Terminus Lebensqualität ist in der Alltagssprache sehr unterschiedlich, außerdem gibt es auch in der Wissenschaft keine eindeutigen Standards im Gebrauch. Zumeist wird Lebensqualität jedoch mit Wohlbefinden, Glück und Freude assoziiert (vgl. Meyer 2004:14). Wenn man beachtet, dass eine psychische Erkrankung wie Schizophrenie Störungen im Denken, der Wahrnehmung und den Grundfunktionen beinhaltet, sodass Gedanken, Gefühle und Handlungen der Betroffenen stark beeinträchtigt sind (vgl. ICD 10 2005: 103), kann sich daraus eine Reihe an Problemen ergeben. Diese Arbeit widmet sich der Klärung, wie sich Lebensqualität unter Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit gestalten kann.

Um den Aspekt der Sozialarbeit zu berücksichtigen, habe ich die Forschung an einer Personengruppe durchgeführt, welcher die Freizeiteinrichtung Club Aktiv

bekannt ist, und einen speziellen Fokus auf die Partizipationsgründe der an Schizophrenie Erkrankten gelegt.

In einem einleitenden theoretischen Teil beschäftigt sich die Arbeit mit der Lebenssituation schizophrener Menschen unter besonderer Beachtung der Freizeitgestaltung und gesundheitlicher Aspekte.

Der empirische Teil widmet sich zur Gänze der Sichtweise der Betroffenen. Dazu wurden sechs an Schizophrenie Erkrankte in Form von narrativen Interviews befragt und deren Unterstützungssystem mit Hilfe von Netzwerkkarten dargestellt.

Abschließend werden die Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung zusammenfassend dargestellt.

2. Begriffserklärungen

2.1. Schizophrenie

„Die Schizophrenie verläuft meist in unregelmäßig auftretenden psychotischen Episoden. Wenn sie nicht nach der ersten Episode ausheilt, verbleiben oft chronische Veränderungen von Initiative, Erlebnisfähigkeit und von kognitiven Funktionen. Im Alltagsverständnis wird die Krankheit jedoch oft mit der akuten psychotischen Episode gleichgesetzt.“(Häfner 2000: 20)

Laut Häfner (2000:20) ist der/die Kranke oft nicht mehr in der Lage klare Gedanken zu fassen oder mit anderen Menschen angemessen umzugehen, wenn eine solche psychotische Episode ihren Höhepunkt erreicht. Die Betroffenen sind häufig der Überzeugung andere Menschen oder auch außerirdische Kräfte können Handlungen, Gefühle und Gedanken auf übernatürliche Weise beeinflussen. Sprache und Ausdruck, sowie Handlungen des Betroffenen wirken in diesem Zusammenhang meist eigenartig und schwer verständlich. An Schizophrenie Erkrankte beziehen häufig alltägliche Beobachtungen auf sich und sehen sich als Mittelpunkt vieler Ereignisse.

„Es bestehen also Störungen des Denkens, Fühlens, Wollens, Handelns und Ich-Erlebens. Wenn die auffallenden Symptome wie Wahn oder Halluzinationen über einen längeren Zeitraum auftreten, spricht man von Schizophrenie.“
(Roggendorf, Rief 2006: 25)

Zu der Frage, ob Schizophrenie überhaupt eine Krankheit sei, gibt es Meinungsverschiedenheiten – viele Betroffene lehnen den Krankheitsbegriff ab. In einigen wesentlichen Aspekten fällt Schizophrenie jedoch unter den Krankheitsbegriff. Die Definition einer Krankheit ist eine Störung der körperlichen oder seelischen Funktionen, die die Leistungsfähigkeit oder das Wohlbefinden in erheblichem Maße einschränkt und die geheilt, also beseitigt

oder gelindert werden kann. Außerdem wird Schizophrenie in Krankenhäusern und mit Medikamenten behandelt. (vgl. Roggendorf, Rief 2006: 17)

Clausen, Dresler und Eichenbrenner (1996:65f) beschreiben Schizophrenie als die wohl schillerndste und auch am häufigsten missverstandenste aller psychischen Erkrankungen. Die AutorInnen beziehen sich auf Verlaufsstudien von Bleuler um die noch immer in der Öffentlichkeit oftmals auftretenden Vorstellungen einer Unheilbarkeit von Schizophrenie zu widerlegen. Diese zeigt auf, dass etwa ein Drittel der Betroffenen nach einer einzigen Krankheitsepisode wieder gesundet und ein weiteres Drittel mehrere Episoden erlebt. Ungefähr 35% der an Schizophrenie erkrankten müssen mit anhaltenden Krankheitszeichen leben, wobei auch in dieser Betroffenenengruppe mit Einsatz von rehabilitativen Möglichkeiten deutliche Besserungen zu erreichen sind.

Auf die Gesichtspunkte einer Besserung oder sogar vollständiger Genesung wird in Kapitel 5.4. näher eingegangen.

2.2. Club Aktiv

Der Club Aktiv ist eine Freizeiteinrichtung der Caritas für Menschen mit psychischen Problemen. Da der Forschungsteil dieser Arbeit auf Menschen mit Schizophrenie beruht, welche BesucherInnen dieser Freizeiteinrichtung sind, wird es als essentiell für das Verständnis dieser Abhandlung gesehen, die Grundlagen des Club Aktiv genau nachvollziehen zu können. Auf dieser Tatsache beruhend wird dem Club Aktiv in Kapitel 3.1. mehr Platz eingeräumt.

2.3. Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität wird im Alltag in den verschiedensten Zusammenhängen sehr häufig benutzt. Wahrscheinlich erzeugt dieser Begriff bei jedem Menschen im ersten Moment eine andere Assoziation, je nachdem, was für ihn/sie in diesem Augenblick bedeutsam ist. Lebensqualität hat etwas

mit einem angenehmen, schönen, erstrebenswerten, persönlich wertvollen Leben zu tun. (vgl. Heuer/Schön 2004: 5)

Meyer (2004: 13f) erklärt, dass bei der Erforschung des Erlebens von Lebensqualität eine beeindruckende Begriffsvielfalt herrscht. Subjektives Wohlbefinden, Glück oder Freude sind ebenso Assoziationen wie positive Stimmung oder Zufriedenheit, die im Zusammenhang mit diesem Thema verwendet werden. Die Verwendung dieser Begriffe ist dem Autor zufolge nicht unproblematisch: Zum einen ist die Bedeutung in der Alltagssprache sehr unterschiedlich, zum anderen gibt es auch in der Wissenschaft keine einheitlichen Standards im Gebrauch.

Da eine Definition von Lebensqualität scheinbar keine einfache ist, wird diesem Konstrukt in einem späteren Teil der Arbeit ein eigenes Kapitel gewidmet, wobei auch genauer auf die in diesem Zusammenhang auftretenden Aspekte der psychischen Erkrankung Rücksicht genommen wird.

3. Soziale Arbeit mit psychisch Kranken

Traditionell wird in der Sozialarbeit zwischen drei Methoden – Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit – unterschieden.

Beim Club Aktiv handelt es sich um eine Einrichtung, in der soziale Gruppenarbeit passiert. Clausen et al. (1996: 154) unterscheiden in ihren Ausführungen zwischen

- Gruppen, mit denen Gemeinschaften sich organisieren und selbst verwalten,
- Gruppen, die Beratung und Unterstützung anbieten,
- Gruppen zur gemeinsamen Freizeitgestaltung und
- Gruppen, in denen soziale Kontakte erlangt werden sollen.

Wichtig festzuhalten ist, dass Gruppen in der hier ausdifferenzierten „reinen“ Form kaum existieren.

Die Kernkompetenz der Sozialarbeit im Handlungsfeld Psychiatrie machen insbesondere ressourcenorientierte Beratungs- und Unterstützungsangebote aus. Die Lebenswelt der Betroffenen steht im Mittelpunkt, die soziale Arbeit orientiert sich am Alltag und den Möglichkeiten der chronisch psychisch Kranken. Speziell zielen die Hilfsangebote auf Partizipation im Gemeinwesen, Förderung von Lebensqualität, Bewältigungsstrategien für den Umgang mit der Krankheit und Unterstützung bei Aufbau und Erhalt eines sozialen Umfeldes ab. (vgl. Grabert 2007: 41f)

In den folgenden Erläuterungen wird näher auf das Gruppenangebot Club Aktiv eingegangen.

3.1. Club Aktiv

Der Club Aktiv bietet Menschen mit psychischen Störungen in jeder Bezirkshauptstadt die Möglichkeit zu gemeinsamen Aktivitäten und zum

Erfahrungsaustausch. Diese niederschwellige Einrichtung der Caritas der Diözese St.Pölten kann von den Menschen der Zielgruppe unter professioneller Führung genutzt werden. Da der Club Aktiv eine zentrale Rolle im Forschungskontext darstellt, wird es als grundlegend erachtet, die Aufgaben dieser Einrichtung zu erklären.

3.1.1. Definition Club

Clubs sollen Freizeitangebote und Maßnahmen zur Tagesstrukturierung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen bereitstellen und sind im NÖ Sozialhilfegesetz den „persönlichen Hilfen“ zugeordnet. Im Gegensatz zu den Tagesheimstätten können die Leistungen eines Clubs laut Richtlinien der NÖ Landesabteilung GS 5 (Sozialhilfe) ohne individuellen Antrag in Anspruch genommen werden, weiters besteht keine Verpflichtung hinsichtlich Dauer und Umfang der Angebotsnutzung. Als Kernaufgaben werden die Aktivierung, Förderung und Erhaltung von sozialem Kontakt, individuellen Fähigkeiten und Selbständigkeit festgelegt, wobei zwischen zwei Arten von Clubs unterschieden wird:

- Freizeitclubs
- Rehabilitationsclubs

Die jeweiligen Clubs sollen unterschiedliche Zielgruppen ansprechen, wobei Freizeitclubs für „langjährige, chronisch psychiatrische Personen“ konzipiert sind und Angebote im Sinne der aktiven Freizeitgestaltung in der Gemeinschaft fokussiert werden, während in Rehabilitations-Clubs psychisch behinderte Menschen, die im Anschluss an einen stationären Psychiatrieaufenthalt weiterführender Stützmaßnahmen bedürfen und die vielfach noch im Erwerbsleben stehen, gefördert und rehabilitiert werden. (vgl. Nögus 2003: o.p.)

3.1.2. Konzeption und Leitbild

Der Club Aktiv ist Teil der ambulanten Rehabilitationskette mit dem Ziel der Erhöhung der Lebensqualität für die Personen der Zielgruppe und in Folge

deren Angehörigen. Insbesondere geht es darum die Lebensräume der BesucherInnen zu erweitern und zu bereichern, außerdem ihnen zu geeigneten, individuellen Lebensformen zu verhelfen beziehungsweise ihre subjektiven Lebensformen zu bereichern. Laut Grundhaltung der Einrichtung ist das oberste Prinzip eine hohe Wertschätzung und Respekt vor den Menschen, unabhängig von Begabung und Fähigkeiten sowie Schwächen, Beeinträchtigung und Unterstützungsbedarf. Überdies werden die Dienstleistungen des Club Aktiv unabhängig von religiöser und/oder politischer Überzeugung und/oder Nationalität oder ethnischer Zugehörigkeit angeboten. Die grundsätzliche Freiwilligkeit der Nutzung garantiert dem Besucher/der Besucherin die Autonomie und kommt jenen Personen entgegen, denen es schwer fällt sich in feste Strukturen einzufügen. (vgl. Club Aktiv Konzept 2004: 4)

Im Sinne des Empowerment werden die KundInnen bei der Entwicklung ihrer persönlichen Potentiale unterstützt, außerdem eine Möglichkeit zur Beteiligung an gesellschaftlichen Prozessen geschaffen. Ferner stellt ein vernetzendes Arbeiten ein auf die Bedürfnislagen betroffener Menschen optimal abgestimmtes Angebot sicher. Durch eine Einbindung des Club Aktiv Angebotes in das Netzwerk der Beratungszentren ist eine optimale Ausschöpfung von internen (Psycho-Sozialer Dienst, Arbeitsassistentz, Suchtberatung,...) und externen (Kliniken, Ämter, Behörden,...) Ressourcen gewährleistet. (vgl. Club Aktiv Konzept: 5)

3.1.2.1. Ziele

Ziel des Club Aktiv ist es, den persönlichen Handlungsspielraum und Lebensraum des/der einzelnen Betroffenen zu erweitern und zudem ein experimentelles Feld zum Austesten von individueller Nutzung der unterschiedlichen Angebote zu ermöglichen. Dies alles führt zu

- Steigerung der Lebensqualität von Betroffenen und in Folge deren Angehörigen
- Sicherung/Erhöhung der Autonomie

- Erlangung und Verbesserung der Kontaktfähigkeit
- Hilfestellung bei der Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben (vgl. Club Aktiv Konzept: 6)

3.1.2.2. Zielgruppen

Als primäre Zielgruppe werden von der Caritas Erwachsene ab Volljährigkeit definiert, die an einer psychischen Erkrankung wie Schizophrenie, affektiven Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen oder Persönlichkeitsstörungen leiden, unabhängig von der Schwere der Beeinträchtigung. Genauso gilt das Angebot für Personen, die eine deutliche Einschränkung im psychosozialen Funktionsniveau aufweisen. Ausschließungsgründe stellen akutes Suchtverhalten und fehlende Gruppenfähigkeit von BesucherInnen dar. (vgl. Club Aktiv Konzept: 6)

3.1.2.3. Leistungen

Die Leistungen, die im Club Aktiv angeboten werden, unterteilen sich in Basisangebote, welche in jedem Club angeboten werden, und Spezialangebote – diese werden in einigen Clubs je nach Bedarf/Angebot bzw. auch clubübergreifend angeboten.

3.1.2.4. Basisangebote

Lebenspraktisches Angebot

z. B. kochen, einkaufen, Feste vorbereiten und feiern, Gesprächsrunden zu Alltagsfragen und Alltagsthemen

Freizeitangebot

Kulturell: z. B. Veranstaltungen und Ausstellungen besuchen, andere Clubs besuchen

Sportlich: z.B. schwimmen, turnen, spazieren gehen, kegeln, Gesundheitsgymnastik

Kreativ: z.B. basteln, malen, musizieren

Bildungsangebot

z.B. Gesprächs- und Diskussionsgruppen (mit und ohne ExpertInnen), interne und externe Vorträge, Internetanschluss

Therapeutische rehabilitative Angebote

z.B. Mal-, Musik-, Bewegungs-, Tanztherapie, Psychoedukation

Dieses Angebot ist bereits auf einer höherschwelligen Ebene, da ein gewisses Maß an Verpflichtung (z.B. Anmeldung, Teilnahme, Pünktlichkeit, Kostenbeitrag, etc.) erwartet wird. (vgl. Club Aktiv Konzept 2004: 7-8)

3.1.2.5. Spezialangebote

Cluburlaub

Das Angebot des Cluburlaubes ist speziell auf die Personen zugeschnitten, die aufgrund

- ihres gesundheitlichen Zustandes und/oder
- ihres derzeitigen psycho-sozialen Funktionsniveaus und/oder
- ihrer wirtschaftlichen Lage

nicht auf Urlaub fahren können. Auch hierfür ist ein höherschwelliger Zugang erforderlich, bzw. auch die Einhaltung gewisser „Spielregeln“.

Teilnahme an verschiedenen Aktionen

Vernetzung aller Clubs in der Region und gesamt

Frauen-, Männer-, Frauen & Männer – Clubs

Tanzveranstaltungen

(vgl. Club Aktiv Konzept: 7f)

4. Konzepte und Vorstellungen von Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität stellt ein zentrales Thema in der vorliegenden Arbeit dar. Deshalb wird im Folgenden versucht dieses Prinzip eingehend zu erläutern.

„Lebensqualität ist für jeden einzelnen Menschen etwas anderes. Der eine braucht Ruhe, der andere Hektik. So, wie dem einen das Fahrrad reicht, kann der andere ohne einen BMW-Porsche-Mercedes nicht leben. Menschenmengen und Trubel können ebenso den höchsten Genuss darstellen wie Einsamkeit, Bungee-Springen ebenso wie im Liegestuhl faulenzten, die Dachwohnung kann den gleichen Stellenwert haben wie eine Prachtvilla, Pizza den gleichen wie Kaviar usw.; diese Liste der Gegensätze ließe sich beliebig erweitern.“ (Korczac 1995: 10)

Korczac (1995:11) meint, dass Lebensqualität auch damit zu tun hat, was der/die Einzelne aus seiner/ihrer Lebenssituation macht. Zufriedenheit oder Wohlbefinden ist etwas das entsteht, wenn die wesentlichen persönlichen Bedürfnisse gestillt sind. Um festzustellen ob und wann diese Bedürfnisbefriedigung erreicht ist, ist es Voraussetzung die eigenen Wünsche und Bedürfnisse auch zu erkennen.

Wenn PsychologInnen Lebensqualität untersuchen – erklärt Korczac (1995: 19) – geht es ihnen in erster Linie um Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden. Die PsychologInnen sagen, dass unser Urbedürfnis die Rückkehr in den fötalen Zustand sei. Wir fühlen uns am Wohlsten, am Sichersten und am besten aufgehoben, wenn wir in einem Zustand sind, der uns an die Wärme, den Schutz, die Ruhe und die totale Versorgung der mütterlichen Plazenta erinnert.

Abgesehen von diesen Grundbedürfnissen werden uns auch andere diverse Bedürfnisse durch unsere persönliche und gesellschaftliche Umwelt beigebracht. Die Soziologie bezeichnet diesen Prozess als Sozialisation. Zuerst

übernehmen wir die Werte unseres Elternhauses, dann die unserer näheren Umgebung, später die unserer Gesellschaft. Während dieses so genannten Sozialisationsprozesses bleiben unsere Werte und Bedürfnisse lange Zeit fremdbestimmt. Der entscheidende Schritt von der Abhängigkeit zur Selbstständigkeit eines Menschen kann deshalb nur dann erfolgen, wenn eine weitgehende Auflösung der Fremdbestimmung stattfindet. Das heißt, jede/r Einzelne muss sich selbst darüber klar werden, was er/sie eigentlich vom Leben will und was seine/ihre wirklichen und notwendigen Bedürfnisse sind. (vgl. Korczac 1995: 20)

4.1. Elementare Grundbedürfnisse

„Lebensqualität ist nur dann gegeben, wenn die Grundbedürfnisse sicher und ausreichend gegeben sind.“ (Korczac 1995:14)

Die elementaren Grundbedürfnisse gliedern sich laut Korczac (1995:14) in jene 1. Ordnung: Essen, Trinken, Schlafen, Liebe, Spielen, Wärme Schutz, Ruhe; und jene 2. Ordnung: Leben in Menschenwürde, sinnvolle Arbeit, Reinheit von Luft, Wasser, Boden, Nahrung, Freiheit, Chancen- und Bildungsgleichheit, Zeit und Muße, Freundschaft und Partnerschaft. Vor diesem Hintergrund kann sich das schöne und gute Leben entwickeln.

4.2. Subjektive und objektive Sichtweise

Korczac (1995:15-17) beschreibt zwei Dimensionen von Lebensqualität: eine subjektive und eine objektive. Die subjektive Dimension von Lebensqualität besteht in der geschilderten Befriedigung der eigenen Bedürfnisse, die Zufriedenheit, Wohlbefinden und Glück hervorruft. Die objektiven Bedingungen für das schöne und gute Leben sind in neun Bereiche gegliedert:

- Umweltbedingungen

- Wohlstandssituation
- Kulturangebot
- Sicherheitslage
- Versorgungssituation
- Gesundheitsverfassung
- Freizeitangebot
- Ernährungssituation
- Freiheits- und Gleichheitsbedingungen.

Jedoch steht die subjektive Lebensqualität immer in einer engen Beziehung zur objektiven Lebensqualität. Ohne gute objektive Lebensbedingungen kann schwerlich eine optimale subjektive Lebensqualität erreicht werden.

Mayring (1994: 51) konstatiert – eher sarkastisch – die Schwierigkeiten einer entsprechenden Definition: „Das Chaos der Definition variablen subjektiven Wohlbefindens ist groß. So wird subjektives Wohlbefinden als Glück, Glück als subjektives Wohlbefinden, Glück als Lebensqualität, Glück als Freude, positive Stimmung als Glück, Glück als Zufriedenheit konzipiert.“

4.3. Lebensqualität und Lebensstandard

Nach Glatzer (1992: 50) ist Lebensstandard ein leicht messbares Phänomen, welches sich ausschließlich auf materielle Einflussfaktoren beschränkt. Lebensqualität hingegen beschreibt auch die nicht so leicht messbaren menschlichen Bedürfnisse und subjektive Einschätzungen des eigenen Lebens. Mit anderen Worten, Lebensqualität enthält eine Komponente, die sich auf die objektiven Bedingungen der Gesellschaft bezieht und eine zweite Komponente mit den subjektiven Bewertungen.

4.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel ausschließlich auf das Konzept der Lebensqualität bei psychisch kranken Menschen eingegangen.

4.4.1. Lebensqualität unter Berücksichtigung psychischer Erkrankung

Erste Forschungen zum Thema Lebensqualität psychisch kranker Menschen stammen von Malm, May und Dencker (1981: 97). In ihrer Arbeit betonen die Autoren, dass bei der Erforschung der Lebensqualität bei Menschen mit Schizophrenie die Perspektive dieser Personen nicht außer Acht gelassen werden darf. Sie erfordern eine neue Definition, entsprechend der Sichtweise der Betroffenen, die alle Lebensbereiche, in welche der Patient/die Patientin eingebunden ist, berücksichtigt. Als zentrale Lebensbereiche bezeichnen sie das Gesundheitssystem, das Rehabilitationssystem, das Familiensystem und das System der menschlichen Gemeinschaft. Innerhalb dieser Bereiche sind gemäß den Autoren für die Lebensqualität folgende Aspekte von Bedeutung:

- Medizinische Versorgung
- Zwischenmenschliche Beziehungen (Familie, Freunde und allgemeine zwischenmenschliche Kontakte)
- Materielle Aspekte (Wohnsituation, Kleidung, Hygiene, Nahrung)
- Kommunikations- und Verkehrsmittel
- Arbeit und Arbeitsbedingungen
- Sicherheit
- Wissen, Bildung, Freizeit und Erholung
- Persönliche Erfahrungen (spirituelle und religiöse Eindrücke, Harmonie, Selbsterfüllung)

Zur Erfassung der Lebensqualität entwickeln Malm, May und Dencker (1981: 104) die „Quality of life Checklist“. Die Autoren unterstreichen, dass mit ihrem Modell ein Urteil über die Situation als Interaktion zwischen den Wünschen des Patienten und den Standards der Gesellschaft ermöglicht wird.

Ein anderes Konzept aus den Anfängen dieser Forschungsrichtung stammt von einer Gruppe aus Baltimore. Lehman et al. (1983: 369) stellen in ihrer Arbeit zum Wohlbefinden psychisch kranker Personen ein dreiteiliges Modell vor. Lebensqualität wird als subjektives Gefühl beschrieben, welches sich in einer Art globalem Wohlbefinden ausdrückt. Dieses globale Wohlbefinden setzt sich aus drei Variablen zusammen:

- Persönliche Daten wie Alter, Geschlecht, etc.
- Objektive Lebensqualität in einzelnen Lebensbereichen wie zum Beispiel die Höhe des Einkommens
- Subjektive Lebensqualität in diesen Bereichen wie die Zufriedenheit mit der Höhe des Einkommens

Die Untersuchung sollte klären, wie diese drei Komponenten in Beziehung zum globalen Wohlbefinden stehen, und welche Kombination der Variablen das Wohlbefinden am besten erklären kann. Es konnte gezeigt werden, dass subjektive Aspekte der Lebensqualität bessere Prognosen des globalen Wohlbefindens sind als objektive Einschätzungen oder persönliche Daten. In diesem Modell wird folglich die Wichtigkeit der subjektiven Sichtweise bestätigt. (vgl. Lehman et al. 1983: 369-372)

Wenn man sich der konkreten Frage zuwendet, wie sich Lebensqualität messen lässt, erscheint es laut Katschnig (1994: 4) nützlich, drei verschiedene Bereiche zu unterscheiden, wobei er diesen Gedanken in Zusammenhang mit der Maslowschen Bedürfnispyramide aufgreift:

- Materielle Ressourcen: Erfüllung der untersten Ebene der Bedürfnisse nach Maslow (biologische Grundbedürfnisse); dieser Bereich umfasst die Lebensstandards.
- Objektives Funktionieren in sozialen Rollen: Erfüllung der Ebenen Sicherheits- und Stabilitätsbedürfnis und soziale Bedürfnisse. Entscheidend ist die Frage ob „(...) jemand die Rolle ausfüllen kann, die er im Leben spielen möchte.“(Katschnig 1994:4)
- Subjektives Wohlbefinden: Erfüllung der obersten Ebenen (psychologische, ästhetische und intellektuelle Bedürfnisse)

Es ist hier sonderlich wichtig, die subjektive Sichtweise zu berücksichtigen. Die eigene Lebensqualität zu erfassen ist besonders im Bereich Psychiatrie schwierig, da die psychische Krankheit die Wahrnehmung und Bewertung verzerren kann. (vgl. Katschnig 1994: 4-5)

Lebensqualität zählt auch laut Opaschowski (2006:77) zu den höchsten Werten einer modernen Gesellschaft. Im Gegensatz zu früheren Jahrzehnten, wo die Schaffung materieller Werte wichtig war, steht heute mehr die Suche nach Lebensqualität im Mittelpunkt, es geht vor allem um individuelles Wohlbefinden, um höhere Lebenszufriedenheit – kurz: Die Suche nach Glück. Bei einer befragten Gruppe in Deutschland (2.000 Personen ab 14 Jahren) wurden die Bestimmungsfaktoren von Lebensqualität ermittelt, und gleichzeitig danach gefragt, welche davon aus subjektiver Sicht der Befragten besonders wichtig erscheinen. Als klares Resultat gehört die Gesundheit heute zu den wichtigsten Aspekten im Leben eines Menschen. Schließlich beeinflusst die gesundheitliche Lage wesentlich die Möglichkeiten zur Arbeitszufriedenheit, zum Konsumgenuss oder zur Teilnahme an diversen kulturellen Veranstaltungen.

Ausführungen von Meyer (2004: 38) kann man entnehmen, dass es sich bei Krankheiten wie Schizophrenie um chronische Erkrankungen handelt, deren Symptome die davon betroffenen Menschen täglich begleiten, und ein außergewöhnliches Ausmaß an interindividueller Variation zeigen. Der Unterschied zu Menschen, die nicht unter psychischen Störungen leiden, wird klar, wenn Meyer (2004:10) davon ausgeht, dass äußere Lebensumstände wie

Einkommen, Konsum und Wohnen eine zentrale Bedeutung im Zusammenhang mit Lebensqualität darstellen.

4.4.2. Zur Lebenslage psychisch kranker Menschen

Als Lebenslage bestimmt Chassé (1999:o.p.) „die Möglichkeit von Angehörigen einer Schicht, einer Klasse oder eines Milieus für eine bestimmte Lebensgestaltung in Abhängigkeit und Zusammenhang mit den planmäßig beeinflussten Bereichen von z.B. Nahrung, Wohnen, Vergnügen usw.“.

Döring et al. (1990: o.p.) unterstreichen, dass bei der Diskussion um den Lebenslagenbegriff nicht nach den verfügbaren Ressourcen gefragt wird, die ein bestimmtes Versorgungsniveau ermöglichen, sondern nach der tatsächlichen Versorgungslage von Personen oder sozialen Gruppen in zentralen Lebensbereichen. Als zentrale Lebensbereiche werden über Erwerbstätigkeit und Einkommen hinaus auch Bildung, Wohnen, Gesundheit und Partizipation am sozialen, kulturellen und politischen Leben relevant.

4.4.2.1. Soziale Ausgrenzung vs. Partizipation

Chronisch psychisch Kranke gehören zu den am meisten benachteiligten Personengruppen in unserer Gesellschaft. Die Lebensprobleme dieser Menschen werden häufig durch die sehr medizinisch ausgerichtete Behandlung außer Acht gelassen, seelische Not, Armut und Ausgliederung aus der Gesellschaft vertieft. (vgl. Heuer/ Schön 2004: 245)

Ganz allgemein wird soziale Exklusion nach Wansing (2004: 60f) als Ausschluss von Personen oder Personengruppen von grundlegenden politischen, ökonomischen und sozialen Leistungen und Prozessen der Gesellschaft interpretiert. Als wesentliche Bestimmungskriterien für die soziale Ausgrenzung werden Mehrdimensionalität, Relationalität und Dynamik genannt.

Die *Mehrdimensionalität* beschreibt eine Unterversorgung die über Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit deutlich hinausgeht. Im Wesentlichen geht es um die sozialen Bürgerrechte und ihre Realisierung, die jedes Mitglied der Gesellschaft nicht nur formal sondern auch in seiner Lebenswirklichkeit haben sollte. Die prinzipielle Zugänglichkeit aller BürgerInnen zu Beschäftigung, Gesundheit, politischer Mitwirkung usw. stellt hier ein zentrales Thema dar. (vgl. Wansing 2004: 61)

Der *relationale Aspekt* zielt auf soziale Verhältnisse und Prozesse ab: Die gesellschaftlichen Systeme selbst sind es, welche Ausgrenzungen produzieren. Ob eine Teilnahme beispielsweise an Bildungseinrichtungen oder Institutionen des Glaubens, der Kultur oder Unterhaltung möglich ist, entscheidet die Organisation selbst. Mitglieder werden in Parteien geführt, sodass feststellbar ist, wer dazu gehört und wer nicht. (vgl. Wansing 2004: 62)

Die *Dynamik im Lebenslauf* meint, dass spätere Ereignisse im Leben zu erklären sind aus Bedingungen, Entscheidungen, Ressourcen und Erfahrungen der vorangegangenen Lebensgeschichte. Analphabeten beispielsweise müssen nicht nur mit Ausgrenzungen in der Bildungsgesellschaft oder im Berufsleben rechnen, sondern auch im Hinblick auf die Teilhabe an sozialen Beziehungen und am kulturellen Leben. Oder: wer keinen Ausweis hat, ist von Sozialleistungen ausgeschlossen, kann nicht wählen, kann nicht legal heiraten. Die Dynamik sozialer Ausgrenzung bedeutet, dass einige Personen(-gruppen) nicht nur aufgrund ihrer aktuellen Lebenssituation ausgegrenzt werden, sondern auch, weil sie wenig Zukunftsperspektiven haben. (vgl. Wansing 2004: 63)

In Deutschland leben zwischen 50 und 80 Prozent der Menschen, die von chronisch psychischer Krankheit betroffen sind, ohne Einkommen. 20 Prozent werden von Angehörigen finanziell unterstützt, der Rest lebt von Sozialhilfe, Rente oder bekommt Taschengeld. (vgl. Schädle 1990: o.p.) Ein nur geringer Prozentsatz der Betroffenen lebt in Wohnangeboten des komplementären Bereichs wie betreute Wohngruppen, betreute Einzelwohnungen oder Übergangsheimen. Ein Großteil, etwa 40 Prozent, lebt bei seinen Familien,

ungefähr genauso viele in Alten-, Pflege-, und Großheimen, eine steigende Zahl ist obdachlos. (vgl. Hoffmann 1996: o.p.) Laut einer Studie von Wedekind und Kuhnt (1996: o.p.), die die berufliche, gesundheitliche und soziale Lage von 600 PatientInnen nach der Entlassung aus einem psychiatrischen Krankenhaus im erwerbsfähigen Alter untersucht haben, verfügt nur etwa ein Drittel über positive soziale Beziehungen außerhalb der Familie. Von Seiten der TherapeutInnen wird die finanzielle Sicherheit bei über 40 Prozent der PatientInnen als gefährdet gesehen, das Freizeitverhalten wird bei mehr als der Hälfte negativ beurteilt. Die Beziehung zum Partner/zur Partnerin und den Eltern wird bei fast zwei Drittel der entlassenen PatientInnen als sehr ungünstig eingestuft. Gleichzeitig ist sich ein erheblicher Teil der TherapeutInnen nicht über vorhandene Möglichkeiten zur beruflichen oder sozialen Rehabilitation bewusst. (vgl. Heuer/ Schön 2004: 250f)

Heuer und Schön (2004: 251) zufolge ist es eindeutig, dass die problembelasteten und benachteiligten Menschen unserer Gesellschaft in der Psychiatrie wieder zu finden sind. Die sozialen Defizite dieser Personengruppe beschränken sich nicht nur auf den materiellen Bereich, sondern betreffen auch den Beziehungsbereich und die gesamte Lebensgestaltung.

4.4.2.1.1. Europäische Sozialpolitik

Aufgrund der Sorgen um zunehmende Armut und soziale Ausgrenzung im gesamten Europa haben sich die Mitgliedsstaaten verpflichtet, diese Risiken zu verringern. Um soziale Ausgrenzung zu vermeiden, wurde im Rat der Europäischen Union festgelegt, dass folgende Ziele ab 2001 verfolgt werden sollen:

- Förderung der Teilnahme am Erwerbsleben,
- Förderung des Zugangs aller zu Ressourcen, Rechten, Gütern und Dienstleistungen,
- Vorbeugen der Risiken der Ausgrenzung,
- Handeln für die sozial Schwachen,

- Mobilisierung relevanter Akteure

(vgl. Wansing 2004: 58)

4.4.2.2. Einsamkeit und soziale Isolation

Das persönliche Netzwerk (damit sind soziale Beziehungen zwischen Individuen gemeint) von gesunden Personen besteht über verschiedene Schichten und Kulturen hinweg aus ungefähr 20 bis 40 Personen, wobei bei der Untersuchung des Netzwerkes psychiatrischer PatientInnen, insbesondere schizophren diagnostizierter, diese Zahl sich auf etwa 10-15 beläuft. Ein hoher Anteil dieser Kontakte besteht im Kreis der Angehörigen, MitpatientInnen und Angehörigen anderer gesellschaftlicher Randgruppen. Es finden nur wenige Beziehungen zu gesunden Personen statt, die meisten Kontakte sind von geringer zeitlicher Stabilität. (vgl. Brüninghaus 1990: o.p.)

Brüninghaus (1990: o.p.) führt ein ungenügend entwickeltes Selbstvertrauen und fehlende Autonomie, Eigenschaften, welche zum Finden neuer Beziehungen außerhalb der Herkunftsfamilie essentiell sind, auf die kritische Zeit der Adoleszenz zurück. Aus der Entwicklungspsychologie ist bekannt, dass zur Ablösung vom Elternhaus und zum Anschluss an die Gleichaltrigengruppe sowie zum Aufbau von Beziehungen zum anderen Geschlecht ein erhebliches Maß an sozialer Kompetenz, Identifikations- und Vertrauensfähigkeit notwendig ist. Wenn die Entstehung solcher Beziehungen misslingt und Betroffene in dieser Lebensphase wenig Unterstützung erfahren, können solche Entwicklungsphasen zu Entwicklungskrisen werden und psychotisches Erleben auslösen und verstärken.

Ein Hauptproblem der chronisch psychisch Kranken scheint das Fehlen einer Partnerbeziehung, die den ersehnten emotionalen Halt bieten könnte, zu sein – unter Schizophrenen gibt es deutlich mehr Ledige als in der Allgemeinbevölkerung. Die sozialen Wünsche nach Freundschaft, Anerkennung, Zugehörigkeit, Gebrauchtwerden oder sich anlehnen können werden bei einer Mehrheit der chronisch Kranken nicht erfüllt. Insgesamt lässt

sich die soziale Situation der Betroffenen von chronisch psychischer Erkrankung so zusammenfassen:

- Ohne Lebenspartner
- Keine eigene Familie
- Beziehungsarmut
- Materielle Armut (meist von Sozialhilfe oder Rente lebend)
- Aus dem Arbeitsmarkt ausgegliedert
- Abhängigkeit von professionellen HelferInnen

(vgl. Heuer/ Schön 2004: 288ff)

Bei der Frage um Lebensqualität bei Menschen mit Schizophrenie scheint Gesundheit ein zentrales Thema darzustellen. Ob bei psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie die Möglichkeit einer Besserung oder sogar Heilung besteht, ist ebenfalls eine Frage, die sich bei der Diskussion um Lebensqualität in Bezug auf Gesundheit in den Vordergrund stellt, was den Grund des nächsten Kapitels (5) der vorliegenden Arbeit erklärt.

4.4.2.3. Arbeitslosigkeit

„Arbeit ist mehr als nur ein Mittel zum Broterwerb und zur Sicherung des Lebensunterhaltes; sie bedeutet zugleich gesellschaftliche Anerkennung, Integration und Selbstbestätigung“ (Rössler/Salze 1996: 211)

Dörner (1995: o.p.) meint, dass ohne ein Recht auf Arbeit die Würde des Menschen oder die Entfaltung der Persönlichkeit kaum denkbar ist. Eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben ist ein entscheidendes Lebensqualitätsmerkmal.

Ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und seelischen Störungen ist unbestreitbar. Arbeitslosigkeit kann seelische Erkrankungen auslösen, umgekehrt führt seelische Erkrankung häufig zu Verlust des Arbeitsplatzes. (vgl. Wedekind und Kuhnt 1996 o.p.)

4.4.2.4. Wohnbedingungen

Bei einer Befragung von Meyer mit an Schizophrenie erkrankten Menschen über Wohnverhältnisse wurden besonders Aspekte einer vertrauten, sicheren Umgebung genannt. Das Gefühl sich zuhause fühlen zu können und Geborgenheit zu erleben wurde von den Betroffenen besonders in den Vordergrund gerückt. (vgl. Meyer 2004: 117)

Wie bereits im Kapitel über soziale Ausgrenzung erwähnt, ist es nur ein geringer Anteil der an Schizophrenie erkrankten LangzeitpatientInnen, der in differenzierten individuellen Behandlungs-, Pflege-, oder Betreuungsverhältnissen außerhalb von vollstationären Einrichtungen lebt. Das ist darauf zurückzuführen, dass es wesentlich einfacher ist, psychisch Kranke in Kliniken oder Heimen unterzubringen. Fast die Hälfte der NutzerInnen von Notunterkünften weisen psychische Störungen auf, die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind mit diesen Problemen stark überfordert. Ein großer Teil der von psychischer Krankheit Betroffenen scheint obdachlos zu sein, eine weitere große Anzahl lebt allein oder noch bei den Eltern. (vgl. Heuer/ Schön 2004: 283)

5. Gesundheit als Grundvoraussetzung für Lebensqualität

5.1. Eine Definition

Die Welt-Gesundheitsorganisation (1946) definiert Gesundheit als den Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. (vgl. Rieländer, Maximilian 2003: o.p.)

Ein Wohlergehen in allen Dimensionen des täglichen Lebens ist notwendig um von Gesundheit sprechen zu können, wobei Selbstverantwortung und Selbstbestimmung als wichtige Bestandteile gewertet werden. Gesundheit bezeichnet den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Diese drei genannten Bereiche beeinflussen einander wechselseitig, Gesundheit wird demnach als ein Balancezustand gesehen, der zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Außerdem ist Gesundheit eng mit gesellschaftlicher Integration verbunden: eine Person muss in der Lage sein, konstruktiv Sozialbeziehungen aufzubauen, sozial eingebunden sein und dabei eine eigene Lebensgestaltung an die wechselnden Bedingungen und Belastungen des Lebensumfeldes anpassen. (vgl. Hurrelmann 1988: 16f)

Legewie (1987: 320f) stellt in seinen Ausführungen zum Thema seelische Gesundheit ein Modell von Marie Jahoda (1958) vor, wobei er darauf hinweist, dass zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit keine strenge Trennung möglich ist. Folgende Kriterien sind laut diesem Konzept entscheidend:

- Eine positive und zugleich realistische Selbsteinschätzung, das Annehmen des eigenen Ich

- Ein Ausmaß von Entwicklung und Selbstverwirklichung
- Autonomie gegenüber sozialen Beeinflussungen, Fähigkeit zum selbstbestimmten Handeln
- Unverzerrte Wahrnehmung der Realität, insbesondere die Fähigkeit zum Unterscheiden von Wunsch und Wirklichkeit
- Durchsetzungs- und Anpassungsfähigkeit und die von Freud hervorgehobene Fähigkeit lieben und arbeiten zu können.

Wenn man beachtet, dass Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen diese mitunter ein Leben lang erleiden, müsste davon ausgegangen werden, dass diese Personen niemals den Zustand von Gesundheit erreichen können. Dem Kapitel über Lebensqualität kann man jedoch entnehmen, dass Gesundheit ein wichtiger Teilaspekt, wenn nicht sogar Grundvoraussetzung ist, um das schöne, gute Leben auskosten zu können. Es kann also angenommen werden, falls auch Menschen die an einer Schizophrenie erkrankt sind eine Möglichkeit auf Lebensqualität zugesprochen wird, dass mit der Diagnose einer psychischen Störung nicht gleichzeitig eine Aussichtslosigkeit auf Besserung oder Genesung einhergeht. (vgl. Amering/ Schmolke 2004: 14)

5.2. Das Ende der Unheilbarkeit

Schizophrenie ist eine Erkrankung, die sehr vielschichtig ist und ebenso unterschiedlich verlaufen kann. Vom Vorliegen einer bestimmten Symptomkonstellation, welche zur Diagnose führt, kann kaum auf den weiteren Verlauf oder Annahmen zur Unheilbarkeit geschlossen werden. Völlige Wiederherstellung der Gesundheit ist ebenso möglich wie ein Verlauf in Episoden, nicht selten gibt es Verläufe, die über viele Jahre durchgehend durch Symptome und Behinderungen gekennzeichnet sind. (vgl. Amering/ Schmolke 2007: 14)

5.3. Chronizität

Chronisch bedeutet, dass sich eine Störung eher langsam entwickelt und langwierig verläuft. Vor dem Hintergrund dieser Tatsache scheint es verständlich, dass die Diagnose einer chronischen Erkrankung wie Schizophrenie einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen kann. (vgl. Amering/ Schmolke 2004: 15)

Laut Amering und Schmolke (2007: 15f) heißt chronisch aber keineswegs unheilbar. Lang anhaltende Störungen können mit der gewonnenen Erfahrung über einen längeren Zeitraum dazu führen, dass Symptome für die Erkrankten so kontrollierbar werden, dass Beeinträchtigungen im Alltag nur gering sind. Mit chronisch kann außerdem gemeint werden, dass eine Neigung zur akuten Erkrankung bestehen bleibt. Jedoch können durch eine vorbeugende Behandlung dieser andauernden Vulnerabilität (Verletzbarkeit) die Akutphasen vollständig oder beinahe vollständig unterbunden werden. Wenn PatientInnen allerdings dem Gefühl unterliegen auf ewig schicksalhaft einer Erkrankung und ihren unausweichlichen Folgen ausgeliefert zu sein - was durch niederschmetternde Diagnosen durchaus hervorgerufen werden kann - kann dies sehr ungünstige Konsequenzen nach sich ziehen. Durch einen Kreislauf aus Hoffnungs- und Tatenlosigkeit resultieren oft enorme Schwächungen, der Erhalt von Symptomen und Behinderungen wird begünstigt.

5.4. Hoffnung auf vollständige Genesung

Wir haben es in dieser Abhandlung mit Menschen zu tun, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, welche zu den schweren psychiatrischen Erkrankungen zählt. Es ist gemäß Amering und Schmolke (2007:15) nachzuvollziehen, dass viele Betroffene stark unter ihrer Diagnose leiden, wenn man bedenkt wie determiniert und schwerwiegend eine solche wirken kann. In der Hektik in der Facharztbesuche oft ablaufen, werden Betroffene häufig ihrer

Unsicherheit überlassen, was leicht zu Gefühlen von Hoffnungslosigkeit führen kann. Die Autorinnen sprechen in diesem Zusammenhang von einem Fehlverhalten des psychiatrischen Hilfesystems, welches mehrfach nicht in der Lage ist, den an Schizophrenie erkrankten Personen die Ängste zu nehmen, welche mit dem Unheilbarkeitsmythos verbunden sind. Diese drohende Aussichtslosigkeit, die mit der falschen Annahme von Unheilbarkeit verbunden ist, lässt jene Kräfte schwinden, die für die Gesundheit arbeiten, und stellt sich den Genesungsprozessen in den Weg.

Durch die Erfahrung aus der Arbeit mit Menschen mit psychischen Leiden lässt sich feststellen, dass ein Fokus auf die Diagnose einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand liefert. Es ist vorstellbar, dass diese Gegebenheit eine Auswirkung auf die Lebensqualität darstellt. An dieser Stelle kann man die Wichtigkeit der Untersuchung, deren Ergebnisse später in der Arbeit dargestellt werden, unterstreichen. Im Club Aktiv liegt die Gewichtung an den Ressourcen der BesucherInnen, bestehende Fähigkeiten werden gefördert und ausgebaut. Es wird versucht von einer Hospitalisierung Abstand zu nehmen, der Mensch als Ganzes mit seinen Begabungen steht im Mittelpunkt.

5.5. Salutogenese vs. Pathogenese

Die Salutogenese ist ein Ansatz der sich im Gegensatz zur Pathogenese nicht an Krankheit orientiert, sondern seinen Fokus auf Gesundheit richtet.

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Pathogenese und Salutogenese (vgl. Jork 2003: 21)

PATHOGENESE	SALUTOGENESE
Krankengeschichte	Biografie
Risikofaktoren	Verhaltensmuster
Aktuelle Beschwerden	Lebenssituation
Krankheitsverlauf	Bisherige Selbsthilfe
Pathologische Befunde	Gesundheitserhaltende Ressourcen
Medizinische Therapie	Medizinische Therapie und Einsatz salutogener Ressourcen

5.5.1. Salutogenese bei psychischen Erkrankungen

Um das Problem von multiplen und chronisch erkrankten PatientInnen langfristig zu lösen und die psychosozialen und gesellschaftlichen Herausforderungen, die mit der Chronizität verbunden sind, zu handhaben, scheint das Konzept der Pathogenese (Berger 1999: o.p.) zu einseitig. Wie auch dem Konzept des Club Aktiv zu entnehmen ist, richtet sich der Blick bei dem Modell der Salutogenese ebenfalls auf die subjektbezogene Seite und die damit verbundenen Ressourcen der PatientInnen. Die Frage, was zur Gesundheit chronisch psychisch kranker Menschen beiträgt, rückt in den Vordergrund und in Zusammenhang damit die Schaffung bedürfnisorientierter, der Lebensqualität förderlicher Angebote. Es geht um die individuellen Strategien der Gesundheitsförderung, die die Betroffenen in ihrem Lebensalltag

entwickelt haben, sowie die ihnen in ihrem sozialen Umfeld zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen.

Wenn in Betracht gezogen wird, dass die Zustände sozialer, seelischer und körperlicher Befindlichkeit sich gegenseitig beeinflussen, wird deutlich, dass die Angebote des Club Aktiv durchaus zur Förderung der Gesundheit psychisch kranker Menschen beitragen können. Durch das Konzept der Freiwilligkeit haben die BesucherInnen die Möglichkeit frei zu entscheiden welche Angebote sie in Anspruch nehmen möchten – Eigeninitiative, Selbstbestimmung und die Teilnahme an kollektiven Aktivitäten ist gefragt, wodurch eine Steigerung des Selbstwertes erreicht und ein Beitrag zur Gesundheitsförderung geleistet werden kann. (Club Aktiv Konzept 2004: 4)

5.6. Resignation

Wie wir bei diesen Angelegenheiten Erfolgserlebnisse verzeichnen können, ist das Leben auch immer wieder von Rückschlägen geprägt. Werden sich Enttäuschungen als wichtige Lebenserfahrungen herausstellen, und Krisen als Gewinn? Welche Herausforderungen wollen wir annehmen, welche Hürden verweigern wir? Den Beschreibungen von Amering und Schmolke (2007: 19f) zufolge sind dies Fragen, die sich jeder Mensch im Leben stellen muss – ganz unabhängig von Krankheit und Gesundheit. Die Antworten auf diese Fragen sind entscheidend, was unsere Lebensführung betrifft, was wir wagen oder nicht, womit wir uns abfinden, worum wir kämpfen. Je nach Einschätzung der Situation, und der eigenen Kräfte und der vorhandenen Ziele wird ein Glas als halbvoll oder halbleer betrachtet. Die pessimistischen Einschätzungen werden Sinn machen, entweder weil sie mit der Realität übereinstimmen, oder um freudige Überraschungen zu bescheren.

Wie bereits erwähnt, ist das Leben durchaus auch von Enttäuschungen gezeichnet. Diese Tatsache betrifft Personen die unter psychischen Erkrankungen leiden genauso wie welche, die sich seelischer Gesundheit

erfreuen. Die Erfahrungen und Beobachtungen aus der Arbeit mit psychisch kranken Menschen zeigt jedoch, dass sehr wohl ein Unterschied besteht in der Art, wie mit Rückschlägen umgegangen wird. Durch die erhöhte Vulnerabilität (Verletzbarkeit) und die oftmals verzerrte Wahrnehmung bei Menschen mit Schizophrenie führen negative Erfahrungen beispielsweise in Beziehungsangelegenheiten mehrfach zum sozialen Rückzug, wobei die Erholung aus solchen Rückschlägen sich schwierig gestalten kann, wenn ein soziales Auffangnetz wie Familie nicht sehr dicht vorhanden ist. Dieses Fernbleiben von sozialen oder gesellschaftlichen Aktivitäten hat wiederum Auswirkungen auf die seelische und körperliche Gesundheit was in weiterer Folge unweigerlich zu Einbußen in Bezug auf Lebensqualität führt. (vgl. Amering/ Schmolke 2004: 19f)

5.7. Stigmatisierung und Diskriminierung

Amering und Schmolke (2004: 62) sehen Stigmatisierung und Diskriminierung heute klar als Hauptprobleme für die Überwindung, Behandlung und das Leben mit psychiatrischen Störungen. Dadurch werden Interventionen, die die Krankheit heilen, Leiden lindern und soziale Integration fördern könnten erschwert oder sogar verhindert. Stigmatisierung und Diskriminierung sind Phänomene, die in der Gesellschaft durch von außen wahrnehmbare Symptome, die für die Umwelt wahrnehmbar sind, zustande kommen können. Wenn jemand erzählt, dass er oder sie Stimmen hört, kann dies von der Umgebung als Gefahr gesehen werden, Depressionen und Negativsymptomatik können Menschen zur Annahme von Charakterschwächen inspirieren. Selbst innerhalb der Familie ist es oft nicht einfach zu akzeptieren, wenn ein naher Angehöriger, manchmal zu wenig Energie hat, um seinen oder ihren Aufgaben nachzugehen. Es ist oft ein bestimmtes beobachtbares Verhalten, das zu Stigmatisierung führt. Viele sichtbare Zeichen entstehen durch die Einnahme gewisser Medikamente, was zur Identifizierung eines Menschen als psychisch krank beiträgt und des Weiteren zur Ausgrenzung führen kann.

Im nächsten Punkt werden Medikamente, die im Zusammenhang mit Schizophrenie bedeutend sind, und vor allem deren Nebenwirkungen erklärt.

5.7.1. Medikamenteneinnahme

Eine erhöhte Verletzbarkeit und auch andere Symptome von Schizophrenie wie Halluzinationen akustischer oder visueller Art können mit der Einnahme von entsprechenden Psychopharmaka reduziert oder beinahe ausgelöscht werden. Um die Symptome von psychotischen Störungen, wozu Schizophrenie zählt, zu behandeln, werden hauptsächlich Neuroleptika eingesetzt, wobei der antipsychotische Effekt mit der Blockade von Dopaminrezeptoren in den – für das Seelenleben bedeutenden - Hirnregionen erklärt wird. In Zusammenhang mit einer Untersuchung von Lebensqualität bei Menschen mit einer solchen psychotischen Störung ist neben der Tatsache, dass Betroffene sich streng an einen Zeitplan bei der Einnahme der ihnen verordneten Medikamente halten müssen, vor allem auch auf die Nebenwirkungen Rücksicht zu nehmen. (vgl. Clausen et al. 1996:99)

In den Ausführungen von Clausen et al. (1996: 99f) werden die unerwünschten Wirkungen in drei Kategorien unterteilt: motorische Nebenwirkungen wie

- Zungen-Schlund-Krämpfe
- Muskelsteifigkeit, Zittern, kleinschrittiger Gang
- Sitz- und Bewegungsunruhe und
- Unwillkürliche Muskelbewegungen vor allem im Bereich des Mundes, des Gesichts, der Hände und Füße;

Wirkungen auf das vegetative Nervensystem:

- Mundtrockenheit
- Verschwommenes Sehen
- Erhöhung des Augeninnendrucks
- Kreislaufbeeinträchtigung
- Müdigkeit
- Darmträgheit

- Störungen der Schweißsekretion u. a.;

Sonstige Nebenwirkungen:

- Appetitsteigerungen und damit verbundene Gewichtszunahme
- Menstruationsstörungen
- Sexuelle Störungen
- Eventuelle Blutbildveränderungen und Krampfanfälle u. a.

Die Psychosebehandlung wird laut Amering und Schmolke (2004: 256) in Zusammenhang mit Medikamenteneinnahme in ein

- Medizinisches Modell,
- Rehabilitationsmodell und
- Recovery - Modell

unterteilt, wobei es Ziel ist, die Distanz zwischen diesen drei Modellen zu überwinden und eine Liaison aus allen zu schaffen.

Das *medizinische Modell* ist diagnoseorientiert, auf Defizite der PatientInnen gerichtet, und zielt im Wesentlichen darauf ab, die Symptome zu reduzieren, ohne unerwünschte Wirkungen zu produzieren. (vgl. Amering und Schmolke 2004: 265)

Beim *Rehabilitationsmodell* hingegen werden Ressourcen, Fertigkeiten, Interessen, körperliche Fähigkeiten und Funktionsniveau fokussiert. Erfolge werden vor allem in den Bereichen Arbeitsrehabilitation, Training sozialer Fertigkeiten, Aufbau sozialer Netzwerke und Veränderungen im Lebensstil wie beispielsweise Diät und Sport dokumentiert. Ziele sind Funktionsoptimierung und Integration in die Gesellschaft. Die Medikation muss so gestaltet sein, dass der Alltag mit den Rehabilitationsmaßnahmen gut funktionieren kann, was insbesondere kognitive Störungen und Negativsymptome betrifft. Für die verschreibenden ÄrztInnen in diesem Modell ist es vor allem relevant über Konzentrationsleistungen, Stresstoleranz und Energiereserven der PatientInnen informiert zu sein. Dazu ist eine gute Zusammenarbeit zwischen PsychiaterInnen und den MitarbeiterInnen im Rehabilitationssetting erforderlich. (vgl. Amering und Schmolke 2004: 265)

Das Entstehen von *Recovery - Modellen* resultiert aus einer Unzufriedenheit mit professionellen Angeboten. Die Grundannahme liegt darin, dass Menschen mit Psychosen sich in sozialen Rollen und Beziehungen eher neu definieren können als durch ihre Behinderung. Behandlungen im Rahmen dieses Modells bestehen aus einem durch Betroffene vorgegebenen Veränderungsprozess in dem KlinikerInnen als BeraterInnen, VermittlerInnen und unterstützend agieren können. Es geht um gemeinsame und Selbsthilfe – Interventionen in denen individuelle Möglichkeiten berücksichtigt werden. Behandelnde Personen müssen in der Lage sein, an das Potential ihrer PatientInnen zu glauben im Hinblick auf ein sinnerfülltes Leben anstelle der PatientInnenrolle. (vgl. Amering und Schmolke 2004: 266)

6. Freizeit

Bei der Untersuchungsgruppe dieser Arbeit handelt es sich um Menschen mit psychischer Erkrankung, welche in unterschiedlichem Ausmaß die Angebote des Club Aktiv nutzen. Da der Club Aktiv eine Freizeiteinrichtung ist, und angenommen wird, dass diese im Leben der BesucherInnen eine mehr oder weniger intensive Rolle einnimmt, müssen die Begriffe Zeit und Freizeit näher erläutert werden.

6.1. Zeit und Freizeit

Nach Opaschowski, Pries und Reinhardt (2006: 17f) ist Zeit eine kaum definierbare, ambivalente Größe. Je nach Stimmung und Situation wird sie unterschiedlich erfahren: Wir erleben Momente, von denen wir uns wünschen, sie mögen ewig dauern, wohingegen wir in einer anderen Situation kaum die nötige Geduld aufbringen, auch nur wenige Minuten zu warten. Wenngleich allen Menschen am Tag dieselben 24 Stunden zur Verfügung stehen, so sprechen wir doch von Zeitstress und Zeitnot einerseits von Zeitüberfluss, Zeitverschwendung und Langeweile andererseits. Wir können Zeit einteilen in Arbeitszeit, Ruhe- und Schlafenszeit, Familienzeit oder Freizeit. Die Definition dieser Begriffe ist jedoch unklar, was vor allem daran liegt, dass Zeit zwar gemessen wird, ihre Qualität dabei aber kaum zum Ausdruck kommt. Die Autoren beschreiben Zeit als soziale Konstruktion, wodurch sie Veränderungen unterliegt und sich ihre Grenzen verschieben. Wo früher Arbeiten, Wohnen und Familien/Freizeitleben gleichzeitig stattgefunden haben, wurden diese Bereiche im Rahmen der Modernisierung und Industrialisierung immer stärker voneinander abgegrenzt. Freizeit ist dabei immer mehr zur Restzeit geworden und wird kaum noch kollektiv verbracht sondern immer individueller ausgelebt.

„Dies verlangt dem Individuum neue Qualitäten der Lebensführung ab, wobei einstweilen getrost offen bleiben mag, ob moderne Gesellschaften schon

Freizeitgesellschaften sind, oder sich neue Zeitnot ausbreitet.“ (Prahl 2002: o.p.)

6.2. Freizeit hat zwei Gesichter

Opaschowski (1988: 12) spricht von Freizeit in zwei Dimensionen: Die positive Dimension ist gefüllt mit Aktivitäten, hier kann man frei sein, und tun, wozu man gerade Lust hat. Die negative Dimension der Freizeit hingegen spiegelt psychische Konflikte und soziale Probleme wider.

Auch in Vesters (1988:19) Ausführungen findet man eine Gegenüberstellung von positiven und negativen Freizeitdefinitionen wieder. Die positive Sichtweise beinhaltet die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung von Menschen, als negativ wird beschrieben, dass Freizeitverhalten zu großen Teilen an Rollenerwartungen sowie -verpflichtungen orientiert ist.

6.3. Wunschvorstellungen und Träume

Vester (1988: 18) warnt davor, dass das Prinzip Freizeit oft hochgradig von Ideologien geprägt ist, da in Definitionen und Konzepten von Freizeit häufig die Ansichten von einem „guten“ oder „besseren“ Leben und einer „sinnvollen“ Gestaltung enthalten sind.

Der Begriff Freizeit ruft eine Fülle von Vorstellungen herbei, die oft mehr von traumhaft-schönen Wünschen verraten, als von der Realität des Alltags. Gefühle spielen hier eine wichtige Rolle: Das Verlangen nach Freisein, Ungebundenheit und dem Drang endlich das tun zu dürfen, was einem wirklich Freude macht steht dem Wunsch nach Ruhe, Erholung und Abschalten gegenüber. (vgl. Opaschowski 1988: 12)

6.4. Freizeit unter Miteinbeziehung psychischer Erkrankung

Drei Teilaspekte sind laut Opaschowski (1988: 16) wichtig um Freizeit zu erklären. Im Vordergrund steht die *Freiheit*, die Möglichkeit, seine Zeit in eigener Regie gestalten zu können, ohne dass Verpflichtungen drängen. Ein zweiter wichtiger Punkt ist die *Arbeit*. Freizeit gilt als Gegenstück zu all dem, was durch Beruf oder Haushalt gefüllt oder festgelegt ist. Damit eng verbunden ist der *Erholungsaspekt*. In Zusammenhang mit psychischer Erkrankung sind diese Aspekte kritisch zu betrachten. Psychisch kranken Menschen soll nicht die Freiheit abgesprochen werden, aus eigenen Stücken zu entscheiden, was sie tun möchten. Allerdings bleibt die Frage offen, welche Möglichkeiten bleiben, wenn man bedenkt, dass viele Aktivitäten von den finanziellen Mitteln abhängig sind, die einem zur Verfügung stehen.

Wie den Erläuterungen von Opaschowski (2006: 39) zu entnehmen ist, werden Freizeitangebote (Kino-, Disco-, Zoo-, Theater-, oder Konzertbesuch) wie Waren käuflich erworben. Es handelt sich dabei um Unternehmungen, die für Personen mit oftmals geringem Einkommen sehr schwer durchführbar sind.

Hier wird der zweite Gesichtspunkt – Arbeit – interessant: Die Realität zeigt, dass es nur in wenigen Fällen möglich ist, mit einer psychischen Erkrankung einer auslastenden Arbeit nachzukommen. Als logische Schlussfolgerung fällt jener Teil der Zeit, der sonst dem Beruf gewidmet wäre, der Freizeit zu. Der Autor spricht neben Beruf auch den Bereich Haushalt an, welcher ein Pendant zum Thema Freizeit bilden soll. Wenn man annimmt, dass die reduzierte Belastbarkeit von Menschen mit psychischer Erkrankung auch hierauf Einfluss nimmt, muss man davon ausgehen, dass Freizeit in Bezug auf Arbeit für die in dieser Arbeit zu untersuchende Personengruppe eine andere Bedeutung einnimmt, als für Menschen ohne psychische Störungen. (Opaschowski 1988: 17)

Der dritte von Opaschowski (1988: 16) erwähnte Aspekt der Erholung nimmt in diesem Zusammenhang ebenfalls eine verzerrte Bedeutsamkeit an. Auch wenn Betroffene psychischer Krankheit tagsüber eine Beschäftigung finden, fehlt die Erholung nach verrichteter Arbeit, falls davon ausgegangen wird, dass das Gefühl etwas geleistet zu haben, nicht nur persönlichen sondern auch gesellschaftlich anerkannten Normen entspricht. Es fehlt die Befriedigung, sich nach einem anstrengenden Arbeitstag der Erholung hinzugeben. Wenn das Gefühl einer vorangegangenen Anstrengung fehlt, kann auch die Qualität einer Erholungsphase nur schwer geschaffen werden.

Auch den Beschreibungen von Vester (1988: 18) ist zu entnehmen, dass Freizeit häufig als jene Zeit dargestellt wird, die nicht Arbeitszeit ist. Eine solche Schilderung kann auf eine Personengruppe, die häufig nicht in der Lage ist, einer Tätigkeit am 1. Arbeitsmarkt nachzugehen, kaum zutreffen.

„Was ist Freizeit? Ein Geschenk des Himmels? Das Resultat harter Gewerkschaftsverhandlungen? Der Lohn für Arbeit, Fleiß und Leistung? Oder der Fluch der Arbeitslosen, Depressiven und Aggressiven?“ (Opaschowski 2006: 23)

Nach diesen Erläuterungen wird klar, dass Unterschiede in der Freizeitgestaltung zwischen Menschen mit psychischen Problemen, und welchen, die diese nicht aufweisen, festzustellen sind. Dies verdeutlicht einmal mehr die Relevanz der Untersuchung von Lebensqualität bei Menschen mit Schizophrenie, wobei die Ergebnisse der Forschung speziell die persönlichen Vorstellungen, Ansichten und Empfindungen der Betroffenen aufzeigen sollen.

7. Empirischer Teil

In diesem Kapitel werden eingangs Forschungsdesign und Methodenwahl erörtert, anschließend folgen die Ergebnisse, welche aus der Forschung resultieren und in Form von Kategorien dargestellt werden.

7.1. Forschungsdesign

Der folgende Abschnitt erklärt das Forschungsinteresse, die zentralen Fragestellungen sowie die Methodenwahl und deren Durchführung.

7.1.1. Forschungsinteresse

Die vorliegende Forschungsarbeit zeigt die subjektiven Empfindungen von an Schizophrenie erkrankten Menschen zum Thema Lebensqualität auf. Besonderes Interesse gilt hierbei der Rolle der Angebote des Club Aktiv, die dieser Freizeiteinrichtung von den BesucherInnen zugeschrieben wird. Es wird untersucht, was im Speziellen die Betroffenen zur Teilnahme bewegt und inwiefern dies ihrer eigenen Einschätzung nach Einfluss auf ihre Lebensqualität nimmt.

In einem weiteren Schritt soll aus den Aussagen der Befragten herausgearbeitet werden, inwieweit die aktuellen Angebote des Club Aktiv der Ansicht der untersuchten Gruppe nach passend sind oder eventuell verändert oder erweitert gehören.

7.1.2. Forschungsleitende Fragen

Aus dem vorliegenden Forschungsinteresse leiten sich folgende beiden Forschungsfragen ab:

- Wie schätzen die BesucherInnen des Club Aktiv selbst ihre Lebenssituation ein und welchen Einfluss haben die Angebote der Freizeiteinrichtung in Bezug auf die Lebensqualität?
- Was bewegt die an Schizophrenie Erkrankten zu Partizipation und wie steht dies in Zusammenhang mit ihrer Lebensqualität?

Diese Fragen dienen als Forschungsgrundlage und sollen die Untersuchung strukturieren.

7.1.3. Methode zur Datenerhebung

Für die vorliegende Arbeit wurde der qualitative Methodenansatz als Forschungsinstrument gewählt. Zur Datenerhebung wurden narrative Interviews durchgeführt, die durch Erstellung von Netzwerkkarten, welche der Darstellung des sozialen Umfeldes dienen, ergänzt werden.

7.1.3.1. Das narrative Interview

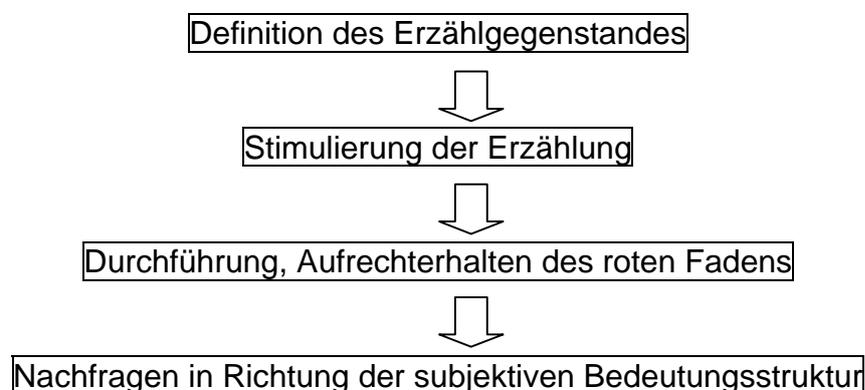
Das narrative Interview ist eine offene Form des Interviews, wobei der/die InformantIn gebeten wird, seine/ihre eigenen Erlebnisse als Geschichte zu erzählen. Üblicherweise handelt es sich dabei um Erlebnisse mit sozialwissenschaftlich interessierenden lebensgeschichtlichen, alltäglichen, situativen und/oder kollektiv-historischen Ereignisabläufen, in die der/ die Befragte selbst involviert war. (vgl. Glinka 1998: 9)

In der Aushandlungsphase geht es darum, dem/der Informanten/Informantin den Sinn des Interviews hinreichend zu erklären und ihm/ihr dabei behilflich zu sein, eine eigene Sinnggebung für das Interview zu entwickeln. Auch der Ablauf des Interviews – Unterteilung in Haupterzählung und Nachfrageteil – wird erläutert. Außerdem wird die eindeutige Rollenverteilung geklärt: Dem potentiellen Informanten/der potentiellen Informantin wird das uneingeschränkte Rederecht bis zum Ende seiner/ihrer Geschichte übertragen. Der Forscher übernimmt während der Erzählung die Rolle des aufmerksamen Zuhörers. (vgl. Glinka 1998: 11f)

Während der Haupterzählung wird der Informant vom Forscher lediglich durch kurze emotionale Rückmeldungen wie Lachen, Seufzen oder mitgehende Formulierungen wie „Das ist wirklich hart“, welche das aufmerksame Zuhören zum Ausdruck bringen sollen, unterstützt. Es sollen möglichst keine Zwischenfragen gestellt werden. (vgl. Glinka 1998: 12ff)

Der anschließende Nachfrageteil dient dazu, das Erzählpotential des/der Befragten weiter auszuschöpfen. Einen zentralen Stellenwert bekommt hier das Fragen nach dem „Wie“, das es im Gegensatz zu „Was-“, „Wann-“, „Wo-“, oder „Wieso-Fragen“ das Handlungsschema „Erzählen“ bei dem/der Informanten/Informantin einfordert. (vgl. Glinka 1998: 15)

Abbildung 1: Ablaufmodell des narrativen Interviews nach Mayring (1996: 56):



Die Anwendung des narrativen Interviews lässt sich damit begründen, dass es sich um Interviews mit Betroffenen handelt, die durch ihre Erzählung einen Einblick in ihre private Lebenssituation gewähren sollen. Das narrative Interview bietet dem Informanten/der Informantin hier die Möglichkeit, frei und ohne durch Fragen unter Druck gesetzt zu werden, von seinen/ihren Erfahrungen und Empfindungen zu erzählen.

7.1.3.2. Die Netzwerkkarte

„Die Netzwerkkarte ist ein diagnostisches Instrument, das auf einem einigermaßen soliden theoretischen Hintergrund beruht, die Vorteile eines bildgebenden Verfahrens aufweist, weitgehende interpretative Möglichkeiten eröffnet und gleichzeitig gut für kooperative Diagnostik geeignet ist.“ (Pantucek 2005: 141)

Das Zentrum der Netzwerkkarte bildet die Ankerperson – üblicherweise der Klient/die Klientin. Die Fläche wird in die vier Sektoren Freunde/Bekannte, Familie, Schule/Beruf und professionelle Beziehungen unterteilt. In einem nächsten Schritt werden unter Anleitung der Ankerperson die Personen des sozialen Umfeldes eingetragen, wobei die Personen umso näher zur Ankerperson gezeichnet werden, je wichtiger diese sind. Besteht zwischen zwei Personen Kontakt, so werden sie auf der Netzwerkkarte mit einer Linie verbunden. (vgl. Pantucek 2005: 141f)

Diese Methode wurde für die Forschung gewählt, um die Lebenssituation der Betroffenen, im Speziellen das zur Verfügung stehende Unterstützungssystem in Form von sozialen Kontakten, darzustellen.

7.1.4. Zielgruppe

Die Zielgruppe dieser Untersuchung bilden sechs Personen, die den Club Aktiv kennen und selbst mehr oder weniger häufig an den Angeboten der Einrichtung teilgenommen haben oder teilnehmen, wobei drei männliche und

drei weibliche InterviewpartnerInnen befragt wurden. Laut eigener Angaben der Interviewten unterliegen sie der Diagnosegruppe Schizophrenie. Die Befragungen wurden an verschiedenen Standorten der Freizeiteinrichtung Club Aktiv der Caritas durchgeführt.

7.1.5. Durchführung der Interviews

Aufgrund der vertrauten Räumlichkeiten wurden die Interviews in ruhigen Nebenräumen des Club Aktiv durchgeführt, wodurch eine angenehme Interviewatmosphäre geschaffen werden konnte. Eine bestimmte Vertrauensbasis war gegeben, da die Zielgruppe der Forscherin seit etwa 2-3 Jahren bekannt ist. So konnten die Befragungen in kollegial-freundschaftlicher Atmosphäre abgewickelt werden.

Zu Beginn der Interviews wurden folgende Punkte geklärt:

- Ein Abbruch des Interviews ist jederzeit möglich
- Die Interviews werden per Tonband aufgezeichnet
- Alle Daten werden bei der Transkription anonymisiert

7.1.6. Auswertung der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2008:11-99). Demnach wird versucht, die Kernaussagen der Interviews mittels Kategoriensystem zu konkretisieren. Diese Kategorien werden durch Paraphrasierung und anschließende Generalisierung erstellt. „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“ (vgl. Mayring 2008: 58)

8. Ergebnisse

Die verschiedenen Kategorien, die im Zuge des Auswertungsprozesses formuliert wurden, werden in folgende 4 Schwerpunkte zusammengefasst:

- **Schwerpunkt 1:** Selbsteinschätzung und Umgangsformen zur eigenen Lebenssituation
- **Schwerpunkt 2:** Äußere Lebensumstände
- **Schwerpunkt 3:** Motive zur Inanspruchnahme/ zum Fernbleiben der Angebote des Club Aktiv
- **Schwerpunkt 4:** Soziale Kontakte

In Schwerpunkt 4 werden die von der Forscherin angefertigten Netzwerkkarten zur Untermauerung der Ergebnisse herangezogen.

8.1. Schwerpunkt 1: Selbsteinschätzungen und Umgangsformen zur eigenen Lebenssituation

Aus den Aussagen der Interviewten lässt sich schließen, dass sie ihre Lebenslage vor allem aufgrund der vorhandenen Erkrankung in vielen Situationen als problematisch einschätzen. *„es gibt hoid Toge, do wü i goa net ausm Haus gehen...Hauptsächlich sands hoid mehr de Störungen und des Schlechtere, des überwiegt vor ollem.“* (Herr A: 1, 25-28) Einige der Befragten betonen, dass Hinweise auf eine psychische Erkrankung schon in der Kindheit und Jugend erkennbar waren. *„I wor vorher scho a einsames Kind mit wenig Freunden und so, i wor hyperaktiv und es san eben vorher scho Behinderungen dogeleget, do wor i scho eingeschränkt im Verstehen. Jetzt hot si donn des Gonze verschlimmert.“* (Herr A: 2, 5-9) Diese bereits früh vorhandenen Einschränkungen haben sich im weiteren Verlauf des Lebens noch vermehrt. *„...in 2 Landwirtschaften hob i georbeitet und ind Oarbeit bin i a*

no gongen, i bin den gonzen Tog fest grennt des geht heit nimma, heit frog i mi, wie i des gmocht hob, net, wos früher woa. Heit geht des nimma!“ (Herr B 2:15-16)

Um mit den daliegenden Problemen umgehen zu können, wurden von den Befragten Strategien entwickelt. Einer der Betroffenen versucht schwierige Situationen zum Selbstschutz zu überspielen. *„...immer in großen storken Monn spielen, und nur jo ka Schwäche zeigen, weil des hoid doch net so lustig is, zieh i ois a bissl ins Lächerliche.“* (Herr F 3: 21-23) Andere werten die Situation auf, indem sie sich mit Personen vergleichen, denen es ihrer Meinung nach schlechter geht als ihnen selbst. *„owa es gibt ondare, de stehn nu vü schlechter do...“*(Herr B 2: 17-18) Die eigene Lebenslage trotz Schwierigkeiten so anzunehmen wie sie ist, und eine lebensbejahende Haltung einzunehmen *„i kann stolz sein, dass i des ois so gschofft hob, weil leicht wor des sicher net für mi!“* (Herr F 4: 20-21) hilft den Betroffenen trotz auftretender Probleme den Lebensmut zu behalten. *„i kann trotz allem no lochen, a wenna do scho ondere Zeiten geben hot.“* (Herr F 6: 11-12)

Das eigene Leben selbst in die Hand zu nehmen und sich etwas Gutes zu tun nennen die Interviewten als Strategie zur Verbesserung der Lebensqualität. *„I geh gonz gern, wos i früher nie gmocht hob, geh i gern in a Kaffeehaus, des gönnt i mir amoi in der Woche und des is a schen!“* (Frau E 2: 3-4)

Allerdings sind aus den Aussagen der Interviewten auch Ambivalenzen zum Thema Umgang mit schwierigen Situationen zu erkennen. Trotz des Bewusstseins, dass Selbstmitleid kein förderliches Mittel zur Bewältigung problematischer Lebenslagen ist. *„...des is eh erwiesen, dass des net guad is wenn ma imma allan is und seine eigenen Gedonken nochrennt.“* (Frau E 2: 27-28) *„Des mocht mi stork, vielleicht a weil i a Widder bin, des san irrsinnig stork Menschen, drum, de Krokheit beeinflusst mi a net so, do fühl i mi scho stork...“* (Frau S. 1: 26-27), kann nicht immer Stärke bewiesen werden. *„Oiso, i nimm des net so furchtboa tragisch. i sog net: " i bin so orm". normalerweise tu i ma selber net so Leid dabei, bei dem Gonzen. Außer in so Situationen wenna am*

Anfang is, und i merk, dass scho schwer is, da Kontakt mit anderen, donn denk i ma i bin scho a oamer Hund.“ (Herr F. 1: 27-30)

Methoden wie Ortswechsel *„...heit binni den gonzen Tog herinnen gsessn, do merki, i werd spinnad mit da Zeit. Donn muass i wieda ausse und donn löst si des wieder a bissl.“ (Herr F. 3: 5-7)* werden angewandt um innere Anspannungen zu lösen, die sonst zu Überforderung und in weiterer Folge zu Resignation führen können. (vgl. Herr F. 3:1-3)

Vorhandene Konzentrationsschwächen *„I kann mi oft schwer konzentrieren, oft hob i Aussetzer im Gedankenfluss. Wenn i irgendwos mochen möcht, donn vergiss i wieder auf des, wos vorher wor oder wos ois nächstes kummt. Donn kann i wieda net weitermochen...“ (Herr A. 1: 22-24)* die zu Einschränkungen im alltäglichen Leben beitragen, sind oft auch von Menschen in der Umgebung wahrnehmbar. Die Interviewten heben vor allem das Unverständnis der Gesellschaft für ihre Krankheit hervor. Ein vollwertiger Teil der Gesellschaft zu sein und einen Beitrag zum Funktionieren der Gesellschaft beizutragen wird als Gesichtspunkt für Lebensqualität erwähnt. Erfahren und gefühlt wird jedoch oftmals Ausgrenzung und wenig Anerkennung. *„Die anderen verurteilen uns alle zu Verbrechern wenn in Zeitungen oder Medien berichtet wird, dass ein an Schizophrenie erkrankter Mensch dieses oder jenes getan hat. Da kommt man draußen in der Gesellschaft leicht in die Schiene des Verurteilten...man wird nicht ganz für voll genommen, wenn man Schizophrenie hat.“ (Frau F. 4: 1-4)* Die mangelnde Wertschätzung für die eigene Person, die von den Befragten wahrgenommen wird, führt dazu, dass sie sich nicht ernst genommen und ausgegrenzt fühlen.

Selbstständigkeit als essentieller Faktor für eine gute Lebenssituation wird vor allem von den interviewten Frauen erwähnt. *„Ich hab meine Verpflichtungen, mein eigenes Leben, ich bin aber auch dankbar dafür, dass es so ist, weil ich einfach jetzt mehr Lebenssinn habe in meinem normalen Leben. Durch mein Enkelkind und die Wohnung und Wohnungspflege und alles was dazugehört.“*

(Frau F. 3: 7-11) Von anderen unabhängig zu sein, scheint dabei besonders wichtig „*dass man si selber a Freud mochen kann, dass ma net nur von den onderen abhängig is, dass ma a gewisse Selbstständigkeit hot.*“ (Frau E. 3: 29-32)

8.1.1. Schlussfolgernde Zusammenfassung

Alle Befragten beschreiben eine Beeinflussung der Lebenssituation durch die vorhandene psychische Erkrankung. Die Einschränkungen die sich dadurch im täglichen Leben ergeben, führen laut den Aussagen der Befragten in einigen Lebensbereichen zu einer schlechteren Lebensqualität. Im Umgang mit dieser Problematik lassen sich bei den Interviewten Unterschiede feststellen.

Die von den Befragten wahrgenommene Ausgrenzung aus der Gesellschaft erwähnen auch Heuer und Schön (2004: 245) in ihren Ausführungen: „Chronisch psychisch Kranke gehören zu den am meisten benachteiligten Personengruppen in unserer Gesellschaft. Die Lebensprobleme dieser Menschen werden häufig durch die sehr medizinisch ausgerichtete Behandlung außer Acht gelassen, seelische Not, Armut und Ausgliederung aus der Gesellschaft vertieft.“

Nach dieser eher allgemein gehaltenen Beschreibung der Selbsteinschätzung, wird im folgenden Schwerpunkt näher auf die einzelnen von den Befragten genannten Lebensbereiche, die eine Rolle in Zusammenhang mit Lebensqualität spielen, eingegangen.

8.2. Schwerpunkt 2: Äußere Lebensumstände

Von den Aussagen der interviewten Personen wurden vier Bereiche die äußeren Lebensumstände betreffend herausgearbeitet:

- Beschäftigungsmöglichkeiten
- Finanzen
- Gesundheit
- Wohnsituation

Im Folgenden werden diese vier Kategorien in Bezug auf die Selbsteinschätzung und den Zusammenhang der damit einhergehenden, von den Befragten genannten, Lebensqualität beschrieben.

8.2.1. Beschäftigungsmöglichkeiten

Keine von den sechs befragten Personen ist momentan am 1. Arbeitsmarkt tätig. Laut der Angaben in den Interviews beziehen alle Befragten Früh- oder Invaliditätspension, teilweise befristet, teilweise auf unbestimmte Zeit. Von manchen Betroffenen wird diese Tatsache als Entlastung empfunden. Herr B. (1: 27-29) meint: *„I hob eh Frühpension, do geht's ma besser, wenn i mi niedersetzen muass, donn kann i des mochen, i bin net zwungen, dass i voll hackln, voll arbeiten muass.“* Andere haben gelernt, sich mit dieser Situation zu arrangieren und sich damit abgefunden, dass eine Vermittlung am 1. Arbeitsmarkt aufgrund der Einschränkungen durch die Krankheit nicht möglich ist. *„Ich merk einfach, dass ich für die Leistungen und Anforderungen, die an mich gestellt werden in der Privatwirtschaft, im Berufsleben, mich nicht eigne, also ich schaff es nicht mehr so.“* (Frau F. 1:25-27) *„Arbeiten gehen, des konnst vergessn, des is für mi ka Thema mehr“* (Herr B. 1:32) Frau S. (1: 29-2:2) kann ebenfalls keiner Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt nachgehen, ihr Wunsch danach ist jedoch sehr groß, weshalb sie alle Mittel in Bewegung setzt um einem Beruf nachgehen zu können.

Unabhängig davon, ob sich die Betroffenen damit abgefunden haben, dass sie ihrem Beruf nicht mehr nachgehen können, oder weiterhin versuchen eine Arbeit zu finden, sind sie sich darüber einig, dass es wichtig ist, eine Beschäftigung zu haben, um die zur Verfügung stehende freie Zeit zu füllen. Hier sehen die interviewten Personen, je nach Interessensgebieten, unterschiedliche Möglichkeiten. *„I werk a bissl am Computer, irgendwie muass i mi jo beschäftigen, wenn i den gonzen Tog nur herumlieg oder herumsitz, do tät i durchdrehn.“* (Herr F. 4: 5-6) Es werden auch Hausarbeiten wie Boden wischen, Rasen mähen und Tätigkeiten in der Küche genannt, die dazu dienen

um die freie Zeit auszufüllen (vgl. Herr A. 2: 12-14) Einer der Befragten nennt als positiven Aspekt an der vielen freien Zeit, dass er die zu verrichtenden Tätigkeiten in seinem Tempo machen kann und dabei nicht unter Druck steht. (vgl. Herr B. 1: 27-29) Eine Möglichkeit, die ebenfalls von mehreren der befragten Personen zum Füllen der freien Zeit angeführt wurde, sind Aktivitäten im Freizeitbereich wie Sport und Bewegung. Sie geben an, dass sie diese Art von Tätigkeiten gerne in der freien Natur ausführen. *„Wos i zum Beispiel mit meim Freund gern tu, des is fischen gehen, draußen in da Natur, und a schwimmen geh...“* (Frau S. 1:16-17) Körperliche Betätigung jeglicher Art hat eine positive Wirkung auf alle Personen, die Sport und Bewegung als Mittel zur Förderung ihrer Lebensqualität genannt haben. Bei zwei der betroffenen Personen stellt sich laut eigener Angaben ein deutliches Gefühl von Entspannung nach körperlicher Betätigung ein. *„I geh vü spaziern, des tuat guat, des entsponnt mi! Dass i in Bewegung bleib, des Spazierngeh, des is für mi Lebensqualität, des brauch i.“* (Frau E. 2:12-13) *„I merk, dass a körperliche Aktivität gonz guad is für des Gonze, es wirkt entspannend auf mi, es baut den Stress ob.“* (Herr F. 2:11-13)

Bewegung verschiedenster Art tut gut, ist jedoch nicht von allen Befragten durchführbar. Herr B. (2:12-13) fühlt sich in seiner Lebensqualität stark eingeschränkt, da seine Möglichkeiten, sich körperlich zu betätigen durch die Erkrankung beschränkt sind. *„Do konnst kan Sport mehr mochen, des konnst olles abschreiben, weilst net konnst, Bewegungsapparat, des konnst vergessn, ma is vü zu schnö miad!“* (Herr B. 2:10-12) Einer anderen interviewten Person wiederum dient Bewegung zur Symptomkontrolle. Frau E. (3:1-2) beschreibt es als große Gefahr für ihren Gesundheitszustand, wenn sie zu oft liegen- oder sitzen bleibt. *„...dass die Kronkheit net wieder ausbricht...do is es eben wichtig, dass i immer in Bewegung bleib.“* (Frau E. 2:31-32)

Ein Aspekt, der von drei der befragten Personen genannt wurde ist der Anspruch an Sinnhaftigkeit bei potentiellen Beschäftigungsmöglichkeiten. *„I brauch Sochen, wo i a mit meim Herz so richtig dabei bin. Mei Literatur zum Beispiel: Wos Gutes und wos Schönes. Do findest schon Schönes bei Göthe*

und bei Schiller. Des is scho a Wahnsinn, des is faszinierend, do vergeht die Zeit wie im Flug!“ (Herr F. 4:6-10) So ist für Herrn F. das Lesen von guten Büchern eine sinnvolle Beschäftigung, die ihm Freude bereitet, während Frau F. (1:19-21) beispielsweise eine andere Vorstellung von sinnvoller Tätigkeit hat. *„Inzwischen habe ich auch eine Aufgabe für mich gefunden: Ich bin vermehrt für mein Enkelkind da, und lerne es auch, mich nicht mehr nur durch Arbeit zu definieren.“* Diese befragte Person sieht die Notwendigkeit, den Sinn ihres Lebens vom Sektor Arbeit und Beruf in andere Lebensbereiche zu verlagern. *„Früher war's für mich so, da hab ich immer geglaubt, nur solange ich arbeite, bin ich was wert. Jetzt hat sich das inzwischen geändert.“* (Frau F.1:21-22)

Problematisch sehen vor allem zwei der Befragten an Schizophrenie Erkrankten ihre Möglichkeiten in Bezug auf Beschäftigung im Sinne von Erwerbstätigkeit. Bei bestehenden Beschäftigungsprojekten fühlen sich die beiden durch die Art der Arbeitsangebote schnell unterfordert. Monotone Tätigkeiten werden als sinnlos empfunden, anspruchsvolle Arbeiten werden gewünscht. *„Wenn des...najo, wie ma sogt – a Dodlhockn is, für monchen mogs jo guad sein, ober für mi is des anfoch nix, bei sowos werd i net glücklich.“* (Herr F. 2: 18-20) Herr F. beschreibt ein weiteres für ihn problematisches Phänomen: Sobald sich eine Tätigkeit automatisiert hat, kreisen seine Gedanken um die eigene Person, was in weiterer Folge leicht zu depressiven Verstimmungen führen kann. Aus diesem Grund ist geistige Anforderung ein wichtiger Punkt, der seiner Meinung nach bei der Planung von Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen berücksichtigt werden sollte. Der erwähnte Mangel an Möglichkeiten für sinnvolle Beschäftigung wird auch von Frau F. angesprochen. Dieser wird von ihr als Ausgrenzung von der Gesellschaft wahrgenommen, was der Anlass für ein Umdisponieren im Beschäftigungssektor ist. *„Wenn die Gesellschaft so funktioniert, dass für psychisch kranke Menschen im Grunde im System kein Platz ist, vor allem in der Arbeitswelt, dann muss man sich im Freizeitbereich beschäftigen, so versuch ich hier das beste, um meinem Leben einen Sinn zu geben.“* (Frau F. 4: 7-10)

8.2.1.1. Schlussfolgernde Zusammenfassung

Eine Gemeinsamkeit, die bei allen sechs Befragten festzustellen ist, ist die Tatsache, dass keine Beschäftigung im Sinne von Erwerbstätigkeit vorliegt. Für einige der Befragten stellt dies ein großes Problem dar, Selbstwertschwächungen und ein Gefühl von Wertlosigkeit sind oftmals die Folge von Arbeitslosigkeit. Zudem kommt das Gefühl auf, nicht als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft angesehen zu werden, wenn man aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht am Erwerbsleben teilnehmen kann. Dieses Faktum ist auch in der angegebenen Literatur wieder zu finden.

Dörner (1995: o.p.) meint: „Ohne ein Recht auf Arbeit ist die Würde des Menschen oder die Entfaltung der Persönlichkeit kaum denkbar ist. Eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben ist ein entscheidendes Lebensqualitätsmerkmal.“

Außerdem wird ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und seelischer Erkrankung hergestellt, in dem zum einen die Erkrankung zur Arbeitslosigkeit führen und zum anderen auch die fehlende Erwerbstätigkeit eine psychische Erkrankung auslösen kann. (vgl. Wedekind und Kuhnt 1996: o.p.)

Ansonsten sind sehr unterschiedliche Ausprägungen im Anspruch an die Art der auszuführenden Beschäftigungsmöglichkeiten festzustellen. Auch das vorliegende Angebot an Beschäftigungsprojekten wird von den Befragten aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, was auf andersartige Vorstellungen über sinnvolle und lebenserfüllende Tätigkeiten zurückzuführen ist. Hier macht sich die subjektive Wahrnehmung und Einstellung des /der Einzelnen bemerkbar, was zur Folge hat, dass keine eindeutigen oder sinnvollen Ergebnisse aus den Inhalten der Aussagen der Befragten abgeleitet werden können. Durch die unterschiedlichen Vorstellungen der Interviewten ihre Beschäftigungsmöglichkeiten betreffend, können verschiedenartige Vorstellungen von Lebensqualität abgeleitet werden.

Einen weiteren Berührungspunkt stellt die Möglichkeit von Beschäftigung im Freizeitbereich dar. Durch die fehlende Tätigkeit im Erwerbsbereich, wird die freie Zeit, in welcher der Club Aktiv genutzt werden kann, mehr. Auf diesen Gesichtspunkt wird in Schwerpunkt 3 näher eingegangen.

8.2.2. Finanzen

Die Kategorie Finanzen wurde von vier der sechs Befragten genannt, als sie deren Vorstellungen von Lebensqualität beschreiben sollten, von zwei der Interviewten wurde dieses Thema nicht angesprochen.

Von allen Befragten, die das Thema Finanzen angesprochen haben, wurde angeführt, dass das geringe Einkommen, das sie alle zu verzeichnen haben, zu deutlichen Einschränkungen im alltäglichen Leben führt. Frau F. (4: 19-21) zum Beispiel ist es schon bewusst, dass es an ihrer aktuellen Lebenssituation liegt, dass ihr Einkommen sehr niedrig ist. *„mir ist schon klar, wenn ich nicht im Berufsleben steh, dass ich nicht erwarten kann, dass ich so viel Geld besitze, wie wenn ich berufstätig wäre.“* Dennoch sind die dadurch auftretenden Einschränkungen deutlich spürbar. Der Freizeitbereich ist ein Sektor, beschreiben zwei der vier Interviewten, wo die Möglichkeit, beispielsweise Urlaub zu machen oder für ein paar Tage zu verreisen, kaum gegeben ist. *„Bei Ausflügen, die mehrere Tog dauern, des kost donn glei a poa hundert Euro, des kann i mir einfoch net leisten“* (Frau E. 2:1-2)

Der Ausschluss von der Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten wird von der Hälfte der Befragten genannt und ist ebenfalls ein Aspekt, den die Interviewten an Schizophrenie Erkrankten auf ihr geringes Einkommen zurückführen. *„ I wünschat mir hoid, dass i mehr mochen kennt, in a Discothek gehen, oder auf a Festl...letztens, do voit i unbedingt zu dem Konzert von den „Seern“, owa des geht hoid leider net, finanziell is des net möglich, mit so wenig Geld“* (Frau S. 2: 10-12) Frau F. erlebt ihre Situation ähnlich. Ihr Wunsch, ins Theater oder Museum zu gehen, bleibt ihr verwehrt. Eintrittsgelder oder Reisekosten sind für sie nicht leistbar. (vgl. Frau F. 4: 21-31)

Um sich seinen Lebensunterhalt leisten zu können, ist es für die Hälfte der Befragten, die die Kategorie Finanzen als relevanten Punkt in Zusammenhang mit der Lebensqualität sehen, eine Notwendigkeit, sparsam zu leben. Herr F. (5: 11-16) beschreibt, dass es für ihn wichtig war zu lernen, mit seinem Geld umzugehen und die Impulsivität, viel einzukaufen, ablegen musste. Mittlerweile habe er sich eingeübt, bescheiden zu sein, was der Grund für sein Auskommen ist.

Für drei der vier Befragten, die den finanziellen Bereich als einen entscheidenden Punkt für ein gutes Leben genannt haben, sind Geldmittel essentiell zur Bedürfniserfüllung. Die zur Verfügung stehenden Mittel reichen laut der Angaben aus den Interviews allerdings lediglich zur Sicherung der Existenz. *„Es reicht gerade mal ums Überleben, das Geld, das ich habe.“* (vgl. Frau F. 4:25-26) Eine weibliche Befragte ist besachwaltet und spricht diesbezüglich von schlechten Erfahrungen. Erst nach einem Wechsel des Sachwalters bekommt sie regelmäßig Geld um ihren Lebensunterhalt angemessen zu bestreiten. Von Luxus ist nicht die Rede. (Frau E. 2) Ein männlicher Interviewter spricht von Existenzängsten, die ihn aufgrund seines niedrigen Einkommens plagen. (Herr F. 5)

8.2.2.1. Schlussfolgernde Zusammenfassung

Für zwei Drittel der Befragten ist die vorliegende finanzielle Situation ein Thema die Lebensqualität betreffend, ein Drittel erwähnt diesen Gegenstand nicht, was auf eine mindere oder nicht bestehende Problematik in der Beziehung mit Lebensqualität für diesen Teil der Betroffenen schließen lässt.

Ansonsten ist festzustellen, dass Einschränkungen unterschiedlicher Art von den Befragten im täglichen Leben wahrgenommen werden. Hier kann ein Zusammenhang zwischen den Angaben der Befragten und Ausführungen in der Literatur festgestellt werden: Finanzielle Mittel sind ein Indikator zu der Möglichkeit an gesellschaftlichen und auch Aktivitäten im Freizeitbereich

allgemein teilzunehmen. Stehen diese Mittel nicht zur Verfügung, ist oft ein Ausschluss aus der Gesellschaft die Folge.

Opaschowski (2006: 39) erklärt: „Freizeitangebote Kino-, Disco-, Zoo-, Theater- oder Konzertbesuche werden wie Waren käuflich erworben. Es handelt sich dabei um Unternehmungen, die für Personen mit oftmals geringem Einkommen sehr schwer durchführbar sind.“

8.2.3. Gesundheit

Fünf der sechs Befragten an Schizophrenie Erkrankten erwähnen den Aspekt Gesundheit ihre Lebensqualität betreffend, eine Person geht auf diesen Gesichtspunkt nicht ein.

Ein Großteil der Interviewten spricht über Unsicherheiten, was den Krankheitsverlauf anbelangt, es bestehen Unklarheiten über Hintergründe und Ursachen, es ist für die Betroffenen oft schwer zu verstehen, warum die Krankheit ausgebrochen ist. Frau F. (3: 25-28) beispielsweise beschreibt ein Gefühl von allein gelassen sein: *„Da ist ja niemand, der mit uns darüber redet, wie so was überhaupt zustande kommt...Schizophrenie – was ist das? Hat das nur organische Ursachen, oder ist es aus Traumen entstanden, die man erlebt hat? Das ist irgendwie so, ja, wir wissen das genauso wenig wie die Leute auf der Straße, die Schizophrenieerkrankte verurteilen.“* Auch über einen genauen Zeitpunkt, wann die Krankheit entstanden ist, zu welchem Zeitpunkt erstmals Symptome aufgetreten sind, bestehen Ungewissheiten. *„...seit wann i de Schizophrenie genau hob, des waß wahrscheinlich kana!“* (Herr F. 6: 1) Bei zwei der Befragten bestehen allerdings Vermutungen, dass erste Anzeichen der Erkrankung bereits in der Kindheit oder frühen Jugend aufgetreten sind. Herr A. (6: 4-5) meint dazu: *„Die Kronkheit, des Gonze dürft so schleichend kumman sein, owa i denk, es wor scho ois Kind soweit.“*

Den Darstellungen der interviewten Personen ist zu entnehmen, dass sehr unterschiedliche Ausprägungen in Hinsicht auf das Krankheitsbild auftreten können. Die Symptomatik ist von Person zu Person unterschiedlich, und kann ebenso bei ein und demselben Menschen von Zeit zu Zeit variieren. Von oft auftretender Müdigkeit bis hin zu Hyperaktivität nehmen die befragten Personen verschiedenste Gefühlszustände und hinzukommende Halluzinationen wahr. Herr B. (3: 12-14) beschreibt dies folgendermaßen: *„I hob Erscheinungen ghobt, i sog Erscheinungen dazu, ondere sogen Tagtraum, des rennt blitzschnell ob, do sieht ma Sochen, do hört ma Stimmen, ma nimmt Gerüche wahr...wo goa nix is!“* Ein anderer Befragter meint dazu: *„I hob hoid oft sehr unterschiedliche Stimmungen – wochenlong geht’s ma dreckig und donn is a wieda moi sche...do muass i hoid imma durchhoidn.“* (Herr A. 1:20-22) Die von Schizophrenie Betroffenen erleben demnach schwere Belastungen aufgrund der auftretenden Krankheitssymptomatik.

Die Symptomatiken werden von den Betroffenen unterschiedlich wahrgenommen und haben dementsprechend mannigfache Auswirkungen. Alle interviewten Personen, für die Gesundheit eine relevante Rolle für eine gute Lebensqualität spielt, sprechen von psychischen Ausnahmezuständen, mit denen sie zu kämpfen haben. Eine Befragte erzählt von Panikattacken und Nervenzusammenbrüchen, die zu Krankenhausaufenthalten, langen Krankenständen und in späterer Folge Zwangspensionierung führten. Auch die Fürsorge für ihre Kinder war für diese Betroffene durch die starke Ausprägung der Krankheit nicht mehr zu schaffen. (Frau E. 1: 15-18) Herr B. (3:15-18) erklärt seinen seelischen Zustand so: *„...es fongt klein on: am Onfong glaubst du bist a Wunderknabe – i kann mit dem in Kontakt gehen, und mit dem – owa mit der Zeit, des wird donn immer ärger – bist des nervlich nimma pockst! Donn kriegst Angstzustände und ollas mögliche!“*

Die Symptome einer Schizophrenie können Einfluss auf die verschiedensten Lebensbereiche der Erkrankten nehmen. Die Befragten beschreiben beschränkte Fähigkeiten, erhöhte Sensibilität, soziale Abkoppelung. *„I hob oft Einschränkungen, durch des, dass i hoid de Kronkheit hob. So is des hoid. De*

Erkrankung schränkt mi ein...es is gonz verschieden: Die psychische Leistungsfähigkeit is stork eingeschränkt, ober a des Körperliche. Des is ois sehr schwierig, ois gestaltet si für mi sehr schwierig.“ (Herr A. 1: 7-9) Die von Schizophrenie Betroffenen erleben demnach schwere Belastungen aufgrund der auftretenden Krankheitssymptomatik.

„Gute Lebensqualität ist sicher, wenn man gesund ist, das wünscht sich glaub ich fast jeder Mensch.“ Dieser Aussage von Frau F. (1: 15-16) ist zu entnehmen, dass ein stabiler Gesundheitszustand essentiell für ein gutes Leben ist. Diese Meinung teilen auch die anderen Interviewten. *„An Gsunden geht’s hoid sicher besser ois mir. A guads leben hot ma sicher nimma, wenn ma moi kronk is.“* meint Herr B. (2: 9-10) Die psychische Erkrankung schränkt demzufolge die Lebensqualität ein.

Drei der befragten an Schizophrenie Erkrankten erwähnen als Mittel zur Symptombekämpfung die Medikamenteneinnahme. *„Mit de Tabletten is scho gscheiter, ohne Medikamente wär i glei wieder durt, do wär i sicher wieder im Spital.“* (Herr B. 3: 11-12) Eine andere Befragte spricht von der Anwendung von Psychopharmaka als Methode zur Linderung der Symptomaten, auch wenn die Auswahl der passenden Medikamente eine längere Prozedur war. (vgl. Frau E. 1: 19-23) Trotz der Tatsache, dass Anzeichen der Krankheit gebessert oder sogar gelöscht werden können, nehmen die Betroffenen ebenso negative Seiten der Psychopharmakaeinnahme wahr. Neben dem Faktum, dass täglich Präparate eingenommen werden müssen, spielen auch Nebenwirkungen eine erhebliche Rolle. Herr A. (1:19-21) beschreibt dies wie folgt: *„Durch die Medikamente is die Reaktionsfähigkeit eingeschränkt, ma bewegt si langsamer, ma is schnö müde...du muasst di olle Boot wo niederlegen, oder niedersetzen weilst nimma konnst!“*

Bei zwei der Befragten konnten Anzeichen von Resignation festgestellt werden. Herr F. (6: 9-11) sagt: *„De Kronkheit is vorhonden, monchmoi geht’s hoibwegs, donn is wieda a Kompf. Ma muass irgendwie damit leben...oda ma haut es Leben weg.“*

8.2.3.1. Schlussfolgernde Zusammenfassung

Der Literatur ist zum Thema Gesundheit zu entnehmen, dass die drei Teilbereiche Psyche, Körper und Soziales einander wechselseitig beeinflussen und Gesundheit demnach ein Balancezustand ist (vgl. Hurrelmann 1988: 16) Aus den vorangegangenen Aussagen der Befragten an Schizophrenie Erkrankten kann entnommen werden, dass die Betroffenen starke Beeinträchtigungen im psychischen und physischen Bereich erleben. Diese Behauptungen lassen darauf schließen, dass auch die Lebensqualität durch den instabilen Gesundheitszustand leidet.

Auch bei Beschreibungen in Bezug auf die Medikamenteneinnahme können Zusammenhänge zwischen den Empfindungen der Befragten und Angaben in der Literatur hergestellt werden. Einerseits dient die Anwendung von Psychopharmaka der Symptomkontrolle, andererseits werden unangenehme Nebenwirkungen wahrgenommen, welche wiederum die psychischen und physischen Fähigkeiten beeinflussen. „In Zusammenhang mit einer Untersuchung von Lebensqualität bei Menschen mit psychischen Störungen ist neben der Tatsache, dass Betroffene sich streng an einen Zeitplan bei der Einnahme der ihnen verordneten Medikamente halten müssen, vor allem auch auf die Nebenwirkungen Rücksicht zu nehmen.“ (Clausen et al. 1996: 99)

Des Weiteren kann das in der Literatur beschriebene Phänomen der Resignation (vgl. Amering und Schmolke 2007: 19) bei einem Drittel der Befragten festgestellt werden. Ein ständiges Abwägen zwischen den positiven und negativen Seiten des Lebens ist die Folge, abwechselnd werden Höhen und Tiefen erlebt.

8.2.4. Wohnsituation

Alle befragten Personen kommen auf ihre Wohnsituation zu sprechen, wenn es darum geht, ihre Vorstellungen von Lebensqualität zu beschreiben.

Zwei der befragten Personen leben derzeit in einer von SozialarbeiterInnen der Caritas betreuten Wohngemeinschaft, eine weitere bis vor kurzem. Einer der Interviewten lebt im Elternhaus gemeinsam mit seiner Mutter, eine andere Befragte teilt sich eine Wohnung mit ihrem Lebenspartner. Zwei der von Schizophrenie Betroffenen – beide weiblich – führen laut persönlicher Angaben einen eigenen Haushalt.

Den Beschreibungen der Befragten ist zu entnehmen, dass Selbstständigkeit im Bereich Wohnen sehr bedeutsam ist und einen wesentlichen Stellenwert im Zusammenhang mit Lebensqualität einnimmt. Auch wenn in den verschiedenen Wohnformen ein unterschiedliches Ausmaß an Selbstständigkeit erforderlich beziehungsweise möglich ist, ist es den Betroffenen überaus wichtig, möglichst viel in Eigenregie durchzuführen. Es handelt sich hier vor allem um Tätigkeiten im Haushalt, wie Kochen, Saubermachen oder Einkäufe erledigen, die den Befragten ein gutes Gefühl geben, wenn sie eigenständig und ohne fremde Hilfe erledigt werden können. *„Mir gfoids in da WG“,* meint Herr A. (3: 19-20) *„do kann i's weit bringen, ois mei eigener Herr! So weit's geht, bin i selbstständig.“*

Eine der befragten Personen erzählt, wie ihr der Auszug aus der Wohngemeinschaft und somit der Einzug ins eigene Heim den Schritt zur Selbstständigkeit ermöglicht hat: *„Bei mir is es so, ich war ja auch eine zeitlang in der Wohngemeinschaft von der Caritas, in der betreuten WG, und als ich noch dort gewohnt hab, war ich noch mehr angewiesen auf fremde Hilfe. Aber jetzt wohn ich in meiner eigenen Wohnung, hab meine Verpflichtungen und leb mein eigenes Leben.“* (Frau F. 3: 4-8)

Dem selbstständigen Wohnen im eigenen Heim wird von den Befragten, auf die dies zutrifft, ein besonders hoher Wert zugesprochen. *„Wennst selber dei Haus host, des is scho viel wert, do geht's mir sicher besser ois an oderen.“* (Herr B. 2: 19-20)

In einer eigenen Wohnung zu leben, ist auch für Herr F. erstrebenswert: *„Jetzt hob i mi für a Wohnung interessiert. Des is in der Zwischenzeit scho fix, nächstes Johr wird des wos. Do siach i mi ausse.“* (3: 26-28) Diesem Thema gegenüber sind jedoch auch Ambivalenzen deutlich erkennbar. *„Deine eigenen vier Wänd hoben, des is scho guad, ober ondererseits hob i a Ongst davor, gonz alla zu sein.“* (Herr F. 3: 29-30)

In einer betreuten Wohngemeinschaft zu leben, hat auch für die zweite Person, die einen solchen Platz derzeit in Anspruch nimmt, zwei Seiten. Die Situation wird mehrfach als belastend erlebt. Da die Stimmung des Öfteren gedrückt sei, ein gutes Kooperationsklima aber für ein gutes Zusammenleben wichtig ist, herrschen oft Spannungen und Schwierigkeiten. Trotzdem wird das gemeinsame Wohnen oft auch als angenehm empfunden. (vgl. Herr A. 3)

„Monchmoi is scho hort“, beschreibt Herr A. (3: 9-10) *„owa es geht donn a wieda guad.“* Ähnlich sieht das Herr F.: *„In da WG is es monchmoi scho belastend, ob und zua, do spielt sa si gonz schen ob, und des is oft goa net lustig, owa donn rennt's a wieda a Zeit long guad.“*

Aus diesen Beschreibungen wird klar, dass die Situation in einer Wohngemeinschaft häufig problematisch zu sein scheint. Weiters erklären die zwei in der betreuten WG wohnhaften befragten Personen, dass im Vergleich zu anderen Wohnformen das Leben in der Wohngemeinschaft wiederum als positiv zu werten sei. Einer der beiden spricht über schlechte Erfahrungen, die er in einem Wohnheim gemacht hat. In dieser Zeit herrschte für diesen von Schizophrenie Betroffenen ein Gefühl von alleingelassen Sein vor. *„Es hot durt niemanden geben. Normalerweise sollt's an Bezugsbetreuer geben in an Heim, owa des hot's net geben. Die gonzen Wochen wo i durt wor, hob i mit kann reden kenna. I hätt mi durt umbrocht, wär i no länger blieben.“* (Herr F. 4: 16.18) Herr F. beschreibt, dass er das WG-Leben als deutlich angenehmer wahrnimmt.

Auch Herr A. spricht von seiner Wohnsituation, bevor er einen Platz in der betreuten Wohngemeinschaft bekommen hat und vergleicht mit seiner jetzigen Situation: *„Besser ois daham bei meine Eltern is es in jedem Fall! Des is nie recht schen gwesen, fad wor’s, do gfoits mir in da WG besser. Es is zwor weit net so sche – da Komfort – owa des stört mi weniger.“* (Herr A. 3: 17-19) Für diesen Interviewten ist das Leben in der Wohngemeinschaft eine Steigerung die Lebensqualität betreffend im Gegensatz zum Leben im Elternhaus. Diese Ansicht das Zusammenleben mit der Ursprungsfamilie betreffend teilt auch eine weitere Interviewte: *„Des Wohnen mit meim Freund, des is optimal für mi eigentlich. I versteh mi recht guad mit eam, besser auf olle Fälle ois früher mit meine Eltern. Do hots immer Reibereien geben.“* (Frau S. 2: 12-15)

Der an Schizophrenie Erkrankte, der sowohl das Leben in einer betreuten Wohngemeinschaft der Caritas, als auch jene in einem Heim kennt, hat einen Vorschlag für eine neue Wohnform: *„In da WG bist doch weitgehend eigenständig. Es is hoid so, es sollt Übergangsformen geben zwischen WG, die fost überhaupt net betreut is, und an Heim. Es gibt scho Leut, für die des ausreicht – nur amoi wöchentlich a Betreuung – ober für viele is es zu wenig. Und a Heim is wieder a Horror. Zwischenstufen sollt’s geben...vielleicht größere Wohnungen für mehr Leut, wo donn unter Tags jemand do is...“* (Herr F. 4:30 – 5:2)

8.2.4.1. Schlussfolgernde Zusammenfassung

„Es ist nur ein geringer Anteil der an Schizophrenie erkrankten LangzeitpatientInnen, der in differenzierten individuellen Behandlungs-, Pflege- oder Betreuungsverhältnissen außerhalb von vollstationären Einrichtungen lebt. Das ist darauf zurückzuführen, dass es wesentlich einfacher ist, psychisch Kranke in Kliniken oder Heimen unterzubringen.“ (Heuer/Schön 2004: 283)

Durch die Schizophrenieerkrankung ergeben sich für die befragten Personen Umstände, die es in manchen Fällen nicht erlauben, einen eigenen Haushalt zu

führen. Von den beiden Befragten, die derzeit einen WG-Platz der Caritas beanspruchen, fokussiert einer den Schritt in Richtung eigenes Heim, der andere befindet seine derzeitige Situation als angemessen und strebt keine Veränderung diesbezüglich an.

Ein Befragter lebt nach wie vor im Elternhaus, was laut Literaturangaben einen großen Teil der an Schizophrenie Erkrankten betrifft. Der Schritt in die Selbstständigkeit gestaltet sich aus dieser Situation heraus schwierig. (vgl. Heuer/ Schön 2004: 283) Für den hier Befragten ist seine Wohnsituation durchaus erträglich.

Auch jene Betroffene, die sich einen Haushalt mit ihrem Lebenspartner teilt, beschreibt diesen Zustand als für sie optimal die Lebensqualität betreffend. Im Elternhaus zu leben bedeutete für diese Befragte eine deutlich schlechtere Lage.

Weitere zwei Personen, die für die vorliegende Forschungsarbeit befragt wurden, leben allein. Eine dieser Interviewten hat auch das Leben in einer betreuten Wohngemeinschaft der Caritas kennen gelernt, und beschreibt die jetzige Situation als Steigerung für ihre Lebensqualität. Grund dafür sei die Selbstständigkeit und damit zusammenhängende Verantwortung, welche als positiv empfunden wird. Selbstständig fühlt sich auch die zweite allein in einem Haushalt lebende Person, welche dieser Gegebenheit ebenfalls einen hohen Wert zuspricht.

Die hier befragten an Schizophrenie erkrankten Menschen, weisen jeweils verschiedenartige Wohnformen auf, wobei es festzuhalten gilt, dass eine gewisse Selbstständigkeit, welche in ihrer Bedeutung für die Befragten variiert, als wichtigster Indikator in Bezug auf die Vorstellung von Lebensqualität den Sektor Wohnen betreffend gilt.

8.3. Schwerpunkt 3: Motive zur Inanspruchnahme/ zum Fernbleiben der Angebote des Club Aktiv

Anfangs ist festzuhalten, dass durch die unterschiedlichen Ansichten der Befragten von Freizeitgestaltung die Motive zum Teilnehmen oder Fernbleiben an den Angeboten des Club Aktiv sehr variabel sind. Je nach individuellen Vorstellungen von möglichen Freizeitaktivitäten sind die Interviewten mehr oder weniger angetrieben, die hier für die Forschung herangezogene Einrichtung für sich in Anspruch zu nehmen.

Es kann festgestellt werden, dass die einzelnen Befragten den Angeboten des Club Aktiv entweder eher positiv oder eher negativ gegenüber stehen. Jene, die hohe Ansprüche an sich selbst stellen und sehr idealistische und individuelle Vorstellungen von Lebensqualität haben, neigen dazu, selten oder gar nicht an den Angeboten der Freizeiteinrichtung teilzunehmen. Andere, denen es hauptsächlich wichtig ist, in irgendeiner Form aktiv zu sein und der Anspruch ein rein gesellschaftlicher ist, sind eher geneigt, den Club zu besuchen. Diese aus den Aussagen der Befragten resultierende Feststellung ist unabhängig von Alter oder Geschlecht der Analysegruppe.

Im Folgenden wird nun zuerst auf jene Beweggründe eingegangen, welche die an Schizophrenie Erkrankten zur Partizipation bewegen, anschließend auf jene, die Gründe zum Fernbleiben der Angebote darstellen. Abschließend werden Empfehlungen angeführt, die aus Aussagen der Befragten abgeleitet wurden und die potentiellen BesucherInnen des Club Aktiv zur Teilnahme aktivieren könnten.

Drei der Befragten nennen die Möglichkeit Kontakte zu knüpfen als Beweggrund den Club Aktiv zu besuchen, die Einrichtung dient als Plattform zum Austausch. *„Der Club ist eine gute Sache um Kontakte herzustellen und um auch mal was anderes zu erleben, als immer nur zu Hause zu sein.“* (Frau F. 1: 31-32) Ähnlich beschreibt dies Frau S. (2:5-7): *„Da Club Aktiv, do moch i*

mit, bei ollem was hoid nur geht, es is hoid am Wichtigsten für mi, dass i unter andere Leit bin, unter Menschen...und im Club geht des zur Zeit guad.“

Ein anderer Interviewter hat für sich nicht nur die Möglichkeit zum Kontakt und Austausch in der Einrichtung selbst, *„Da Club is sicher net schlecht, wennst da des so onschaust, host Leit, konnst mit wem reden, des is sicha guad.“* (Herr B. 1: 15-16) sondern auch die Weiterführung der Kontakte außerhalb des Club Aktiv entdeckt: *„I triff mi mit de Leit, de triffst in an Lokal oder wo, ma geht wieda zomm, des is so. Donn redet ma si erst richtig aus, unter vier Augen oft, wies an geht, wos ma im Club Aktiv net tuat. Dort lernt mas kenna...jo, und donn geht ma gern privat zomm.“* (Herr B. 2: 26-29)

Oft wird von den TeilnehmerInnen des Club Aktiv eine oder mehrere bestimmte Aufgabe/n übernommen, wie man hier aus den Erläuterungen eines Befragten entnehmen kann: *„Do hüf i mit, oiso beim Essen herrichten, do hüf i mit, übernahm irgendwöche Aufgoben. I koch a mit, immer am Freitag, einkaufen bin i a scho öfters gwesen. A bissl schnipseln in der Küche, und dass i mi hoid a bissl in da Küche befoss. I hob zwor nie kochen glernt, owa des tua i trotzdem. Essen vorbereiten und Rasenmähen, des tua i a.“* (Herr A. 3: 2-5) Die Zuständigkeit für gewisse Tätigkeiten stellt einen Auftrag dar, der ein Gefühl von Verantwortung vermittelt, was in weiterer Folge, vor allem bei längerfristiger und positiver Erledigung der Aufgabe, zu einer Aufwertung des Selbstwertgefühls führen kann. *„Do im Club, do bin i für die Blumen zuständig, dass sie immer gossen werden, des mocht ma a rechte Freud, des is mei Soche!“* (Frau E. 2: 7.9)

Sich selbst als Teil einer Gruppe zu fühlen, der von anderen Mitgliedern akzeptiert wird, nennen zwei der Befragten als Partizipationsgrund. Eine langjährige Clubbesucherin erzählt, wie sie sich in Gesprächsrunden einbringt, an Spielgruppen teilnimmt, und auch andere Tätigkeiten in der Gruppe gerne für sich beansprucht. (vgl. Frau E. 1) Diese spezielle Clubbesucherin, sie besucht die Angebote der Freizeiteinrichtung meist mehrmals wöchentlich, nennt einige für sie relevante Beweggründe zur Partizipation. Beispielsweise

stellt der Besuch im Club Aktiv für sie eine Möglichkeit dar, einem Gefühl von Einsamkeit entgegenzuwirken: *„In Club Aktiv geh i, dass i net so vü alleine bin in mein Leben und nur mir söbst überlossen bin.“* (Frau E. 1: 18-19) Weiters ist die Beschäftigung verschiedenster Art, die im Club Aktiv angeboten wird, oder auch Aktivitäten, die auf eigene Faust getätigt werden entspannend für diese befragte Person – vor allem in der Gruppe: *„Zur Entspannung tua i stricken do im Club. Wenns ma moi net so guad geht, donn beruhigt mi des. Do moch ma an Teppich, an Fleckerlteppich, des is recht ongenehm in da Gemeinschaft.“* (Frau E. 2:9-11) Außerdem berichtet die Besucherin der Freizeiteinrichtung von Motivation durch die Gemeinschaft. Aktivitäten wie Nordic Walking oder Morgengymnastik würden für sie ohne den Ansporn durch die Gruppe nicht in Frage kommen. Die Interviewte erzählt, wie gut ihr diese körperliche Betätigung tue und wie gern sie sich an der Gemeinschaft beteilige. Dazu zählen auch Ausflüge, die im Rahmen der Freizeiteinrichtung organisiert werden. Ein weiterer wichtiger Punkt, der die Befragte zur Partizipation an den Angeboten des Club Aktiv bewegt, ist die Regelmäßigkeit und Beständigkeit, welche die Freizeiteinrichtung bietet. Diese Parameter werden als förderlich für einen geregelten Tagesablauf beschrieben. (vgl. Frau E.: 2)

Amering und Schmolke (2004: 62) führen an, dass Stigmatisierung und Diskriminierung zu jenen Phänomenen zählen, die auf die Krankheitssymptomatik bei psychisch Kranken negative Einflüsse nehmen und in weiterer Folge zu Einbußen in Bezug auf die Lebensqualität führen können. Die Befragten, die zum Thema Selbsteinschätzung der eigenen Lebenssituation (vgl. Kapitel 7.2.1.) das Unverständnis der Gesellschaft für ihre Krankheit beschrieben haben, erwähnen nun den Club Aktiv als Plattform, wo sie sich angenommen und verstanden fühlen. Dieses Verständnis kann nach Meinung der Interviewten aus dem Grund hervorgebracht werden, da sich viele andere ClubbesucherInnen in ähnlichen Situationen befinden, speziell was die Gesundheit und Erfahrungen außerhalb des geschützten Rahmens des Club Aktiv betrifft. Herr B. (2:4-6) meint dazu: *„Im Club Aktiv, do konnst mit de Leit reden, de san a in der Situation wie du, di verstehn an. Ma sicht anfoch, ma is net alla im Leben mit seine Probleme.“*

Eine Befragte, die die Angebote des Club Aktiv mit einem sehr kritischen Auge betrachtet, erwähnt das Engagement der ClubbetreuerInnen als Grund, die Einrichtung öfter zu besuchen. (vgl. Frau F.: 2)

Die weiteren Angaben dieser eben erwähnten Interviewten führen zum nächsten Teil dieses Kapitels, den Beweggründen zum Fernbleiben der Angebote des Club Aktiv. Diese befragte Person findet das Programm, das im Club Aktiv geboten wird zu wenig anspruchsvoll und abwechslungsreich. Sie spricht von Langeweile, die zum Beispiel zustande kommt, weil ihrer Kreativität, die sie gerne auch im Club ausleben möchte, der Mangel an zur Verfügung stehenden Materialien im Wege steht. (vgl. Frau F.:2)

Wie diese Interviewte die in der Freizeiteinrichtung vorherrschende Situation wahrnimmt, beschreibt sie wie folgt: *„Ich finde es könnte im Club mehr therapeutische Angebote geben, denn nur im Club sitzen...und die meisten sitzen dann nur und trinken Kaffee und rauchen und es kommt nix zustande, zumindest net wirklich oft...da hab ich dann mehr davon, wenn ich zu Hause bleib und mich um mein Enkelkind kümmere, als hier im Club zu sitzen.“* (Frau F. 2:12-14) Daraus wird geschlossen, dass von dieser befragten im Privatleben mehr Sinn gesehen wird, was einen Grund zum Fernbleiben der Angebote des Club Aktiv darstellt. Es besteht für Frau F. in ihrer derzeitigen Situation weniger Notwendigkeit, die Freizeiteinrichtung zu besuchen, da sie eigenen Beschreibungen zufolge ein erfülltes Privatleben führt. Durch die Verantwortung, welche die befragte in ihrem Leben zu tragen hat und die Verpflichtungen, denen sie nachgehen muss, bleibt auch nicht mehr so oft die Zeit zum Clubbesuch. (vgl. Frau F.: 3)

Frau F. beschreibt weiters konträre Vorstellungen über Gemeinschaftssinn, die zwischen ihr und den anderen ClubbesucherInnen herrschen würden. Bei der Befragten liegt das Gefühl vor, dass gemeinsame Aktivitäten von anderen nicht so sehr gewünscht würden und auch deren Interesse an Gruppenarbeiten, wie zum Beispiel einer Musikgruppe, nicht geteilt wird. (vgl. Frau F.:3)

Ein anderer Gesichtspunkt, der für die Partizipation an den Angeboten des Club Aktiv hindert, ist die Betroffenheit von psychischer Erkrankung aller im Club Aktiv teilnehmenden BesucherInnen. Diese Gegebenheit stellt laut zwei der Befragten ein Hindernis dar, da dadurch negative Stimmungen und Gedanken, die bei den beiden Betroffenen mitunter auftreten, weiter verstärkt würden. Eine Interviewten erklärt: *„Hier im Club, da seh ich das halt auch manchmal so, dass wenn man nicht so stabil ist, wenn's einem nicht so richtig gut geht und man hält sich hier auf, das zieht dann oft noch zusätzlich runter, wenn dann immer nur über Probleme und Negatives gesprochen wird. Auch wenn man sich noch so sehr bemüht, trotz allem, wenn's einem schlecht geht gelingt es schwierig eine positive Einstellung zu haben, wenn man nur über Schwierigkeiten redet und Probleme wälzt.“* (Frau F. 3: 15-21) Ein anderer meint: *„Für mi is des im Club schwer, weil die Leut selber olle Probleme hoben, des foit donn olles zomm und des is wahnsinnig schwer, do wirklich Beziehungen zu knüfen. Es is hoid extrem schwer... wenn sa si um Personen handelt, de selber net kronk san, donn is nur 1 Teil betroffen und donn geht des gonze leichter. Ober wenn zwei betroffene zomkumman donn is des wahnsinnig schwer.“* (Herr F. 1: 19-25) Dieselbe Person erklärt, dass für ihn eine Teilnahme an den Angeboten des Club Aktiv besonders schwierig ist, wenn er sich in schweren oder akuten Krankheitsphasen befindet: *„Vor Jahren hot mi die Sozialarbeiterin scho drängt i soi in club geh. Owa damit hot sie mi nur gequält...i wor dafür vü zu schlecht beinond.“* (Herr F. 6: 18-20)

Zwei der Interviewten nennen außerdem die weite Anreise von ihrem Wohnort zum Standort der Einrichtung als hinderlichen Grund zur Teilnahme.

8.3.1. Interventionsmöglichkeiten

Aus den vorangegangenen Aufzählungen wird deutlich, dass die Motive zur Teilnahme, beziehungsweise zum Fernbleiben an den Angeboten des Club Aktiv von Person zu Person deutlich variieren. In den vorigen Kapiteln zu den Themen *Äußere Lebensumstände* sowie *Selbsteinschätzung der eigenen*

Lebenssituation beschreiben die Befragten, dass sie sehr unterschiedliche Vorstellungen von Lebensqualität haben, wobei hier kein Zusammenhang zwischen den verschiedenen Vorstellungen und Alter und Geschlecht der Befragten hergestellt werden kann. Dementsprechend spielt auch der Sektor Freizeit für jeden der Interviewten eine andere Rolle.

In der Literatur wird beschrieben, wie im Zuge der Modernisierung Freizeit mehr und mehr zur Restzeit wurde und heute weniger kollektiv sondern immer häufiger individuell ausgelebt wird. (vgl. Opaschowski, Pries und Reinhardt 2006:17) Diese Behauptung kann einen Grund darstellen, weshalb ein Teil der an Schizophrenie Erkrankten, welche die Freizeiteinrichtung der Caritas kennen, dieser trotzdem fernbleibt. Die Hälfte der von der Forscherin Befragten gibt an, dass persönliche Interessen ein relevantes Kriterium in Bezug auf die Entscheidung, ob an bestimmten Angeboten teilgenommen, oder ihnen ferngeblieben wird, spielt. Eine Empfehlung zur Erstellung des Clubprogramms kann folglich sein, die potentiellen BesucherInnen in die Planung und Festlegung der Aktivitäten mit einzubeziehen.

Da von zwei der Befragten die weite Anreise zur Freizeiteinrichtung als Hindernis für den Clubbesuch angegeben wird, besteht hier die Möglichkeit, durch das Angebot eines Fahrtendienstes, mehr Betroffene, denen es an Mobilität mangelt, zur Teilnahme an den Angeboten des Club Aktiv zu bewegen.

Jene an Schizophrenie Erkrankten, die angeben den Club Aktiv häufig zu besuchen, und ihre Zufriedenheit die Angebote betreffend äußern, beschreiben auch eine Steigerung ihrer Lebensqualität durch die Freizeitangebote. Sich angenommen Fühlen und die Bestätigung der eigenen Person zählen für die Befragten zu den Gründen, warum die Einrichtung gerne besucht wird. Interventionen wie positive Rückmeldung und besondere Wertschätzung seitens der BetreuerInnen können die genannten Gefühle noch verstärken und somit den zukünftigen Clubbesuch sichern.

Dem Konzept des Club Aktiv (2004: 7) liegt es zugrunde, therapeutische rehabilitative Angebote zu setzen, was laut Aussagen einer Befragten den Clubbesuch für sie attraktiver machen würde. Auch ein vermehrtes Bildungsangebot würde jene potentiellen ClubbesucherInnen, welche hohe persönliche Ansprüche haben, vermehrt zur Teilnahme an den Freizeitangeboten animieren. Diese Möglichkeiten sind jedoch, was die Forscherin aus eigenen Erfahrungen aus der Mitarbeit im Club Aktiv sagen kann, budgettechnisch begrenzt. Besucherinnen, die mehr aus dem Grund des In-Gesellschaft-Seins und wegen des Gruppenangebots teilnehmen, würden laut eigener Aussagen den oben erwähnten speziellen Angeboten eher fernbleiben, da dies weniger ihren persönlichen Interessen entspräche.

„Der Begriff Freizeit ruft eine Fülle von Vorstellungen herbei, die oft mehr von traumhaft-schönen Wünschen verraten, als von der Realität des Alltags. Gefühle spielen hierbei eine wichtige Rolle. Das Verlangen nach Freisein, Ungebundenheit und dem Drang, endlich das tun zu dürfen, was einem wirklich Freude macht, steht dem Wunsch nach Ruhe, Erholung und Abschalten gegenüber.“ (Opaschowski 1988:12)

Aus dieser Kluft, die aus den Partizipationsgründen der Befragten entsteht, lässt sich eine Schwierigkeit ableiten, alle potentiellen ClubbesucherInnen in ihren Vorstellungen anzusprechen. Die Möglichkeit, die sich daraus ergibt, ist das Clubprogramm möglichst vielseitig zu gestalten, sodass für die unterschiedlichen Interessen der Befragten und sonstigen Betroffenen der Diagnosegruppe Schizophrenie gesorgt ist, und jede/r sich nach eigenen Vorstellungen bestimmte Angebote herauspicken kann.

8.4. Schwerpunkt 4: Soziale Kontakte

Im nachfolgenden Kapitel ist eingangs dargestellt, inwiefern soziale Kontakte eine Rolle bezüglich der Lebensqualität der Befragten spielen, anschließend werden anhand der Netzwerkkarten, die von der Forscherin gemeinsam mit

den Interviewten erstellt wurden, die aktuell bestehenden Beziehungen abgebildet und erläutert.

Alle Befragten an Schizophrenie Erkrankten erkennen die Wichtigkeit von funktionierenden sozialen Kontakten in Zusammenhang mit einem schönen und guten Leben. Drei der Betroffenen unterstreichen die Notwendigkeit von Beziehungen zu anderen Menschen zum Austausch von Erlebtem und Gedanken. Zu diesen Kontaktpersonen würden Freunde und Bekannte, sowie Eltern und Kinder zählen. Ein Interviewter meint: *„Ma braucht den Kontakt zu ondere Leit, Beziehungen hoben, des ghört einfoch dazua. Um reden z’kennan und a zum Blödideln...“* (Herr F. 1: 25-26) Diejenigen, speziell zwei der Befragten, die nur eingeschränkt oder gar keinen Kontakt zu Mitgliedern aus der Familie haben, äußern insbesondere den Wunsch nach persönlichen, familiären Beziehungen.

Eine Qualität, welche die sozialen Kontakte laut der Hälfte der InformantInnen aufweisen sollte, ist eine gewisse Regelmäßigkeit. Eine Befragte beschreibt das so: *„Oiso dass i meine Kinder amoi in der Woche treffen kann, des is sehr schen. Diese Regelmäßigkeit is mir wichtig, die Regelmäßigkeit, in der i meine Kontakte hob, des is mei Lebensqualität. Wenn i des net hätt, wär i scho traurig, wenn i mi mit meiner Tochter net treffen kennt, oder mit mein Sohn, des mochad mi traurig.“* (Frau E. 2: 23-27)

Neben der Relevanz der sozialen Kontakte, die von den Befragten dargestellt wird, wird auch eine gewisse Problematik diesen Gegenstand betreffend erkannt. Einer der Interviewten schildert seine Situation folgendermaßen: *„I soi ma a bissl wos aufbauen, dass i wen hob, wo i hingehn kann, dass i wen zum Reden hob und dass es eben Kontakte und Beziehungen gibt...a bissl a Netz hoid und des is ma no net so gelungen. Des is hoid des schwere für mi. I waß, dass es notwendig is, sunst foit da de Deckn am Schädel, wennst nur alla daham sitzt.“* (Herr F. 3:30- 4:2)

Von Defiziten, die in Zusammenhang mit sozialen Kontakten bestehen, spricht die Hälfte der Befragten. *„Im zwischenmenschlichen Zusammenlaben, do tua i*

mi schwer, i weis sicha Defizite auf im Umgang mit andere. I bin hoid sehr sensibel und foss viele Dinge foisch auf, drum is des für mi sehr schwierig.“ So stellt Herr A. (2:11-14) seine Situation dar. Ein anderer Befragter sieht die Defizite im Kontakt mit anderen sogar als sein größtes Problem: *„In da geschützten Umgebung von daham, do geht's jo, oba sobald i hinaus geh in die wilde Welt, des hoid i schlecht aus, do waß i mir oft net zum Helfen, des is des größte Problem.“* (Herr F.1: 15-17) Vor allem Anfangsschwierigkeiten kämen beim Knüpfen von Kontakten immer wieder auf, beschreiben zwei der Interviewten. Oftmalige Rückschläge können im schlimmsten Fall sogar zu Resignation führen. *„Ma muass des ollas sche longsom ongehn, de Beziehungen mit andere Leit. Wennst do zu gach einsteigst, donn wird's zu vü, donn muasst wieda fost rean und donn sogst dir wieder: I scheiß drauf!“* (Herr F. 2: 5-7)

Nicht nur private, sondern auch professionelle Beziehungen werden von den Befragten als relevant für die Lebensqualität beschrieben. Ein Betroffener erklärt, dass sich professionelle Beziehungen, wie der Kontakt zu seiner WG-Betreuerin, SozialarbeiterInnen oder ÄrztInnen, für ihn einfacher gestaltet als jener zu WG-KollegInnen oder anderen privaten Kontakten. Als wichtige Kontaktpersonen werden von einer Befragten außerdem die ProfessionalistInnen der Sachwalterschaft genannt. Zum einfachen Austausch werden professionelle Kontakte genauso herangezogen, wie zur Hilfestellung im alltäglichen Leben und zum Bewältigen von Schwierigkeiten verschiedenster Art, sowie zur Beruhigung bei etwaigen Aufregungen. Zwei der Befragten stellen Qualitätsunterschiede zwischen den verschiedenen Professionen fest. Herr B. (3: 12-15) beispielsweise meint: *„Dass ma moi zu an Doktor gehen kann und reden a Stund, des is scho guad. Owa beim niedergelassenen Orzt, des dauert zehn Minuten und wos wü denn der in zehn Minuten um Gottes willen scho mitkriagn? Des Gonze is a Massenabfertigung und sunst goa nix. Und so is doch a bissl a Zeit do, wennst zum PSD Orzt gehst oder zur Sozialarbeiterin.“*

8.4.1. Analyse der Netzwerkkarten

Frau F., 49a (Anhang 1)

Das gesamte soziale Netzwerk von Frau F. besteht aus 18 Personen, die Netzwerkdichte ist mit 0,09 sehr gering, was auf eine weitgehende Autonomie der Ankerperson hindeutet.

Der Sektor Schule/Beruf ist leer, Frau F. ist nicht erwerbstätig, sie bezieht Invaliditätspension.

Das Viertel Freunde/Bekannte weist sechs Kontakte auf, wobei sich nur die beste Freundin im engeren Kreis befindet. Die restlichen Personen bezeichnet Frau F. als Bekannte, zu denen nur loser Kontakt besteht. Es handelt sich hierbei zum einen um Bekanntschaften aus dem Herkunftsland von Frau F., mit denen nur indirekte Interaktion stattfindet, zum anderen sind es Nachbarinnen und Clubbekanntschaften, welche als schwache Beziehungen zu bezeichnen sind.

Im Sektor Familie sind im Fall von Frau F. die meisten–nämlich 11–Kontakte zu finden, wobei sich im engeren Kreis drei Personen, die Tochter, der Schwiegersohn und das Enkelkind von Frau F., bewegen.

Die Ankerperson zählt fünf Personen zum Kreis der professionellen Beziehungen, bloß zur Sozialarbeiterin des PSD und einer Clubbetreuerin beschreibt Frau F. eine starke Beziehung, die Übrigen stünden in großem Abstand zu ihr.

Frau S., 28a (Anhang 2)

Das Netzwerk von Frau S. umfasst 20 Personen, die Dichte des Netzwerkes beträgt 0,09, was ein sehr niedriger Wert ist.

Der Sektor Schule/Beruf weist keine Kontakte auf, Frau S. ist derzeit arbeitslos.

Das Viertel Freunde/ Bekannte beinhaltet zwei isolierte Netzwerkmitglieder, den Lebenspartner der Ankerperson und einen Freund. Insgesamt gibt die Ankerperson vier Kontakte in diesem Sektor vier Personen an, die anderen beiden sind Bekanntschaften aus dem Club Aktiv.

Acht Personen stellen familiäre Kontakte dar, der Bruder sowie eine Tante der Ankerperson befinden sich im engeren Kreis. Mit ihren Eltern steht Frau S. zwar in regelmäßigem Kontakt, die Beziehung ist jedoch als schwach zu bezeichnen.

Im Sektor der professionellen HelferInnen scheinen ebenfalls acht Personen auf, hier ist die der Ankerperson am nächsten stehende Person zu finden: die Ärztin des PSD. Weiters sind zwei Sozialarbeiterinnen und der Hausarzt von Frau S. zu erwähnen, die sich ebenfalls im engeren Personenkreis befinden, wobei der Hausarzt eine Person darstellt, sie exklusiv für Frau S. da ist. Die übrigen HelferInnen stehen durch Fallbesprechungen in Kontakt.

Frau E., 60a (Anhang 3)

Das gesamte Netzwerk von Frau E. besteht aus acht Personen, die Netzwerkdichte ist mit 0,25 eher gering.

Keine Kontakte sind im Sektor Schule/Beruf zu finden, Frau E. bezieht seit über 15 Jahren Frühpension.

Im Sektor Freunde /Bekannte gibt Frau E. eine Clubbekanntschaft als einzigen Kontakt an, selbst dieser weist eine relativ große Entfernung zur Ankerperson auf.

Das familiäre Netz von Frau F. besteht aus zwei Personen, dies ist zum einen der Sohn der Ankerperson, zum anderen die Tochter, die gleichzeitig einen Platz im Viertel der professionellen HelferInnen hat, da sie auch die Funktion der Sachwalterin für Frau E. übernimmt.

Der Sektor der professionellen HelferInnen ist der dichteste, er umfasst insgesamt sechs Personen.

Herr A., 35a (Anhang 4)

Das gesamte Netzwerk von Herrn A. besteht aus 13 Personen, die Dichte beträgt 0,06 und ist somit die kleinste Dichte aller Netzwerke der für diese Forschung befragten Personen.

Der Sektor Schule/ Beruf ist leer, Herr A. empfängt Invaliditätspension.

Im Viertel Freunde/Bekannte gibt die Ankerperson vier Kontakte an. Zum einen zwei WG-Kollegen, die einander kennen, zum anderen einen Freund und eine Freundin aus dem Club Aktiv, welche jeweils isolierte Personen sind, die zu keiner anderen Person aus dem Netz Kontakt haben.

Das familiäre Netz besteht aus lediglich zwei Kontakten, der Mutter und dem Bruder der Ankerperson, welche die am weitesten entfernten im gesamten Netzwerk und somit schwache Beziehungen sind.

Das Viertel der professionellen Beziehungen ist jenes, das die meisten Kontakte im sozialen Netz von Herrn A. beinhaltet. Hier scheint es keinen Helfer/keine Helferin zu geben, der/die eine spezielle Bedeutung für die Ankerperson hat. Alle Personen, bis auf eine helfende Beziehung die sehr entfernt dargestellt ist, befinden sich im gleichen Abstand zu Herrn A. In diesem Sektor gibt es isolierte Kontakte ebenso, wie jene, die miteinander in Kontakt stehen.

Herr F., 51a (Anhang 5)

20 Personen befinden sich insgesamt im Netzwerk von Herrn F., die Dichte ist mit 0,07 wiederholt sehr gering.

Der Sektor Schule/Beruf ist auch im Fall von Herrn F. leer, er bezieht Invaliditätspension.

Im Viertel der Freunde und Bekannten finden sich sieben Personen. Drei davon sind Kolleginnen aus der Wohngemeinschaft in der Herr F. lebt, wobei sich eine

davon im engeren Kreis befindet. Es besteht auch sporadischer Kontakt zu alten Schulkollegen, allerdings kein Face-to-Face Kontakt, sondern indirekte Interaktion via Telefon. Eine Clubbekanntschaft und eine weitere Person, die Herr F. als Leidensgenossin bezeichnet, stellen jeweils Isolierte dar, was der Ankerperson die Möglichkeit bietet, diese als unbefangene Beraterin heranzuziehen.

Das Viertel der familiären Beziehungen beinhaltet vier Personen, wobei drei Neffen von Herrn F. in gleicher Distanz zu ihm dargestellt sind, und die Mutter der Ankerperson. Dieser Kontakt weist die größte Entfernung zur Ankerperson im gesamten Netz auf, Herr F. beschreibt eine problematische Beziehung, es bestehe kaum persönlicher Kontakt.

Am dichtesten ist im Fall von Herrn F. der Sektor der professionellen HelferInnen, es sind neun Kontakte zu sehen. Acht der Personen haben eine ähnliche Wichtigkeit für Herrn F., worauf die gleich weiten Entfernungen in der Darstellung schließen lassen. Viele der im HelferInnennetzwerk befindlichen Personen stehen in Kontakt miteinander. Auffällig ist, dass eine Person in diesem Sektor der Ankerperson sehr nahe steht, sie stellt die stärkste Beziehung im gesamten Netz dar. Dieser Kontakt scheint aus der Sicht der Ankerperson eine multiplexe Beziehung darzustellen, Herr F. schreibt ihr neben der professionellen HelferInnenrolle auch freundschaftliche und teilweise familiäre Qualitäten zu.

Herr B., 38a (Anhang 6)

Das gesamte Netzwerk von Herrn B. besteht aus elf Personen, die Dichte ist mit einem Wert von 0,16 als gering zu bezeichnen.

Im Sektor Schule/Beruf befinden sich keine Kontakte, Herr B. bezieht eine Pension, welche momentan für zwei Jahre befristet ist.

Von den fünf Personen, die im Viertel Freunde/Bekannte dargestellt sind, ist ein Cluster mit vier Mitgliedern zu erkennen, in dem die Kontakte einander kennen, sowie ein Isolierter, der ein Freund aus dem Club Aktiv ist.

Das familiäre Netz besteht aus drei Personen: Der Mutter, Großmutter und Schwester der Ankerperson. Die Mutter stellt die stärkste Beziehung im gesamten Netzwerk dar, mit ihr teilt Herr B. den Haushalt.

Im Viertel der professionellen Beziehungen befinden sich drei Personen, ein Arzt und eine Sozialarbeiterin das PSD, sowie ein niedergelassener Facharzt für Psychiatrie.

8.4.2. Schlussfolgernde Zusammenfassung

Das Knüpfen von sozialen Kontakten stellt für Menschen mit einer bestehenden psychischen Erkrankung oftmals eine Schwierigkeit dar. Brüninghaus (1990:71) meint, dass es besonders an Schizophrenie Erkrankte sind, die außer der Beziehung zu Familienmitgliedern kaum Kontakte zu gesunden Personen haben. Diese Behauptung wird durch die Analyse der Netzwerkkarten der Befragten belegt. Einige der Betroffenen pflegen ausschließlich Kontakte zu Freunden oder Bekannten, die bei Krankenhausaufenthalten, in betreuten Wohngemeinschaften oder psycho-sozialen Einrichtungen wie dem Club Aktiv kennengelernt wurden. Freundschaftliche Beziehungen zu psychisch gesunden Personen finden kaum oder nur sehr sporadisch statt.

Heuer und Schön (2004: 288) führen an, dass es unter der Personengruppe der an Schizophrenie erkrankten Menschen deutlich mehr Ledige gibt, als in der Allgemeinbevölkerung. Das kann auch als Ergebnis der Befragung festgestellt werden, die von der Forscherin mit den psychisch Kranken durchgeführt wurde: Lediglich eine Interviewte befindet sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer partnerschaftlichen Beziehung, alle anderen leben ohne Partner. Der Wunsch nach einer intimen Beziehung, der von mehreren der Befragten geäußert wurde, kann demnach nur schwer erfüllt werden.

Die von Heuer und Schön (2004:290) beschriebene Beziehungsarmut findet sich bei einigen der an Schizophrenie Erkrankten auch im familiären Bereich wieder. Vier der Befragten weisen lediglich ein bis vier Kontakte in diesem Sektor auf, zwei Personen haben mehr als vier Personen im Bereich Familie angegeben. Von insgesamt vier der Befragten werden die familiären Beziehungen als problematisch beschrieben.

Eine Resignation, welche Amering und Schmolke (2007: 19) durch das wiederholte Scheitern beim Versuch Kontakte zu knüpfen beschreiben, bestätigt auch einer der Interviewten: Ständiges Zurückgewiesen werden kann zu einem Einbruch im Selbstwert führen.

Durch den Mangel an Kontakten im natürlichen Netz kommen die professionellen HelferInnen hinzu. In einigen Fällen ist das Viertel der professionellen Beziehungen dichter als jene der freundschaftlichen und familiären Kontakte. Heuer und Schön (2004: 289) beschreiben eine Abhängigkeit der psychisch Kranken von professionellen HelferInnen, welche partiell auch bei den Befragten festzustellen ist. Zum Teil wird dargestellt, dass es sich einfacher gestaltet, Beziehungen mit einem gesunden Gegenüber zu pflegen, als mit einem kranken. Wenn beachtet wird, dass in den sozialen Netzen, vor allem den freundschaftlichen Sektor betreffend, kaum gesunde Kontakte zu finden sind, wird die Wichtigkeit von professionellen HelferInnen deutlich. Dies kann sich dann als problematisch erweisen, wenn die Vorgehensweisen der ProfessionalistInnen nicht den Vorstellungen der Betroffenen entsprechen. Gemäß Amering und Schmolke (2007:15) ist es nachzuvollziehen, dass viele Betroffene stark unter ihrer Diagnose leiden, wenn man bedenkt wie determiniert und schwerwiegend eine solche wirken kann. In der Hektik in der Facharztbesuche oft ablaufen, werden Betroffene häufig ihrer Unsicherheit überlassen, was leicht zu Gefühlen von Hoffnungslosigkeit führen kann.

Durch die fehlende Erwerbstätigkeit aller Befragten ergibt sich, dass keine sozialen Kontakte im Sektor Schule und Beruf bestehen.

9. Zusammenführung der Forschungsergebnisse

Fokus der vorliegenden Arbeit ist die Selbsteinschätzung schizophrener Menschen ihrer Lebensqualität. Alle Forschungsergebnisse beruhen auf einer qualitativen Studie, durchgeführt mit sechs an Schizophrenie Erkrankten, die das Freizeitangebot des Club Aktiv der Caritas kennen und unterschiedlich frequentiert für sich beanspruchen.

Die Ergebnisse dieser Studie wurden in vier Schwerpunkte unterteilt. Der erste Schwerpunkt zeigt die Selbsteinschätzung der Betroffenen im Allgemeinen auf und zusätzlich werden Umgangsformen mit schwierigen Lebenslagen beschrieben. In der folgenden Tabelle sind zum einen erlebte Situationen und zum anderen mögliche Copingstrategien angeführt.

Tabelle 2: Erlebte Situationen und mögliche Copingstrategien

Erleben der Situation	Mögliche Copingstrategien
Einschränkungen im täglichen Leben resultierend aus der vorhandenen psychischen Beeinträchtigung	Durch Ortswechsel aus schwierigen Situationen heraussteigen
Konzentrationsschwächen als Hindernis zu Erwerbs- oder anderer Tätigkeit	Sich etwas Gutes tun
Ausgrenzung und mangelnde Anerkennung anderer als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft aufgrund der seelischen Erkrankung	Annehmen der Situation, lebensbejahende Haltung einnehmen
Wunsch nach Selbstständigkeit und Unabhängigkeit	Überspielen schwieriger Situationen

In Schwerpunkt zwei werden die äußeren Lebensumstände der Befragten behandelt. Die *Beschäftigungsmöglichkeiten* für die von der Forscherin befragte Personengruppe verlagern sich durch die fehlende Erwerbstätigkeit aller

Interviewten vollständig in den Freizeitbereich, wobei der Anspruch an die möglichen Beschäftigungen variiert. Durch geringe *finanzielle Mittel* ergeben sich Einschränkungen in den Möglichkeiten. Die Betroffenen beschreiben eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen und sozialen *Gesundheit*, wobei auch die Einnahme von Psychopharmaka eine bedeutende Rolle spielt. Die Befragten an Schizophrenie Erkrankten weisen unterschiedliche *Wohnformen* auf, je nach Schwere des Krankheitsbildes leben die Betroffenen entweder in Selbstständigkeit oder betreuten Einrichtungen. Diese Eigenheiten sind variabel im Laufe des Lebens, je nach Verlauf der Krankheit. Die äußeren Lebensumstände stehen den Beschreibungen der Befragten zufolge in direktem Zusammenhang mit der Lebensqualität. Diese leidet durch den instabilen Gesundheitszustand, der Einfluss auf alle anderen Lebensbereiche nimmt.

Weiters wurden Motive der an Schizophrenie Erkrankten zur Inanspruchnahme beziehungsweise zum Fernbleiben der Angebote des Club Aktiv (Schwerpunkt 3) herausgearbeitet.

PRO TEILNAHME:

- Möglichkeit zum Knüpfen von Kontakten
- Plattform zum Austausch von Gedanken und Gefühlen
- Gefühl gebraucht zu werden durch Zuständigkeit für gewisse Aufgaben
- Sich als Teil einer Gruppe fühlen
- Akzeptiert, angenommen werden
- Angebote bieten Beschäftigungsmöglichkeit
- In Gesellschaft sein wirkt gegen Einsamkeit
- Verständnis anderer Betroffener der psychischen Krankheit

CONTRA TEILNAHME:

- Angebote zu wenig abwechslungsreich, zu wenig anspruchsvoll
- Sinnvollere Beschäftigung im Privatleben möglich
- Notwendigkeit durch psychische Stabilität nicht gegeben
- Uneinigkeiten mit anderen ClubbesucherInnen

- Gedrückte Stimmung im Club Aktiv durch Betroffenheit psychischer Erkrankung aller TeilnehmerInnen
- Schwierigkeiten bei Erreichbarkeit des Standortes

Auch wenn die unterschiedlichen Vorstellungen von Lebensqualität der einzelnen Befragten zu verschiedenartigen Gründen die Angebote des Club Aktiv zu besuchen oder ihnen fernzubleiben führen, können folgende Empfehlungen ausgesprochen werden:

- Rücksichtnahme auf die persönlichen Interessen der potentiellen ClubbesucherInnen
- Einbindung der BesucherInnen bei der Erstellung des Clubprogrammes
- Angebot eines abwechslungsreichen Programmes
- Zur Verfügung stellen eines Fahrtendienstes für weniger mobile BesucherInnen
- Besondere Fähigkeiten der einzelnen BesucherInnen im Rahmen der aktiven Tätigkeiten fördern

Die sozialen Kontakte der befragten wurden in Schwerpunkt 4 dargestellt. Nach Analyse der qualitativen Interviews und der Netzwerkkarten konnte eine Beziehungsarmut im natürlichen Netz der Befragten festgestellt werden. Aus den Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen kann eine Beeinträchtigung der Lebensqualität abgeleitet werden, wenn auch der Grad dieser Einflussnahme bei den Interviewten variiert. Die Notwendigkeit eines ausgeprägten HelferInnennetzwerks wird unter Inbetrachtziehung der wenig ausgeprägten Netze in den Bereichen Freunde und Familie deutlich.

Die zu Beginn der Untersuchung gestellten Forschungsfragen (siehe Kapitel 7.1.2.) konnten somit für die befragte Personengruppe ausführlich beantwortet werden.

10. Resümee

Anhand der vorliegenden Arbeit konnten die Vorstellungen schizophrener Menschen von Lebensqualität erfasst werden. Die Betroffenen selbst erleben die vorhandene psychische Erkrankung als Indikator, der auf verschiedenste Bereiche des Lebens Einfluss nimmt, und somit auch die damit einhergehende Qualität bestimmt. Sowohl äußere Umstände wie Wohn- und finanzielle Situation, Beschäftigungsmöglichkeiten und Freizeit, als auch inner-psychische Prozesse und soziale Kontaktfähigkeiten sind beeinträchtigt. Je nach Ausprägung der Krankheitssymptomatik und Ansprüchen der einzelnen Befragten an sich selbst, ihr Umfeld und die gebotenen Möglichkeiten, variieren die Auffassungen von Lebensqualität.

Diese unterschiedlichen Ansichten haben auch Auswirkungen auf die Partizipation an den Angeboten des Club Aktiv. Wenn für die Betroffenen eine besondere Wichtigkeit darin besteht, sich als Teil einer Gruppe zu fühlen, mit der vorhandenen Erkrankung angenommen zu werden, Menschen mit ähnlichen Problemen zu treffen und auch darüber zu reden, stellt dies einen Grund dar, an den Angeboten der Freizeiteinrichtung teilzunehmen. Auch das übernehmen von bestimmten Aufgaben und das dadurch entstehende Gefühl, von anderen gebraucht zu werden, bewegt einige der Befragten zur Partizipation.

Es ist außerdem festzustellen, dass jene Befragten, die ihr Privatleben als erfüllt erleben und Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb der Freizeiteinrichtung haben, welche als sinnvoll empfunden werden, den Club Aktiv seltener besuchen. Gleichzeitig wird ihm ein geringerer Wert in Bezug auf ihre Lebensqualität zugesprochen als von jenen Interviewten, welche wenig Kontakte im natürlichen Netz aufweisen und kaum Beschäftigungsmöglichkeiten haben.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Lebensqualität bei Menschen mit Schizophrenie durch den Einfluss, den die Krankheit auf viele Lebensbereiche nimmt, mit Einbußen verbunden ist. In diesen Fällen ist die Sozialarbeit gefragt um Defizite durch vorhandene Ressourcen auszugleichen.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Freizeiteinrichtungen wie der Club Aktiv für viele Betroffene von psychischer Erkrankung eine Plattform darstellt, die ihnen Beschäftigungsmöglichkeiten bietet und die Chance, Kontaktfähigkeiten zu fördern. Es bezeugt die Sozialarbeit im Feld der Psychiatrie, in diesem Fall der Freizeiteinrichtung „Club Aktiv“ der Caritas, auch Herausforderungen, vor allem Forderungen seitens der Betroffenen, die es gilt, anzunehmen.

11. Literatur

- Amering, Michaela/ Schmolke, Margit (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Ardell, Donald B. (1977): Gesundheit fängt im Alltag an. Eine Alternative zu Ärzten, Medikamenten und Krankheiten. Pala-Verlag GmbH. o.O.
- Berger, Matthias (1999): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. In: Grabert, Andrea (2007): Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit. Jacobs Verlag, Düsseldorf. 19-44
- Bohnsack, R./Matotzki, W./Meuser, M. (2006): Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung. Verlag Barbara Budrich. Opladen & Farmington Hills.
- Brüninghaus, Thomas (1990): Psychiatriegemeinde. Soziale Netzwerke, Beziehungen, Kontakte ehemaliger PsychiatriepatientInnen. In: Heuer, Birgit/ Schön, Renate (2004): Lebensqualität und Krankheitsverständnis. Die Auswirkung des medizinischen Krankheitsmodells auf die Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin. 284-285
- Clausen, Jens/ Dresler, Klaus- D./ Eichenbrenner, Ilse(1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung. Lambertus - Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Chassé, W. (1999): Praxisfelder der sozialen Arbeit. Eine Einführung. In: Wansing, Gudrun (2004): Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 56

- Döring et al. (1990): Armut im Wohlstand. In: Wansing, Gudrun (2004): Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 56
- Dörner, Klaus (1995): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie. Psychotherapie. In: Heuer, Birgit/ Schön, Renate (2004): Lebensqualität und Krankheitsverständnis. Die Auswirkung des medizinischen Krankheitsmodells auf die Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin. 261
- Du Bois, Reinmar (1996): Junge Schizophrenie. Zwischen Alltag und Klinik. Hogrefe-Verlag. Göttingen.
- Flaker, Vito/ Schmid, Tom (Hg.) (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Böhlau Verlag Ges. m. b. H. & Co KG. Wien, Köln, Weimar.
- Glatzer, Wolfgang: Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In Bellebaum. Alfred(Hrsg.) Glück und Zufriedenheit. Ein Symposium. Westdeutscher Verlag. Opladen 1992.
- Glinka, Hans-Jürgen (1998):Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. Juventa Verlag Weinheim und München.
- Grabert, Andrea (2007): Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit. Jacobs Verlag, Düsseldorf.
- Häfner, Heinz (2000): Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. Verlag C.H. Beck oHG, München.

- Heinze, Thomas (2001): Qualitative Sozialforschung. Einführung, Methodologie und Forschungspraxis. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH. München.
- Heuer, Birgit/Schön, Renate (2004): Lebensqualität und Krankheitsverständnis. Die Auswirkung des medizinischen Krankheitsmodells auf die Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin.
- Hoffmann, o.A. (1996): o.A., In: Heuer, Birgit/ Schön, Renate (2004): Lebensqualität und Krankheitsverständnis. Die Auswirkung des medizinischen Krankheitsmodells auf die Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin. 246
- Hurrelmann, Klaus(1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Juventa Verlag Weinheim und München.
- Jork, o.A. (2003): Konzept der Salutogenese. In: Grabert, Andrea (2007): Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit. Jacobs Verlag, Düsseldorf. 18
- Klug, Günther (Hrsg.) (1999): Versorgung und Qualität. Qualität der Versorgung. Edition Pro Mente. Linz.
- Korczac, Dieter (1995): Lebensqualität-Atlas. Westdeutscher Verlag GmbH. Opladen.
- Legewie, Heiner (1987): Alltag und seelische Gesundheit. Gespräche mit Menschen aus dem Berliner Stephanviertel. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

- Lehman, Anthony (1983): The well-being of Chronic Mental Patients. Ag Their Quality of life. Archievs of General Psychiatry. o.O.
- Malm, Ulf/ May, Philip/ Dencker, Sven Jonas (1981): Evaluation of the quality of Life of Schizophrenic Outpatient: A Checklist. Schizophrenia Bulletin.
- Mayring, Philipp (1994): Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. o.A.
- Mayring, Philipp (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Psychologie Verlags Union. Weinheim.
- Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.
- Meyer, Thorsten (2004): Vorstellungen schizophrener Menschen über Lebensqualität. Verlag Dr. Kovac, Hamburg.
- Opaschowski, Horst W.(1988): Psychologie und Soziologie der Freizeit. Leske und Budrich, Opladen.
- Opaschowski, Horst W./ Pries, Michael/ Reinhardt, Ulrich (2006): Freizeitwirtschaft. Die Leitökonomie der Zukunft. Lit Verlag. Hamburg
- Pantucek, Peter (1998): lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Lambertus Verlag. Freiburg im Preisgau.
- Pantucek, Peter (2005): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis sozialer Diagnostik. Böhlau Verlag Ges. m. b. H. und Co. KG. Wien, Köln, Weimar.

- Prahl, Hans-Peter (2002): Soziologie der Freizeit. In Opaschowski, Horst W./ Pries, Michael/ Reinhardt, Ulrich (2006): Freizeitwirtschaft. Die Leitökonomie der Zukunft. Lit Verlag. Hamburg. 18
- Roggendorf, Gisela/ Rief, Katja (2006): Schizophrenie: Ein Denkausbruch mit Folgen. Verlag Gisela Roggendorf. o.O.
- Rössler, W./Salize, H.J. (1996): Die psychiatrische Versorgung von chronisch psychisch kranken. Daten, Fakten, Analysen. In: Heuer, Birgit/ Schön, Renate (2004): Lebensqualität und Krankheitsverständnis. Die Auswirkung des medizinischen Krankheitsmodells auf die Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin. 261
- Schädle-Deiningner, H. (1990): Pflege, Pflege-Not, Pflege-Notstand. Entwicklungen psychiatrischer Pflege. In: Heuer, Birgit/ Schön, Renate (2004): Lebensqualität und Krankheitsverständnis. Die Auswirkung des medizinischen Krankheitsmodells auf die Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin. 246
- Vester, Heinz-Günter(1988): Zeitalter der Freizeit. Eine soziologische Bestandsaufnahme. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Wansing, Gudrun (2004): Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Wedekind, R./Kuhnt, S. (1996): Psychisch krank, ohne Arbeit, ohne Ausweg? In: Heuer, Birgit/ Schön, Renate (2004): Lebensqualität und Krankheitsverständnis. Die Auswirkung des medizinischen Krankheitsmodells auf die Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin. 262

11.1. Weitere Quellen

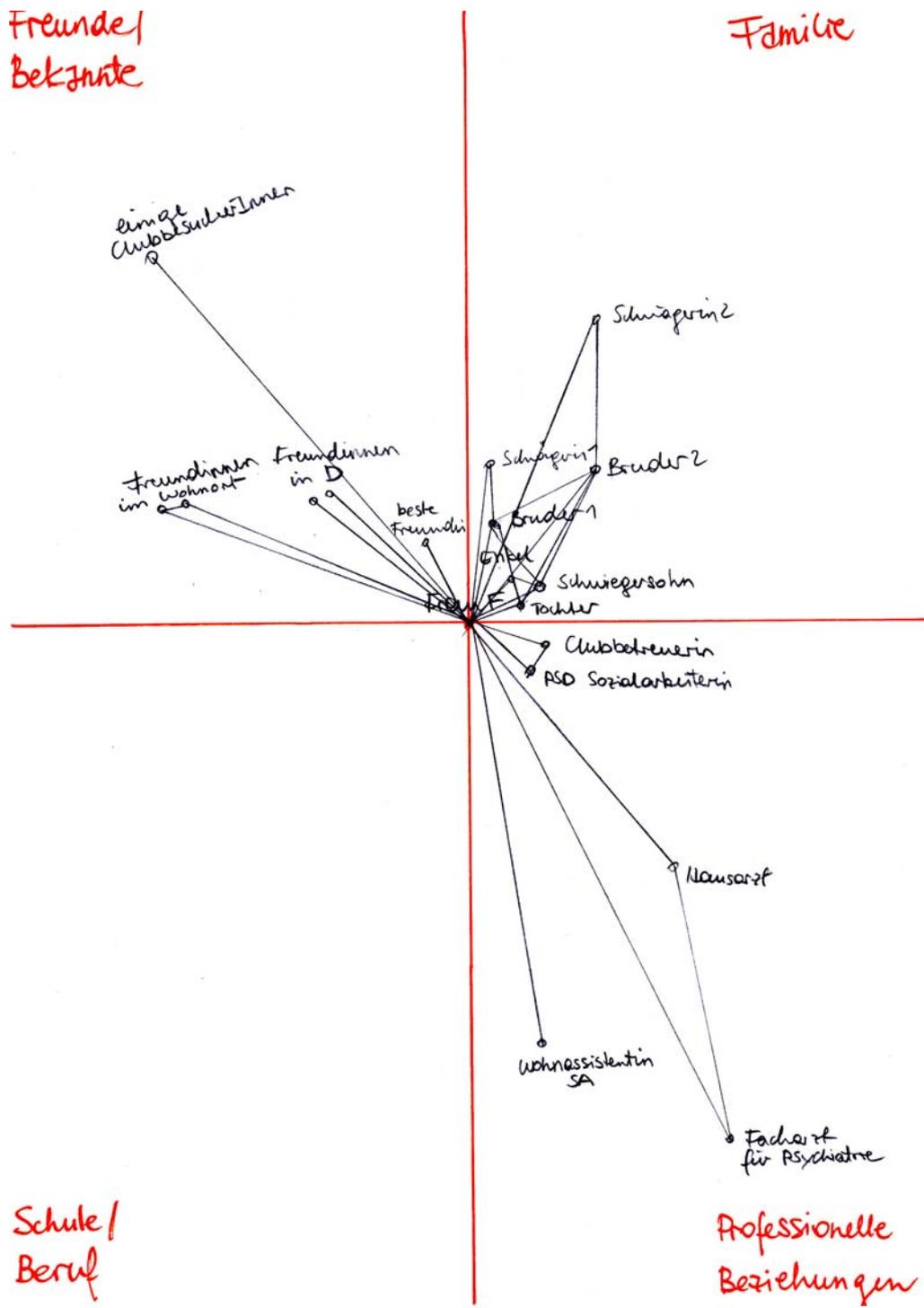
- Bock, Th./Deranders, J.E./Esterer, I. (2001): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Psychiatrie Verlag. Bonn.
- Borsi, Gabriele M. (Hg.) (2006): Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag. Verlag Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen.
- Club Aktiv (Hrsg.) (2004): Club Aktiv Konzept 2004. St. Pölten
- Finzen, Asmus (1993): Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag. Psychiatrie Verlag. Bonn.
- Hildenbrand, Bruno (1983): Alltag und Krankheit. Ethnographie einer Familie. Verlagsgemeinschaft Ernst Klett. Stuttgart.
- Hunold, Petra/Rahn, Ewald (2000): Selbstbewusster Umgang mit psychiatrischen Diagnosen. Ein Ratgeber. Psychiatrie Verlag. Bonn.
- Münchhausen, Marco von (2004): Wo die Seele auftankt. Die besten Möglichkeiten, Ihre Ressourcen zu aktivieren. Campus Verlag. Frankfurt/New York.
- Rieländer, Maximilian (2003): <http://www.gesundheit-psychologie.de/leitgedanken/Gesundheit.htm> am 23.06.2009

12. Abbildungsverzeichnis

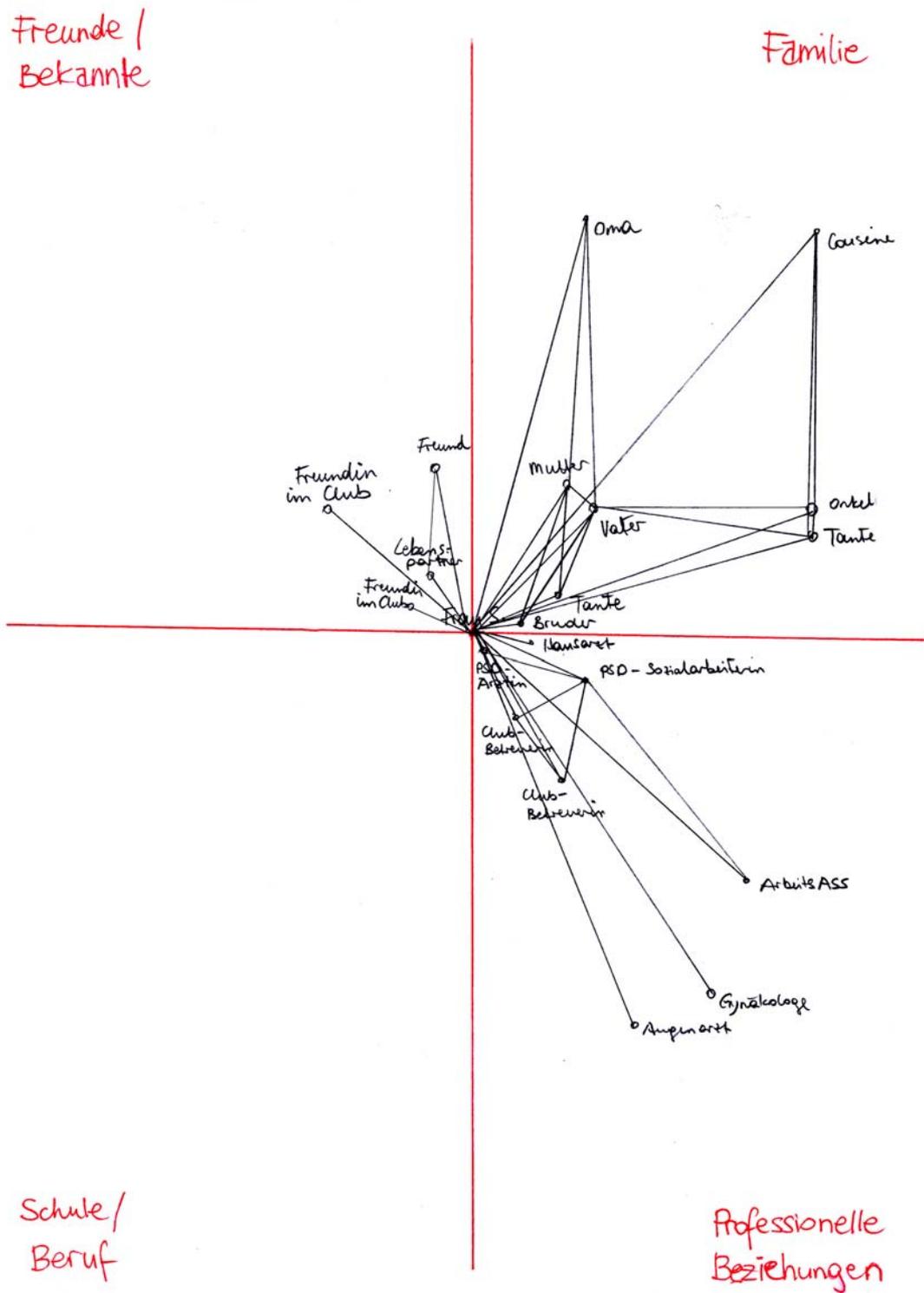
Tabelle 1: Unterschiede zwischen Pathogenese und Salutogenese.....	28
Tabelle 2: Erlebte Situationen und mögliche Copingstrategien.....	76
Abbildung 1: Ablaufmodell des narrativen Interviews nach Mayring.....	40

13. Anhang

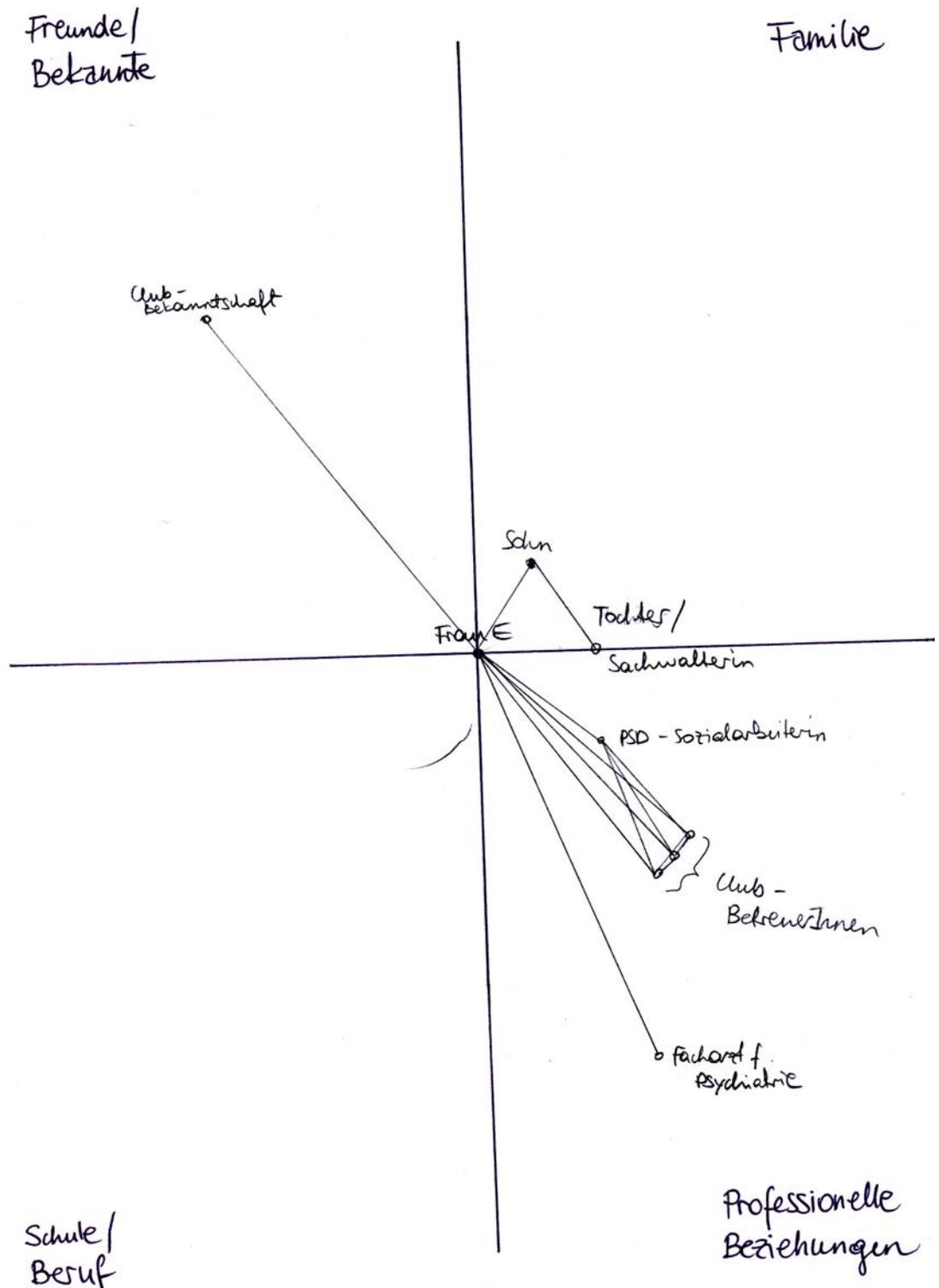
Anhang 1: Netzwerkkarte Frau F.



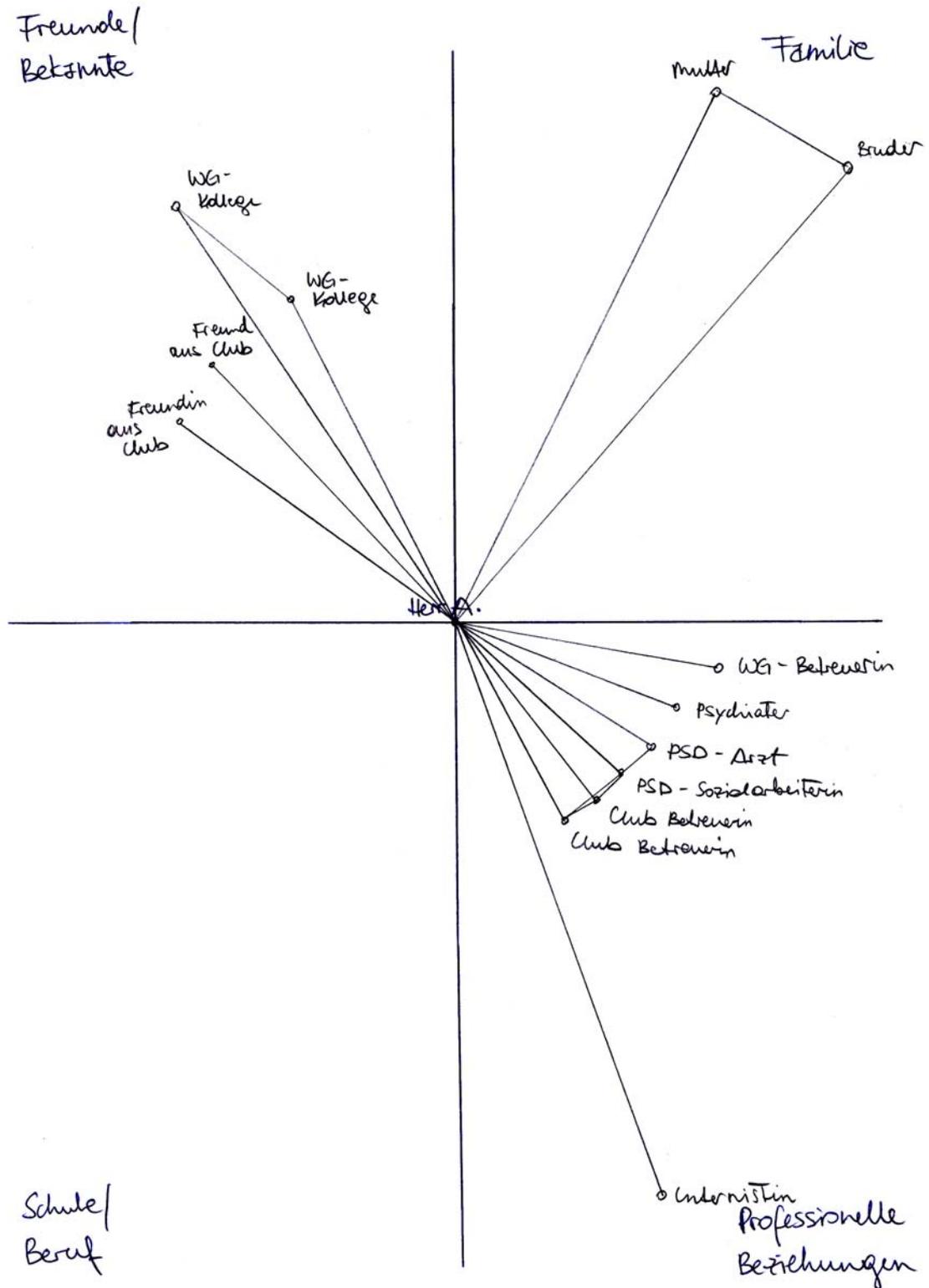
Anhang 2: Netzwerkkarte Frau S.



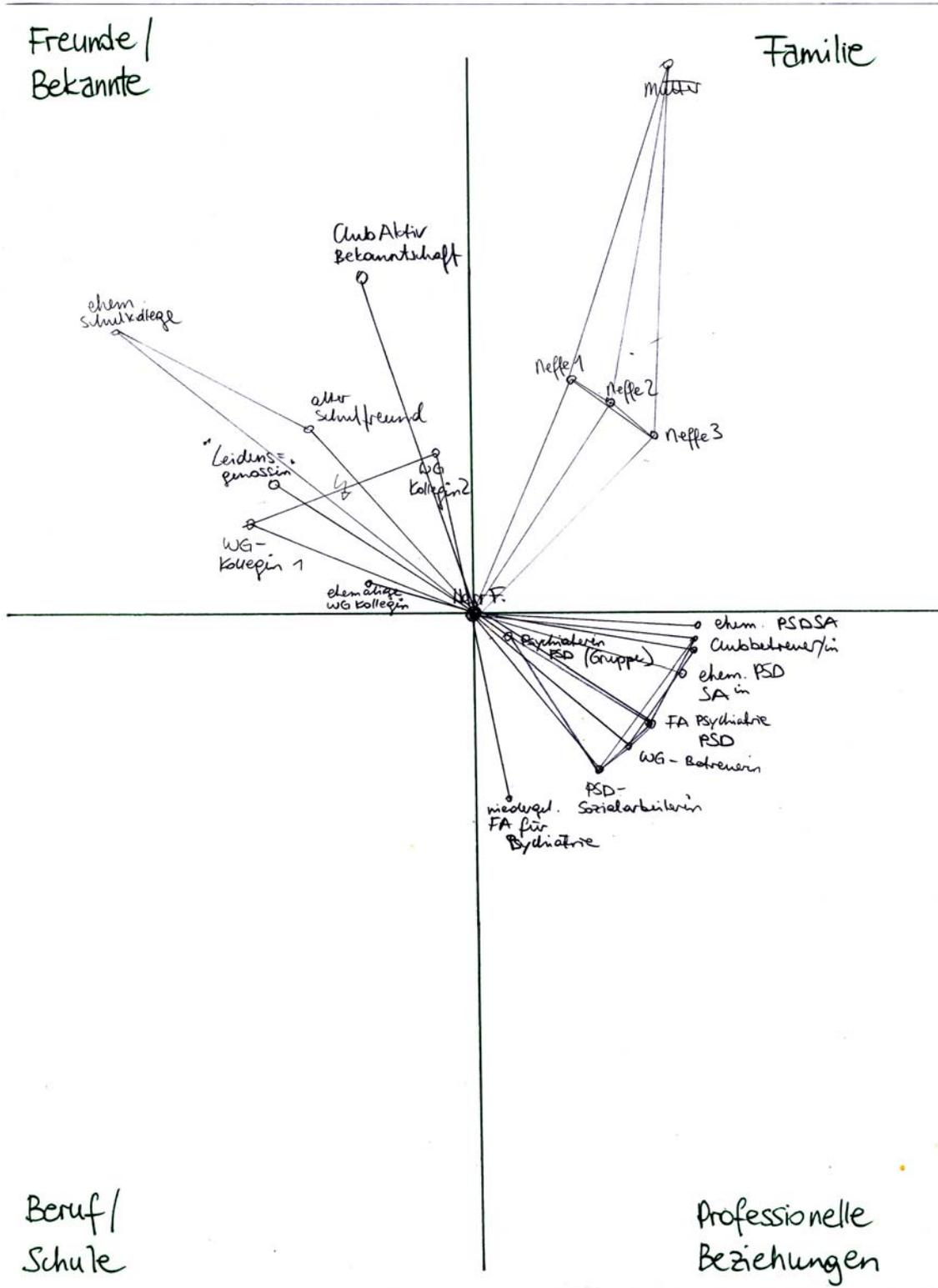
Anhang 3: Netzwerkkarte Frau E.



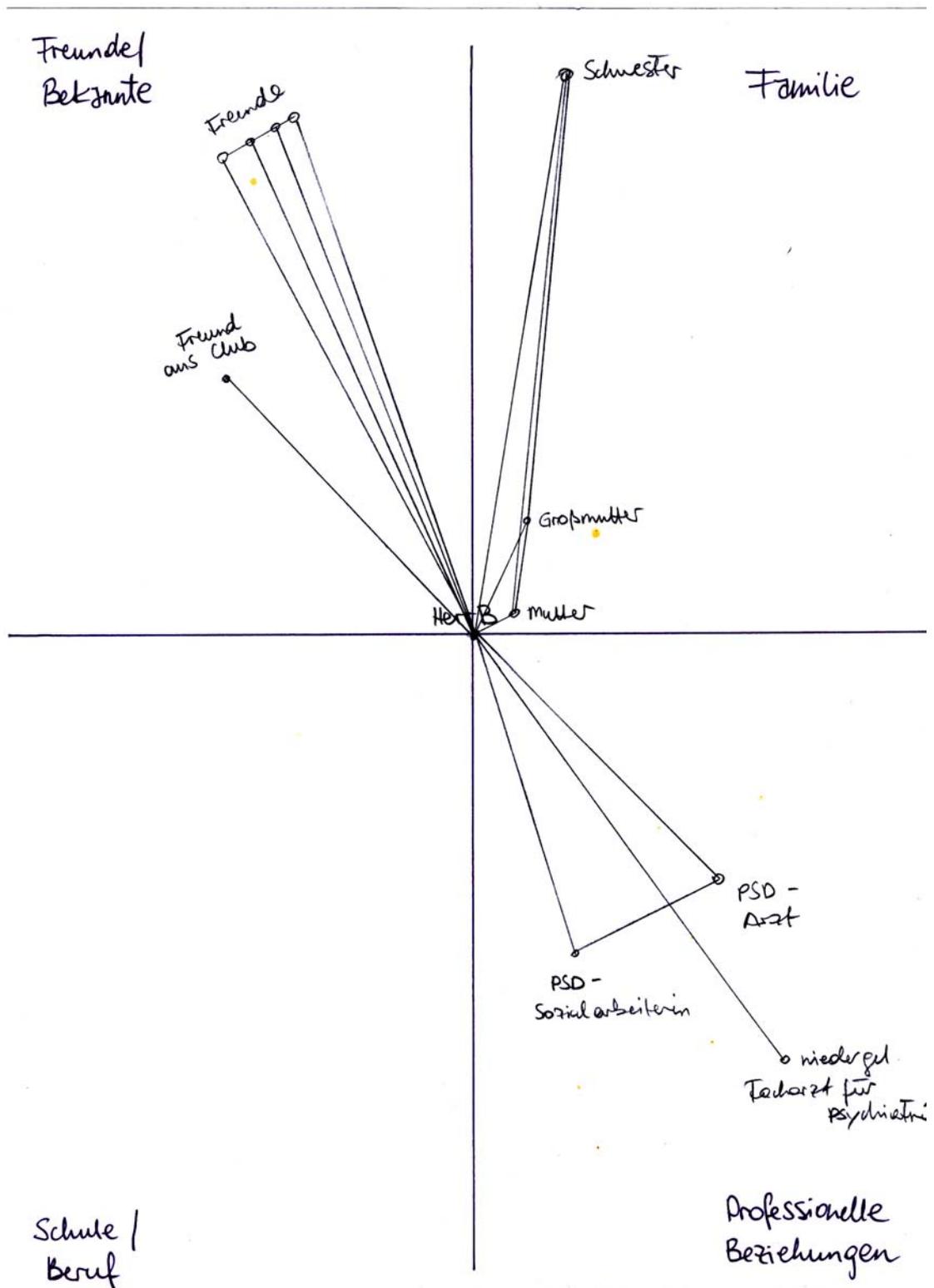
Anhang 4: Netzwerkkarte Herr A.



Anhang 5: Netzwerkkarte Herr F.



Anhang 6: Netzwerkkarte Herr B.



13. Eidesstattliche Erklärung

Ich, Verena Fuchs, geboren am 02. 09. 1985 in St. Pölten, erkläre,

1. dass diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Krems, am 11. September 2009

Verena Fuchs