

Sembdner, Maria

Bedarfsanalyse zur psychosozialen Lage
gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen
auf der Basis biographisch-narrativer Interviews mit Frauen mit
der Diagnose Depression ab dem 65. Lebensjahr

MASTERARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Sembdner, Maria

Bedarfsanalyse zur psychosozialen Lage
gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen
auf der Basis biographisch-narrativer Interviews mit Frauen mit
der Diagnose Depression ab dem 65. Lebensjahr

eingereicht als

MASTERARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Erstprüfer: Herr Dr. phil. Michel C. Hille

Zweitprüfer: Frau Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliographische Beschreibung:

Bedarfsanalyse zur psychosozialen Lage gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen auf der Basis biographisch-narrativer Interviews mit Frauen mit der Diagnose Depression ab dem 65. Lebensjahr:

87 Seiten Text. 19 Anlagen. 4 Abbildungen.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Masterarbeit, 2013

Referat:

Die Masterarbeit befasst sich mit einer qualitativ empirischen Forschungsmethode biographisch-narrativer Interviews, in denen Bedarfe von Frauen mit der Diagnose Depression ab dem 65. Lebensjahr erhoben werden. Des Weiteren werden Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit und weiterführende Forschungen aufgezeigt. Themenvertiefende Informationen sowie Daten zu Erkrankungen im Alter sind ebenfalls Teil dieser Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Vorbemerkungen.....	1
1.2	Aufbau der Masterarbeit	2
2	Erkenntnisinteresse und Bezug zum aktuellen Forschungsstand.....	4
3	Forschungsprozess und Forschungsdesign	5
3.1	Forschungsmethode des fokussierten biographisch-narrativen Interviews... 5	
3.2	Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT)	7
3.3	Auswertungsverfahren nach Rosenthal.....	8
4	Begriffsbestimmungen	11
4.1	Definition „Bedarfsanalyse“	11
4.2	Definition „psychosoziale Lage“	12
4.2.1	Bedeutungsdimension „psychosoziale Gesundheit“.....	12
4.2.2	Bedeutungsdimension „psychisch kranke Menschen“	13
4.3	Definition „Gerontopsychiatrie“	13
4.4	Definition „Depression“ und Prävalenz von Erkrankungen im Alter	14
4.4.1	Definition „Depression“	14
4.4.1.1	Symptomatik.....	14
4.4.1.2	Entstehung	15
4.4.1.3	Formen der Depressionen.....	16
4.4.1.4	Diagnostik.....	19
4.4.1.5	Behandlungsmöglichkeiten	19
4.4.1.6	Komorbidität.....	19
4.4.1.7	Abgrenzung zur demenziellen Erkrankung	20
4.4.1.8	Suizidalität	21
4.4.2	Prävalenz von Erkrankungen im Alter.....	21
4.4.2.1	Prävalenz allgemeiner Erkrankungen im Alter	21
4.4.2.2	Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter	22
4.4.2.3	Prävalenz von Depressionen im Alter	23
	Exkurs: Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erikson	25

5	Auswertung der biographisch-narrativen Interviews.....	29
5.1	Interview 1	30
5.1.1	Analyse der biographischen Daten (Ereignisdaten).....	30
5.1.2	Text- und thematische Feldanalyse (erzähltes Leben).....	35
5.1.3	Rekonstruktion der Fallgeschichte (erlebtes Leben)	50
5.1.4	Feinanalyse einzelner Textstellen	53
5.1.5	Gegenstandsbezogene Theorie	56
5.2	Interview 2	58
5.2.1	Analyse der biographischen Daten (Ereignisdaten).....	59
5.2.2	Text- und thematische Feldanalyse (erzähltes Leben).....	62
5.2.3	Rekonstruktion der Fallgeschichte (erlebtes Leben)	69
5.2.4	Feinanalyse ausgewählter Textstellen	71
5.2.5	Gegenstandsbezogene Theorie	73
5.3	Gegenüberstellung der Interviews 1 und 2.....	75
6	Bezug der Forschungsergebnisse zur Sozialen Arbeit	76
7	Weiterführende Forschungen.....	80
8	Zusammenfassung und Schlussbetrachtung.....	82
	Anlagenverzeichnis	88
	Quellen- und Literaturverzeichnis	147

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	- Abbildung
Anl.	- Anlage
Art.	- Artikel
Aufl.	- Auflage
b.	- bei
BMBF	- Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bzgl.	- bezüglich
bzw.	- beziehungsweise
ca.	- circa
Co.	- Compagnie
DDR	- Deutsche Demokratische Republik
d. h.	- das heißt
Dr.	- Doktor
DSM	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ebd.	- ebenda
ehem.	- ehemalige
et al.	- et alii / et aliae
etc.	- et cetera
EU-Rente	- Erwerbsunfähigkeitsrente
e. V.	- eingetragener Verein
f.	- folgend
ff.	- fortfolgend
FH	- Fachhochschule
GAT	- Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem
GG	- Grundgesetz
gg.	- gegen
ggf.	- gegebenenfalls
gGmbH	- gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	- Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hrsg.	- Herausgeber

i. S.	- im Sinne
i. w. S.	- im weiteren Sinne
ICD	- International Statistical Classification of Diseases and Related Health
KG	- Kommanditgesellschaft
LKW	- Lastkraftwagen
MDK	- Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Min.	- Minute
M. S.	- Maria Sembdner
o. D.	- ohne Datum
o. g.	- oben genannte(n)
PMR	- Progressive Muskelrelaxation
Prof.	- Professor
resp.	- respektive
S.	- Seite
s. / S.	- siehe
SHG	- Selbsthilfegruppe
SOS	- save our souls
soz.	- sozialer / sozialen
u. a.	- unter anderem
URL	- Uniform Resource Locator
US	- United States
vgl. / Vgl.	- vergleiche
vs.	- versus
WHO	- World Health Organization
Z.	- Zeile
z. B.	- zum Beispiel
zit.	- zitiert
&	- und
%	- Prozent
€	- Euro

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1: Edvard Munch (1863-1944) „Verzweiflung“, 1893	2
Abb. 2: Unipolare depressive Episode	16
Abb. 3: Bipolare Störung	17
Abb. 4: Dysthymie	17

1 Einleitung

1.1 Vorbemerkungen

„Depressionen sind das berüchtigte »Schwarze Loch«,
das alle Freude, jedes Glück verschlingt.“

(Birgit Ramlow)

Depressionen sind in der heutigen deutschen Gesellschaft ein beachtliches allgegenwärtiges Problem, welches teilweise noch immer tabuisiert wird. Gleichzeitig nimmt der Anteil der älteren Menschen in unserer Bevölkerung zu (s. Anl. 1), so dass der gerontologische Bereich zunehmend an Bedeutung gewinnt. Nicht nur junge Menschen sind von depressiven Phasen betroffen, auch im Alter tritt diese Erkrankung gehäuft auf. Dabei herrscht in dieser Lebensphase die Problematik der richtigen Diagnosestellung vor, da ältere Menschen oft an mehreren Krankheiten und Gebrechen leiden, die gewöhnliche Symptomatik von Depressionen bei älteren Menschen abweichen kann oder Stimmungsverstörungen als „normale“ Alterserscheinung gedeutet werden. Die Bevölkerung, Professionelle einbezogen, muss bzgl. der Thematik der Depressionen in unserer Gesellschaft sensibilisiert werden.

Jeder alte Mensch bringt seine eigene, spezifische Lebensgeschichte mit. Viele von ihnen haben Kinder zur Welt gebracht und aufgezogen, haben den Krieg oder schwere Nachkriegszeiten durchleben müssen und trugen durch ihre Arbeitskraft zum gesellschaftlichen Leben bei. Der Respekt und ein würdevoller Umgang gegenüber diesen Menschen haben oberste Priorität.

Die Biographie muss bei alten Menschen, die an dem Krankheitsbild einer Depression leiden, besonders berücksichtigt werden. So individuell wie eine Lebensgeschichte ist, so spezifisch können auch die Krankheitserscheinungen einer Depression im Alter sein.

Die vorliegende Masterarbeit fokussiert die Zielgruppe von Frauen mit Depressionen ab dem 65. Lebensjahr. Anhand zwei biographisch-narrativer Interviews sollen Bedarfe derer in der Krankheitserscheinung ermittelt werden.



In der vorliegenden Masterarbeit mit dem Titel „Bedarfsanalyse zur psychosozialen Lage gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen auf der Basis biographisch-narrativer Interviews mit Frauen mit der Diagnose Depression ab dem 65. Lebensjahr“ wird die einführende These aufgestellt, dass betroffene ältere Frauen mit der Diagnose Depression ganz individuelle Bedürfnisse in der Krankheitserscheinung und Erwartungen aufzeigen, welche im Kontext mit ihren biographischen Erfahrungen betrachtet werden müssen. Somit variieren die Handlungsansätze der Sozialen Arbeit individuell.

Abb. 1: Edvard Munch (1863-1944)

„Verzweiflung“, 1893

(Bundesministerium für Bildung und Forschung 2007, S. 10)

Edvard Munch bringt in seinem Werk „Verzweiflung“ von 1893 depressive Verstimmungen bildlich zum Ausdruck.

1.2 Aufbau der Masterarbeit

Die vorliegende Masterarbeit beinhaltet eine empirische Forschung. Zu Beginn wird das Erkenntnisinteresse der Datenerhebung in vier Forschungsfragestellungen bekundet. Dabei wird Bezug zum aktuellen Forschungsstand genommen.

Forschungsprozess und Forschungsdesign werden im Anschluss erläutert. Dabei wird zum einen näher auf die angewendete Methode des fokussierten biographisch-narrativen Interviews nach Schütze eingegangen sowie das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem von Selting, Auer, Barden, Bergmann, Couper-Kuhlen, Günthner, Meier, Quasthoff, Schlobinski und Uhmann, mit dem Fragmente der Interviews verschriftlicht wurden, aufgezeigt. In Anlehnung an das Auswertungssystem von Rosenthal erfolgt die Analyse der Interviews, welches im nachfolgenden Text erläutert wird.

Um einen Übergang zur Auswertung der Interviews zu schaffen und einen Einblick in die jeweiligen thematischen Vertiefungen als Voraussetzung des fachlichen Verständnisses zu gewährleisten, werden bedeutende Begriffe der Thematik der Masterarbeit definiert. Bei der Bestimmung der „Bedarfsanalyse“ wird der Unterschied zwischen Bedürfnis und Bedarf diskutiert. Die Definition der „psychosozialen Lage“ wird anhand der Bedeutungsdimensionen „psychosoziale Gesundheit“ und „psychisch kranke Menschen“ ermöglicht. Zusätzlich wird der Begriff „Gerontopsychiatrie“ bestimmt. Das in der Masterarbeit fokussierte Krankheitsbild „Depression“ wird (auch bzgl. der Lebensphase des Alters) umfassend dargestellt. Dabei werden Symptomatik, Entstehung, verschiedene Formen von Depressionen (vor allem bezugnehmend auf die ICD-10), Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten aufgeführt sowie weitere Informationen zur Komorbidität, die Abgrenzung dieses Krankheitsbildes zur Demenz und die Suizidalität einbezogen. Die Prävalenz von Erkrankungen im Alter wird durch die sich dem Themenfeld annähernden Darstellung allgemeiner Erkrankungen, psychischer Erkrankungen und Depressionen umfassend aufgegriffen.

Als Ausgangspunkt für die Interviewauswertung ist das Stufenmodell nach Erik H. Erikson von besonderer Bedeutung, welches daher in einem Exkurs gesondert aufgeführt wird.

Im Punkt fünf der Masterarbeit werden die zwei geführten biographisch-narrativen Interviews nacheinander identisch dargestellt. In der Analyse der biographischen Daten werden Ereignisdaten aus dem Interviewmaterial herausgearbeitet und chronologisch vorgestellt. Erzählchronologisch hingegen ist der zweite Auswertungsschritt aufgebaut, wobei die thematische Feldanalyse der Schwerpunkt dessen ist. Im Anschluss werden die ersten beiden Bearbeitungspunkte kontrastiert und somit die erlebte Lebensgeschichte rekonstruiert. Zum Beleg von vorangegangenen Hypothesen werden bestimmte Fragmente in der Feinanalyse ausgewertet. In der „Gegenstandsbezogenen Theorie“ werden die ersten beiden Forschungsfragestellungen beantwortet. Zum Abschluss der Interviewauswertungen werden die zwei Interviews mit den bedeutendsten Ergebnissen gegenübergestellt.

Anschließend werden die im vorangegangenen Bearbeitungspunkt erhobenen Daten auf den Bereich der Sozialen Arbeit bezogen und mögliche Handlungsansätze aufgezeigt. Somit wird der zweite Teil der Forschungsfragestellungen bearbeitet.

Das erarbeitete Material bietet den Ausgangspunkt für weiterführende Forschungen, welche an dieser Stelle der Masterarbeit aufgegriffen werden.

Zum Abschluss der Masterarbeit erfolgen eine Zusammenfassung wichtiger Erkenntnisse sowie eine Schlussbetrachtung der empirischen Forschung.

2 Erkenntnisinteresse und Bezug zum aktuellen Forschungsstand

Im Rahmen dieser Masterarbeit sollen in erster Linie folgende Fragestellungen aufgegriffen und erarbeitet werden:

- „Welche Bedürfnisse haben Frauen mit der Diagnose Depression ab dem 65. Lebensjahr in der Krankheitserscheinung?“
- „Welche Erwartungen werden von den Betroffenen an Sozialarbeiter¹ / Sozialpädagogen getragen?“
- „Welche Folgen hat das für den Arbeitsansatz für die Soziale Arbeit mit den Betroffenen?“
- „In welcher Qualität trägt es zur Krankheitsbewältigung bei, wenn der Sozialarbeiter / Sozialpädagoge die Bedürfnisse der Betroffenen kennt und wenn er die Erwartungen der Betroffenen für seinen Arbeitsansatz berücksichtigt?“

Es wurden zwei biographisch-narrative Interviews mit betroffenen älteren Frauen mit der Diagnose Depression geführt. Diese Methode der qualitativen empirischen Forschung soll Aufschluss auf die o. g. Fragestellungen geben. Dabei werden Ergebnisse der ersten beiden Forschungsfragestellungen in den Punkten der „Gegenstandsbezogenen Theorie“ (5.1.5, 5.2.5) aufgezeigt. Die Darstellung von Schlussfolgerungen der Forschung für die Soziale Arbeit erfolgt im sechsten Punkt der Masterarbeit.

Auf dem Forschungsgebiet von (alten) Menschen mit (psychischen bzw.) depressiven Erkrankungen gibt es bisher nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen, wie z. B. die Dissertation „Depressive Syndrome im Alter: Eine Sekundäranalyse der gesundheitlichen Versorgung auf der Basis von Krankenkassenroutinedaten“ (Maaz

¹ Im Folgenden wird aufgrund der besseren Lesbarkeit meist auf die Unterscheidung in männliche und weibliche Schreibweise verzichtet und die männliche Form verwendet. Dies soll keine Abwertung oder Minderung des weiblichen Geschlechts sein. Bei geschlechtsspezifischen Analysen wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die entsprechenden Aussagen ausschließlich auf das männliche Geschlecht beziehen bzw. wird die weibliche Form verwendet, wenn es sich explizit um weibliche Personen handelt.

2010) und die „Gerontopsychiatrische Bedarfserhebung im Landkreis Freising“ (Vornefeld 2004). Oft geht es bei diesen Untersuchungen allerdings um die allgemeine Versorgung oder einen spezifischen (institutionellen) Versorgungsbereich und / oder der Forschungsgegenstand beinhaltet keine direkte Bedarfsermittlung mit den betroffenen Menschen. Außerdem wird häufig auch kein unmittelbarer Bezug zur Sozialen Arbeit und deren mögliche Hilfeangebote genommen. Hinzu kommt, dass im spezifischeren Bereich, welcher die Kriterien des Alters, der Depression und des weiblichen Geschlechts beinhaltet, einer Bedarfsanalyse von Frauen ab dem 65. Lebensjahr mit der Diagnose Depression sozusagen, keine empirischen Forschungen ermittelt werden konnten. „Bisher gibt es kaum Untersuchungen zum Verlauf depressiver Symptome bei Frauen im hohen Alter“ (Leiner 2012). Dadurch wird deutlich, dass dieser Masterarbeit ein relevanter Forschungsbedarf vorausgeht.

3 Forschungsprozess und Forschungsdesign

3.1 Forschungsmethode des fokussierten biographisch-narrativen Interviews

Das biographisch-narrative Interview ist eine von dem deutschen Soziologen Fritz Schütze 1977 entwickelte Erhebungsmethode der qualitativen Sozialforschung und fokussiert die Ermittlung von Biographien von Einzelpersonen (vgl. Küsters 2009, S. 18, 29, 39; Von Klobuczynski 1999, S. 7). Zu Beginn der empirischen Erhebung werden Forschungsfragen tendenziell offen gehalten und theoretisches Vorwissen vorerst zurück gestellt (vgl. Küsters 2009, S. 39-43).

Im Rahmen der „Bedarfsanalyse gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen“ eignet sich das biographisch-narrative Interview, um biographische Erlebnisse mit den Bedarfen im Hinblick einer psychischen Krankheitserscheinung im Alter zu betrachten. Lebensgeschichten und die darin eingebetteten Ereignisse werden durch diese Methode erhoben. Zudem können Verknüpfungen erfasst werden und die Daten sind weitgehend unverzerrt. (Vgl. ebd., S. 43f.) Der „Stimulus erbittet vom Befragten die Erzählung eines temporär abgegrenzten Prozessgeschehens, beispielsweise die Erzählung seiner Lebensgeschichte“ (ebd., S. 55).

Die Protagonistinnen wurden durch Anschreiben verschiedener psychiatrischer Institutionen ausfindig gemacht. Es besteht keine persönliche Beziehung. Die Orte für die Durchführung der Interviews wurden neutral gewählt, z. B. in einer Hochschule. Vertrauensbildende Vorgespräche fanden telefonisch bzw. persönlich vor der Interviewführung statt, bei denen u. a. auf die Wahrung der Anonymität hingewiesen wurde.

Ein offen gehaltener Stimulus nimmt keine thematischen Fokussierungen vor, begrenzt die Erzählung nicht auf eine bestimmte Lebensphase und setzt weder Anfangs- noch Endpunkte (vgl. ebd., S. 44).

Bezugnehmend auf das Forschungsthema wurde ein fokussierter Stimulus (vgl. ebd., S. 44f.) gewählt:

→ „Ich interessiere mich für die Lebensgeschichten von Frauen ab dem 65. Lebensjahr mit der Diagnose Depression. Ich möchte Sie bitten, mir Ihre Lebensgeschichte zu erzählen, also nicht nur von Ihren Depressionen zu berichten, sondern über all die Erlebnisse, die Ihnen heute einfallen. Sie können sich so viel Zeit nehmen, wie Sie möchten. Ich werde Sie auch erst einmal nicht unterbrechen, mir nur einige Notizen zu Fragen machen, auf die ich später dann noch eingehen werde.“

Hierbei sind thematische Fokussierungen im Stimulus aufgenommen und zwar die Bedeutsamkeit von älteren Frauen mit depressiven Erkrankungen eingebettet in der Lebensgeschichte der jeweiligen Protagonistin. Dadurch soll die Erzählung dieses Themenbereichs gewährleistet werden. (Vgl. ebd., S. 44)

Auf den Stimulus (und eventuelle Aushandlungsprozesse) folgt die Haupterzählung, welche mit einer Koda des Befragten endet. Er bringt dabei direkt oder indirekt zum Ausdruck, dass er mit der Erzählung seiner Lebensgeschichte abgeschlossen hat. (Vgl. ebd., S. 60f.)

Im Anschluss der Ersterzählung folgen die immanenten („zweiter Erzählstimulus“ (ebd., S. 51)) und exmanenten Nachfragen. Diese Phasen wirken erzählgenerierend und sollen die Vollständigkeit der Daten gewährleisten. (Vgl. ebd., S. 47, 51)

„Die immanenten Nachfragen zielen [...] auf bisher Unerzähltes [ab], das aber in der Haupterzählung doch repräsentiert war“ (ebd., S. 61; Auslassung & Einfügung: M.

S.). Erst gegen Ende dieser Phase darf der Interviewer ausgesparte Biographiebereiche ansprechen (vgl. ebd., S. 63).

Zu Beschreibungen, Argumentationen und Charakterisierungen kann im exmanenten Nachfrageteil aufgefordert werden. Der Interviewer kann selbst neue Thematiken in den Interviewverlauf einbringen. (Vgl. ebd.)

Für die exmanente Nachfragephase wurde vor Beginn der Interviews ein allgemeiner Entwurf entwickelt:

- „Was wünschen Sie sich in der Depression von Ihren Angehörigen und den Mitmenschen Ihrer Umwelt?“
- „Welche Erwartungen haben Sie in der Krankheitserscheinung von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen? Welche Zuwendung wünschen Sie sich? (Wie sollen diese Ihnen begegnen? Wie sollen diese Ihnen gegenüberreten / auf Sie zukommen / auf Sie eingehen?)“
- „Was tut Ihnen gut in den Depressionen? Wo liegen Ihre Interessen in den depressiven Episoden?“

Nach dem Interview werden die soziodemographischen Daten anhand einer vorher erstellten Checkliste ermittelt (vgl. ebd., S. 48, 64). Danksagung und Würdigung sowie Nachgespräche sind von großer Bedeutung, bei denen auf die Bedürfnisse der interviewten Personen eingegangen wird (vgl. ebd., S. 64).

3.2 Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT)

Ausgewählte Fragmente der Interviews wurden in Anlehnung an das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem niedergeschrieben und somit für die Auswertung vorbereitet. Dieses System wurde 1998 von Margret Selting, Peter Auer, Birgit Barden, Jörg Bergmann, Elizabeth Couper-Kuhlen, Susanne Günthner, Christoph Meier, Uta Quasthoff, Peter Schlobinski und Susanne Uhmman entwickelt (vgl. Selting, Auer, Barden, Bergmann, Couper-Kuhlen, Günthner, Meier, Quasthoff, Schlobinski, Uhmman 1998, S. 1-36).

Das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem eignet sich optimal für die Analyse und Darstellung des Interviewmaterials im Rahmen der „Bedarfsanalyse gerontopsy-

chiatrisch erkrankter Menschen“. Die Legende der Transkriptionszeichen findet sich in der Anlage zwei (vgl. Lucius-Hoene, Deppermann 2004, S. 355f.).

3.3 Auswertungsverfahren nach Rosenthal

Die deutsche Sozialwissenschaftlerin Gabriele Rosenthal (vgl. Universität Göttingen o. D., nach 2011) entwickelte das von Schütze begründete Analyseverfahren zur Auswertung biographisch-narrativer Interviews von 1983 zum Verfahren der „biographischen Fallrekonstruktion“ weiter (vgl. Küsters 2009, S. 77, 83). Dabei hat Rosenthal Prinzipien der objektiven Hermeneutik, eine analytische Methode zur Rekonstruktion latenter und objektiver Sinn- und Bedeutungsstrukturen (vgl. Kunze-Groß 2003, S. 3) sowie der thematischen Feldanalyse, eine Methode zur Erkennung gegenwärtiger Relevanzstrukturen der Interviewpartner (Selbstpräsentation der Biographieträger) (vgl. Kaya 2009, S. 93), in das Auswertungsverfahren einfließen lassen (vgl. Küsters 2009, S. 83).

Bei der biographischen Fallrekonstruktion wird die Forschungsfragestellung vorerst nicht einbezogen. Als Schwerpunkt des Verfahrens sollen die vielgestaltigen Zusammenhänge zwischen erlebter und erzählter Lebensgeschichte herausgearbeitet werden. (Vgl. ebd.)

Das Auswertungsverfahren wird nach Rosenthal in folgende Schritte gegliedert:

„1. Analyse der biographischen Daten (Ereignisdaten); 2. Text- und thematische Feldanalyse (Analyse der Textsegmente – Selbstpräsentation/erzähltes Leben); 3. Rekonstruktion der Fallgeschichte (erlebtes Leben); 4. Feinanalyse erzählter Textstellen (kann jederzeit erfolgen); 5. Kontrastierung der erzählten mit der erlebten Lebensgeschichte; 6. Typenbildung“ (ebd., zit. nach Rosenthal 2005, S. 152).

Im ersten Auswertungsschritt, „Analyse der biographischen Daten“, wird sequenzanalytisch die Lebensgeschichte des Erzählers im Sinne objektiver Daten herausgearbeitet, d. h. ohne die Evaluationen des Erzählers mit einzubeziehen. Hypothesen über den denkbaren Biographieverlauf können durch die Interpretation des Datengerüsts gebildet werden. (Vgl. Küsters 2009, S. 83)

Die „erzählte Geschichte“ wird im Schritt der „Text- und thematischen Feldanalyse“ herausgearbeitet und analysiert. Für die ganzheitliche Betrachtung werden nicht nur narrative Segmente, sondern auch z. B. Beschreibungen und Argumentationen in die

Analyse mit einbezogen. Es wird „die Art und die Funktion der Darstellung im Interview – und nicht die biographische Erfahrung an sich“ (ebd., S. 84, zit. nach Fischer-Rosenthal/Rosenthal 1997, S. 153) interpretiert. Hierbei wird hinterfragt, wann Themen aufgeführt werden, warum und in welcher Textart dies geschieht und wie diese vom Erzähler dargestellt sind. Außerdem stellt sich die Frage, ob der Erzähler Themen ausgelassen hat bzw. ob thematische Felder gebildet werden können. Des Weiteren muss die „biographische Selbstpräsentation“ in Betracht gezogen werden. Im Vordergrund steht hierbei die Auslegung der Eingangssequenz. Ein Ergebnis dieses Analyseschrittes soll die Verdeutlichung der „biographischen Selbstpräsentation“ sein, wobei die erzählte Lebensgeschichte des Biographieträgers vordergründig gegenwärtig betrachtet wird. Dieser Auswertungsschritt bildet den Gegensatz zum ersten Analyseverfahren. (Vgl. Küsters 2009, S. 83f.)

Im dritten Schritt „Rekonstruktion der Fallgeschichte“ wird die „erlebte Geschichte“ bzw. dessen Gestalt entschlüsselt. Sämtliche erzählte biographische Erlebnisse werden hinsichtlich der Erzählerselbstpräsentation gedeutet. Diese Erlebnisse werden dann in die Gesamtgestalt der „erlebten Geschichte“ eingeordnet. Im zweiten und dritten Auswertungsschritt wird somit versucht „den Gestaltungsprozess der erzählten als auch der erlebten Lebensgeschichte nachzuzeichnen, ohne dabei deren wechselseitige Durchdringung aus den Augen zu verlieren“ (ebd., S. 84, zit. nach Fischer-Rosenthal/Rosenthal 1997, S. 155). (Vgl. Küsters 2009, S. 84)

Bei der „Feinanalyse“, dem vierten Auswertungsschritt, werden ausgewählte Textstellen, in Anlehnung an die Methode der objektiven Hermeneutik, sequenziell nach latenten Sinnstrukturen interpretiert. Durch die Analyse einzelner Textstellen soll eine Überprüfung in den Schritten zwei und drei formulierten Hypothesen gewährleistet werden. (Vgl. ebd.)

Im fünften Analyseschritt „Kontrastierung der erzählten mit der erlebten Lebensgeschichte“ wird die Gesamtgestalt dieser „Geschichten“ gegenübergestellt. Der Effekt der biographischen Selbstpräsentation in Bezug auf die erlebte Lebensgeschichte wird hierbei berücksichtigt. (Vgl. ebd.)

Die Analyse der biographisch-narrativen Interviews erfolgt im Rahmen dieser Masterarbeit in Anlehnung an das Auswertungsverfahren nach Rosenthal

Im ersten Auswertungsschritt werden „Ereignisdaten“ der Biographie herausgearbeitet und Hypothesen als auch Fragen hierzu gebildet, welche u. a. im Kontext des zeitgeschichtlichen Rahmens betrachtet werden.

Der zweite Schritt beinhaltet die „thematische Feldanalyse“, die vor allem mit Hilfe einer Interviewübersicht erstellt wird. Dabei wird aufgrund des begrenzten Umfangs der vorliegenden Masterarbeit sowie der Fokussierung auf die Forschungsfragestellungen das Interview nicht sequenzanalytisch detailliert bearbeitet. Die Eingangssequenz allerdings wird besonders berücksichtigt. Auch hier werden Hypothesen gebildet. Um Aussagen bereits an der erzählten Lebensgeschichte zu belegen, werden, im Gegensatz zum Auswertungsverfahren von Rosenthal, in diesem Schritt bereits biographische Erfahrungen und die Bearbeitung der Forschungsfragestellung einbezogen.

Der dritte Analyseschritt weicht von Rosenthal ab, indem er die „Rekonstruktion der Fallgeschichte“ durch die Kontrastierung der Ereignisdaten mit der erzählten Lebensgeschichte beinhaltet, also die Schritte eins und zwei sowie dessen bedeutendste Hypothesen. Dabei wird sich nur auf wichtige biographische Ereignisse beschränkt und nicht die komplette Lebensgeschichte im Detail wiedergegeben. Dieser Zusammenschluss des nach Rosenthals dritten und fünften Auswertungsschrittes erfolgt zur besseren Veranschaulichung sowie aus den gleichen Gründen wie die Reduzierung des zweiten Schrittes des Auswertungsverfahrens.

Im Anschluss folgt die „Feinanalyse“ ausgewählter Textstellen, um vorangegangene Hypothesen zu belegen. Diese werden nicht immer sequenziell analysiert. Eine knappe Belegung der Hypothesen soll aus Gründen des Umfangs der vorliegenden Arbeit genügen.

Der letzte Analyseschritt ist die „Gegenstandsbezogene Theorie“, was sich wiederum an die „Grounded Theory“, einem „Forschungsstil zur Erarbeitung von in empirischen Daten gegründeten Theorien“ (Strübing 2008, S. 14) von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss, anlehnt. Hierbei geht es vordergründig um „die ausdrückliche Repräsentation von Datenanalyse und Theoriebildung als praktische, interaktiv zu bewältigende Tätigkeit“ (ebd., resp. Strauss 1991, S. 34f.). Für die Forschungsfragestellung bedeutsame Resultate werden in diesem Analyseschritt verschriftlicht. Hierbei werden Hypothesen aus dem Forschungsprozess zusammengetragen, die eindeutig belegt werden konnten.

4 Begriffsbestimmungen

4.1 Definition „Bedarfsanalyse“

„Die B[edarfsanalyse][...] in der sozialen Arbeit ist das schwierigste und wichtigste Element der strukturierten Informationsaufbereitung im Rahmen der individuellen [...] Hilfeplanung oder der Planung der [...] sozialen Infrastruktur“ (Gottschalk 2007, S. 92; Einfügung & Auslassungen: M. S.)

Für die Begriffsbestimmung im weiteren Verlauf dieser Masterarbeit ist es von Bedeutung, den Unterschied zwischen Bedürfnissen und Bedarf kurz aufzuführen:

Bedürfnisse sind eine universelle „und schildernde Bezeichnung für Mangelgefühle des Menschen, die durch seine physische, psychische und soziokulturelle Existenz verursacht werden“ (Burmeister 2007, S. 95). Die Bedürfnisse von Menschen werden subjektiv erlebt. Aus einer immateriellen oder materiellen Mangellage resultieren „Spannungszustände“, welche nach Befriedigung streben. (Vgl. ebd., S. 95f.)

„Bedarf ist im deutschen Sozialwesen eine zentrale Kategorie für die Bemessung von Art und Umfang [...] soz. Dienstleistungen und deren Organisation als [...] Geld- und [...] Sachleistungen“ (Halfar 2007, S. 91; Auslassungen: M. S.). Die sozialen und heilpädagogischen Instrumente u. a. der Hilfeplanung, im Bereich der spezifischen Zielgruppen, sollen sich am Bedarf eines hilfebedürftigen Menschen orientieren (vgl. ebd.).

Der Bedarf ist „eine beschaffungsbezogene Konkretisierung von Bedürfnissen“ (ebd.). „Bedürfnisse als subjektive Mangeldefinitionen müssen, um sozialpolitisch bearbeitbar zu werden, in bedarfsbezogene Leistungskategorien übersetzt werden, die dann wiederum als Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen wirksam werden. Die Quantifizierung der zur Befriedigung von Bedürfnissen zur Verfügung stehenden bzw. als notwendig erachteten (Geld-) Mittel bildet den B[edarf]. Insofern werden die Bedürfnisse durch Bedarfsdefinitionen so operationalisiert und gefiltert, dass über spezifische Leistungsmengen und Leistungsqualitäten von soz. Leistungen entschieden werden kann. Ob die als bedarfsgerecht definierten Leistungen dann tatsächlich zur Bedürfnisbefriedigung eingesetzt werden, hängt von der Nachfrage und der Inanspruchnahme ab. Nicht jede Inanspruchnahme von bedarfsbezogenen

Angeboten soz. Arbeit durch Klienten entspricht jedoch einem subjektiv ausgeprägten Bedürfnis beim Klienten, nicht jedes Bedürfnis mündet in Nachfrage und Inanspruchnahme, auch wenn bedarfsgerechte Angebote vorhanden sind“ (ebd.; Einfügungen: M. S.).

4.2 Definition „psychosoziale Lage“

Das griechische Wort „psycho“ bedeutet „Seele“, „Hauch“, „Leben“ (vgl. Hanus 2008, S. 38). Der Wortstamm „sozial“ stammt aus dem Lateinischen („socius“) mit dem Sinngehalt „gemeinsam, verbunden, verbündet“ (vgl. Tran 2009, S. 16).

Um die Bezeichnung umfassend darzustellen, werden im Folgenden die zwei gegensätzlichen Begrifflichkeiten „psychosoziale Gesundheit“ und „psychisch kranke Menschen“ erläutert, welche die „psychosoziale Lage“ charakterisieren können.

4.2.1 Bedeutungsdimension „psychosoziale Gesundheit“

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization 2003) lautet die Definition von Gesundheit der WHO aus dem Jahr 1948. Demzufolge umfasst der Begriff Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Gebrechen oder Krankheit, sondern schließt auch das soziale und geistige (psychische) sowie das körperliche Wohlbefinden ein.

Die nicht-körperlichen Dimensionen kennzeichnen die psychosoziale Gesundheit. Die drei in der WHO-Definition der Gesundheit benannten Kriterien (soziales, geistiges und körperliches Wohlbefinden) beeinflussen sich wechselseitig. Die Gesundheit, im Sinne dieser Ebenen, ist Resultat einer gelungenen Auseinandersetzung mit vielfältigen Anforderungen und Belastungen, welche durch wirtschaftliche, ökologische, kulturelle und soziale Aspekte bedingt sind. (Vgl. Kläble 2007, S. 739)

In der Bevölkerung gibt es ungleich verteilte psychische und soziale Belastungen. Unterschiedliche Faktoren auf der sozialen und psychischen Ebene begünstigen die Gesundheit. Ein stabiles Selbstwertgefühl und ein positives Verhältnis zu dem eigenen Körper nehmen Einfluss auf die Gesundheit. Zusätzlich wird diese nicht nur durch Beziehungsfähigkeit und die Verfügbarkeit sozialer Netzwerke, sondern auch durch Stressbewältigungsvermögen und Handlungskompetenzen zur Problem- und

Lebensbewältigung gekennzeichnet. Eine befriedigende Arbeit und positive Arbeitsbedingungen sowie eine lebenswerte Gegenwart als auch die Aussicht auf eine lebenswerte Zukunft beeinflussen die Gesundheit. (Vgl. ebd.)

4.2.2 Bedeutungsdimension „psychisch kranke Menschen“

Der Begriff „psychisch kranker Mensch“ unterscheidet sich von der Bezeichnung des „körperlich kranken Menschen“. Ein psychisch kranker Mensch weicht durch Veränderungen des objektiven Verhaltens oder des subjektiven Erlebens von der gesellschaftlichen Norm ab, so dass er sich in seiner Umwelt nicht mehr zurechtfindet und Alltagsaufgaben nicht mehr bewältigt werden können. Die ganzheitliche Betrachtung der geistig-seelischen Faktoren und sozialen Bedingungen in Zusammenhang mit körperlichen Gegebenheiten bezeichnet die Psychosomatik. (Vgl. Schröder-Rosenstock 2007b, S. 733)

„Psychische Gesundheit bedeutet demnach eine Reihe von Sicherungen auch in extremen Situationen, die Möglichkeit von Expansion und das Eingehen von Risiken. Seelische Krankheit [...] heißt dagegen oft Rückzug, Vermeidung von Risiken und deshalb Verminderung von Freiheitsgraden des Erlebens und Verhaltens“ (ebd.; Auslassung: M. S.).

4.3 Definition „Gerontopsychiatrie“

Die Psychiatrie ist ein Fachbereich der Medizin, welcher sich mit der Prävention und Begutachtung sowie der Diagnose, Behandlung und Rehabilitation psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen beschäftigt (vgl. Schröder-Rosenstock 2007a, S. 730). Als Teilgebiet der Psychiatrie wird die Gerontopsychiatrie bezeichnet. Der Wortstamm „geron“ entspringt aus dem Griechischen und bedeutet „alter Mensch“. Daher wird dieser Fachbereich ebenso Alterspsychiatrie, oder in englischsprachigen Ländern auch Psychogeriatric, genannt. (Vgl. Schmidt 2007, S. 388; Kipp 2007, S. 388) Gerontologie „ist die Wissenschaft vom Alter und vom Altern“ (Schmidt 2007, S. 388). Geriatrie ist ein Teilgebiet der Gerontologie, welches „sich mit den Alterskrankheiten befasst“ (Wojnar 2007, S. 384).

Mit zunehmendem Alter müssen bei Menschen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Diese umfassen zum einen kennzeichnende biologische, biographische und epochale, zum anderen aber auch soziale und psychische Eigenschaften. Aufgrund dessen differenzieren sich in der Gerontopsychiatrie die diagnostischen Methoden und die rehabilitativen, therapeutischen und präventiven Interventionen von den Ansätzen der Allgemeinpsychiatrie. (Vgl. Kipp 2007, S. 388) Dabei baut die Gerontopsychiatrie auch auf Erkenntnisse aus der Gerontologie und der Geriatrie auf (vgl. Gutzmann, Praetorius 2003, S. 77).

Auch aufgrund der demographischen Entwicklung (s. Anl. 1) wird der Bereich der Gerontopsychiatrie zunehmend an Bedeutung gewinnen.

4.4 Definition „Depression“ und Prävalenz von Erkrankungen im Alter

4.4.1 Definition „Depression“

Depressionen sind psychische Störungen (vgl. Bojack 2003, S. 7) bzw. Störungen der Gemütslage (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 51, resp. Robert Koch-Institut 2006; Zimmermann 2007, S. 181). Der Begriff „die Depression“ ist vielgestaltig, so dass bei der zutreffenderen Bezeichnung von depressiven Episoden, depressiven Symptomen oder Depression im Plural gesprochen wird (vgl. Wolfersdorf, Schüler 2005, S. 29).

4.4.1.1 Symptomatik

Die Symptomatik umfasst Energie-, Lust- und Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit sowie eine pessimistische Grundstimmung (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 51, resp. Robert Koch-Institut 2006; Zimmermann 2007, S. 181). „Hinzu kommen häufig verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Schuldgefühle mit unangemessenen Selbstvorwürfen, Hoffnungslosigkeit und körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitverminderung, Gewichtsabnahme, Verdauungsunregelmäßigkeiten und andere vegetative Symptome. Es besteht eine weitgehende Unfähigkeit, Freude oder Interesse an normalerweise angenehmen Tätigkeiten und Erlebnissen zu empfinden bzw. darauf angemessen emotional zu reagieren. Das Gefühl der Verzweiflung und Aussichtslosigkeit führt bei schweren depressiven Verstimmungen nicht selten zu einer Suizidgefährdung“ (Zimmermann

2007, S. 181). Daher besteht bei Anhalten dieser Symptome von mindestens zwei Wochen eine Behandlungsbedürftigkeit (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 51, resp. Robert Koch-Institut 2006).

Jede Depression kann durch unterschiedliche Muster an Symptomen gekennzeichnet sein, welche allerdings auch bei anderen physischen und psychischen Krankheiten vorkommen können. Schwere, Ausprägung und Dauer der depressiven Episoden variieren individuell. (Vgl. Hautzinger 2006, S. 14f.)

Menschen werden mit zunehmendem Alter immer einzigartiger und unverkennbarer. Dementsprechend können die Symptome einer depressiven Episode im Alter auch individuell abweichen. Dies bedeutet, dass neben den klassischen Erscheinungsbildern verstärkt persönliche, biographisch geprägte Symptome auftreten können. Jedoch kann diese Tatsache die Diagnose von Depressionen erschweren, insbesondere bei gleichzeitigem Auftreten von psychischen und physischen Beschwerden. (Vgl. Wolfersdorf, Schüler 2005, S. 29).

4.4.1.2 Entstehung

Für die Entstehung von depressiven Erkrankungen werden verschiedene kontextbedingte Faktoren vermutet. Hierbei sind kritische Lebensereignisse und genetische Veranlagungen als wesentlich zu erachten. (Vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 51, resp. Bramesfeld, Stoppe 2006)

Das Alter ist eine Lebensphase, die durch wesentliche Umbrüche und Änderungen geprägt ist. Oft wird die Arbeitstätigkeit in dieser Phase beendet. Verluste persönlicher Beziehungen treten häufig vermehrt auf und gesundheitliche Beschwerden nehmen in der Regel zu. „Dies kann bei verstärkter negativer Wahrnehmung und Einstellungen resultieren, die bei ungeeigneter Bewältigungsstrategie zu Hilflosigkeit, Sinnlosigkeit und Kontrollverlust führen“ (Wittchen, Jacobi, Klose, Ryl 2010, S. 23) und bilden oft die Grundlage für eine Depression. (Vgl. ebd.; Bojack 2003, S. 13)

Das Erkrankungsrisiko erhöht sich bei verwitweten oder geschiedenen Menschen, bei älteren Menschen, welche sich in einem Anfangsstadium einer Demenz befinden, chronisch oder akut somatisch erkrankt bzw. in ihrer Alltagsaktivität eingeschränkt sind. Auch eine schlechte ökonomische Lage, Verlusterlebnisse und Einsamkeit bzw.

(subjektiv) unzureichende soziale Beziehungen (Leben in einem Einpersonenhaushalt) erhöhen das Risiko, in eine Depression zu verfallen. (Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 154)

4.4.1.3 Formen der Depressionen

In der Literatur wird von unterschiedlichen Depressionsformen gesprochen.

Nach der ICD-10 der WHO sind Depressionen in den affektiven Störungen, d. h. die Veränderung der Affektivität bzw. der Stimmungslage, eingegliedert. Unter den affektiven Störungen werden die „manische Episode“ (F30.), die „bipolare affektive Störung“ (F31.), die „depressive Episode“ (F32.), die „rezidivierende depressive Störung“ (F33.), die „anhaltende affektive Störungen“ (F34.), „andere affektive Störungen“ (F38.) sowie „nicht näher bezeichnete affektive Störung“ (F39) klassifiziert. (Vgl. Dilling, Mombour, Schmidt 2011, S. 156ff.)

Dabei wird u. a. eine erstmals auftretende depressive Episode von einer rezidivierenden, eine Störung welche durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, unterschieden (vgl. ebd., S. 176f.). Diese Gruppen werden lediglich nach den Schweregraden (leicht, mittel und schwer) sowie anhand vorhandener psychotischer Symptome diagnostiziert (vgl. Wolfersdorf, Schüler 2005, S. 31). Nach der DSM-IV wird diese Kategorie auch als Major Depression (gewöhnlich ohne psychotische Symptome) bezeichnet (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt 2011, S. 172.). Zur Diagnostizierung müssen die Symptome mindestens zwei Wochen anhalten (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 51, resp. Bramesfeld, Stoppe 2006). (s. Abb. 2)

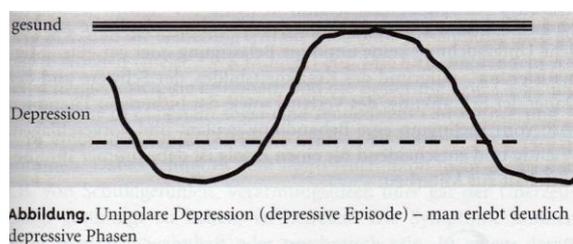


Abb. 2: Unipolare depressive Episode
(Hautzinger 2006, S. 17)

Weiterhin unterscheidet die Klassifikation in der ICD-10 die bipolaren Störungen von den unipolaren. Die bipolaren Störungen sind nicht nur durch depressive Episoden, sondern auch durch Manien gekennzeichnet. (Vgl. Wolfersdorf, Schüler 2005, S. 31) In den manischen Phasen ist die Stimmungslage gehoben. Übersteigertes Selbstwertgefühl, erhöhter Antrieb und Überaktivität sind einige typische Symptome, die über die Normalgrenze der Gesundheit abweichen. (Vgl. Hautzinger 2006, S. 16). Diese Depressionsform tritt allerdings in der Lebensphase des Alters selten auf (vgl. ebd.). (s. Abb. 3)

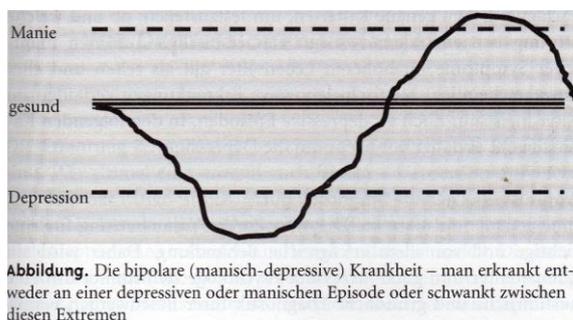


Abb. 3: Bipolare Störung
(Hautzinger 2006, S. 17)

Zu den anhaltenden affektiven Störungen zählen Dysthymien, welche meist chronifiziert sind. Die Symptomatik ist schwächer ausgeprägt, allerdings sind diese Formen langanhaltend, mindestens zwei Jahre. (Vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 51, resp. Bramesfeld, Stoppe 2006; s. Abb. 4)

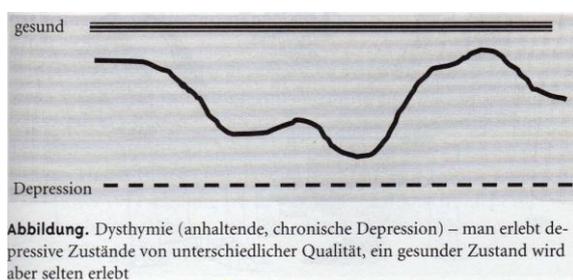


Abb. 4: Dysthymie
(Hautzinger 2006, S. 17)

Jörg Zimmermann unterscheidet im „Fachlexikon der sozialen Arbeit“ in psychogene (reaktive, neurotische), endogene (Melancholie) und exogene Depressionen (vgl. Zimmermann 2007, S. 181).

Sogenannte „psychogene Depressionen“ bezeichnet er als „Überbegriff für alle depressiven Verstimmungen, die i. w. S. psychologisch motiviert und somit einfühlbar und in ihrer Genese nachvollziehbar sind“ (ebd.). Ein belastendes Ereignis kann eine reaktive Depression verursachen, ist für den Außenstehenden nachvollziehbar und klingt nach einem entsprechenden Verarbeitungszeitraum wieder ab. Auslöser für die neurotische Depression soll ein frühkindlicher Konflikt sein, der bisher verdrängt wurde. (Vgl. ebd.)

Bei den „endogenen Depressionen“ (Melancholie) wirken genetische und andere biologisch bedingte Faktoren. Zusätzlich können reaktive Auslöser die Depression verursachen. Ein Drittel der endogenen Depressionen sind bipolare Störungen. Melancholie, Wahnvorstellungen und physische Symptome prägen das Krankheitsbild. (Vgl. ebd.)

„Exogene Depressionen“ sind organisch bedingt, wie z. B. durch Erkrankungen des Gehirns. Hirnentzündungen oder -tumore, Schilddrüsenfehlfunktionen sowie Alzheimer-Krankheit können beispielsweise diese Art von Depressionen auslösen. (Vgl. ebd.)

Manfred Wolfersdorf und Michael Schüler erwähnen in ihrem Buch „Depressionen im Alter“ u. a. die „Spätdepressionen“, welche erstmalig nach dem 45. Lebensjahr auftreten. Depressionen, die erstmals ab dem 60. Lebensjahr ausbrechen, werden „Altersdepressionen“ genannt. Von diesem Begriff sind die „Depressionen im Alter“ abzugrenzen, die bereits im Erwachsenenalter erstmals vorkamen. „Late Onset Depression“ ist ein Überbegriff für die Alters- und Spätdepressionen. Jedoch treten 90 Prozent der Depressionen erstmalig schon vor dem 50. Lebensjahr auf. (Vgl. Wolfersdorf. Schüler 2005, S. 32)

Die „Subsyndromale Depression“, welche vorwiegend im höheren Alter beschrieben wird, ist keine diagnostische Einheit. Der Begriff „beschreibt aber sehr treffend die bei älteren Menschen sehr häufig zu beobachtende zahlenmäßige Verminderung an diagnostizierbaren einzelnen Symptomen der Depression“ (ebd.). Oftmals tritt bei solchen Betroffenen nur ein Hauptsymptom auf, wobei auf dem somatischen Gebiet häufig organisch unerklärbare Beschwerden liegen. Subsyndromale Depressionen

ziehen meist depressive Episoden nach sich, die deutlich diagnostizierbar sind. Eine Form der subsyndromalen Depressionen ist die „Larvierte Depression“. Dieser Begriff beschreibt, wie depressive Episoden von körperlichem Leiden hinter einer sogenannten Larve bzw. Maske kaschiert werden. Das depressive Syndrom wird in den Hintergrund gerückt und unter Umständen nicht erkannt. (Vgl. ebd., S. 32f.)

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Depressionsformen verschwimmen und auch die Aussagen verschiedener Wissenschaftler und Professionellen nicht immer konform sind.

4.4.1.4 Diagnostik

Depressionen werden in Deutschland derzeit nach der ICD-10 diagnostiziert. Dabei kann eine Einteilung nach o. g. Syndromen, Schweregrad sowie Verlauf vorgenommen werden. (Vgl. Cremer 2008, S. 6f.)

4.4.1.5 Behandlungsmöglichkeiten

Die Behandlung von Depressionen ist abhängig von der Art und der Ausprägung dieser. Psychotherapeutisch und / oder medikamentös soll zur Heilung des Betroffenen beigetragen werden. (Vgl. Zimmermann 2007, S. 181)

„Anlass, Ausmaß und Schwere der Symptomatik müssen [...] vor dem Hintergrund der individuellen Biographie und Vulnerabilität des einzelnen alten Patienten gesehen und verstanden werden, nicht am Auslöser selbst“ (Wolfersdorf, Schüler 2005, S. 35; Auslassung: M. S.).

4.4.1.6 Komorbidität

In Zusammenhang mit den Diagnoseformen nach Wolfersdorf und Schüler werden die Begriffe Multimorbidität und Komorbidität kurz definiert: Das gemeinsame Auftreten von verschiedenen Krankheiten wird als Multimorbidität bezeichnet. Davon grenzt sich die Komorbidität ab, welche von einer spezifischen Erkrankung mit Begleiterkrankungen ausgeht. (Vgl. Baumeister, Kury, Bengel 2010, S. 10) Sowohl Komorbidität als auch Multimorbidität können im Alter gehäuft auftreten und eine Diagnose erschweren.

Ein häufiges Merkmal der Depressionen im Alter ist die Komorbidität mit anderen Erkrankungen. Beispielsweise erkrankt etwa jeder zweite Betroffene eines Schlaganfalls und jeder dritte nach einem Herzinfarkt an einer Major Depression, welche wiederum die Prognose der physischen Krankheiten beeinflusst, vor allem im Bereich der Bewegungsstörungen. (Vgl. Stoppe 2008, S. 406 f.) Depressionen erhöhen das Entstehungsrisiko für koronare Herzkrankheiten (vgl. Wittchen, Jacobi, Klose et al. 2010, S. 24).

4.4.1.7 Abgrenzung zur demenziellen Erkrankung

Für die Feststellung einer depressiven Episode sind nachfolgende Merkmale von Bedeutung: Oftmals klagen die Betroffenen über das Nachlassen des Konzentrationsvermögens sowie die Verlangsamung der Denkfähigkeit. Zusätzlich kann eine reizbare, ängstlich-misstrauische Verstimmung und Agitiertheit für Außenstehende zu erkennen sein. Diese anfänglichen Beschwerden ähneln denen der demenziellen Erkrankungen, so dass in den ersten Phasen eine Abgrenzung zwischen den beiden Erkrankungen schwierig scheint. (Vgl. Bojack 2003, S. 13)

Demenzen sind chronische Erkrankungen, welche langsam fortschreiten und bei denen Nervenzellen im Gehirn absterben. Dies hat eine fortschreitende verminderte Leistungsfähigkeit zur Folge. Zusätzlich können Störungen des Gedächtnisses und der Sprache auftreten, Urteils- und Denkvermögen sind meist beeinträchtigt und Orientierung sowie Alltagsbewältigung fallen zunehmend schwer. (Vgl. ebd.)

Ängstlich-depressive Symptome sind sowohl anfängliche Merkmale einer Demenz, als auch für eine depressive Episode. Zu berücksichtigen ist, dass nicht alle Symptome vollständig auftreten müssen, allerdings braucht es der Erkennung gewisser Verhaltensänderungen. Ein demenzkranker Mensch zeigt beispielsweise Veränderungen seines Schlafverhaltens, der Leistungsfähigkeit oder des Appetits. Plötzlicher Interessenverlust bisher geschätzter Tätigkeiten kennzeichnet die depressive Erkrankung. Die Unterscheidung zwischen Demenz und Depression wird mit fortschreitender Erkrankung leichter. Durch die Behandlung einer depressiven Episode können die Symptome abklingen. Hingegen kann die Demenz nur vorübergehend stabilisiert werden und gilt bisher als nicht heilbar. Genaue Beobachtung des Betroffenen zur Unterscheidung der beiden Erkrankungen ist deshalb von Bedeutung, um den zuständigen Arzt bei der endgültigen Diagnosestellung zu unterstützen. (Vgl. ebd., S. 14)

Allerdings ist die Korrelation zwischen Depression und Demenz komplex. Das Risiko an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken wird durch eine vorangegangene Depression erhöht. Auch hirnorganische Erkrankungen begünstigen depressive Syndrome. Menschen, welche an einer Spät- bzw. Altersdepression erkranken, die wiederum kognitive Einschränkungen mit sich ziehen, erkranken im weiteren Verlauf häufiger an einer demenziellen Krankheit. (Vgl. Stoppe 2008, S. 407) „Deshalb spielt die Differentialdiagnose zur Depression gerade in der Früherkennung der Demenz eine große Rolle“ (ebd.).

4.4.1.8 Suizidalität

Depressionen in der Lebensphase des Alters stehen mit einer erhöhten Suizidalität im Zusammenhang. „Während etwa 60 % aller Selbsttötungen ursächlich mit einer Depression einhergehen, liegt diese Zahl im höheren Lebensalter bei ca. 90 %. Zumindest ist die Depression der wichtigste Risikofaktor für Suizidalität im Alter“ (ebd.). Die Anzahl der Suizidversuche nimmt hingegen im Alter, im Verhältnis zur Zahl der vollzogenen Suizide, ab. (Vgl. ebd.) Männer aller Altersgruppen sterben häufiger durch Suizid als Frauen (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 52, resp. Statistisches Bundesamt 2007).

4.4.2 Prävalenz von Erkrankungen im Alter

4.4.2.1 Prävalenz allgemeiner Erkrankungen im Alter

Die Prävalenz von Krankheitserscheinungen im Allgemeinen steigt in den höheren und höchsten Altersphasen eindeutig an, während das „junge“ Alter im relativ konstanten Gesundheitszustand verbracht werden kann (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 32, resp. Garms-Homolová, Schaeffer 2003). Diese Tatsache wird auch durch die Erhebungen vom Mikrozensus 2005 bestätigt. Dabei sind Frauen geringfügig eher betroffen als Männer (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 32, resp. Statistisches Bundesamt 2006) und auch so differenziert sich das Krankheitsspektrum zwischen den Geschlechtern (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 35, resp. Kruse 2002). Dies wird zum einen durch die höheren Lebenserwartungen der Frauen und zum anderen durch verschiedene Bedingungen des Alterns begründet. Aufgrund der höheren Lebenserwartungen der Frauen sind diese öfter verwitwet, haben durchschnittlich einen niedrigeren Bildungsabschluss als Männer ihrer Generation und demzufolge auch ungünsti-

gere Wohn- und Einkommenssituationen. (Vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 35, resp. Kruse, Schmitt 2002)

In der letzten Lebensphase sind, neben dem vermehrten Auftreten von Krankheiten, ein längerer Krankheitsverlauf, unspezifische Symptomatik sowie ein längerer Genesungsweg zu beachten (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 32, resp. Steinhagen-Thiessen, Gerok, Borchelt 1994, Kruse 2002). Des Weiteren ist eine veränderte Reaktion der älteren Menschen auf die Medikamentengabe nachgewiesen (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 32).

„Der Prozess des Alterns vollzieht sich bei jedem Einzelnen in individueller Weise und auch im Auftreten von Krankheiten und funktionellen Einschränkungen bestehen große Differenzen. Es wurden eine Reihe von Faktoren identifiziert, die Einfluss auf die gesundheitliche Lage im Alter haben, unter anderem das Geschlecht, die sozioökonomische Lage und das Gesundheitsverhalten“ (ebd., S. 33).

4.4.2.2 Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter

Die Komplexität der gesundheitlichen Einschränkungen sind nicht zuletzt Auslöser für psychosoziale Symptome (vgl. ebd., S. 32f., resp. BMFSFJ 2005).

Ungefähr ein Viertel aller 65-Jährigen und älteren Menschen sind an einer psychischen Störung erkrankt. Etwa die gleiche Anzahl der Krankheitshäufigkeiten finden sich bei Menschen im mittleren Lebensalter. Diese verlaufen allerdings vermehrt chronisch und parallel zu physischen Erkrankungen. Ein Anstieg psychischer Krankheiten wird dagegen auch hier im sehr hohen Alter vermutet, welche durch die Zunahme demenzieller Erkrankungen begründet werden könnte. (Vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 31, 35, resp. Wexerer, Bickel 2007)

„Kruse und Schmitt [...] vermuten, dass trotz des häufigeren Auftretens psychischer Symptome bei Älteren seltener eine eindeutige Diagnose gestellt wird“ (Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 35, resp. Kruse, Schmitt 2002; Auslassung: M.S.).

Einer Berliner Altersstudie zufolge war etwa die Hälfte der 70-Jährigen und älteren Menschen psychisch gesund und zeigten keinerlei Symptome. Bei fast einem Viertel konnten eindeutige Krankheitserscheinungen im Bereich der Psyche nachgewiesen werden. (Vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 35, resp. Kruse, Schmitt 2002) Dabei litten 14 Prozent der untersuchten Personen an demenziellen Erkrankungen, neun Prozent an einer Depression und fast zwei Prozent an Angststörungen. Andere psychische

Störungen, wie Persönlichkeitsstörungen oder wahnhaftige Störungen zeigten ebenso etwa zwei Prozent auf. (Vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 35f., resp. Robert Koch-Institut 2002)

Zusätzlich kann die Frage gestellt werden, bei wie vielen älteren Menschen psychische Beeinträchtigungen im Bereich der subdiagnostischen Symptomatik auftreten, also das Herausfallen aus den Diagnosekriterien trotz Einschränkung in der Lebensqualität, vor allem bei Depressionen (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 35f., resp. Robert Koch-Institut 2002).

Psychische Krankheiten, insbesondere depressive Syndrome, treten bei Frauen häufiger auf (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 35, resp. Stoppe 2006, Helmchen, Baltes, Geiselman et al. 1996).

4.4.2.3 Prävalenz von Depressionen im Alter

Depressionen sind nach Demenzen die häufigste psychische Erkrankung im Alter (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 153).

Etwa ein bis fünf Prozent der älteren Menschen leiden nachweislich an einer schweren Depression (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 35, resp. Kruse 2002, Weyerer, Bickel 2007). Zusammengefasst ergeben schwere und mittelschwere Depressionen Prävalenzen von acht bis 16 Prozent. Werden zusätzlich leichte Schweregrade berücksichtigt, so steigen die Häufigkeiten auf zehn bis 25 Prozent an. (Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 153f., resp. Helmchen, Kanowski 2000)

Die Prävalenz von Depressionen umfasst in allen Lebensphasen geschlechterspezifische Unterschiede. Seltener wird die Erkrankung bei Männern diagnostiziert. Depressive Episoden treten im höheren Alter bei Frauen fast doppelt so oft auf. (Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 154, resp. Murphy 1982, Bickel 1997)

Ob die Prävalenz von Depressionen mit zunehmendem Alter ansteigt, wird stark diskutiert:

In der Literatur finden sich Aussagen bzw. Verweise auf Studien (Berliner Altersstudie), dass Depressionen aller Altersgruppen konstant auftreten (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 51f., resp. Weyerer, Bickel 2007, Kruse, Schmitt 2002).

Zum einen wurde allerdings der Anstieg schwerer Depressionen im Alter belegt (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 52, resp. Stoppe 2006). Die Quote der erkrankten Menschen liegt bei bis zu zehn Prozent (Augsburger MONICA-Surveys) (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 52, resp. Braune, Berger 2005, Zietemann, Machens, Mielck et al. 2007).

Auf der anderen Seite wurde nachgewiesen, dass „Depressionen im Sinne einer depressiven Störung (bzw. Major Depression)“ (Wittchen, Jacobi, Klose et al. 2010, S. 23) im hohen Alter seltener auftreten (vgl. ebd., resp. Wittchen, Uhmann 2010).

Andere Studien zeigen, dass Depressionen schwereren Ausmaßes im Alter ab- und hingegen leichtere Formen zunehmen (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 52, resp. Weyerer, Bickel 2007).

„Die Annahme, dass die Häufigkeit von Depressionen mit zunehmendem Lebensalter abnimmt, scheint inzwischen widerlegt. Entsprechende Daten aus den deutschen Versorgungssystem belegen zumindest eine häufigere Diagnosestellung mit zunehmendem Lebensalter“ (Stoppe 2008, S. 406). Werden die Entstehungsfaktoren und die Assoziation mit anderen Erkrankungen in Betracht gezogen, ist diese Aussage fundiert (vgl. Wittchen, Jacobi, Klose et al. 2010, S. 23).

Gründe für die unterschiedlichen Ergebnisse der zahlreichen Untersuchungen sind zum einen verschiedene Forschungskriterien, z. B. die Auswahl des untersuchten Personenkreises. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko liegt bei institutionalisierten Personen vor. So treten bei 40 bis 50 Prozent von Heimbewohnern von Alten- bzw. Pflegeheimen depressive Symptome auf. (Vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 52, resp. Weyerer, Bickel 2007)

Zusätzlich wird „einerseits angenommen, dass die Form und Symptomatik depressiver Störungen im Alter nur unzureichend erfasst und beschrieben werden, andererseits treten untypische Depressionen im Alter gehäuft auf“ (Wittchen, Jacobi, Klose et al. 2010, S. 23).

Unterschätzt werden können Depressionen, vor allem leichtere Formen, von den Betroffenen selbst, als auch von Professionellen, da einige auftretende Symptome als „normal“ oder „alterstypisch“ und somit als nicht behandlungsbedürftig betrachtet werden. Zu diesen Symptomen gehören vor allem Schlafstörungen, Müdigkeit und Konzentrationsverlust sowie sozialer Rückzug, Verlust der Lebensfreude und Suizidgedanken. (Vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 52, resp. Stoppe 2006; Wittchen, Ja-

cobi, Klose et al. 2010, S. 23 resp. Stoppe 2008) „Dies steht in Widerspruch zu dem Befund, dass das psychische Wohlbefinden mit zunehmendem Alter trotz objektiver Einschränkungen ansteigt“ (Wittchen, Jacobi, Klose et al. 2010, S. 23 resp. Stoppe 2008). Aus der Annahme resultierend, dass diese Symptome für ein gewisses Alter normal sind, verzögern oder entfallen oft die Diagnosestellung als auch die Behandlung von Depressionen (vgl. Wittchen, Jacobi, Klose et al. 2010, S. 23 resp. Stoppe 2008).

Die Prävalenz von leichten Formen der Depressionen und Symptome ohne Krankheitswert ist hoch, was verschiedene Untersuchungen bestätigen (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 52, resp. Weyerer, Bickel 2007) (, sogenannte „depressive Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik“ (Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 52, resp. Robert Koch-Institut 2002)). Auch diese geringere Ausprägung depressiver Symptome nimmt Einfluss auf die Lebensqualität älterer und alter Menschen, was sich wiederum auf alle Lebensbereiche auswirken kann (vgl. Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 52, resp. Robert Koch-Institut 2002). „Sie wirken sich auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen, auf das Krankheitserleben (insbesondere das Schmerzerleben), die Lebenseinstellung und das persönliche Altersbild aus“ (Saß, Wurm, Ziese 2009, S. 52, resp. Robert Koch-Institut 2002). Zu den Symptomen, welche die Diagnostik erschweren, da sie von typischen Beschwerden eines jüngeren Personenkreises abweichen, zählen oft Gedächtnis- und Schlafstörungen, körperliche Beeinträchtigungen, Gereiztheit und innere Unruhe (vgl. Wittchen, Jacobi, Klose et al. 2010, S. 23 resp. Stoppe 2006).

Exkurs: Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erikson

Der in Deutschland geborene und spätere US-amerikanische Psychoanalytiker Erik H. Erikson (1906-1994) entwickelte die Phasentheorie der psychosexuellen Entwicklung von Sigmund Freud weiter (vgl. Boeree 2006, S. 5f.).

„Die Entwicklung läuft ihm zufolge nach dem epigenetischen Prinzip ab. Dieses Prinzip besagt, dass wir uns durch eine festgelegte Entwicklung unserer Persönlichkeit in acht Stadien entwickeln. Das Fortschreiten von einem Stadium zum anderen

ist zum Teil durch unseren Erfolg oder durch mangelnden Erfolg in allen vorangegangenen Stadien bestimmt“ (ebd., S. 6).

Spezifische Entwicklungsaufgaben psychosozialer Natur sollten in jeder Stufe erfüllt werden. Diese werden zwar von Erikson als Krisen bezeichnet, sind allerdings mit diesem Begriff weniger gleichzusetzen. (Vgl. ebd.)

Dabei ist zu beachten, dass nach Erikson jede Entwicklungsstufe und -aufgabe ihre optimale Zeit, also ein gewisses Entwicklungstempo, hat (vgl. ebd., S. 6f.).

„Wenn eine Stufe gut abgeschlossen wurde, behalten wir eine gewisse Tugend oder psychologische Stärke, die uns durch die folgenden Stufen unseres Lebens begleitet. Schließen wir dagegen eine Stufe weniger gut ab, kann es vorkommen, dass wir Fehlanpassungen (maladaptions) und Malignitäten (malignities) entwickeln und unsere weitere Entwicklung gefährden. Eine Malignität ist die schlimmere Auswirkung von beiden, weil zu wenig positive und zu viele negative Aspekte aus der jeweiligen Aufgabe gezogen wurden; wie zum Beispiel bei einer Person, die anderen Menschen nicht vertrauen kann. Eine Verhaltensstörung ist nicht ganz so gravierend, und umfasst zu viel der guten und zu wenige schlechte Aspekte; wie bei einer Person, die anderen zu sehr vertraut“ (ebd., S. 7).

Im Folgenden wird das Stufenmodell (s. Anl. 3) der psychosozialen Entwicklung nach Erikson kurz benannt. Besonderes Augenmerk wird auf die zweite sowie achte Entwicklungsstufe gelegt, da diese für die Auswertung der Interviews in Bezug auf die Forschungsfragestellung von außerordentlicher Bedeutung sind. Deshalb werden sie konkreter beschrieben und erläutert.

Die erste Stufe (oral-sensorische Phase) bezeichnet Erikson als die psychosoziale Krise zwischen „**Vertrauen**“ und „**Misstrauen**“, welche sich im ersten Lebensjahr vollzieht. Das Vertrauen beschreibt er „als ein Gefühl des Sich-Verlassen-Dürfens“ (Erikson 1993, S. 62). Die erste Bezugsperson, die Mutter, repräsentiert die Welt. Vertrauen soll in dieser Phase entwickelt werden, ohne einen vollkommenen Abschluss der Fähigkeit zu misstrauen. (Vgl. ebd., S. 214f.; Boeree 2006, S. 9)

Etwa im zweiten und dritten Lebensjahr (anal-muskuläre Phase) vollzieht sich die Krise zwischen „**Autonomie**“ und „**Scham und Zweifel**“. Der Umkreis der Bezugspersonen beschränkt sich hierbei auf beide Elternteile. Die Erlangung eines bestimm-

ten Maßes an Autonomie und die Minimierung von Scham und Zweifel beinhaltet diese Entwicklungsaufgabe. (Vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9)

Kinder erkunden in dieser Phase ihre Umwelt und wollen auf sie einwirken. Wird dieser Trieb von den Eltern gewährleistet und weder gebremst noch angetrieben, entwickeln sie eine Wahrnehmung für Selbstbestimmung und Unabhängigkeit. Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl entfalten sich durch Geduld und die Balance zwischen Strenge und Toleranz in der Erziehung der Eltern. (Vgl. Boeree 2006, S. 9f.)

Wenn die Bezugspersonen der „Entdeckungsreise“ des Kindes entgegen wirken und es nicht selbstständig handeln darf, kann dies zu Zweifeln des Kindes an den eigenen Fähigkeiten führen. Die Ausprägung eines tiefen Schamgefühls ist die Folge. Allerdings können uneingeschränkte Freiheit und das Fehlen von Grenzen ebenso dazu beitragen, das Gefühl von Scham und Zweifel beim Kind auszuprägen. Dasselbe gilt für Handlungen, die dem Kind Aufgaben abnehmen, die es alleine bewältigen kann. (Vgl. ebd., S. 10)

Auf der einen Seite ist ein gewisses Maß an Scham und Zweifel allerdings notwendig, damit sich nicht eine, wie Erikson dies nennt, Impulsivität („schamloser Starrsinn“) entwickelt, in der man sich, ohne seine Fähigkeiten zu reflektieren, in Aufgaben stürzt. Andererseits führt eine berausprgung von Zweifel und Schamgefühl zur, wie von Erikson bezeichneten, Zwanghaftigkeit. Perfektionismus und eine strengste Einhaltung aller Regeln sind bei solchen Menschen signifikant. Die richtige Balance zwischen Autonomie, Schamgefühl und Zweifel begünstigt die Entwicklung von Entschlossenheit und Willensstärke. (Vgl. ebd.)

„**Initiative gegen Schuldgefühl**“ nennt Erikson die dritte psychosoziale Krise im dritten / vierten bis fünften / sechsten Lebensjahr (genital-lokomotorische Stufe). In dieser ödipalen Phase erkennt das Kind die Familie und sich selbst als Mitglied dessen und entdeckt die Geschlechter. Die Aufgabe besteht in dieser Stufe Initiative zu erlernen, ohne zu viel Schuldgefühle auszuprägen. (Vgl. ebd., S. 10f.; Erikson 1993, S. 214f.)

Die Latenzphase, die vierte Stufe vollzieht sich im Schulalter eines Kindes, also etwa von sechs bis zwölf Jahren. Schule und Wohnumgebung werden in den Beziehungspersonenkreis eingeschlossen. Erikson nennt diese Entwicklungsstufe „**Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl**“. Das Kind wird mit der Aufgabe konfrontiert, Fleiß herauszubilden und ein Übermaß von einem Gefühl von Unterlegenheit zu

vermeiden. Soziale Kompetenzen zur Anpassung an die Gesellschaft sollen vordergründig angeeignet werden. (Vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 11f.)

Die Krise zwischen „**Identität**“ und „**Identitätsdiffusion**“ beschreibt Erikson in der Zeit zwischen Pubertät und 18 / 20 Jahren, der Adoleszenz. Peergroups und andere Rollenmodelle sind bedeutungsvolle Beziehungspersonen. Die Aufgabe der Entwicklungsstufe ist eine eigene Identität auszubilden und gleichzeitig eine Rollenverwirrung zu vermeiden. (Vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 12ff.)

Die sechste Stufe umfasst die psychosoziale Krise „**Intimität und Solidarität gegen Isolierung**“, welche im jungen Erwachsenenalter auftritt, also etwa zwischen dem 18. bis 30. Lebensjahr. Freunde, Sexualpartner, Arbeitskollegen, aber auch Rivalen prägen vor allem das Beziehungsumfeld. Aufgabe ist es, ein bestimmtes Maß Intimität zu gewinnen und die Isolation zu überwinden. (Vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 14f.)

Im mittleren Erwachsenenalter bzw. in der Phase der eigenen Kindererziehung (ca. 20-50 Jahre) vollzieht sich die siebte Stufe „**Generativität gegen Selbstabsorption**“. Arbeit und Eheleben stehen hier nach Erikson im Vordergrund. Die Entwicklungsaufgabe besteht darin, „die richtige Balance zwischen Generativität und Stagnation zu finden und aufrecht zu erhalten“ (Boeree 2006, S. 15). (Vgl. ebd., S. 15f.; Erikson 1993, S. 214f.)

Vor der achten Entwicklungsaufgabe, nach Erikson „**Integrität vs. Verzweiflung**“, steht der Mensch im späten Erwachsenenalter bzw. im Alter (ca. 60. Lebensjahr). Dies ist etwa die Zeit des Ruhestandes und die, in der die Kinder nicht mehr im Haushalt leben. Alte Menschen vermeiden es „oft, das Alter als solches anzuerkennen. In Eriksons Theorie ist das Erreichen dieser Phase positiv, erreicht man sie nicht, weist das eher darauf hin, dass frühere Schwierigkeiten eine Retardierung der eigenen Entwicklung zur Folge hatten“ (Boeree 2006, S. 16). Die Ausbildung einer Ichintegrität ist Ziel dieser Entwicklungsaufgabe, während ein Gefühl von Verzweiflung minimiert werden soll. (Vgl. ebd.; Erikson 1993, S. 214f.)

Im deutschen Kulturkreis assoziieren die meisten Menschen die gesellschaftliche Ablösung mit dem Gefühl, gebraucht zu werden. Vor allem der Eintritt ins Rentenalter, die nicht mehr beanspruchten elterlichen Aufgaben und somit nicht mehr geforderte und benötigte Beiträge zum gesellschaftlichen Leben, prägen diese Zeit. (Vgl. Boeree 2006, S. 16)

Die Empfindung biologischer Nutzlosigkeit kommt hinzu. Die Menopause bzw. Erektionsstörungen sowie beeinträchtigende Alterserkrankungen und plötzliche Ängste treten häufig auf. (Vgl. ebd.)

Das Leben ist endlich. Deshalb kommen in dieser Phase Gedanken an den Tod auf und rücken durch Verlust von Partner, Verwandten oder Freunden in den Vordergrund. Ein Gefühl von Verzweiflung entsteht. (Vgl. ebd.)

Als Reaktion darauf, denken viele ältere Menschen an die Vergangenheit und bereuen begangene Fehler, welche nicht mehr zu revidieren sind (vgl. ebd., S. 16f.). „Einige ältere Menschen werden deprimiert, boshaft, paranoid, hypochondrisch oder sie entwickeln Anzeichen für Senilität – mit oder ohne psychische Grundlage“ (ebd., S. 17).

Ichintegrität bedeutet die Akzeptanz des eigenen Lebens mit allen Entscheidungen, also mit dem Leben „ins Reine“ kommen und auch die Notwendigkeit von Fehlentscheidungen anerkennen. Das erleichtert den Umgang mit dem eigenen Lebensende und die Furcht vor dem Tod wird verloren. Diese erlangte Stärke wiederum bezeichnet Erikson als Weisheit. (Vgl. ebd., S. 17)

„Bei einer Fehlanpassung in dieser Phase entsteht eine Neigung zu Anmaßung [...]. Damit ist gemeint, dass eine Person sich Ichintegrität "anmaßt", ohne sich tatsächlich mit den Schwierigkeiten des Alters auseinander zu setzen. Die malige Neigung wird als Verachtung [...] bezeichnet, Erikson meint damit eine verächtliche Einstellung dem Leben gegenüber – dem eigenen Leben oder dem Leben aller Menschen gegenüber“ (ebd., S. 16; Auslassung: M. S.).

5 Auswertung der biographisch-narrativen Interviews

Um die im Abschnitt „Erkenntnisinteresse“ erläuterten Forschungsfragestellungen zu bearbeiten, wurden zwei biographisch-narrative Interviews nach Schütze geführt und im Folgenden in Anlehnung an das Auswertungsverfahren von Rosenthal analysiert.

5.1 Interview 1

Das erste Interview wurde am 05.04.2013 an einem neutralen Ort einer Fachhochschule geführt und dauerte von 16:00 Uhr bis 20:30 Uhr. Die tatsächliche Interviewdauer (Stimulus, Haupterzählung, immanenter und exmanenter Nachfrageteil) betrug ca. drei Stunden und 14 Minuten. Im Vorfeld wurde eine Einverständniserklärung für die Durchführung des Interviews und die Nutzung der Daten erläutert sowie unterzeichnet (s. Anl. 4). Nachfolgend wurden gemeinsam mit der interviewten Person ein Vordruck zu soziodemographischen Daten (Vordruck s. Anl. 5) ausgefüllt sowie ein Nachgespräch geführt. Im Anschluss an das Treffen wurde von der Interviewerin ein Interviewprotokoll (s. Anl. 6) erstellt.

Interviewt wurde eine Frau, Karla Winkler², welche 1947 geboren wurde und somit zum Zeitpunkt des Interviews 65 Jahre alt war. Frau Winkler ist in einem kleinen Ort in Sachsen geboren und in der Zeit ihres Aufwachsens mehrmals in diesem Bundesland und dessen näherer Umgebung umgezogen. Die Mutter ist gelernte Gesundheitsfürsorgerin und ihr Vater war Schuhmacher. Die Frau selbst ist Facharbeiterin für Rinderzucht und arbeitete zuletzt als Verkäuferin. Sie hat eine zwei Jahre jüngere Schwester. 1970 hat sie geheiratet und bekam zwei Kinder, ein Mädchen und einen Jungen. Im Jahr 2004, etwa im Alter von 57 Jahren, wurde bei ihr die Diagnose Depression gestellt.

Für die Analyse wurde nicht das gesamte Interview transkribiert, sondern nur bestimmte Fragmente, welche für die Forschungsfragestellung von spezieller Bedeutung sind (s. Anl. 9, 10, 11, 12). Anstelle des gesamten transkribierten Interviews wurde eine detaillierte Inhaltsübersicht (s. Anl. 7) erstellt.

5.1.1 Analyse der biographischen Daten (Ereignisdaten)

Als ersten Auswertungsschritt nach Rosenthal erfolgt die Analyse der Ereignisdaten. Die biographischen Daten werden zur besseren Veranschaulichung in Form einer Tabelle in der Anlage acht dargestellt.

² Name anonymisiert

Frau Karla Winkler wurde 1947, zwei Jahre nach Ende des zweiten Weltkrieges und der Niederlage Deutschlands, in Sachsen geboren. Ostdeutschland stand seit 1945 unter sowjetischer Kontrolle. In dieser Nachkriegszeit war die Lebensmittelversorgung schlecht, der Wiederaufbau stand im Vordergrund. Dennoch ist anzumerken, dass kleinere sächsische Städte (wo Frau Winkler lebte) weniger von Kriegsbeschädigungen betroffen waren, da das Hauptaugenmerk der Zerstörung auf Großstädten wie Dresden und Leipzig lag. Viele Regionen waren von der Bodenreform und deren Auswirkungen berührt.

Beide Elternteile von Frau Winkler wurden nach dem ersten Weltkrieg geboren (Vater 1920, Mutter 1924) und mussten im zweiten Weltkrieg aus Schlesien flüchten. Es kann durchaus vermutet werden, dass die Eltern eine Traumatisierung durch die erfahrenen Kriegserlebnisse erlitten haben. Dies kann wiederum eine Unfähigkeit der Vermittlung von Geborgenheit, Liebe und Nähe einschließen. Zusätzlich könnten Angst und Entwurzelung indirekt übertragen worden sein. (Vgl. Konrad 2013, S. 249, 551) Daraus kann resultieren, dass die Entwicklungsaufgabe „Urvertrauen gegen Urmisstrauen“ nach Erikson bei Frau Winkler nicht erfolgreich überwunden wurde (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9).

Die Eltern hatten keinen höheren Bildungsabschluss. Der Vater übte den handwerklichen Beruf eines Schuhmachers aus und die Mutter arbeitete als Kindergärtnerin bzw. Gesundheitsfürsorgerin. Beide verdienten den Lebensunterhalt der Familie. Die Mutter war vermutlich zusätzlich für die Kindererziehung verantwortlich.

Noch vor der Geburt ihrer zwei Jahre jüngeren Schwester, wahrscheinlich 1949, änderten die Eltern ihren Wohnort. Dies könnte als weiteres Anzeichen für eine fehlende Beständigkeit gedeutet werden. 1949 wurde die Deutsche Demokratische Republik gegründet. Die Sowjetunion übte weiterhin Kontrolle aus. Es war eine entbehrensreiche Zeit des Aufbaus mit beginnendem Wirtschaftswachstums. Durch die schwierigen Lebensverhältnisse und die Geburt ihrer Schwester waren ihre Eltern möglicherweise überfordert, so dass diese nicht die Geduld aufbringen und Balance zwischen Strenge und Toleranz einhalten konnten und sich somit bei Frau Winkler nicht ausreichend die Wahrnehmung für Selbstbestimmung und Unabhängigkeit, Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl entfalten konnte (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9f.).

Mit vier bzw. fünf Jahren wurde Frau Winkler aufgrund einer Weiterbildung ihrer Mutter für ein Jahr in ein Kinderheim gegeben. Es lässt sich vermuten, dass diese

Zeit sehr prägend für sie gewesen ist, da sich eine gute Bindung zu den elterlichen Bezugspersonen förderlich auf die Entwicklung eines Kindes ausübt (vgl. Brisch 2010, S. 35-41). Durch die Abgabe der elterlichen Pflichten in der Zeit der Krise „Initiative vs. Schuldgefühle“ nach Erikson konnte diese Entwicklungsaufgabe mutmaßlich nicht optimal gelöst werden, so dass in der weiteren Biographie von Frau Winkler prägende Schuldgefühle vorherrschen werden (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 10f.).

Ein wahrscheinlich weiteres einschneidendes Ereignis ist wenige Jahre später, etwa 1955, die Trennung der Eltern. Karla Winkler zog daraufhin mit der Mutter um und musste die Schule wechseln. Erneut wurde sie aus ihrem gewohnten sozialen Umfeld gerissen und musste ihren Bezugspersonenkreis, welcher sich mit dem Alter ausdehnt, zurücklassen. Diese Beziehungspersonen im Grundschulalter beinhalten nicht nur den Vater, sondern auch Mitschüler und ihre Nachbarschaft (s. Anl. 3).

Etwa 1960 beendete Karla Winkler mit dem Abschluss der achten Klasse die Schule. Kurz darauf verließ sie in jungen Jahren ihr elterliches Haus und begann eine Lehre in der Landwirtschaft. Zur damaligen Zeit war es für Frauen in dem Alter ein typischer Berufsweg, um den Lebensunterhalt der Familie mit zu sichern.

Später arbeitete sie als technische Assistentin in einem Dorf in der Nähe ihrer Mutter. Daraus könnte zum einen die Hypothese gebildet werden, dass eine enge Bindung oder Abhängigkeit besteht, andererseits sie sich verpflichtet fühlt, diese zu umsorgen. Diese Schuldgefühle könnten in der Phase während des Aufenthaltes im Kinderheim ihren Ursprung haben.

In ihren ersten Arbeitsjahren lernte sie ihren Mann kennen, welcher ebenfalls in der Landwirtschaft tätig war, und zog erneut um. 1970 heiratete sie und bekam ein Jahr darauf eine Tochter. 1975 folgte die Geburt eines Sohnes. Eheliche Kinder entsprachen in der Zeit der DDR der gesellschaftlichen Norm. Somit zeigt sie ggf. ein gesellschaftlich angepasstes Verhalten und konservative Verhaltensmuster.

1979 verstarb ihr Vater im Alter von 59 Jahren. Eine Krankheit dafür könnte die Ursache dafür sein. Eine möglicherweise feste Bezugsperson ist in relativ frühen Jahren, eventuell unverhofft, aus ihrem Leben geschieden.

Etwa bis zum Umzug 1989 arbeitete Frau Winkler im Stall. Bis zur Wende der DDR war sie dann im Feldbau tätig. Die Wende und demzufolge der politische und gesellschaftliche Wandel folgten. Anschließend übte sie ein dreiviertel Jahr die Tätigkeit

von Motoren wickeln aus. Mutmaßen lässt sich der Rang einer Aushilfsstelle bzw. Notlösung, da diese Arbeit artfremd zu ihren bisherigen aus ihrer Biographie ersichtlichen Tätigkeiten war. Drei Jahre Arbeitslosigkeit folgten. In dieser Zeit absolvierte sie eine Weiterbildung, in der sie den Umgang mit dem Computer erlernte. Das könnte ein Zeichen sein, sich mit der „neuen“ Zeit und den veränderten Bedingungen auseinander setzen zu wollen oder sich damit arrangieren zu müssen.

Im Jahr 1993 fand sie eine Anstellung im Supermarkt als Verkäuferin. Zu dieser Zeit waren ihre Kinder etwa 22 und 18 Jahre alt. Die Aufgabe der Erziehung der Kinder dürfte zu dieser Zeit also größtenteils abgeschlossen gewesen sein. Durch den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben konnte sie somit ihren Teil zum gesellschaftlichen Leben beitragen, indem sie durch die neue Anstellung auch aktiv teilnehmen konnte. Es ist wahrscheinlich, dass neue soziale Kontakte aufgebaut wurden, welche Frau Winkler stärkten. Andererseits könnten auch Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen aufgetreten sein.

1995 / 1996 begannen Probleme mit der Nachbarschaft. Eine Hypothese dafür wären zurückliegende, unbewältigte Lebensaufgaben und eine daraus resultierende fehlende Kompetenz zur Konfliktfähigkeit.

Somatische gesundheitliche Beschwerden traten gehäuft im Jahr 2000 auf. Das kann auf jahrelange schwerste körperliche Arbeit in der Landwirtschaft zurückzuführen sein. Im Anschluss erfolgte eine Kur. Dass sie diese zusammen mit ihrem Mann durchführte, kann einerseits bedeuten, dass sie in enger Beziehung zu ihrem Mann steht, andererseits das partnerschaftliche Bündnis aus diversen Gründen gestärkt werden soll oder emotionale Abhängigkeit vorherrscht.

Im Frühjahr 2002 traten extreme Schwächegefühle auf. Eine ärztliche Diagnose konnte nicht gegeben werden. Prägende und gesellschaftliche Ereignisse in ihrer Lebensgeschichte in Verbindung mit fehlenden Bewältigungsstrategien könnten die auftretende Schwäche verursacht haben. In der Sommerzeit 2002 war Frau Winkler vom Hochwasser betroffen, was vermutlich zusätzlich ihre Psyche belastete. Daraufhin verspürte sie im September erneute Schwindelgefühle. Im folgenden Jahr fühlte sich Frau Winkler kraftlos, weshalb sie Probleme auf ihrer Arbeitsstelle bekam. Möglicherweise reagierten Menschen in ihrem Arbeitsumfeld mit Unverständnis auf ihre gesundheitlichen Probleme.

Im Januar 2004 erfolgte die Diagnose Depression. Zu dem Zeitpunkt war Frau Winkler etwa 57 Jahre alt. Es kann vermutet werden, dass ein Auslöser der Depression die Krise „Integrität gegen Verzweiflung“, als Entwicklungsaufgabe nach Erikson, ist (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.). Hypothetisch könnte sie durch gesellschaftliche Ablösung und die Auseinandersetzung mit ihrem vergangenen Leben die Entwicklungsstufe bisher nicht erfolgreich bewältigen und ihre Biographie annehmen, so dass sich in ihr ein Gefühl von Verzweiflung ausbreitete.

Ein stationärer Fachkrankenhausaufenthalt erfolgte einen Monat später und endete im Juni 2004. Anschließend wurde sie in einer Tagesklinik teilstationär bis zum August weiter behandelt. Die sich an die Diagnose anschließende stationäre und teilstationäre Behandlung könnte auf eine schwere Form der Depression hinweisen. Wahrscheinlich hatte sie schon länger oder öfter depressive Verstimmungen, welche nicht erkannt oder / und behandelt wurden. Karla Winkler bekam die Auflage zur Wiedereingliederung ins Berufsleben. Es könnte sein, dass diese Maßnahme zusätzlichen Druck auf die kranke Frau ausübte.

Ein zweiter Aufenthalt in einem Fachkrankenhaus erfolgte im April 2005. Dieser unterstreicht die Schwere der Depression und die damit verbundene langwierige Behandlungsdauer. Nach der Entlassung lebte sie zu Hause. Die gesundheitliche Absicherung konnte durch eine psychologische Behandlung in einer Tagesklinik kompensiert werden. Eine zwischenzeitliche Besserung des Krankheitsverlaufs durch möglicherweise erlernte Bewältigungsstrategien kann als Hypothese aufgestellt werden. Die Erwerbsunfähigkeitsrente wurde verlängert, was Frau Winkler höchstwahrscheinlich als erleichternd empfand. Etwa zwei bis drei Jahre war Frau Winkler nicht in fortwährender therapeutischer Behandlung. Eine weitgehende Beschwerdefreiheit kann in dieser Zeit vermutet werden.

Etwa 2007 zog der Sohn in ein von den Eltern weit entferntes Gebiet. Einerseits kann das durch die Arbeitsmarktbedingungen der heutigen Zeit begründet sein, andererseits kann eine gestörte Beziehung zu den elterlichen Bezugspersonen und somit eine Abnabelung der Grund für die Distanzierung gewesen sein.

Im Jahr 2012 verspürte die Protagonistin einen starken Redebedarf. Denkbar sind eine wieder beginnende oder verschlimmerte depressive Phase sowie Bedürfnisse nach Aufmerksamkeit und Anerkennung. Außerdem traten in diesem Jahr Eheprobleme auf, welche fast zu einer räumlichen Trennung führten. Das schließt auf eine

massiv gestörte Paarbeziehung. Der auch 2013 anhaltende Nachbarschaftsstreit deutet erneut auf einen Mangel an Konfliktfähigkeit hin.

Gegenwärtig befindet sich Frau Karla Winkler in der Behandlung einer Tagesklinik. Das lässt darauf schließen, dass sie sich noch in der Krankheitsbewältigung befindet.

5.1.2 Text- und thematische Feldanalyse (erzähltes Leben)

Für die Bearbeitung dieses Analyseschrittes wurden die Inhaltsübersicht (s. Anl. 7) sowie die Transkription der Eingangssequenz (s. Anl. 9) verwendet. Verweise auf transkribierte Fragmente (Anl. 10, 11, 12) finden sich ebenfalls in den Ausführungen. Die Einteilung in thematische Kategorien wird in der Inhaltsübersicht der Anlage sieben ebenfalls deutlich. Die in diesem Abschnitt wiedergegebene Lebensgeschichte erfolgt dementsprechend chronologisch bzgl. der Erzählung.

Nach dem Eingangsstimulus (s. Anl. 9, Z. 1-7) scheint die Protagonistin Karla Winkler unsicher zu sein und vergewissert sich mit Nachfragen, mit welcher Thematik sie beginnen sollte. Die Kernfragen des Stimulus werden von der Interviewerin noch einmal verkürzt geschildert. Sie wird erneut gebeten, ihre Lebensgeschichte zu erzählen, nicht nur von ihrer Depression, sondern alle Ereignisse, welche für sie von Bedeutung sind. (S. Anl. 9, Z. 1-15)

Erstes thematisches Feld

Auf die Aushandlungsphase hin beginnt Frau Winkler einleitend mit der Eingangssequenz: „also ja:: durch die aufarbeitung eigentlich müsst ich in der kindheit anfang?“ (s. Anl. 9, Z. 16f.). Mutmaßlich meint sie damit die Aufarbeitung ihrer depressiven Erkrankung, die also scheinbar eine zentrale gegenwärtige Bedeutung für sie hat. Sie beginnt mit der Erzählung nicht bei dem Anfang ihrer Biographie, also ihrer Geburt, sondern vom Kinderheim, in dem sie ein Jahr gelebt hat (s. Anl. 9, Z. 17-26). Nach ihren Angaben war sie zu diesem Zeitpunkt im Alter von vier oder fünf Jahren. Da sie mit dieser Ausführung ihre Haupterzählung beginnt, scheint die Zeit für sie sehr prägend gewesen zu sein. Einige Fakten wurden ihr von Dritten wiedergegeben, was darauf schließen lässt, dass sie selbst kaum Erinnerungen an diese Zeit besitzt. Als ein für sie negatives Ereignis schildert sie ein Erlebnis, in dem nachts etwas an das Fenster vom Heim flog und sie Angst verspürte, welche bis heute an-

hält. Als Hypothese kann das Fehlen der familiären Bezugspersonen als ausschlaggebender Faktor zu dieser Angstentwicklung aufgestellt werden. Das familiäre soziale Netz, welches in diesem Alter für die Entwicklung von Kindern notwendig ist, konnte sich eventuell nicht ausreichend stabilisieren, da die Elternteile gefehlt haben (vgl. Brisch 2010, S. 35-41). (S. Anl. 9, Z. 16-26)

Ohne die Kinderheimproblematik noch genauer auszuführen, spricht sie im Anschluss über die Trennung ihrer Eltern im Grundschulalter. Sie erzählt, dass sie ein „vaterkind“ (s. Anl. 9, Z. 27) war und eine zwei Jahre jüngere Schwester hat, wobei sie die kräftigere von beiden war. Für ihre Mutter habe sie sich immer verantwortlich gefühlt. Sie vergleicht sich mit ihrer Schwester und beschreibt diese als fordernd, während sie zurück gesteckt hat. Somit präsentiert sie sich in ihrer Erzählung als diejenige in der Familienkonstellation, die im Schatten ihrer Schwester stand oder steht. Als sie zum nächsten Biographieabschnitt übergehen wollte, verwarf sie dies vorerst wieder und erzählte mit Nachdruck, dass sie unter der Trennung von ihrem Vater sehr gelitten habe („große belastung“ (s. Anl. 9, Z. 33) „da hab ich sehr geweint“ (s. Anl. 9, Z. 35)). Dieses kritische Lebensereignis könnte eventuell zu ihrer Krankheitsgeschichte beigetragen haben. (S. Anl. 9, Z. 26-38)

Im Anschluss berichtet sie kurz, dass in der Schul- und Lehrzeit für sie nichts Bedeutsames passiert ist und spart diesen Themenbereich aus (s. Anl. 9, Z. 38f.).

Es folgt die Erzählung von der Hochzeit mit ihrem Mann. Sie beschreibt diesen ausführlich, u. a. als „ebenbild“ (s. Anl. 9, Z. 41) ihres Vaters. Diese Beziehung scheint allerdings sehr ambivalent, da sie offenbar seinen Humor schätzt und unter der Trennung des Vaters gelitten hat, der Mann auf der anderen Seite sehr konservativ scheint und sie sich als die devote Hausfrau beschreibt („da gabs schon richtig harte probleme“ (s. Anl. 9, Z. 55f.) „viel eigentlich auch geschluckt“ (s. Anl. 9, Z. 60f.) „ziemlich starken (-) kon(.)flikt“ (s. Anl. 9, Z. 63f.)). Als „totaler gegensatz“ (s. Anl. 9, Z. 70f.) werden auch die Interessenslagen von ihr und ihrem Mann beschrieben. Ihre zwei Kinder erwähnt sie nur nebenbei, was auf eine distanzierte Beziehung schließen lässt. (S. Anl. 9, Z. 40-77)

Frau Winkler versucht die chronologische Abfolge im Interview zu halten und erwähnt einen Umzug 1989, die Wende sowie die darauffolgende dreijährige Arbeitslosigkeit und eine anschließende Einstellung in einem Supermarkt als Verkäuferin. Hierbei wird der Ost-West-Konflikt nach der Wende verdeutlicht, in dem sie „span-

nungen“ (s. Anl. 9, Z. 93) zwischen westdeutschen Vorgesetzten und ostdeutschen Angestellten beschreibt. (S. Anl. 9, Z. 78-93)

Es folgt eine ausführliche Erzählung bzw. Beschreibung von ca. zehn Minuten, in der sie über Probleme in der Nachbarschaft berichtet. Dieser „Terror“ (s. Anl. 7, Min. 08:45) begann 1995 / 1996. Auch hier beschreibt sie sich als diejenige, die wieder „alles geschluckt“ (s. Anl. 7, Min. 08:45) hat. (S. Anl. 7, Min. 08:45)

In den ersten 18 Minuten spricht Frau Winkler also von ihrer biographischen Leidensgeschichte, wobei sie die meisten Problematiken ihres bisherigen Lebens direkt anspricht.

Zweites thematisches Feld

In der 18-ten Minute beginnt sie über ihren Krankheitsverlauf, ein weiteres thematisches Feld, zu sprechen. Sie berichtet von somatischen Gesundheitsproblemen im Jahr 2000, einer Kur, Schwindelattacken bis hin zur Arbeitsunfähigkeit und extremer Schwäche im Frühjahr 2002. (S. Anl. 7, ab Min. 18:45)

Sie unterbricht ihre Ausführungen mit dem chronologisch passenden Ereignis des Hochwassers im Sommer 2002, von dem sie betroffen war und Reaktionslosigkeit gezeigt hat. Vermutlich war zu diesem Zeitpunkt eine psychische Erkrankung schon fortgeschritten. (S. Anl. 7, Min. 22:00)

Frau Winkler führt ihren Krankheitsverlauf weiter fort und setzt an der Stelle von Schwindelgefühlen ein. Die somatischen Probleme weiten sich aus. Sie erwähnt in diesem Zusammenhang auftretende Probleme in ihrer Arbeitsstelle und nennt erstmals eine Enttäuschung von ihrem Hausarzt, welcher kein psychologisches Verständnis zeigte. Erst durch einen Vertretungsarzt, welcher empathischer handelte, wurde die Diagnose Depression im Januar 2004 gestellt. In diesem Zusammenhang kann eine Erleichterung der Protagonistin durch die Diagnosestellung vermutet werden. (S. Anl. 7, ab Min. 22:55)

Drittes thematisches Feld

Es folgen Ausführungen hinsichtlich der Einweisung in eine psychiatrische Fachklinik, was eine schwere Form der Depression mutmaßen lässt. In der narrativen Stelle (s. Anl. 10) erzählt sie von dem Klinikaufenthalt. In der Visite sollte sie sich vor fremden Menschen öffnen. Ein Zwang scheint auf ihr gelastet zu haben und Wünsche nach Autonomie, Verständnis und Empathie können an dieser Stelle interpre-

tiert werden. Auf die Aussage eines Professionellen, ihr „lächeln wär ja nich normal (.) es wär ene maske“ (s. Anl. 10, Z. 23f.), reagierte sie mit Ablehnung. Das ist ein typischer Zeichen einer larvierten Depression (vgl. Wolfersdorf, Schüler 2005, S. 33). Es kann vermutet werden, dass sich Frau Winkler in der Entwicklungsaufgabe „Integrität vs. Verzweiflung“ nach Erikson befindet (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.). Sie ist nicht in der Lage, ihre eigene Biographie anzunehmen, maßt sich allerdings die „Ichintegrität“ an, damit sich nicht in ein Loch der Verzweiflung fällt. Hypothetisch gesehen, kann diese Fehlanpassung als eine Art Selbstschutz betrachtet werden, denn die Entwicklungsaufgabe, sich mit den Problemen der Altersphase auseinander zu setzen, nicht bewältigen zu können, kann gravierendere psychische Störungen auslösen. Dennoch erzählt sie im nächsten Sinnabschnitt, dass sie sich nach einem kurzen Therapieurlaub selbst eingewiesen hat. Das kann einerseits einen Hilfebedarf bedeuten. Andererseits kann es als erneuter Versuch der Aufrechterhaltung ihrer Realität gedeutet werden, denn dort wehrt sie wiederholt die Aussagen der Ärzte ab, dass ihr Lächeln eine Maske wäre. Ein Wunsch nach Verständnis, Vertrauen und Empathie kann hier ebenfalls interpretiert werden. (S. Anl. 7, ab Min. 27:30)

Auf diese Konfrontation hin, dass hinter ihrem Lächeln etwas anderes steht als ein Ausdruck für Glück und Freude, berichtet sie von Aggressionen, was die oben genannte Hypothese zur Anmaßung der Ichintegrität unterstreicht. Auch erzählt sie von episodisch manischen Phasen³, die ein bis zwei Stunden anhielten. Auf ihr Gefühl hin, die innere Unruhe und innere Explosion, wie sie es beschreibt, durch körperliche Aktivität in den Griff zu bekommen, wurde sie von einer Schwester des Fachkrankenhauses gebremst. In dieser Situation ist wiederholt ein Zwang zu erkennen und der Wunsch nach Autonomie und Empathie weitet sich vermutlich aus. Eine Beschreibung von Suizidgedanken folgt. Damit will sie eventuell ihre ausweglose Situation verdeutlichen. Ihre Realität wurde angezweifelt (s. Anmaßung der Ichintegrität) (vgl. Boeree 2006, S. 17) und auf ihre Bewältigungsversuche hin, mit ihren daraufhin entstandenen negativen Empfindungen umzugehen, stößt sie auf Unverständnis und erleidet eine Abhängigkeit bzw. ist einer Art Macht als Patientin des Fachkrankenhauses ausgeliefert. Sie verliert ein Stück Individualität, indem sie sich den dort gegebenen Strukturen unterordnen muss. (S. Anl. 7, ab Min. 35:05)

³ Bipolare Störungen wurden nicht diagnostiziert.

Aufgrund der bei ihr auftretenden Suizidgedanken wurde sie in einen Bereich mit „strenger[en]“ (s. Anl. 7, Min. 39:00; Anpassung: M. S.) Strukturen verlegt, was wieder die Einschränkung ihrer Freiheit bedeutet. Im Anschluss folgt die Erzählung von der begonnenen Verarbeitung, der Trennung der Eltern sowie einen Schulwechsel, unter dem sie gelitten hatte, welchen sie in der Anfangserzählung aussparte. Dieser hängt vermutlich mit der Trennung der Eltern zusammen und wurde deshalb zu Beginn des Interviews nicht gesondert ausgeführt. (S. Anl. 7, Min. 42:30)

Zum Abschluss dieser Thematik resümiert sie diesen Teil, indem sie für die Interviewerin die Zeitangabe des ersten Klinikaufenthaltes, Februar bis Ende Juni 2004, ergänzt. Damit kündigt sie indirekt eine weitere stationäre Therapie an. Zusätzlich beschreibt sie Gefühle von Unruhe und Aggression, welche zu diesem Zeitpunkt gegenwärtig waren. (S. Anl. 7, Min. 46:00)

Viertes thematisches Feld

Weitere belastende Ereignisse folgen in ihrer Biographie. Einerseits die Krankheit ihres Mannes, zum anderen werden finanzielle Probleme angesprochen. Ein zwei-monatiger Aufenthalt in einer Tagesklinik folgt (s. Anl. 7, Min. 47:25). Mit der dortigen Sozialarbeiterin hat sie eine „Reha“ (s. Anl. 7, Min. 47:25) beantragt und bekommen. Hierbei bleibt die Frage offen, ob es sich um eine medizinische oder berufliche Rehabilitation handelt. Vorerst scheint es sich in ihrer Erzählung um eine medizinische Rehabilitation zu handeln. Auch hier berichtet sie von Suizidgedanken und anderen Schwierigkeiten. Ihre Aussagen scheinen ambivalent, da sie erst ein gutes Verhältnis zu einer bestimmten Psychologin anspricht und darauf ein Vertrauensbruch beschreibt. Nach ihren Aussagen nahm sie auch eine junge Ärztin nicht ernst. Eine andere Psychologin solle zusätzlich nur im Sinne der Krankenkassen arbeiten. In ihren Aussagen wird die Zuordnung der Psychologin bzw. Ärztin mit einer Institution nicht deutlich. Eventuell geht sie in ihrer Geschichte von ihrem chronologischen Ablauf der Biographie weg und will auf ihr Gefühl von Vertrauensbruch und Enttäuschung eingehen und argumentiert mit Aufzählungen. Dieses gehäufte Misstrauen kann auf eine nicht positiv bewältigte Entwicklungsaufgabe nach Erikson „Vertrauen vs. Misstrauen“ im ersten Lebensjahr hindeuten (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9). Darüber hinaus könnte eventuell auch eine (nicht diagnostizierte) „paranoide Persönlichkeitsstörung“ (F60.0 ICD-10) (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt 2011, S. 277) vermutet werden, welche Symptome wie eine übertriebene „Empfind-

lichkeit bei Rückschlägen und Zurücksetzung“ (ebd.), „Misstrauen und eine starke Neigung, Erlebtes zu verdrehen, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet werden“ (ebd.), „Inanspruchnahme durch ungerechtfertigte Gedanken an Verschwörungen als Erklärungen für Ereignisse in der näheren Umgebung und in aller Welt“ (ebd.) bis hin zu einem streitsüchtigen und beharrlichem, situationsunangemessenem Bestehen auf die eigenen Rechte (vgl. ebd.), auslösen kann. Diese könnten im Verhalten bzw. den Äußerungen der Protagonistin wiedergespiegelt werden. Dennoch beschreibt sie indirekt Bedürfnisse nach Vertrauen, Rückhalt und Anerkennung, also ernst genommen zu werden, welche wiederum mit einem würde- und respektvollen Umgang in Verbindung zu setzen sind. (S. Anl. 7, ab Min. 52:00).

Eine Wiedereingliederung in den Beruf wurde seitens der Behörden angestrebt. Auch als sie eine Beurteilung eines Professionellen gelesen hat, fühlt sie sich wieder nicht verstanden (s. Anl. 7, Min. 57:50). Diese weitere Tatsache könnte ein zusätzlicher Hinweis auf eine paranoide Persönlichkeitsstörung sein. Außerdem bereitete ihr mutmaßlich die vergebliche Suche nach einem Verhaltenstherapeuten einen Rückschlag, so dass sie sich „hilflos“ (s. Anl. 7, Min. 59:40) und verzweifelt fühlte und im Interview versucht ihre Tränen zu unterdrücken. Vermutlich suchte sie in einer erneuten Selbsteinweisung in das Fachkrankenhaus Hilfe und Unterstützung. (S. Anl. 7, ab Min. 56:00)

Fünftes thematisches Feld

Chronologisch fährt sie in ihrer Lebensgeschichte fort und beginnt ein neues thematisches Feld mit der Erzählung von der zweiten Therapie im Fachkrankenhaus, welche sie als „Qual“ (s. Anl. 7, Min. 01:02:10) beschreibt. Mit dieser Aussage wertet sie ihre eigenen Erfahrungen und gibt der Interviewerin einen vorangestellten Einblick in ihre Erlebnisse. Auch in diesem Teil der Erzählung gibt es deutliche Hinweise im Interview auf Bedürfnisse nach Anerkennung, Autonomie, Empathie und Verständnis. Zwang, Druck und indirekte Machtstrukturen herrschen in ihrem Erleben in der Einrichtung vor. Anzeichen dafür wären Erzählungen von therapeutischen Einheiten, wie das Malen und Schreiben mit musikalischer Begleitung, Sport und kognitive Anforderungen, in denen meist nicht auf ihre individuellen Bedürfnisse eingegangen wurde. Warum sie nach ihren Aussagen am Sport nur begrenzt teilnehmen konnte, bleibt offen, denn scheinbar helfen ihr körperliche Aktivitäten, um angestaute Ag-

gressionen abzureagieren. Ihre Gemütslage verschlechtert sich daraufhin in ihrer erzählten Geschichte (Schlafprobleme, innerliche Explosion, Aggression). Wege zum Abreagieren wurden ihr dennoch geboten. Ein von ihr dunkel gemaltes Herz lässt auf eine ausgeprägte Form der Depression schließen. (S. Anl. 7, ab Min. 01:02:10)

Von einem euphorischem Moment, in dem sie sich den Machtstrukturen der Institution gewachsen fühlte und sich kurzzeitig davon lösen konnte, erzählt sie im Anschluss. Dabei duellierte sie sich während der Visite indirekt in einem „Fragen-Dialog“ mit dem Chefarzt und musste sich nicht, wie sie in ihrer Erzählung der vorangegangenen Lebensgeschichte immer wieder beschreibt, unterordnen. Der Chefarzt nimmt dabei die Position der höchsten hierarchischen Macht ein. Es lässt sich stark vermuten, dass dieser Moment ihr Selbstwertgefühl positiv beeinflusst und Bestätigung gegeben hat. (S. Anl. 7, Min. 01:19:50)

Die Trennung der Eltern sowie die Problematik des Kinderheims wurden in der zweiten Therapie tiefenpsychologisch aufgegriffen, in welcher ihr die Bedeutung des Kinderheims in ihrer Biographie bewusst wurde. Daraufhin schildert sie bildhaft ein „fürchterliches Erlebnis“ (s. Anl. 7, Min. 01:26:40), bei dem sie u. a. Schmerzen im Unterleib verspürte. Dieser Faktor könnte eventuell auf einen Missbrauch im Kindesalter hin deuten, welcher sich im Kinderheim ereignet haben könnte. Wenn es einem Missbrauch gegeben hat, kann es sein, dass dieser ihr nicht bewusst ist, da sie kaum Erinnerungen an diese Zeit hat (s. erstes thematisches Feld). Den in diesem Moment nach außen aufgetretene innerlichen, seelischen Druck beschreibt sie als „Nahtoderlebnis“ (s. Anl. 7, Min. 01:26:40). In dieser Situation bringt sie ein Bedürfnis nach greifbarer Hilfe, Rückhalt und Zuverlässigkeit zum Ausdruck. Es war keine Schwester der Einrichtung vor Ort, um ihr Empathie und Verständnis entgegen zu bringen. Sie musste selber aktiv werden. So einen Zustand scheint ihr aus Zeiten des Kinderheims bekannt zu sein, als ihre Bezugspersonen, die Eltern, nicht greifbar waren. Durch den großen inneren Druck hatte sie das Verlangen nach einer körperlichen Abreaktion, war allerdings aufgrund der gegebenen Machtstrukturen und Angst vor Konsequenzen geschlossen untergebracht zu werden, gehemmt. (S. Anl. 7, Min. 01:31:25)

In ihrer Selbstpräsentation wird ein zunehmend psychischer Abbau und Kontrollverlust immer wieder thematisiert (s. Anl. 7, Min. 01:32:20). Zusätzlich argumentiert sie wiederholt, sich aufgrund gegebener Umstände gegen „alle“ durchzusetzen und zu

wehren, um ihren Bedürfnissen (annähernd) gerecht zu werden (s. Anl. 7, Min. 01:34:10).

Sechstes thematisches Feld

In dem folgenden Feld thematisiert sie die Situation nach der Entlassung aus dem Fachkrankenhaus zu Hause (mit quartalsweise ärztlicher Kontrolle in dieser Institution) und vergleicht die beiden Aufenthalte resümierend. Die zweite Therapie hat sie als schlimmer empfunden, was sie zu Beginn des letzten thematischen Feldes bereits angekündigt hatte. Das kann damit zusammenhängen, dass sie sich bei der zweiten Therapie intensiver mit ihrer eigenen Lebensgeschichte auseinandersetzen musste bzw. die Professionellen eher zu ihrem Inneren vorgedrungen sind. Diese Tatsache wiederum könnte ihre aus Schutz aufgebaute Realität in Frage gestellt haben und gleichzeitig auch die (angemaßte) Ichintegrität anzweifeln. Da sie vermutlich aufgrund einschneidender Erlebnisse in ihrer Biographie nicht in der Lage ist, die Krise zu überwinden und ihr Leben anzunehmen, macht sich nach Erikson ein Gefühl von Verzweiflung breit. (Vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f., S. Anl. 7, Min. 01:36:20)

Der Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente wurde bewilligt, was sie wahrscheinlich erleichterte. In Zusammenhang mit der dadurch entstandenen Aufregung behauptet sie, keine Medikamente bekommen zu haben („nie was gekriegt“ (s. Anl. 7, Min. 01:38:30)). Diese Behauptung wird angezweifelt, da es üblich ist, bei einer starken Form von Depression zur Ergänzung der Psychotherapie medikamentös zu behandeln. Außerdem wird meist Bedarfsmedizin verordnet. Der Widerspruch wird offensichtlich durch den Bezug auf Minute 01:09:15 der Anlage sieben. Auch das kann ein Anzeichen für eine Erkrankung einer paranoiden Persönlichkeitsstörung sein. Zusätzlich kommt die zu vorhergehenden Aussagen ambivalente Angabe, dass ihr die Gespräche beim Psychologen sehr geholfen haben. Das könnte damit verbunden sein, dass nach der dritten Begutachtung eine unbefristete Erwerbsunfähigkeitsrente bewilligt wurde. (S. Anl. 7, ab Min. 01:37:30)

Als die Rente bewilligt war, erzählt sie, sollte sie sich in ihrem häuslichen Umfeld einen Psychologen suchen, der sie begleitet. Mutmaßlich empfand sie diese Aussage als Ablehnung, sie fühlte sich „kopflös“ (s. Anl. 7, Min. 01:41:10). Diese Situation kann so interpretiert werden, dass sie sich wieder einmal abgeschoben fühlte, wie sie

in ihrer Kindheit von ihren Eltern „alleine“ gelassen wurde. Hier könnte ein Bedürfnis nach Beständigkeit bei Frau Winkler gedeutet werden. (S. Anl. 7, Min. 01:41:10) Bei dem Psychologen in der Tagesklinik fühlte sie sich als ein „nicht willkommener Patient“ (s. Anl. 7, Min. 01:43:00). Das Zeitlimit der Gespräche des Professionellen hat sie unter Druck gesetzt und mit „Desinteresse“ (s. Anl. 7, Min. 01:43:00) verbunden. Indirekt bemängelt sie in ihrer Erzählung fehlende Empathie. Auch diese Tatsache könnte einerseits Anzeichen für eine unpassende Chemie zwischen Klientin und Psychologe sein, anderenfalls als weiterer Hinweis auf Störung der Persönlichkeit (F60.0 ICD-10), eventuell ausgelöst durch unbeständige Bezugspersonen in der Kindheit, betrachtet werden. (S. Anl. 7, Min. 01:43:00)

Den Themenabschnitt resümiert sie, indem sie den Wechsel eines Psychologen berichtet und für sich eine erträgliche Situation geschaffen hat. Zusätzlich beschreibt sie eine bei ihr aufgetretene innere Ruhe nach der finanziellen Absicherung. (S. Anl. 7, ab Min. 01:44:40)

Siebtes thematisches Feld

Im folgenden Themenabschnitt berichtet Frau Winkler von einer therapeutischen Pause von zwei bis drei Jahren. Sie begründet ihre Aussage damit, dass diese zu anstrengend seien. Interpretiert werden kann das damit, dass sie sich nicht mit ihrer Lebensgeschichte auseinandersetzen möchte bzw. kann, um somit nicht in ein Loch der Verzweiflung zu fallen (vgl. ebd.). (S. Anl. 7, Min. 01:46:15)

Darauf folgt ein kurzer Bericht von einer neuen Therapeutin, wo sie wieder eine vorerst erträgliche Situation für sich schaffen konnte (s. Anl. 7, Min. 01:46:15).

Vergangenes Jahr, erzählt sie, verspürte sie einen starken Redebedarf, welcher durch ein Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Anerkennung ihrer Persönlichkeit und ihrer Realität ausgelöst werden sein kann. Daraufhin sollte sie sich an die Tagesklinik wenden und wurde durch einen Zufall an einen Psychiatriekoordinator vermittelt, welcher ihr gut geholfen hat. (S. Anl. 7, Min. 01:47:00)

Sie berichtet auch, dass sich eine Besserung des psychischen Befindens über den Sommer einstellt. Im Winter ist es im Allgemeinen dunkler. Die Besserung im Sommer kann zum einen durch mehr Sonnenlicht beeinflusst sein, da dieses die Produktion des Neurotransmitters Serotonin anregt, welches wiederum die Stimmungslage positiv beeinflusst (vgl. Schwalb, Imgrund 2006, S. 24). Andererseits kann die

Tatsache auch auf die Kinderheimproblematik, in der sie im Dunkeln Angst verspürte bzw. die These des Missbrauchs, bezogen werden. (S. Anl. 7, Min. 01:48:30)

Mit der für sie prägenden Thematik des „Zwang[s]“ (s. Anl. 7, Min. 01:49:00; Anpassung: M. S.) im Fachkrankenhaus und der gegenwärtigen allmählichen Besserung führt sie die momentane Ergotherapie an, welche für sie wieder mit einem Zwang verbunden war, allerdings individueller auf sie eingegangen wurde. Auch hier spielen Bedürfnisse nach Empathie und Autonomie eine bedeutende Rolle. Diese Therapie hätte sie verlängern können, doch sie lehnte dies ab, da sie die Arbeiten in Erinnerungen gebracht hatten, die sie verarbeiten musste bzw. hat. An dieser Stelle wird die These aufgeführt, dass ihre Verarbeitung nicht abgeschlossen ist. Wenn eine Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse stattgefunden hätte, würde sie womöglich mit relativer Gelassenheit in die Vergangenheit zurückblicken können. Auch das ist ein Zeichen für die Anmaßung der Ichintegrität nach Erikson (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.). Zusätzlich findet sich in dieser Stelle der Erzählung eine Diskrepanz in den Zeitformen. Zum einen redet sie im Präsens und zum anderen im Präteritum. Somit bleibt offen, ob sie an der Ergotherapie wirklich derzeit teilnimmt oder diese schon abgeschlossen hat. (S. Anl. 7, Min. 01:50:20)

In diesem thematischen Feld geht sie also inhaltlich auf ein Stück ihrer Genesungsgeschichte ein.

Achtes thematisches Feld

Folgend auf die Aussage der Erinnerungen, mit welchen sie in der Therapie konfrontiert wurde, geht sie in ihren Ausführungen über zu Problemen mit ihrem Mann. In dieser Erzählung erklärt sie negative Seiten des Mannes und versucht aber daraufhin seine Persönlichkeitsstrukturen positiv zu untersetzen. Den Mann beschreibt sie als Pessimist und bezieht Stellung zu Kommunikationsproblemen im Zusammenleben. Bezogen auf den Ehemann werden bei ihr Wünsche nach Verständnis und Aufmerksamkeit deutlich. Zusätzlich wird das Bedürfnis nach Erlangung von Integrität nach Erikson (vgl. ebd.) indirekt thematisiert. Sie möchte vermutlich die Vergangenheit des Ehelebens anerkennen. Dennoch präsentiert sie sich sehr ambivalent mit ihren Aussagen, was auf eine zwiespältige Bindung zu ihrem Mann schließen lässt. (S. Anl. 7, Min. 01:52:20)

Zusätzlich werden ihre Kinder erstmals an dieser Stelle näher aufgeführt, an denen das Verhältnis der Kinder interpretativ dargestellt werden kann. Ihre Tochter wider-

spricht den Aussagen des Vaters während der Sohn ihm zur Seite steht. Sie erzählt von ihrer Enttäuschung über letzteren Sachverhalt. Trotzdem nimmt sie ihre Tochter scheinbar nicht wahr, welche vermutlich vorrangig zu ihr steht und tätigt die Aussage: „Wer denkt an mich? Ich soll mich jetzt opfern“ (s. Anl. 7, Min. 01:55:40). Es ist auf eine gestörte Mutter-Tochter-Beziehung zu schließen, da Frau Winkler offenbar den Rückhalt ihrer Tochter nicht anerkennen kann. Die Stellungnahme ihres Sohnes nimmt sie wahr und ist enttäuscht, da er nicht hinter ihrer Persönlichkeit steht. Eine Hypothese eines pessimistischen Weltbildes kann aufgestellt, dies kann aber auch mit dem Krankheitsbild einer paranoiden Persönlichkeitsstörung in Zusammenhang gebracht werden. Trotz dessen wird ein Bedürfnis nach Rückhalt deutlich. (S. Anl. 7, Min. 01:55:40)

Die aktuelle Situation des Nachbarschaftsstreits wird von Frau Winkler beschrieben, welcher sich entsprechend ihrer Aussagen über Jahre beruhigt hatte und nun wieder begann. Vergiftungen, Abhörgeräte und Überwachungskameras werden angesprochen. Zum einen kann dieser Bericht auf der Realität beruhen, zum anderen können diese Aussagen Zeichen für ihre „Gedanken an Verschwörungen als Erklärungen für Ereignisse in der näheren Umgebung“ (Dilling, Mombour, Schmidt 2011, S. 277) (F60.0 ICD-10) sein. (S. Anl. 7, Min. 01:58:35)

Dieser „Streit“ mit den Nachbarn wirkt sich negativ auf das Familienleben aus. Sie beschreibt sich als „fix und fertig“ (s. Anl. 7, Min. 02:04:40) und geht wiederholt auf die Enttäuschung der Aussage vom Sohn ein und schildert daraufhin den verlorenen Lebenssinn: „Das is sowas, wo man keinen Sinn mehr sieht“ (s. Anl. 7, Min. 02:04:40). Das ist ein Zeichen für einen Mangel an ausgeprägten Bewältigungsstrategien. In der Selbstpräsentation sieht sie sich gegenwärtig als Opfer (s. Anl. 7, Min. 02:04:40).

Neuntes thematisches Feld

Zum Abschluss der Haupterzählung geht sie auf ihre innere seelische Lage ein, indem sie Furcht vor dem Herbst und die damit verbundene Dunkelheit sowie Angstzustände in der Finsternis beschreibt und diese Aussagen mit Argumenten, wie dem Trauma des Kinderheimaufenthalts, belegt. Zusätzlich beschreibt sie einen extremen Druck, welchen sie mit der Zufügung von Schmerzen abbaut. Selbstschädigendes Verhalten ist typisch für Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung

(F60.31) (vgl. ebd., S. 280). Allerdings kann auch bei Menschen mit Depressionen geringes selbstverletzendes Verhalten vorkommen. (S. Anl. 7, ab Min. 02:12:00)

Oftmals können Frauen mit Depressionen nicht angemessen mit ihrer Wut umgehen und sind in ihrer Durchsetzungsfähigkeit gehemmt. Aus Angst vor Verlust bzw. Trennung vermeiden sie offene Konflikte, als Strategie diese zu lösen oder versteckte Auflehnung zu besänftigen. Dabei spielen geschlechterspezifische Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse in der Gesellschaft eine wesentliche Rolle. (Vgl. Crowley Jack 1993, S. 69-75) „Zentrale Aspekte einer Depression sind durch eine negative Selbsteinschätzung bedingt. Diese beeinflusst [sic!] Selbstwahrnehmung und Selbstachtung, führt dazu, daß [sic!] die Wut gegen sich selbst gerichtet wird, bringt das Gefühl von Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit hervor und bewirkt eine tiefgreifende Lähmung“ (ebd., S. 117f.; Einfügung: M. S.).

Die Abschlusskoda erfolgt nach etwa zwei Stunden und 20 Minuten ununterbrochenen Redefluss. Frau Winkler resümiert ihre aktuelle Situation, in welcher sie eine Therapie in der Tagesklinik macht und u. a. das Trauma des Fachkrankenhauses, dessen Professionelle ihre aufgebaute Realität und Integrität (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.) angezweifelt und in Frage gestellt hatten, aufarbeitet. Möglicherweise mit dem Ziel ihre für sie überlebensnotwendige eigene Realität zu bestärken. (S. Anl. 7, Min. 02:20:50)

Der immanente Nachfrageteil beginnt mit der Frage, ob Frau Winkler näher auf ihre Familie eingehen kann, worauf sie Stellung nimmt. Ihr Vater ist mittlerweile verstorben. Sie beschreibt die gefühlsarme Erziehungsweise und vergleicht sich mit ihrer Schwester. Das ambivalente Verhältnis zur Mutter wird in der Aussage: „Ich liebe meine Mutter eigentlich sehr und ich habe immer sehr darunter gelitten, bis fast jetzt“ (s. Anl. 7, Min. 02:21:35) deutlich. Vermutlich leidet sie darunter, immer hinter ihrer Schwester zu stehen, versucht aber, wie bei der Erzählung von ihrem Mann, das Verhalten der Mutter dennoch positiv untersetzt zu beschreiben und zu rechtfertigen. Ebenso wie bei ihrem Mann, deutet dies auch auf eine ambivalente Beziehungsstruktur zur Mutter. (S. Anl. 7, ab Min. 02:21:30)

Als sie in diesem Zusammenhang genauer auf ihre Schwester eingehen soll, präsentiert sie für die Interviewerin ein gutes Verhältnis. An dieser Aussage wird gezweifelt, denn im nächsten Augenblick erwähnt sie nur einen sporadischen Kontakt, wel-

cher zu einem guten Verhältnis in Widerspruch stehen könnte. Auch hier wird die Zurücksetzung deutlich. Die Situation mit ihrer Mutter und Schwester vergleicht sie mit ihren eigenen Kindern. Sie hat versucht diese gleich zu lieben, dennoch fühlt sie sich dem Sohn, der ihrer ruhigen Verhaltensweise ähnelt, mehr verbunden. Eventuell könnte es mit dem ähnlichen Verhaltensmuster des Sohnes zusammenhängen, am Geschlecht oder an der Reihenfolge der Geburten. Auch Frau Winkler war das erstgeborene Kind und hat nach ihrer Auffassung weniger Liebe erfahren dürfen, was sie an ihre Tochter, der Erstgeborenen, weitergibt. (S. Anl. 7, ab Min. 02:25:20)

Auf Nachfragen berichtet Frau Winkler von ihren Orts- bzw. Wohnungswechseln in ihrer Biographie. Einen Ortswechsel untersetzt sie mit dem Argument: „dass meine Mutti nicht alleine ist“ (s. Anl. 7, Min. 02:30:55), was schon auf eine stark ausgeprägte Bindung zur Mutter schließen lässt. Umzüge fanden fast ausschließlich innerhalb des eigenen Bundeslandes statt. (S. Anl. 7, ab Min. 02:30:45)

Nach der als Fragestellung formulierten Aufforderung, genauer auf einen im Interview benannten angeschnittenen Konflikt mit ihrem Mann einzugehen, beschreibt sie narrativ Kommunikationsprobleme, welche eskalierten. Dennoch versucht sie ihre Aussagen wieder positiv zu untersetzen und ihren Mann nicht als „schlechten“ Menschen hinzustellen. (S. Anl. 7, ab Min. 02:32:40)

Als sie auf das in der Haupterzählung ausgesparte Thema der Schul- und Lehrzeit eingehen soll, berichtet sie von einem für sie prägenden Klassenwechsel aufgrund der Trennung der Eltern und präsentiert ihre berufliche Biographie mit einem Abschluss der achten Klasse, den sie mit Prüfungsangst rechtfertigt, sowie einer Ausbildung und Arbeit bis zur Wende im Landwirtschaftsbereich. Danach war sie in einem Supermarkt tätig, was ihr Freude bereitete, wie sie erzählt. Probleme mit Vorgesetzten, welche in der Haupterzählung thematisiert wurden, spart sie an dieser Stelle aus. (S. Anl. 7, ab Min. 02:37:50)

Ohne weitere Erzählaufforderung wechselt sie den Themenbereich und erklärt ihre Probleme mit Musik, welche sie in der Haupterzählung erwähnt hatte. Nach der Trennung ihrer Eltern durfte sie ein Musikinstrument lernen. Die Mutter hatte ihr dann aber doch keins gekauft, so dass sie vermutlich wieder einmal von ihrer Be-

zugsperson enttäuscht wurde. Dieses Gefühl vergrößerte sich wahrscheinlich, da sie damit konfrontiert wurde, dass ihre Mutter und Schwester ein Instrument (die Schwester das gleiche, was sie sich aneignen wollte) erlernt hatten. Eventuell trug diese Tatsache dazu bei, dass sich Frau Winkler erneut nicht richtig in das Familienkonstrukt integriert fühlte. Dennoch hat sie versucht, Ichintegrität nach Erikson auszubilden, ihr Leben in der Hinsicht anzunehmen und sich im Alter ein Musikinstrument angeschafft. (S. Anl. 7, Min. 02:44:30)

Eine weitere Erzählaufforderung ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Krankheitsverlauf, MDK und einem eventuell vorherrschenden Druck. Darauf bringt sie in ihrem Bericht indirekt das Bedürfnis nach Verständnis für ihre Erkrankung an. Druck, wie finanzielle Kürzungen, vermutete sie in dieser Situation. Vielleicht hat sie sich und ihre Fähigkeiten in diesem Moment schon selbst aufgegeben. Ein Mangel an Selbstvertrauen oder Erschöpfung, ständig kämpfen zu müssen, könnten Gründe dafür sein, eine Wiedereingliederung ins Berufsleben von vorn herein auszuschließen. (S. Anl. 7, ab Min. 02:50:55)

Im exmanenten Nachfrageteil bekommt sie spezifisch die Aufforderung, Wünsche in der Depression bzgl. ihrer Angehörigen und Menschen ihrer Umwelt zu äußern. Als erstes nennt sie das Bedürfnis nach Ruhe und dann geht sie auf Interaktions- und vor allem Kommunikationsprobleme mit ihrem Mann ein, welche bei ihr bis zur Verzweiflung Kraft rauben. Ablenkungen durch den Computer tun ihr zusätzlich in den depressiven Phasen gut. Die Eheprobleme mit ihrem Mann greift sie erneut auf. Eventuell aus dem Grund, dass sie unmittelbar zusammen leben bzw. sie diese beschäftigen. Seit geraumer Zeit ist der Mann sehr geschwätzig geworden, was sie allerdings stark belastet. Alters- oder krankheitsbedingte Einschränkungen erschweren ihren Alltag zusätzlich. (S. Anl. 7, ab Min. 02:53:40)

Durch erneutes Nachfragen sollen indirekt andere ihr nahestehende Personen mit in die oben genannte Fragestellung einbezogen werden. Akzeptanz der Angehörigen liegt anscheinend vor, was sie vermutlich beruhigt, da sie auf diese nicht weiter eingeht. Mutmaßlich fährt sie mit Themenbereichen fort, die sie beschäftigen. Von ihrem Mann wünscht sie sich mehr Verständnis. Sie möchte einerseits verstanden werden, auf der anderen Seite empfindet sie allerdings die Kommunikation in ihrer

Krankheitserscheinung belastend (s. oben). Wahrscheinlich um die Familiensituation für die Interviewerin aufzuzeigen, werden Sohn und Tochter mit in die Erzählung einbezogen. Ihr Mann verdreht einige Tatsachen bei Gesprächen mit dem Sohn, welche die Tochter klar stellt. Hier ist wiederholt zu erkennen, dass die Tochter ihr einen Rückhalt bieten will. (S. Anl. 7, ab Min. 03:00:10)

Im weiteren Gesprächsverlauf wird Frau Winkler nach ergänzenden Erwartungen an ihre Mitmenschen gefragt. An dieser Stelle des Interviews erwähnt sie erneut ihre Nachbarschaft, welche vielleicht schadenfroh über ihre Krankheitserscheinung sein könnte, was ein weiteres Anzeichen der paranoiden Persönlichkeitsstörung wäre und Beweis ihrer pessimistischen Denkansätze ist. (S. Anl. 7, ab Min. 03:04:20)

„Welche Erwartungen haben Sie in der Krankheitserscheinung an Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen? Also welche Zuwendung wünschen Sie sich von denen?“ (s. Anl. 7, Min. 03:05:25) Mit dieser Fragestellung wird Frau Winkler in das nächste thematische Feld eingeführt. Sie gibt positive Resonanz der Unterstützung dieses sozialen Bereichs. Gute Hinweise, Vermittlung, Hilfestellung und Erreichbarkeit bzw. Verfügbarkeit in Notsituationen nennt sie als Beispiele. Frau Winkler hat die Erfahrung gemacht, dass ihr Sozialarbeiter / Sozialpädagogen verschiedene Lösungswege aufgezeigt haben und ein greifbareres Hilfsangebot (Zugänglichkeit und Zuverlässigkeit) bieten, also eine Art Sicherheit und Rückhalt für sie darstellen. Eventuell sucht sie in ihrem Leben etwas Konstantes. (S. Anl. 7, ab Min. 03:05:25; Anl. 11)

Der Erzählaufforderung, auf ihre eigenen Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung einzugehen, entgegnet sie mit den Bedürfnissen nach Ruhe und individuellen Verhaltensweisen, also Autonomie. Auch hier bezieht sie wieder Stellung zur Problematik im Umgang mit ihrem Mann. An dieser Stelle macht sie für die Interviewerin ein Unverständnis seinerseits bzgl. ihrer Krankheitserscheinung deutlich. Hierbei spielt vielleicht auch ein fehlendes Interesse am Partner und an einem gelingenden Zusammenleben eine Rolle. Mutmaßlich hat er sich nicht tiefgründig mit dem Krankheitsbild von Depressionen auseinandergesetzt. Trotz massiver Kommunikationsprobleme, welche sie zum Ausdruck bringt, zeigt sie eine optimistische Zukunftsorientierung. (S. Anl. 7, ab Min. 03:10:10; Anl. 12)

Dankbarkeit und die Aussprache von Respekt zur offenen Erzählweise wurden Frau Winkler am Ende des Interviews entgegen gebracht (s. Anl. 7, ab Min. 03:14:10).

5.1.3 Rekonstruktion der Fallgeschichte (erlebtes Leben)

Frau Winkler wurde in der Nachkriegszeit 1947 in Sachsen geboren. Zu dieser Zeit herrschte ein geringer Lebensstandard. Vermutlich lebte auch die Familie von Frau Winkler unter diesen Bedingungen, da ihre Eltern einfache Berufe ausübten. Eventuell gab es Schwierigkeiten, die Krise „Vertrauen gegen Misstrauen“ nach Erikson positiv zu bewältigen (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9). Beide Elternteile waren Flüchtlinge aus Schlesien, was sich offensichtlich auf eine gefühlsarme Erziehung der eigenen Tochter auswirkte (vgl. Konrad 2013, S. 249, 551; s. Anl. 7, Min. 02:21:35). Zusätzlich lässt sich eine genetische Veranlagung zu fehlenden Bewältigungsstrategien vermuten.

Zwei Jahre später wurde ihre Schwester geboren, was die Eltern zusätzlich überfordert haben könnte. Wahrscheinlich konnten die Eltern keine perfekte Balance zwischen Strenge und Toleranz aufbringen, so dass sich bei Frau Winkler das Selbstwertgefühl nicht genügend ausbilden konnte (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9f.). Frau Winkler bezeichnet sich als die ruhigere von beiden Geschwistern (s. Anl. 9, Z. 31f.). Es kann vermutet werden, dass die Entwicklung der Depression bereits in frühester Kindheit begonnen hat. „Diese Kinder ziehen sich zurück, führen ein Eigenleben. All das, was sie beschäftigt, freut, ärgert, ihnen Angst macht, all ihre Wünsche nach Geborgenheit, danach, in die Arme genommen zu werden, ihr ganz Innerstes und Persönliches, all das, was sie in ihrem Selbstwert und Selbstvertrauen stärkt oder schwächt, behalten sie für sich“ (Giger-Bütler 2011, S. 101).

Mit vier / fünf Jahren kam Frau Winkler für ein Jahr in ein Kinderheim. Das ist das erste, ihr bewusste traumatische Erlebnis. Frau Winkler wurde von ihren Bezugspersonen, deren Bindung wichtig für die kindliche Entwicklung ist (vgl. Brisch 2010, S. 35-41), im Stich gelassen. In der Phase „Initiative vs. Schuldgefühle“ nach Erikson herrschte eine Fehlanpassung vor, so dass sich bei Frau Winkler Schuldgefühle gegenüber ihrer Mutter ausgebildet haben (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 10f.; s. Anl. 9, Z. 29f.). Diese Abgabe der elterlichen Aufgaben an eine Institution mit wechselnden Bezugspersonen kann das gegenwärtige ambivalente Verhältnis zur Mutter erklären (s. Anl. 7, Min. 02:21:35). Die Schwester wuchs in dieser Zeit bei

ihren Eltern auf, so dass auch mit dieser Tatsache die zwiespältigen Aussagen im Interview zur Schwester erklärt werden könnten (s. Anl. 7, Min. 02:25:25). Das würde auch ihre Aussage begründen, immer im Schatten ihrer Schwester zu stehen (s. Anl. 7, Min. 02:21:35). Zusätzlich bleibt die Hypothese offen, ob in der Zeit der Kindheit, ggf. in der Zeit des Kinderheims, ein Missbrauch stattgefunden hat (s. Anl. 7, Min. 01:26:40, 02:12:20).

In der dritten Klasse trennten sich ihre Eltern, was wiederum für sie ein prägendes Ereignis darstellt. Sie verlor nicht nur durch einen Umzug mit der Mutter ihre Mitschüler und Nachbarsfreunde, sondern auch ihren Vater als männliche Bezugsperson (s. Anl. 9, Z. 27, 34-38.). Erneut zeigte sich ein Mangel an Beständigkeit in ihrem Leben. Ein Hinweis darauf können schulische Probleme sein, welche sich bei Frau Winkler kurz nach der Trennung ihrer Eltern zeigten (s. Anl. 7, Min. 02:38:05).

Frau Winkler beendete die Schule mit dem Abschluss der achten Klasse und zog mit 14 Jahren aus, machte eine Lehre im Bereich der Landwirtschaft und lernte ihren Mann kennen. Im Jahr 1970 heirateten sie. Die Aussagen im Interview zeigen deutlich die, auch gegenwärtige, ambivalente Beziehung zu ihrem Mann auf. Es gibt viele Probleme in der Ehe, welche vor allem auf kommunikativer Ebene basieren. In seiner Persönlichkeit wird er u. a. als hart, konservativ und pessimistisch beschrieben. Die Zwiespältigkeit wird von ihr dadurch zum Ausdruck gebracht, dass sie versucht viele Tatsachen in der Erzählung zu beschönigen. (S. Anl. 7, Min. 03:55, 02:32:55, 02:53:55, 03:00:30, 03:10:30)

Ein Jahr nach der Eheschließung kam ihr erstes Kind, ihre Tochter zur Welt. Die Geburt ihres Sohnes erfolgte 1949, welchen sie mehr liebt. Entweder hat sie indirekt ihr eigenes elterliches Muster übernommen oder weil er der ruhigere der beiden Kinder ist und sie sich mit ihm verbunden fühlt, da sie sich eher mit ihm identifizieren kann. (S. Anl. 7, Min. 02:25:25) Den Rückhalt der Tochter nimmt sie nicht wahr (s. Anl. 7, Min. 01:55:40).

1979 verstarb ihr Vater. Diesen Themenbereich spart die allerdings in ihren Ausführungen weitgehend aus. (S. Anl. 7, Min. 02:21:35)

1989 zog Frau Winkler mit ihrem Mann um. Bis zur Wende der DDR arbeitete sie in verschiedenen Bereichen der Landwirtschaft. Nachher war sie drei Jahre arbeitslos. Dann fand sie eine Anstellung als Verkäuferin. Zum einen gab es Probleme mit Vorgesetzten aus den alten Bundesländern (s. Anl. 7, Min. 07:35), zum anderen schätzt

sie ihr gutes Kollektiv (s. Anl. 7, Min. 02:38:05). Diese Tatsache verdeutlicht den Ost-West-Konflikt zur damaligen Zeit.

1995 / 1996 erzählte sie detailliert Probleme in der Nachbarschaft, welche noch gegenwärtig vorhanden sind (s. Anl. 7, Min. 08:45, 01:58:35). Diese extremen Anschuldigungen bzgl. der Nachbarn könnten eventuell der Realität entsprechen, werden allerdings angezweifelt, da z. B. auch eine nicht diagnostizierte „paranoide Persönlichkeitsstörung“ (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt 2011, S. 277) vermutet werden könnte⁴.

Im Jahr 2002 traten gehäuft somatische Beschwerden bei Frau Winkler auf. Ein weiteres belastendes Ereignis ist das Hochwasser im Sommer 2002, von dem sie betroffen war. Da in diesem Fall davon ausgegangen wird, dass die erst 2004 diagnostizierte Depression ihre Ursachen im Kindesalter hat, sind diese im Zusammenhang mit den physischen Erkrankungen zu betrachten. Nach der Diagnosestellung erfolgte eine Einweisung ins Fachkrankenhaus (Februar bis Juni 2004) (s. Anl. 7, Min. 27:30). Das schließt auf eine ausgeprägte, schwere Form von Depression hin, da traumatische biographische Erfahrungen im Kindesalter, wie die Abgabe der elterlichen Pflichten an ein Kinderheim und die Trennung der Eltern, durch fehlende Bewältigungsstrategien nicht aufgearbeitet wurden.

Durch die gesellschaftliche Abgrenzung, also die abgeschlossene Erziehung ihrer Kinder sowie der „Verlust“ des Arbeitsplatzes aufgrund von Krankheitserscheinungen, befand bzw. befindet sich Frau Winkler in der Phase „Integrität vs. Verzweiflung“ nach Erikson, in der sie sich mit ihrem vergangenen Leben auseinandersetzen muss. Hierbei wird aber stark eine Fehlanpassung vermutet, nämlich die Anmaßung von Ichintegrität. (Vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.) Das bedeutet, dass sich Frau Winkler ihre Biographie aufgrund der unverarbeiteten traumatischen Erlebnisse nicht als solche annehmen kann und sich in ihrer eigenen Realität vor dem Gefühl von Verzweiflung und dessen Auswirkungen zu schützen versucht. Dennoch zeigt sie ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Erlangung dieser Integrität. Ein sehr prägnantes Beispiel findet sich in der Anlage zehn. An dieser Stelle berichtet sie, wie Professionelle einer Einrichtung ihr verdeutlichen wollen, dass ihr Lächeln eine Maske wäre und sie sich mit aller Kraft wehrt, um ihre eigene Integrität aufrecht zu

⁴ Im Verlauf des Interviews finden sich weitere Anzeichen für dieses Krankheitsbild.

erhalten. „Depressive Menschen verstecken sich auch häufig hinter einer Maske der Leichtigkeit, des Kumpelhaften oder Distanzierten, so dass man gar nicht darauf kommen kann, dass es ihnen schlecht geht“ (Ginger-Bütler 2011, S. 49). Diese larvierte Depression begleitete Frau Winkler mutmaßlich unbewusst ein Leben lang, bis somatische Beschwerden ihre Erkrankung „enttarnten“ (vgl. Wolfersdorf, Schüler 2005, S. 33). (S. Anl. 7, ab Min. 31:20)

Im Anschluss an die stationäre Behandlung folgte ein zweimonatiger Aufenthalt in einer Tagesklinik. Da sie sich fast allen Professionellen verschiedener Institutionen misstraut und anscheinend Situationen fehlinterpretiert (s. Anl. 7, ab Min. 52:00), könnte zusätzlich zum depressiven Erkrankungsbild eine „paranoide Persönlichkeitsstörung“ bei ihr verankert sein (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt 2011, S. 277).

Die versuchte Wiedereingliederung ins Berufsleben sowie der zweite Aufenthalt in dem Fachkrankenhaus im April 2005 prägen ihre psychische Situation. Aufgrund der Anzweiflung ihres Realitätsbildes und der für sie schützenden Anmaßung der Integrität wurde sie mit ihrer Lebensgeschichte konfrontiert, was ihre Krankheitssymptome verschlimmerten (s. Anl. 7, ab Min. 01:26:40). Suizidgedanken traten nach der Konfrontation während der ersten stationären Therapie immer wieder auf (s. Anl. 7, ab Min. 37:00, 49:35, 02:04:40). Aus diesen Gründen entscheidet sie sich vermutlich zwei bis drei Jahre gegen eine Therapie.

Im Jahr 2012 verspürte sie einen starken Redebedarf und macht aktuell eine teilstationäre Therapie in einer Tagesklinik. Gesundheitliche Einschränkungen belasten sie sehr. (S. Anl. 7, Min. 01:47:00, 02:20:50, 02:53:40) Das kann ein Zeichen dafür sein, dass die depressive Erkrankung gegenwärtig ausgeprägt ist und ein Bedürfnis, die Integrität nach Erikson zu erreichen, vorhanden ist (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f).

5.1.4 Feinanalyse einzelner Textstellen

Für die Feinanalyse wurden bzgl. der Forschungsfragestellung drei prägnante Stellen aus dem Interview ausgewählt, um vorangegangene Hypothese zu belegen.

Anlage 10, Zeile 18 bis 25: Erster Klinikaufenthalt

Frau Winkler holt noch einmal tief Luft, bevor sie mit der für sie anscheinend schweren Thematik beginnt. Sie fängt an aufzuzählen: „von stimmungsmäßig (.) war ich“,

macht dann eine Pause, nach der sie ein kleines Zugeständnis einwirft, um die Angelegenheit glaubhaft dazustellen „ja vielleicht hektisch“, holt noch einmal kurz Luft und führt ihre Argumentation fort: „aber äh (--) gut drauf (-) ich hatte keine depressiven stimmung“. Eine Pause von zwei Sekunden folgt, in der sie anscheinend nachdenkt. Die Aussage „die waren (---) nICHT (--)“ bricht sie ab, „die“ könnte sich auf die vorangegangenen erwähnten „depressiven stimmung“ beziehen, in der sie mit Nachdruck und deutlicher Betonung auf das „NICHT“, was für sie eine ganz große Bedeutung hat, vielleicht ein Wort wie „vorhanden“ sagen wollte. Ihre Argumentation führt sie fort: „ich hab immer´ war froh drauf, ich hab ja immer gelächelt“ Wahrscheinlich wollte sie ihr Lächeln bereits im ersten Teil erwähnen, da ein Lächeln aber nur ein Ausdruck für ein Gefühl ist und nicht das Gefühl an sich, stellte sie dies an eine spätere Stelle und schilderte ihr Befinden („froh“). Frau Winkler stellt die Argumentation vorweg. Es scheint für sie von Bedeutung, sich selbst und ihre Gefühle rechtfertigen zu können und diese anerkannt zu bekommen.

Eine Pause von zwei Sekunden erfolgt erneut, nach der sie ihre Geschichte erzählt: „und: äh:: da drauf hin wurd ich dann mal <<all> ich weiß jetz nicht obs in der visite war oder nur von meinem psychologen > angesprochen .hh ähm:: (3.0) <<pp> (ne das war das war eher de psycho´visite) >“ Frau Winkler wurde auf etwas angesprochen, was sie beschäftigte und wo sie Zuspruch verlangte, deshalb stellte sie auch ihre Rechtfertigung in ihrer Erzählung voran. Wo oder von welcher Fachkraft sie auf eine Thematik angesprochen wurde, scheint für sie nebensächlich zu sein, da sie diesen Abschnitt sehr schnell spricht. Dennoch bringt es sie zum Nachdenken, was an der Pause von drei Sekunden und dem anschließenden leise verbalisierten Gedanken festzustellen ist.

Erst an dieser Stelle kommt Frau Winkler zu ihrer Kernaussage des Themenbereichs: „äh dieses lächeln wär ja nich normal (.) es wär ene maske“, was sich auf ihre Persönlichkeit bezieht.

Nach einer Pause von einer Sekunde führt sie ihre Aussagen fort und beschreibt ihre Reaktion: „und da hab ich (-) mich das erste mal richtig gewehrt“. Das bedeutet, sie nimmt diese Aussage, sie verstecke sich hinter einer Maske, nicht an. Sie kann sich mit der Tatsache, dass es ihr seelisch nicht gut gehen sollte, nicht identifizieren. Eine Abwehrreaktion wurde angenommen. Anscheinend hat sie viele Dinge in ihrem biographischen Verlauf hingenommen, da sie sich „das erste mal richtig“ wehrte.

Mit Nachdruck erzählt sie nach einer kleinen Pause wie sie gegen diese Behauptung ankämpft „ich hab gesagt das ist keine maske ich bin so“, womit sie sich wieder rechtfertigt.

Mit dieser Feinanalyse lässt sich die vorangegangene Hypothese belegen, dass Frau Winkler an einer larvierten Depression leidet (vgl. Wolfersdorf. Schüler 2005, S. 33), sich (zum Selbsterhalt) Integrität (unbewusst) anmaßt (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.) und ein Bedürfnis nach Anerkennung ihrer eigenen Realität zeigt.

Anlage 11, Zeile 11 bis 13: Soziale Arbeit

Mit der Aussage „wo ich nich wusste wo hin“ vermittelt Frau Winkler eine Art von Verzweiflung. Allerdings scheint sie dennoch ein Hilfesystem zu haben, in dem die Soziale Arbeit greift: „.hh hab ich die frau f. noch angerufen (.) da hatt ich dann och noch irgendwas und dachte vielleicht kann se dir helfen? .hh und hat se mir och weiter geholfen“. Bei Frau Winkler ist ein Netzwerk von Hilfen vorhanden und sie ist aktiv geworden.

Die Hypothese der Zugänglichkeit und Zuverlässigkeit, Rückhalt und Bedürfnisorientierung der Sozialen Arbeit wurde somit an diesem Beispiel von Frau Winkler belegt.

Anlage 12, Zeile 35 bis 40, 50: Bedürfnisse, Beziehung zum Mann

Die Erzählung „ich kann: (---) ganz schwer das meinem mann dann sagen“ beginnt mit ihrem Zugeständnis zu einem Teil der Kommunikationsprobleme. Nach einem tiefen Atemzug fährt sie fort: „wei:l hh (---) er ständig immer wieder zurück diskutiert“. Die Pausen in der Erzählung könnten ein Hinweis darauf sein, dass sie sich gedanklich in einer solchen Situation befindet oder nach verbalen Äußerungen sucht, um diese Situation sachlich zu beschreiben. Mit dieser Aussage entschuldigt sie ihre Kommunikationsschwierigkeiten mit ihrem Mann. Sie sieht die Hauptschuld für die Verständigungsschwierigkeiten bei ihm. Der Mann scheint auch kein Verständnis für ihre Erkrankung aufbringen zu können. Nach einer Pause vertieft sie beschreibend die Situation: „und dann geht das so hin und her“ und bewertet diese mit ihre wütende Gefühlslage: „und ich: (-) das hass ich“. Die Interviewerin wirft „hm=m“ ein, um ihr ein Gefühl von Verständnis zu vermitteln. Durch die Aussage „das kostet NERVEN“ weist sie auf ihre psychische Situation hin und vermittelt ein Gefühl von

Kraftlosigkeit. Nach einer weiteren zwei Sekunden langen Pause erzählt sie ihre Unterwerfung: „und da lass ich das manchmal und dann dann (.) tu ich das wieder für mich runter schlucken“. Sie fühlt sich der Diskussion mit ihrem Mann nicht gewachsen.

Mit der Aussage „aber er hat schon ich muss mal sagen er hat sich doch SCHON geändert“ will sie versuchen, ihren Mann nicht negativ darzustellen. Innerlich rechtfertigt bzw. beschönigt sie eventuell selbst ihre Ehe.

In diesem Absatz werden die Kommunikationsprobleme in der Ehe und das dominante Verhalten des Mannes deutlich. Frau Winkler präsentiert sich hier als devote Persönlichkeit, die Konflikte versucht zu meiden bzw. ihnen nicht gewachsen ist. Die ambivalente Beziehung zu ihrem Mann wird durch die letzte Aussage deutlich, in der sie sein Verhalten neutralisiert bzw. positiv untersetzt. Sie relativiert bis hin zur Rechtfertigung oder zur Entschuldigung bzgl. der Kommunikationsprobleme in der Ehe. Frau Winkler nimmt die Probleme zwar wahr, aber sie kategorisiert sie, indem sie beschwichtigt und rechtfertigt, statt sie anzuerkennen und zu kommunizieren. Sie befindet sich in einer passiven Erlebnisrolle ohne Mut, die Probleme anzugehen. Um ihren Selbstwert nicht ganz zu verlieren, relativiert und entschuldigt sie.

5.1.5 Gegenstandsbezogene Theorie

Die Ursachen der Depression liegen bei Frau Winkler in der Kindheit. Diese sind geprägt durch kritische Lebensereignisse und mangelnde Bewältigungsstrategien. Dabei haben der gefühlsarme Erziehungsstil der Eltern, die Abgabe der elterlichen Pflichten an die Institution Kinderheim sowie die Trennung der Eltern im Kindesalter beigetragen. Dabei konnten die Entwicklungsstufen nach Erikson (s. Anl. 3) nicht immer positiv überwunden werden.

Auch durch diese problematischen, unbewältigten Ereignisse ausgelöst, lassen sich bei der Protagonistin Beziehungsstörungen vermuten, da sie zu vielerlei Bezugspersonen Anzeichen für ambivalente Beziehungsmuster äußert (vgl. Brisch 2010, S. 35-41). Zusätzlich könnte sich eine „paranoide Persönlichkeitsstörung“ (Dilling, Mombour, Schmidt 2011, S. 277) durch traumatische Erfahrungen im Kindesalter entwickelt haben.

In der letzten Entwicklungsstufe „Integrität vs. Verzweiflung“ nach Erikson muss sich ein alter Mensch mit seinem vergangenen Leben beschäftigen und die Lebensereignisse als gegeben und positiv bewerten, um die Integrität zu erlangen und sich auf den Tod vorzubereiten. (Vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.)

Frau Winkler, welche durch ihre Biographie sehr stark geprägt und traumatisiert ist, hat Schwierigkeiten diese Integrität zu erlangen. Bevor sie in ein Loch der Verzweiflung fällt, was sie womöglich emotional nicht verkraften würde, da extreme Ereignisse verarbeitet werden müssten und ein Mangel an Bewältigungsstrategien vorherrscht, maßt sie sich die Integrität an. Diese Anmaßung geschieht bei Frau Winkler unbewusst zum Schutz ihrer eigenen Persönlichkeit, also zum Selbsterhalt und äußert sich in einer larvierten Depression. Im Interview wird deutlich, dass sie auf die Konfrontation mit ihrer Biographie mit Verzweiflung reagiert, welche sich in extremen psychischen oder somatischen Beschwerden bzw. in Suizidgedanken äußert. Sie hat ihre eigene Realität aufgebaut und strebt nach Anerkennung dieser. Dennoch hat sie ein Bedürfnis diese Integrität zu erlangen und Aufmerksamkeit zu bekommen, da sie auf eigene Initiative wieder eine teilstationäre Therapie beginnt.

Vermutlich hat sie sich für die teilstationäre Therapie entschieden, da die Konfrontation mit ihrer unverarbeiteten Lebensgeschichte in einer stationären Therapie für sie intensiver scheint. Sie wünscht sich Zeit und Autonomie, um die Lebensereignisse in ihrem eigenen Tempo (annähernd) aufarbeiten zu können. Um dies zu gewährleisten, benötigt sie die Freiheit individuelle Entscheidungen treffen zu können und Menschen ihres Umfeldes, die diese Tatsache akzeptieren. Vertrauen, Rückhalt, Zuverlässigkeit / Zugänglichkeit und Beständigkeit stellen für sie dabei eine Sicherheit dar. Im Interview zeigt sie klare Bedürfnisse nach Aufmerksamkeit, Empathie und Verständnis für ihre Situation und ihre unbewusste Entscheidung, sich die Integrität nach Erikson anmaßen zu wollen. Das wünscht sie sich vor allem von ihrem Mann und den Professionellen verschiedener Institutionen.

Bezugnehmend auf ihren Mann wünscht sie sich ausdrücklich autonome Entscheidungsfreiheit, z. B. Ruhe und Aktivitäten am Computer, eine gelingende Kommunikation und äußert ein indirektes Bedürfnis nach Interesse seinerseits an ihr und ihrem Krankheitsbild.

Zwang, Druck und Machtstrukturen, seien sie institutionell oder familiär, hemmen sie in der Erlangung der Integrität sowie dem Aufbau ihres Selbstwertgefühls, Ablegung von Schuldgefühlen und dem allgemeinen Aufbau psychischer Stabilität.

Frau Winklers Grundbedürfnisse sind durch Würde und Respekt ihr gegenüber gefertigt.⁵

5.2 Interview 2

Am 24.05.2013 erfolgte die Durchführung eines zweiten biographisch-narrativen Interviews in einem Fachkrankenhaus, in welchem die Interviewerin 12:20 Uhr bis 14:05 Uhr mit der Protagonistin ein Gespräch führte. Die faktische Dauer des Interviews, welches Stimulus, Haupterzählung und die Nachfrageteile beinhaltet, betrug etwa 38 Minuten. Auch bei diesem Interview wurde im Vorfeld eine Einverständnisklärung erläutert und von beiden Parteien unterzeichnet (s. Anl. 13). Nach dem Ende des Interviews wurden, wie auch im ersten Interview, die soziodemographischen Daten (Vordruck s. Anl. 5) der interviewten Person ausgefüllt und im Anschluss ein ausgiebiges Nachgespräch geführt. Das Interviewprotokoll, welches die Interviewerin im Anschluss an das Treffen erstellte, findet sich in Anlage 14.

Die interviewte Frau, Dr. Gabriele Völkel⁶, wurde 1936 geboren und war zum Interviewzeitpunkt 86 Jahre alt. Frau Dr. Völkel wurde in einer kleinen Stadt in Sachsen geboren und ist in einer anderen Stadt in dessen Nähe aufgewachsen, welcher auch der heutige Wohnort ist. Drei Jahre vor ihrer Geburt kam ihr Bruder zur Welt, welcher allerdings kurz darauf verstarb. Sie hat keine weiteren Geschwister. Die Protagonistin studierte Medizin und arbeitete u. a. als Facharzt für Lungenkrankheiten. Die Mutter war Stenotypistin und der Vater Lehrer an einem Realgymnasium. Frau Dr. Völkel ist ledig und hat keine Kinder. Nach dem Tod ihrer Mutter 1998 wurde erstmals bei ihr die Diagnose Depression im Alter von etwa 62 Jahren gestellt.

Auch beim zweiten Interview wurde für die Auswertung nicht das gesamte Datenmaterial transkribiert. Bestimmte Fragmente, welche für die Forschungsfragestellung von besonderer Bedeutung sind, wurden detailliert verschriftlicht (s. Anl. 17, 18, 19). Anstelle des gesamten transkribierten Interviews wurde eine ausführliche Inhaltsübersicht (s. Anl. 15) erstellt.

⁵ Anzumerken ist, dass sie Bedürfnisse in der Krankheitserscheinung, wie Rückhalt, Beständigkeit und Autonomie, äußert, welche sie nach Auswertung des Interviews in ihrer vergangenen Biographie nicht erfahren hatte.

⁶ Name anonymisiert

5.2.1 Analyse der biographischen Daten (Ereignisdaten)

Für die Analyse der Ereignisdaten wurde eine Tabelle erstellt, welche in der Anlage 16 zu finden ist.

Frau Dr. Gabriele Völkel wurde 1936, in der Zeit des Nationalsozialismus geboren. Auch den zweiten Weltkrieg (1939-1945) musste sie unter der Diktatur miterleben. Die Nachkriegszeit war von Zerstörungen, besonders aber in Großstädten, wo Frau Winkler zu dieser Zeit nicht lebte, und niedrigen Lebensverhältnissen geprägt. Diese Zeiten könnten bei ihr traumatische Erlebnisse hervorgerufen haben.

Ihre Mutter, welche zur damaligen Zeit die charakteristische Rolle der Hausfrau übernahm, brachte sie im Alter von 32 Jahren zur Welt. Das ist für die damalige Zeit ein untypisches Alter für das „erste“ Kind. Drei Jahre vor der Geburt von Frau Dr. Völkel, brachte ihre Mutter einen Sohn zur Welt, welcher aber kurz darauf verstarb. Frau Dr. Völkel hat keine weiteren Geschwister. Es kann vermutet werden, dass die Eltern von Frau Dr. Völkel Schwierigkeiten hatten, Kinder zu bekommen. Diese Hypothese wiederum lässt auf eine mutmaßliche sehr enge Bindung zu ihren Eltern schließen.

Die Mutter, höchstwahrscheinlich auch der Vater, erlebte bereits den ersten Weltkrieg mit. Unverarbeitete traumatische Ereignisse können an die nächste Generation weitergegeben werden (vgl. Konrad 2013, S. 249, 551), was als Hypothese aufgestellt wird. Hierbei könnte auch der Verlust des Sohnes in die Biographie der Eltern mit einwirken.

Der Vater übte den Beruf eines Studienrates aus, was auf ein höheres Bildungsniveau schließen lässt.

Etwa im Jahr 1939, also zu Beginn des zweiten Weltkrieges, erkrankte Frau Dr. Völkel an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Es lassen sich eine starke Belastung der Eltern sowie Verlustängste vermuten, da Frau Dr. Völkel das einzige lebende Kind ist und die Medizin zur damaligen Zeit noch nicht so weit entwickelt war. Zusätzlich wurde der Vater in diesem Jahr zum Kriegsdienst einberufen. Das bedeutet für Frau Dr. Völkel ein Verlust der männlichen Bezugsperson im Alter von drei Jahren. In diesem Alter befindet sich ein Kind etwa in der Krise „Autonomie vs. Scham und Zweifel“ bzw. „Initiative vs. Schuldgefühle“ (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9ff.). Es kann vermutet werden, dass eine oder beide Entwicklungs-

aufgaben nicht zufriedenstellend überwunden wurden und sie z. B. Schuldgefühle gegenüber der Mutter hat. Aufgrund der Erkrankung und dem Verlust einer Bezugsperson kann es außerdem Schwierigkeiten in der Ablösung zur Mutter in der ödipalen Phase nach Freud gegeben haben (vgl. Machleidt, Bauer, Lamprecht, Rose, Rohde-Dachser 2004, S. 85).

Die Einschulung erfolgte im Jahr 1943. Frau Dr. Völkel bekundete ein großes Interesse für Kleintiere. Das könnte ein Mangel an und / oder ein Bedarf nach Liebe, Geborgenheit und Beständigkeit bedeuten.

Im August 1945 wurde der Vater aus der Kriegsgefangenschaft entlassen. Zu diesem Zeitpunkt, in der vierten Entwicklungsstufe nach Erikson „Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl“, war Frau Dr. Völkel etwa neun Jahre alt (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 11f.). Sie verbrachte also vermutlich sechs Jahre ihrer Kindheit ohne männliche Bezugsperson. Durch die Wiedererlangung des Vaters konnte sich eventuell ihr „Werksinn“ stark ausbilden. Im gleichen Jahr wurde der Vater aufgrund einer anonymen Anzeige aus dem Schuldienst entlassen. Eine Verschwörung mit einem politischen Hintergrund kann Anlass dafür gewesen sein. Daraufhin begann der Vater eine Arbeit als freischaffender Künstler. Familie Völkel hatte somit wenig Geld in der Nachkriegszeit zur Verfügung. Vermutlich musste die Familie in der Zeit finanziell kürzer treten und ihren Lebensstandard zurücksetzen.

Mutmaßlich aus finanziellen Gründen suchte sich die Mutter im Jahr 1948 / 49 eine Anstellung als Stenotypistin und Sachbearbeiterin. Mehrere Arbeitsplatzwechsel erfolgten. Die Mutter war vermutlich bestrebt den Lebensstandard aufrecht zu erhalten bzw. zu erhöhen. Das könnte allerdings ein Mangel an Zeit für ihre Tochter bedeuten, welche zu diesem Zeitpunkt etwa 13 Jahre alt war. Ca. 1952 erfolgte dann die Wiedereinstellung des Vaters in den Schuldienst.

Frau Dr. Völkel studierte in L.-Stadt. 1963 schloss sie das medizinische Staatsexamen ab. Sie scheint demzufolge sehr gebildet zu sein.

Etwa im Jahr 1964 ging ihre Mutter im Alter von 60 Jahren in Rente.

Januar bis August 1964 war Frau Dr. Völkel zu einer stationären Behandlung einer Lungentuberkulose, an der sie erkrankte. Dennoch durfte sie nach Ausschluss der Ansteckungsgefahr bei Operationen assistieren, so dass sie im Juni des Jahres ihren Dokortitel erlangte. Im Oktober begann sie ihre Pflichtassistenz und später eine Facharztausbildung. Bis 1973 waren ihre schönsten Berufsjahre. Frau Dr. Völkel

erfüllte sich ihre beruflichen Wünsche und Ziele. Dieser Teil der Biographie ist stark von beruflichem Erfolg geprägt.

Im Jahr 1973 lässt sich ein Bruch in ihrer Lebensgeschichte vermuten: der Tod des Vaters. Aus Pflicht- oder Schuldgefühlen könnte Frau Dr. Völkel daraufhin zu ihrer Mutter nach D.-Stadt gezogen sein. Zu ihr schien sie eine enge Bindung zu haben. Durch den Todesfall ihres Vaters könnten Verlustängste gegenüber der Mutter stärker ausgeprägt worden sein.

1974 fand sie eine Anstellung als Kreistuberkuloseärztin. Allerdings herrschten schlechtere Arbeitsbedingungen, was vermutlich eine Unzufriedenheit bei Frau Dr. Völkel auslöste. Anzumerken ist, dass sie selbst in den vergangenen Jahren an einer Tuberkulose erkrankt war. Eine Schultersteife folgte 1983 durch schlechte Arbeitsbedingungen, woran sie mehrere Monate litt. Eventuell könnte es dafür auch einen psychosomatischen Hintergrund geben. Aufgrund dieser Erkrankung sollte sie kündigen, hat dennoch weitergearbeitet, musste aber ihre Funktion als Kreistuberkuloseärztin abgeben, was wiederum schlechtere Arbeitsbedingungen herbeiführte. Frau Dr. Völkel konnte sich unter diesen Umständen beruflich nicht richtig verwirklichen. Später fand sie eine Arbeit in der Diabetikerberatung. Es kann vermutet werden, dass diese Tätigkeit Frau Dr. Völkel als ausgebildete Ärztin unterforderte. Trotzdem ist sie erneut in einem Arbeitsfeld tätig, wo sie als Patientin selbst Erfahrungen sammelte.

Im Jahr 1995, fünf bzw. sechs Jahre nach dem Ende der DDR, schloss die Poliklinik und sie arbeitete stundenweise als Beratungsärztin von Tuberkulosekrankheiten, also wieder auf dem Gebiet, auf dem sie aus Patientensicht eigene Expertin war.

Der Verlust ihrer Mutter, welche 1998 verstarb, löste bei ihr eine Depression aus. Zu dem Zeitpunkt der Diagnose war Frau Dr. Völkel ca. 62 Jahre alt. Behandelt wurde medikamentös. Ein halbes Jahr später folgte ein Aufenthalt von drei Wochen in einem Fachkrankenhaus. Eine ausschließliche Behandlung mit Medikamenten war möglicherweise nicht ausreichend. Nach ein bis zwei Jahren trat eine Linderung der Erkrankung auf. Es kann vermutet werden, dass der Verlust der Mutter annähernd verarbeitet werden konnte.

Etwa 2007 wurde Frau Dr. Völkel in den Ruhestand versetzt. Gesundheitliche Probleme traten gehäuft auf. 2009 war sie von Krebs betroffen. Das stellte wahrscheinlich eine zusätzliche Belastung für sie dar.

Im Jahr 2013 erlitt Frau Dr. Völkel eine erneute Depression und befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews in einem Fachkrankenhaus. Es kann vermutet werden, dass sie an einer schweren Form einer Depression leidet oder / und ein gutes Hilfsnetzwerk besteht, wo sie sich rechtzeitig hinwenden konnte. Da ihre Eltern anscheinend die beiden wichtigsten Bezugspersonen im Leben von Frau Dr. Völkel waren und zusätzlich durch ihren Ruhestand die gesellschaftliche Aufgabe wegfiel, fehlt ihr eventuell nun der Sinn im weiteren Leben. Sie steht wahrscheinlich in der Entwicklungsaufgabe „Integrität vs. Verzweiflung“ nach Erikson (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.).

Anzumerken ist, dass Frau Dr. Völkel in ihrer Biographie keine Beziehungen zu Partnern oder Freunden erwähnt. Ebenso fehlen biographische Daten von Kindern. Somit wird geschlussfolgert, dass Frau Dr. Völkel kinderlos ist und Partner anscheinend keine bedeutende Rolle in ihrem Leben spielten. Stattdessen scheint sie sehr berufsorientiert gelebt zu haben.

5.2.2 Text- und thematische Feldanalyse (erzähltes Leben)

Für die Bearbeitung der Feldanalyse wurden die Inhaltsübersicht (s. Anl. 15), in der thematische Felder zusätzlich ersichtlich werden, sowie die Transkription der Eingangssequenz (s. Anl. 17) einbezogen. Zusätzlich wurden Verweise auf die transkribierten Fragmente (Anl. 18,19) verwendet. Die Bearbeitung dieses Analyseschrittes erfolgt erzählchronologisch.

Im Stimulus wird von Frau Dr. Gabriele Völkel zweimal ein zustimmendes „hm“ eingefügt, so dass sie deutlich macht, die Erzählaufforderung vernommen und verstanden zu haben (s. Anl. 17, Z. 1-11).

Zu Beginn ihrer Erzählung gibt es viele lange Pausen. Ihre Sprechweise ist langsam und bedacht. Das lässt darauf schließen, dass sie gründlich überlegt, was sie sagen will und wie sie diese Themenbereiche ausdrückt. Frau Dr. Völkel achtet sehr auf

ihre Wortwahl und den Ausdruck in ihrer Erzählung. Somit wird ein höherer Bildungsstand deutlich. (S. Anl. 17)

Erstes thematisches Feld

Das Interview beginnt Frau Dr. Völkel mit einem Bericht und fängt mit ihrer biographischen Erzählung bei ihrer Geburt und den Tätigkeiten der Eltern an. Sie berichtet vom Tod ihres Bruders, der kurz nach seiner Geburt verstorben ist. Das ereignete sich drei Jahre bevor Frau Dr. Völkel zur Welt kam. Sie erwähnt in diesem Zusammenhang die Freude der Eltern über ihre Geburt. (S. Anl. 17, Z. 12-19)

Im folgenden Erzählabschnitt geht sie auf ihre Krankheit ein, dem insulinpflichtigen Diabetes mellitus, an der sie mit drei Jahren erkrankte. In dieser Zeit wurde der Vater zusätzlich zum Kriegsdienst eingezogen und sie berichtet, dass die Mutter die Sorgen um ihre Erkrankung alleine tragen musste. Mit diesem Abschnitt bringt sie die schwere Zeit ihrer Eltern zum Ausdruck. Sie präsentiert sich selbst als wenig von den Umständen beeinflusst und hebt die „gute[...] mütterliche[...] Aufsicht“ (s. Anl. 17, Z. 32; Auslassung: M. S.) hervor. Es kann vermutet werden, dass sie sich durch diese Lebensumstände in der ödipalen Phase nicht im angemessenen Ausmaß von der Mutter ablösen konnte, so dass eine starke Bindung zu ihr vorherrscht (vgl. Machleidt, Bauer, Lamprecht et. al. 2004, S. 85). Ebenso könnte die Phase „Initiative gegen Schuldgefühle“ nach Erikson (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 10f.) nicht positiv überwunden worden sein, so dass sie sich schuldig gegenüber der Mutter fühlt. Eventuell wurde das Kind aus Angst, ihr könne etwas zustoßen, gebremst. Ebenso kann die vorangegangene Entwicklungsstufe „Autonomie vs. Scham und Zweifel“ nicht erfolgreich bewältigt worden sein, so dass sich ein Schamgefühl und / oder Zweifel bei ihr verankerten (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9f.). (S. Anl. 17, Z. 21-32)

Die Einschulung ereignete sich im Jahr 1943. Das Lernen und Basteln fiel ihr leicht, was in ihrer Geschichte ein Hinweis auf Intelligenz und Leistungsorientierung sein könnte. Es folgt die Erzählung über ihre Freude an kleinen Tieren, in der sie beschreibt, welche Tiere sie wie erhalten hat. Das lässt auf ein Bedürfnis nach Liebe und Geborgenheit schlussfolgern. (S. Anl. 17, Z. 32-44)

In der Erzählung ihrer Lebensgeschichte fährt Frau Dr. Völkel chronologisch fort. Ende August 1945 wurde ihr Vater aus dem Kriegsdienst entlassen, worüber sie sehr erfreut war. Aufgrund der Rückkehr der Bezugsperson kann ihr „Werksinn“ in der

Krise „Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl“ stark ausgeprägt worden sein (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 11f.). (S. Anl. 15, Min. 04:20)

Trotz der Not der Nachkriegszeit, erzählt sie, konnte sie ihrem Hobby der Kleintierhaltung weiter nachgehen. Sie präsentiert sich selbst als tierlieb und ihre Eltern indirekt als diejenigen, die ihr die Tierhaltung ermöglichten. (S. Anl. 15, Min. 05:00)

Zweites thematisches Feld

Im nächsten thematischen Feld wechselt Frau Dr. Völkel in ihrer Erzählung zum Erwachsenenalter, in der ihre berufliche Biographie im Mittelpunkt steht. Ihre Jugend und das junge Erwachsenenalter schienen für sie wahrscheinlich nicht von großer Bedeutung zu sein.

1963 erlangte sie ihr medizinisches Staatsexamen. Durch Zufall wurde bei ihr im Januar 1964 eine Lungentuberkulose festgestellt, was eine siebenmonatige Behandlungsdauer nach sich zog. Nachdem die Ansteckungsgefahr bei ihr ausgeschlossen werden konnte, durfte sie in dieser Zeit bei Operationen assistieren. Im Oktober 1964 begann sie ihre Pflichtassistenz und später die Facharztausbildung. Im Juni 1964 konnte sie promovieren. Sie präsentiert sich selbst als karriereorientierte, strebsame Frau, welche, trotz dem Hindernis einer Tuberkulose, ihre akademischen Ziele erreichen konnte. Zum Abschluss dieses Feldes resümiert sie, indem sie verdeutlicht, dass ihre Berufsjahre bis 1973 die schönsten in ihrem Leben waren. Mit dieser Aussage deutet sie auf einen negativen beruflichen Verlauf in ihrer weiteren Biographie hin. (S. Anl. 15, ab Min. 07:20)

Drittes thematisches Feld

In ihrer Lebensgeschichte fährt Frau Dr. Völkel mit der Erzählung vom Tod ihres Vaters 1973 fort. Daraufhin zog sie zu ihrer Mutter nach D.-Stadt zurück, wo sie 1974 Kreistuberkuloseärztin wurde. In diesem Bereich hatte sie nicht nur als Medizinerin Fachwissen, sondern bereits als Patientin. Ihre berufliche Position stellt sie als „Diener dreier Herren“ (s. Anl. 15, Min. 10:30) dar und macht somit auf schlechte Arbeitsbedingungen aufmerksam. Weitere Rückschläge werden in ihrer Erzählung verdeutlicht. 1982 erkrankte sie mehrere Monate, wo ihr nahegelegt wurde, zu kündigen. Daraufhin musste sie ihre Funktion als Kreistuberkuloseärztin ablegen. Durch die zunehmend schlechten Arbeitsbedingungen nahm sie eine Stelle in der Diabetikerberatung an. Dies ist wieder ein Gebiet, auf dem sie auch als Patientin Erfahrung

gen sammelte. 1995 schloss die Poliklinik und sie bekam eine stundenweise Anstellung als Beratungsarzt von Tuberkulosekrankheiten. (S. Anl. 15, ab Min. 10:15)

In dem Teil der Haupterzählung wird mit diesen Ausführungen der berufliche „Abstieg“ von Frau Dr. Völkel thematisiert. Karriere scheint ihr sehr wichtig zu sein, da sie in der Lebensgeschichte in der Hauterzählung vor allem ihre berufliche Biographie aufgreift (s. Anl. 15, 16). Doch diese Karriere hat sie für ihre Mutter „aufgegeben“. Das schließt auf Schuldgefühle bzw. eine starke Bindung zu ihr. (S. Anl. 15, ab Min. 10:15)

Seit ihrem 71. Geburtstag ist sie Rentnerin, was ein beachtliches Alter zum Renteneintritt ist. Gesundheitliche Probleme erwähnt sie in ihrer Erzählung. „Man nimmt sich immer fürs Alter zu viel vor und ist dann enttäuscht, wenns nicht geht“ (s. Anl. 15, Min. 14:45). Mit diesen Worten, welche auf die Krise „Integrität vs. Verzweiflung“ nach Erikson (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.) hinweisen, beendet sie ihre Haupterzählung und geht zur Abschlusskoda über. Deshalb könnte vermutet werden, dass für Frau Dr. Völkel ihre subjektive Lebensbiographie mit 71 Jahren, mit dem Ende ihrer Karriere, abschließt. (S. Anl. 15, ab Min. 14:45)

Im immanenten Nachfrageteil folgt die Erzählaufforderung, näher auf ihre Eltern einzugehen. Daraufhin wurde der berufliche Werdegang dieser in der Nachkriegszeit genauer ausgeführt. Das spricht für die wahrscheinlich indirekte Wertevermittlung der Eltern an ihre Tochter mit der Fokussierung der beruflichen Karriere in ihrem Leben. (S. Anl. 15, ab Min. 14:50)

In der Haupterzählung sprach sie eine Krankheit von mehreren Monaten im Jahr 1982 an. Die Interviewerin vermutet die depressive Erkrankung und fordert an dieser Stelle Frau Dr. Völkel zu genaueren Ausführungen auf. Sie erwähnt allerdings eine Schultersteife, welche aufgrund der Arbeitsbedingungen entstanden ist. (S. Anl. 15, ab Min. 16:00)

Erst auf eine spezifische Nachfrage hin, etwas zu ihrer Depression zu sagen, geht sie auf diesen bisher ausgelassen Themenbereich ein. Wahrscheinlich verdrängt sie diese Thematik. Ihre Mutter verstarb 1998 im Alter von 94 Jahren. Sie bezeichnet ihre erste Depression als übertriebene Trauerreaktion aufgrund des Verlustes, was wieder ein

Hinweis für die enge mütterliche Bindung ist. Durch die Einnahme von Antidepressivum nahm sie an Gewicht zu. Mutmaßlich ist sie ein eitler Mensch. Nach der Thematik der Gewichtszunahme spricht sie ein Nebenthema, ihre Krebserkrankung 2009, an, bei der sie wieder an Gewicht verloren hatte. Diese Erkrankung ist vermutlich ein weiterer Rückschlag in ihrem Leben. Die Protagonistin versucht jedoch chronologisch in ihrer Erzählung fortzufahren und erwähnt eine Linderung der Depression durch medikamentöse Behandlung in einem Zeitraum von ein bis zwei Jahren. Es folgt die Schilderung der zweiten Depression, welche nach ihrer Auffassung aufgrund zu vieler „internistische[r] Diagnosen“ (s. Anl. 15, Min. 17:55; Anpassung: M. S.) entstanden ist. Trotz alledem scheint sie sich einem professionellem Hilfsnetzwerk bewusst zu sein, da sie in ihrer Erzählung anspricht, dass sie sich aufgrund angehender Suizidgedanken Unterstützung beim Arzt holte, der sie sofort in ein Fachkrankenhaus einwies. Allerdings wendet sie sich bei ihrer Hilfesuche nur an ihre eigene Profession, der Medizin. An dieser Stelle berichtet sie von einer Besserung durch Einnahme von Medikamenten. Eine therapeutische Behandlung wurde nicht erwähnt. Vielleicht vertraut Frau Dr. Völkel als Medizinerin vorrangig auf Medikamente und erachtet therapeutische Maßnahmen als nebensächlich. Ergänzend zur ersten depressiven Phase erwähnt sie einen dreiwöchigen Aufenthalt in einem Fachkrankenhaus, ein halbes Jahr nach dem Verlust ihrer Mutter. (S. Anl. 15, ab Min. 17:50)

Zu den Behandlungszeiträumen konnte sie nicht viel sagen. Sie antwortet mit: „Es ging mir ja gut, ich hab ja da mein Haushalt und Garten und so weiter alleine geschafft“ (s. Anl. 15, Min. 21:30). Wenn sie in der Krankheitserscheinung ist, kann sie diese Dinge vielleicht nicht für sich zufriedenstellend erledigen. Das elterliche Haus und den Garten in Ordnung zu halten, scheinen für sie von wichtiger emotionaler Bedeutung zu sein.

Auf die Frage, was ihr in der Behandlung gut geholfen hat, argumentiert sie mit Fakten, welche als „Ausbruch“ aus ihrem Alltag betrachtet werden könnten: Geselligkeit und wenig Verpflichtungen. In diesem Zusammenhang erzählt sie von verstorbenen Freunden und die Auseinandersetzung mit dem Thema Tod, was ein weiteres Zeichen dafür sein könnte, dass sich Frau Dr. Völkel in der achten Entwicklungsstufe nach Erikson (vgl. ebd.) befindet. Sie fühlt sich „abgesättigt“ (s. Anl. 18, Min. Z: 23), bedauert anscheinend jedoch, dass sie als Diabetikerin nicht alle Lebensträume verwirklichen konnte. Frau Dr. Völkel versucht die Integrität zu erlangen, kann al-

lerdings ihr vergangenes Leben nicht in jeder Hinsicht annehmen. Eine Verzweiflung kann an dieser Stelle interpretiert werden: „naja mit sechsundachtzig kannst du nicht mehr so viel verlangen“ (s. Anl. 18, Z. 31). Körperlicher Abbau, Einsamkeit und Langeweile begleiten ihren Alltag. Dass sie sich „nicht aufdrängen“ (s. Anl. 18, Min. Z: 49) möchte, ist ein Zeichen des Schamgefühls (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9f.) anderen Menschen gegenüber. (S. Anl. 15, ab Min. 21:50; Anl. 18)

Daraufhin, und da dieser Themenbereich bisher ausgespart wurde, wird sie auf eine eigene Familie angesprochen, welche sie verneint. „ich bin von meiner Mutter zu gut versorgt worden (2.0) da hatt ich nicht die Sehnsucht nach einer eigenen Familie“ (s. Anl. 19, Z. 4f.). Das weist wieder auf eine stark ausgeprägte mütterliche Bindung hin. Eventuell bereut sie nun, keine Familie gegründet zu haben.

Im exmanenten Nachtrageteil wird die spezifische Nachfrage gestellt, was sich Frau Dr. Völkel von Menschen ihrer Umwelt in der Krankheitserscheinung wünscht. Sie bringt das Bedürfnis nach Besuchen an, hat allerdings nur noch wenige Verwandte. Sie erwähnt noch ihre Nachbarin, ansonsten „sind eigentlich keine“ (s. Anl. 15, Min. 27:30) Personen mehr vorhanden, die ihr nahestehen. Frau Dr. Völkel hat also wenig soziale Kontakte, aber dennoch das Bedürfnis danach. (S. Anl. 15, ab Min. 25:40) Frau Dr. Völkel wird gefragt, was sie sich wünschen würde, wenn sie eine nahestehende Person hätte. „Dass er einfach da ist. Ich kann stundenlang schweigen. Ich brauchte jemand, der mit mir schweigt und nicht bloß mit mir redet“ (s. Anl. 15, Min. 27:50). Das ist ein Zeichen einer Bedürftigkeit nach Geborgenheit, Nähe und Beständigkeit.

Frau Dr. Völkel wird nach ihren Erwartungen an Sozialarbeiter und Sozialpädagogen gefragt. „Im Grunde kann mir gar keiner helfen“ (s. Anl. 15, Min. 28:30). Diese Aussage schließt auf ein Gefühl von Verzweiflung (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.). Die guten Ratschläge kann sie nicht annehmen und belegt ihre Aussagen mit Beispielen. Aktuell scheinen sie das Haus und dessen eventueller Verkauf sowie die Auseinandersetzung mit einer Wohnform im Alter zu belasten. Hier wird die Hypothese aufgestellt, dass sich Frau Dr. Völkel vermutlich schlecht vom Haus

ihrer Mutter lösen kann, da sie emotional sehr damit verbunden scheint. (S. Anl. 15, ab Min. 28:05)

Die oben genannte Frage wird an dieser Stelle von der Interviewerin noch einmal umformuliert. Unterstützung und Begleitung würde sie sich vom Bereich der Sozialen Arbeit wünschen. In diesem Zusammenhang erwähnt sie eine Selbsthilfegruppe⁷, an der sie keine oder kaum Erwartungen stellt. Die Mitglieder haben eigene Probleme, sagt sie. Eventuell möchte sie niemanden mit ihren Angelegenheiten belasten und hat Schwierigkeiten, Unterstützung einzufordern. Dies kann durch ihr ausgeprägtes Schamgefühl (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9f.) begründet sein. (S. Anl. 15, ab Min. 29:40)

Auf die Frage, was sie sich von der Selbsthilfegruppe wünschen würde, bekundet sie benötigte Hilfe und Unterstützung bei der Gartenarbeit. Dies gestaltet sich allerdings schwierig, da Frau Dr. Völkel einräumt, sehr eigensinnig zu sein. Die Bedürftigkeit ist vorhanden, allerdings äußert sie diese nicht direkt gegenüber ihren Mitmenschen und hat anscheinend auch Schwierigkeiten, Hilfe anzunehmen. An dieser Stelle führt sie noch einmal das Dilemma mit ihrem bzw. dem Haus ihrer Eltern auf, was sie sehr belastet und traurig stimmt. Auch kann sie aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr so am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, wie sie gern würde. Diese Faktoren tragen zu ihrer depressiven Erkrankung bei. (S. Anl. 15, ab Min. 31:25)

Von Sozialarbeitern würde sie sich Unterstützung und Motivation in der Alltagsbewältigung erwarten (s. Anl. 15, ab Min. 34:15).

Bezugnehmend auf die Frage, was ihre Interessen in den depressiven Phasen sind, entgegnet sie: „Hab ich keine. Bin ich dann wirklich teilnahmslos“ (s. Anl. 15, Min. 35:40). Anscheinend überdenkt sie noch einmal ihre pessimistische Aussage und berichtet von Spaziergängen an der frischen Luft und körperlicher Auslastung durch Treppen steigen, wozu sie sich allerdings erst überwinden muss. Außerdem bringt sie ein Bedürfnis nach Ruhe an, wobei sie selbst den Widerspruch zu vorangegangenen Äußerungen im Interview bemerkt. Einerseits sehnt sie sich nach Menschen oder einem Mensch, der sich um sie „kümmert und Anteil nimmt“ (s. Anl. 15, Min. 37:10), auf der anderen Seite ist ihr „alles zu viel“ (s. Anl. 15, Min. 37:10). Stress und Freude stehen also gegenüber. Das weist auch auf eine innere Ambivalenz, ein

⁷ Die Mitgliedschaft in dieser Selbsthilfegruppe war der Interviewerin im Vorfeld des Interviews bekannt.

Bedürfnis nach Fürsorge und Geborgenheit sowie die Überforderung damit, hin. (S. Anl. 15, ab Min. 35:30)

Am Ende des Interviews wird der Protagonistin vermittelt, gutes Material geliefert zu haben. Mit der Danksagung für die Offenheit und genommene Zeit endet das Interview. (S. Anl. 16, ab Min. 37:50)

5.2.3 Rekonstruktion der Fallgeschichte (erlebtes Leben)

Frau Dr. Gabriele Völkel war anscheinend ein Wunschkind und wurde 1936 in der Zeit des Nationalsozialismus in einer kleinen Stadt in Sachsen als einziges (lebendes) Kind gebildeter Eltern geboren. Der Vater war Studienrat eines Realgymnasiums.

1939, zu Beginn des zweiten Weltkrieges, erkrankte sie an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus, dessen Behandlung zur damaligen Zeit scheinbar nicht einfach war. Der Vater wurde zum Kriegsdienst einberufen, so dass die Mutter, welche zu der Zeit Hausfrau war, diese Sorgen alleine tragen musste. Dennoch konnte sie ihrer Tochter ein relativ normales Aufwachsen ermöglichen (s. Anl. 17, Z. 31f.). Trotzdem gab es für Frau Dr. Völkel in diesem Alter Schwierigkeiten, anstehende Entwicklungsaufgaben (s. Anl. 3) unter diesen Umständen positiv zu überwinden. In der Krise „Autonomie vs. Scham und Zweifel“ (vgl. ebd.) verankerte sich bei ihr ein Schamgefühl anderen Menschen gegenüber. Durch den Verlust der männlichen Bezugsperson sowie der problematischen Kriegsverhältnisse und der Erkrankung konnten die Ablösungsprozesse von der Mutter in der ödipalen Phase nach Freud (vgl. Machleidt, Bauer, Lamprecht et. al. 2004, S. 85) nicht erfolgreich bezwungen werden, so dass sich in dieser von Erikson weiterentwickelten Stufe „Initiative vs. Schuldgefühle“ (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 10f.) letzteres gegenüber der Mutter verankerte.

Im Jahr 1943 wurde Frau Dr. Völkel eingeschult. Sie war ein intelligentes Kind mit einer Neigung zu kleinen Tieren. Das könnte auf einen Bedarf nach Geborgenheit, Liebe und Beständigkeit hindeuten.

Etwa im Alter von neun Jahren kam ihr Vater 1945 aus der Kriegsgefangenschaft, worüber sie sich sehr freute. Ihr „Werksinn“ prägte sich in der vierten Entwicklungsstufe nach Erikson überdurchschnittlich aus (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 11f.). (S. Anl. 15, Min. 04:20) Doch aufgrund einer anonymen Anzeige

wurde er aus dem Schuldienst entlassen. Um den Lebensunterhalt in der schwierigen Nachkriegszeit zu sichern, arbeitete er als freischaffender Künstler. Dennoch litt die Familie anscheinend unter Geldnot, um den Lebensstandard aufrecht zu erhalten, so dass die Mutter von Frau Dr. Völkel 1948 / 49 eine Anstellung als Stenotypistin und Sachbearbeiterin annahm und ca. bis zu ihrem 60. Lebensjahr arbeitete. Etwa 1952 wurde der Vater wieder in den Schuldienst eingestellt. Durch die Bestrebung der Eltern nach Arbeit, fand höchstwahrscheinlich eine Vermittlung dieser Werte an die Tochter statt.

Tiere hatten für Frau Dr. Völkel auch in der Nachkriegszeit eine große Bedeutung (s. Anl. 15, Min. 05:00). Die Eltern ermöglichten ihr diese. Vermutlich wollten sie ihr trotz der schwierigen gesellschaftlichen Lage ein behütetes Leben gewährleisten.

Der erste Teil des Erwachsenenalters zeichnet sich durch die positive berufliche Laufbahn der karriereorientierten Frau aus (s. Anl. 15, ab Min. 07:20). Sie studierte in L.-Stadt und erlangte 1963 ihr medizinisches Staatsexamen. Trotz dessen, dass bei ihr eine Lungentuberkulose festgestellt wurde, welche Januar bis August 1964 stationär behandelt werden musste, konnte sie nach Ausschluss der Ansteckungsgefahr bereits bei Operationen assistieren. So erlangte sie im Juni des Jahres ihren Dokortitel und begann im Oktober ihre Pflichtassistenz und später ihre Facharztausbildung. Die Berufsjahre bis 1973 bezeichnet sie als ihre schönsten.

Im Jahr 1973 ist ein Bruch in der beruflichen Entwicklung von Frau Dr. Völkel festzustellen. Durch den Tod ihres Vaters und die intensive Bindung zur Mutter zieht sie zu ihr an den Ort ihres Aufwachsens. 1974 erhielt sie die Stelle der Kreistuberkuloseärztin, allerdings unter schlechten Arbeitsbedingungen (s. Anl. 15, ab Min. 10:30). Da sie selbst an einer Tuberkulose litt, bringt sie besondere Erfahrungen auf dem Gebiet mit. Aufgrund ungünstiger Arbeitsbedingungen erkrankte sie im Jahr 1982 an einer Schultersteife und musste die Funktion als Kreistuberkuloseärztin abgeben. Eine Anstellung in der Diabetikerberatung folgte. Auch hier ist sie wieder Expertein ihrer eigenen Krankheit. Als 1995 nach der politischen Wende der DDR die Poliklinik geschlossen wurde, arbeitete sie stundenweise als Beratungsärztin von Tuberkulosekrankheiten.

Durch die starke mütterliche Bindung löste der Tod ihrer Mutter 1998 bei Frau Dr. Völkel eine Depression aus (s. Anl. 15, Min. 17:55). Durch eine medikamentöse Ein-

stellung und einem dreiwöchigen Aufenthalt in einem Fachkrankenhaus, ein halbes Jahr nach Versterben der Mutter, klangen die depressiven Symptome etwa 1999 / 2000 ab. Frau Dr. Völkel hat keine eigene Familie gegründet, die ihr Rückhalt bieten kann (s. Anl. 15, Min. 25:20).

2007 wurde sie im Alter von 71 Jahren berentet. Mit dem Abbruch ihrer beruflichen Laufbahn enden ihre Haupterzählung und somit vermutlich auch ihre subjektive Lebensgeschichte. Wahrscheinlich wollte sie aus diesem Grund so lange wie möglich berufstätig sein. Ihr Beitrag zur Gesellschaft durch ihre Arbeitstätigkeit ist beendet und familiäre Verpflichtungen scheinen auch nicht mehr vorhanden zu sein. Gesundheitliche Probleme nehmen zu und Enttäuschung macht sich bei ihr breit (s. Anl. 15, Min. 14:15). Frau Dr. Völkel befindet sich in der Entwicklungsaufgabe „Integrität gegen Verzweiflung“ nach Erikson (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.). Aufgrund gegebener Umstände hat sie Probleme die Ichintegrität vollständig zu erlangen, ihr Leben anzunehmen und kämpft immer wieder mit dem Gefühl der Verzweiflung (s. Anl. 15, Min. 22:00, 28:30). Dennoch möchte sie diese Integrität ganzheitlich erlangen (s. Anl. 15, Min. 22:00).

Im Jahr 2009 erlitt sie eine Krebserkrankung. 2013 verfiel sie, wahrscheinlich aufgrund körperlicher Leiden (s. Anl. 15, Min. 14:15, 17:55, 31:30) (, die sich durch ihre gesamte biographische Erzählung ziehen), fehlender sozialer Beziehungen (s. Anl. 15, Min. 14:15, 25:20, ab 26:10) und der Überforderung mit dem elterlichen Haus und Grundstück (s. Anl. 15, Min 31:30), wovon sie sich durch die vorherrschende emotionale starke Bindung zu ihren Eltern nicht lösen kann (s. Anl. 15, Min. 28:30, 31:30), in eine erneute Depression, welche derzeit in einem Fachkrankenhaus behandelt wird.

5.2.4 Feinanalyse ausgewählter Textstellen

Um vorangegangene Hypothesen zu belegen, wurden für die Feinanalyse drei präzise Interviewstellen bzgl. der Forschungsfragestellung herausgearbeitet.

Anlage 18, Zeile 21 bis 24: „Integrität vs. Verzweiflung“

Frau Dr. Völkel holt noch einmal Luft „wenns n tod nich gäbe“ pausiert kurz und fährt mit ihrer Aussage fort: „dann (--) wärs langweilig auf der erde“. Sie beschäftigt

sich somit mit dem Thema Vergänglichkeit und setzt sich damit auseinander. Die Protagonistin rechtfertigt es dadurch, dass Dinge auf der Welt kommen und gehen müssen, damit keine Eintönigkeit entsteht. Nach einer Pause von drei Sekunden untersetzt sie ihre Äußerung: „nu sicher“ und lacht. Die Ichintegrität möchte sie erlangen, hat aber dennoch ein Gefühl von Verzweiflung, welches sie mit einem Lachen zu überspielen versucht (vgl. Pelster 2004, S. 2). „irgendwann is das och´=gehirn von erlebnissen voll“. Somit argumentiert sie weiter sachlich ihre Aussage. Nach drei Sekunden Pause bezieht sie die Situation auf sich: „ich fühl mich da eigentlich abgèsättigt“. Sie will somit indirekt zum Ausdruck bringen, die Integrität erlangt zu haben. Dagegen spricht allerdings das Wort „eigentlich“, was an dieser Aussage zweifeln lässt. Zusätzlich versucht sie mit einem Lachen den Ernst der Situation aufgrund durchkommender Verzweiflungsgefühle zu überspielen (vgl. ebd.). Für diese sind ihre folgende Aussage ein Beleg: „ich hab natürlich vieles auch nicht machen können als diabetiker“.

Mit der Analyse dieser Textstelle lässt sich also belegen, dass Frau Dr. Völkel sich in der Krise „Integrität vs. Verzweiflung“ nach Erikson (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.) befindet und diese erlangen will. Trotzdem breiten sich bei ihr immer wieder Gefühle von Verzweiflung aus.

Anlage 18, Zeile 46 bis 51: „Integrität vs. Verzweiflung“

Im weiteren Interviewverlauf spricht Frau Dr. Völkel den Verlust ihrer sozialen Beziehungen an, der sich in der letzten Zeit ausgedehnt hat: „ich hab eben JETZT (.) wirklich (.) keine (.) echten freunde mehr“. Sie bekundet mit der durch Mikropausen betonten Aussage ihre Vereinsamung. Nach einer kurzen Pause fährt sie fort „die kinder meiner freunde sin:: voll berufsTÄTIG (.) ham keine zeit“. Von ihren verstorbenen Freunden leben noch die Kinder, die aber noch im Berufsleben stehen. Das „TÄTIG“-sein betont sie, da sie selbst nach Karriere gestrebt hat, aber eine Arbeit aufgrund ihres Alters nicht mehr ausüben kann und bedauert, nicht mehr für die Gesellschaft „TÄTIG“ sein zu können. Die Interviewerin bekundet mit einem „hm“ ihr Zuhören. „und da will ich mich auch nicht aufdrängen“ spricht dafür, dass sie ein Schamgefühl besitzt, anderen Menschen ihre Bedürfnisse zu offenbaren. Nach einer Pause folgt ein narrativer Part, welcher ihre Ängste vor dem Alleine-Sein wieder spiegelt: „und am meisten fürchte ich dann: so:=äh: FEIERTage wie WEIHNachten und OStern (.) wenn mehrere tage hinternander sind .h die fürchte ich sehr (.) wegen

der Einsamkeit“. Sie wiederholt, dass sie sich fürchtet, und betont stark Familienfeiertage, die sie wahrscheinlich immer mit ihren Eltern / ihrer Mutter verbrachte.

Durch diesen Abschnitt wird bei der Protagonistin ein Bedürfnis nach sozialen Beziehungen deutlich. Dennoch hat sie den Tod ihrer Mutter nicht ganz verarbeiten können. Zusätzlich wird durch diese Analyse belegt, dass sich in der Entwicklungsstufe nach Erikson „Autonomie vs. Scham und Zweifel“ (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 9f.) ein Schamgefühl bei ihr verfestigt hat.

Anlage 19, Zeile 1 bis 5: Familie

Als Frau Dr. Völkel darauf angesprochen wird, ob sie eine eigene Familie gegründet hat, haucht sie das Wort „nein“. Vermutlich fällt es ihr sehr schwer, auf diesen Themenbereich angesprochen zu werden, da sie bereut, keine näheren Verwandten mehr zu haben. Die Interviewerin übt aktives Zuhören aus und wiederholt die von ihr wiedergegebene Äußerung. Eine Pause von zwei Sekunden folgt, in der Frau Dr. Völkel anscheinend kurz nachdenkt, wie sie ihre Aussage begründet. Die folgende Erzählung „ich bin von meiner Mutter zu gut versorgt worden“ belegt die starke Beziehung zu ihrer Mutter. Durch das Wörtchen „zu“ räumt sie diese enge Bindung ein. Nach zwei Sekunden vollendet sie ihren Satz: „da hatt ich nicht die Sehnsucht nach einer eigenen Familie“. Da ihre Mutter ihr alles gab und sie das Gefühl der Verpflichtung ihr gegenüber hatte bzw. hat, konnte sie sich nie lösen und eine eigene Familie gründen, sondern lebte weiter in ihrer karrierebasierten Scheinwelt. Im Anschluss an die Äußerung lacht sie. Mit diesem Lachen will sie mutmaßlich ihr Gefühl der Enttäuschung vertuschen und wendet Humor als Bewältigungsstrategie an (vgl. Pelster 2004, S. 2). Eine 13-sekündige Pause folgt darauf.

In diesem Abschnitt wird die enge Bindung zur Mutter deutlich, welche sie daran hinderte, selbst eine Familie zu gründen. Es kann vermutet werden, dass sie diese Tatsache bedauert.

5.2.5 Gegenstandsbezogene Theorie

Bei Frau Dr. Gabriele Völkel liegen einige Ursachen der Depressionen in der Kindheit. Der Ablösungsprozess zur Mutter in der ödipalen Phase (vgl. Machleidt, Bauer, Lamprecht et. al. 2004, S. 85) konnte nicht erfolgreich überwunden werden, so dass eine enge Bindung vorherrschte und sich Schuldgefühle (vgl. Erikson 1993, S. 214f.;

Boeree 2006, S. 10f.) der Mutter gegenüber einstellten. Bis heute besteht, trotz des Todes der Mutter, eine starke emotionale Verbundenheit zu ihr, was sie an Haus und Garten ihrer Eltern fixiert. Das Gefühl der Verpflichtung zur Instandhaltung dieses Objekts überfordert die Protagonistin allerdings aufgrund altersbedingter körperlicher Einschränkungen.

Durch den ausgeprägten „Werksinn“ (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 11f.) und die elterliche Vorbildfunktion erfolgte eine Wertevermittlung bzgl. eines Karrierestrebens, was für Frau Dr. Völkel eine Scheinwelt darstellt. Selbst hat sie keine eigene Familie gegründet, was sie eventuell gegenwärtig bereut, fühlt sich nun einsam und ist von verschiedenen Erkrankungen in ihrer Biographie geprägt. Durch ihre medizinische Fachausbildung war sie immer eine Expertin ihrer Krankheiten und nahm diese als Ärztin wahr, was allerdings bei der depressiven Erkrankung nicht der Fall ist.

Frau Dr. Völkel befindet sich in der Entwicklungsstufe „Integrität vs. Verzweiflung“ nach Erikson (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.), welche sie bestrebt ist, erfolgreich zu überwinden. Die Protagonistin musste im Alter von 71 Jahren ihre für sie wichtige Arbeitstätigkeit niederlegen, hat mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen und erleidet mehrere Verluste nahestehender Menschen. Sie setzt sich somit mit dem Thema Tod und ihrem vergangenen Leben auseinander und versucht positiv auf ihre Biographie und ihre Erfahrungen zu blicken. Dennoch bereut sie immer wieder „Schicksalsschläge“ und denkt pessimistisch, so dass sie ihr Leben nicht vollständig annehmen kann.

Die Protagonistin zeigt eindeutige Bedürftigkeiten, äußert diese aber häufig nicht direkt gegenüber entsprechender Personen oder Institutionen. Grund dafür könnten Scham, Eitelkeit oder ein Gefühl von Verzweiflung sein, was sie in ihrem Handeln bremst. Sie besitzt allerdings Vertrauen in das Fachgebiet der Medizin.

Sie wünscht sich soziale Beziehungen gegen die Einsamkeit und Langeweile. Menschen, oder einen Mensch, der ihr Rückhalt gibt und Anteil an ihrem Leben nimmt, braucht sie, um ein Gefühl von Nähe, Geborgenheit und Beständigkeit zu erlangen. Dennoch benötigt sie in der Krankheitserscheinung der Depression ein gewisses Maß an Ruhe und Autonomie.

Vor allem vom Bereich der Sozialen Arbeit wünscht sie sich Unterstützung und Begleitung sowie Motivation zur Alltagsbewältigung.

Gern beteiligt sie sich am gesellschaftlichen Leben durch kulturelle Veranstaltungen. Zusätzlich helfen ihr in der Krankheitserscheinung Spaziergänge, frische Luft und körperliche Auslastungen wie Treppen steigen.

5.3 Gegenüberstellung der Interviews 1 und 2

Beide Protagonistinnen stammen aus den ostdeutschen Bundesländern und sind dort aufgewachsen. Allerdings ist Frau Winkler (s. Interview 1) 1947 geboren und Frau Dr. Völkel (s. Interview 2) im Jahr 1936, so dass historisch betrachtet, verschiedene Lebensereignisse in unterschiedlichen Entwicklungsphasen erfolgten.

Auch die Familien, in denen sie aufgewachsen sind, unterscheiden sich in vielen Bereichen. Frau Winklers Eltern waren Schlesienflüchtlinge, sie hatte eine kleine Schwester und ihre Eltern übten einfache Berufe aus, was auf einen einfachen Lebensstandard schließen lässt. Hingegen wurde Frau Dr. Völkel spät von ihrer Mutter als einziges überlebendes Kind geboren. Ihre Eltern waren gebildet und versuchten ihr nach ihren Möglichkeiten ein wohlbehütetes Aufwachsen zu gewährleisten.

Frau Winkler erlebte direkte Traumatas im Kindesalter, z. B. ein einjähriger Aufenthalt in einem Kinderheim und der Verlust der Bezugspersonen sowie die Trennung der Eltern und der erneute Verlust einer Bezugsperson. Mit drei Jahren wurde bei Frau Dr. Völkel ein schwerer Diabetes mellitus festgestellt und ihr Vater wurde in den Kriegsdienst eingezogen, so dass sie sich nicht ausreichend von ihrer Mutter lösen konnte.

Frau Winkler erlernte einen einfachen Beruf in der Landwirtschaft und gründete eine eigene Familie, indem sie heiratete und zwei Kinder bekam. Ein anderes Lebensmodell verwirklichte Frau Dr. Völkel, welche nach Karriere strebt und einen medizinischen Dokortitel erlangte. Eine eigene Familie gründete sie nicht.

Als Hauptfaktoren für die Auslöser einer Depression sind bei Frau Winkler die Traumatas in der Kindheit zu berücksichtigen, welche zusätzlich eventuell Bindungsstörungen und eine paranoide Persönlichkeitsstörung auslösten. Durch den misslungenen Ablösungsprozess von der Mutter ist bei Frau Dr. Völkel nach dem Tod ihrer Mutter die Depression ausgebrochen. Bei beiden Protagonistinnen wurde die Diagnose im fortgeschrittenen Alter (Frau Winkler 57, Frau Dr. Völkel 62) ge-

stellt. Bei Frau Winkler äußerte sich die Late Onset Depression eher in somatischen Symptomen, Frau Dr. Völkel hingegen klagte über psychische Beschwerden.

Beide Frauen schildern zusätzlich auch „normale“ altersbedingte gesundheitliche Einschränkungen.

So unterschiedlich die beiden Lebensgeschichten der Protagonistinnen sind, so verschieden sind ihre Bedürftigkeiten in der Krankheitserscheinung der Depression und Erwartungen (s. 5.1.5, 5.2.5), was die These in der Einleitung belegt. Frau Winkler äußert, im Gegensatz zu Frau Dr. Völkel, diese direkt und nimmt eine Erwartungshaltung an. Dennoch befinden sich beide Frauen in der Entwicklungsstufe „Integrität vs. Verzweiflung“ nach Erikson (s. Anl. 3) und streben aufgrund unterschiedlicher biographischer Grundlagen auf verschiedene Arten nach Erlangung der Integrität.

6 Bezug der Forschungsergebnisse zur Sozialen Arbeit

Die Biographiearbeit (vgl. Blaumeiser 2007, S. 139) ist bei älteren Menschen immer von großer Bedeutung, da sie eine besonders lange Lebensgeschichte aufweisen, welche durch verschiedenste Faktoren und Ereignisse geprägt ist. Diese können beispielsweise historischen, gesellschaftlichen, familiären und genetischen Ursprungs sein. Deshalb fiel auch die Entscheidung der Forschungsmethode im Rahmen der Bedarfsanalyse älterer Frauen mit depressiven Phasen auf biographisch-narrative Interviews, um die Ermittlung biographischer Daten von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen in der Kommunikation in der praktischen Arbeit nachzubilden. Die effektivste Form dieser Kommunikation liegt auf verbaler Ebene, d. h. z. B. Gespräche mit der betroffenen Person zu führen. Dennoch müssen auch nonverbale Kommunikationszeichen, wie Körperhaltung, Mimik und Gestik sowie Emotionen gedeutet werden. Zusätzlich kann das Umfeld des Klienten einbezogen werden, was allerdings nur auf Wunsch oder mit Zustimmung des betroffenen Menschen geschehen sollte, um die Vertrauensbasis aufrecht zu erhalten. Das Fundament für diese Vertrauensbasis sollte schon bei der ersten Begegnung von Klient und Sozialarbeiter / Sozialpädagoge geschaffen werden und vor allem durch empathische Handlungsweisen fortlaufend aufgebaut werden. Durch diese Erhebung der Biographie erlangt der Sozialarbeiter / Sozialpädagoge im praktischen Arbeitsfeld einen Einblick in die Lebensge-

schichte des Klienten und kann somit empathischer einwirken, um einen Ansatzpunkt zur Bedarfsermittlung zu haben.

In der Ermittlung der Bedürftigkeiten ist darauf zu achten, dass nicht nur direkt Bedürfnisse angesprochen werden, sondern auch indirekt im Kontext einer Erzählung zum Ausdruck gebracht werden können, welche dem Klienten ggf. selbst nicht bewusst sind.

Beispielsweise kommt in den beiden, im Rahmen dieser Masterarbeit geführten, Interviews ein Bedarf nach Erlangung der Ichintegrität nach Erikson (vgl. Erikson 1993, S. 214f.; Boeree 2006, S. 16f.) zum Ausdruck. Dabei unterscheidet sich jedoch dieses Bedürfnis im Hinblick auf den Arbeitsansatz der Sozialen Arbeit.

Frau Winkler (s. Interview 1) möchte diese Entwicklungsstufe nach Erikson erreichen, hat allerdings aufgrund gegebener Lebensumstände und fehlender Bewältigungsstrategien, Schwierigkeiten sich mit der Krise „Integrität vs. Verzweiflung“ auseinanderzusetzen und maßt sich somit diese Integrität an. Das macht sie nicht bewusst, sondern zum Selbstschutz, da sie einer zu starken Konfrontation mit ihrer Lebensgeschichte und dessen Hintergründen psychisch nicht gewachsen ist. Eine extreme Konfrontation bringt bei ihr vor allem psychische Symptome, die bis hin zu suizidalen Gedanken reichen, hervor. Das muss der Sozialarbeiter / Sozialpädagoge erkennen, Verständnis für den biographischen Hintergrund entwickeln und ihr in erste Linie Zeit und Autonomie geben bzw. gewährleisten, sich mit ihrem Leben auseinanderzusetzen zu können, um dieses anzunehmen und sich auf den Tod vorzubereiten. In diesem Zusammenhang muss der Professionelle individuell auf sie eingehen sowie Reaktionen abwarten, richtig deuten und evaluieren. Wichtig ist, dass ihre Realität trotzdem ernst genommen und anerkannt wird, da diese für sie ein Schutz darstellt.

Frau Dr. Völkel (s. Interview 2) möchte ebenso Integrität erlangen und setzt sich offensiv mit ihrem Leben auseinander. In ihrer biographischen Erzählung wird deutlich, dass sie schon ein Stück weit die Ichintegrität erlangt hat. Allerdings ist sie noch nicht in der Lage, alle Ereignisse ihrer Biographie anzunehmen und benötigt dazu die Unterstützung von Professionellen. Doch auch hier zeigt sie Schwierigkeiten auf, Hilfe und Unterstützung von nicht-medizinischen Professionen anzunehmen. Dabei müssen Fachkräfte der Sozialen Arbeit eine Vertrauensbasis schaffen, Überzeugung leisten und Informationen geben, dass auch dieser Bereich sie positiv begleiten kann.

Auf sie zugeschnittene Angebote sollten ihr dabei wiederholt unterbreitet werden, um ihr verschiedene Räume zu bieten, sich mit ihrer unbewältigten, unbearbeiteten oder unbewussten Lebensbiographie auseinandersetzen zu können.

Ältere Menschen stehen vor der Entwicklungsaufgabe „Integrität gegen Verzweiflung“, was sich in beiden Interviews äußert. Ein allgemeiner Bedarf älterer Menschen nach Erlangung der Ichintegrität kann somit generalisiert werden. Doch nicht jeder Mensch kann diese Phase ohne Unterstützung von außen positiv überwinden. Deshalb sollten Professionelle noch einmal besonders bzgl. dieser anstehenden Entwicklungsaufgabe des Alters sensibilisiert werden, um Räume für betroffene Menschen zu schaffen, sich mit dem Leben auseinandersetzen und Dinge, wie z. B. altersbedingte gesundheitliche Einschränkungen, annehmen zu können. Dazu können Räume geschaffen werden, um Verluste von beispielsweise Menschen oder materiellen Dingen wie einer Wohnung aufzuarbeiten (Trauerarbeit) und sich die Sinnfrage beantworten zu können. Die Arbeitsweise der Sozialarbeiter / Sozialpädagogen sollte sich gegenüber den betroffenen Menschen an der klientenzentrierten Grundhaltung (vgl. Keil 2007, 401f.) orientieren. Durch das Erzählen der Klienten, den Denkanstößen und dem Reflektieren der Professionellen können psychisch kranken Menschen Umstände bewusst werden, welche dann wiederum bearbeitet und bewältigt werden können. Somit können Veränderungen zugelassen und erlebt werden.

Frau Winkler zeigt ein hohes Maß von Bedürfnissen nach Verständnis, Aufmerksamkeit und autonomer Entscheidungsfreiheit auf. Beispielsweise durch die Methode des Empowerments (vgl. Herriger 2007, S. 250ff.) kann ihr Selbstwertgefühl gestärkt und somit Schuldgefühle minimiert werden. Der Sozialarbeiter / Sozialpädagoge kann versuchen, ihren Mann zu einem oder mehreren Beratungsgesprächen hinzuzuziehen, um begleitend Kommunikationsprobleme in der Ehe zu überwinden sowie ein Krankheitsverständnis gegenüber seiner Frau aufzubauen. Somit soll ein gelingendes Zusammenleben der beiden älteren Menschen unterstützt werden. Zwang und Druck soll im Umgang mit Frau Winkler auf jeden Fall vermieden werden, da sie auf diese mit Ablehnung reagiert. Deshalb sollte der Sozialarbeiter / Sozialpädagoge mit besonderer Vorsicht die Methode Empowerment anwenden. Außerdem ist zu beachten, dass sie Zuverlässigkeit und Beständigkeit in der Unterstützung vom Bereich der Sozialen Arbeit erwartet. Das wiederum fördert ihr Vertrauen in die Profession der Sozialen Arbeit und unterstützt ihre Alltagsbewältigung.

Frau Dr. Völkel zeigt eindeutige Bedürfnisse und eine Angewiesenheit sozialer Unterstützung. Allerdings muss sie davon überzeugt werden, dass Soziale Arbeit sie positiv in ihrer Lebensbewältigung begleiten kann (s. oben) und lernen, Hilfe annehmen zu dürfen. Sie hat eine starke Bindung zu ihrer Mutter, welche auch nach deren Tod weiter vorherrscht. Sie fühlt sich verpflichtet, sich um Haus und Garten ihrer Eltern zu kümmern, obwohl sie dem gesundheitlich immer weniger gewachsen ist und steckt somit in einem inneren Konflikt. Der Sozialarbeiter / Sozialpädagoge kann ihr diese Entscheidung nicht abnehmen, sondern sie nur unterstützen und Wege aufzeigen, ihre eigene Lösung zu finden. Gegen die von ihr geäußerte starke Einsamkeit und Langeweile können ihr immer wieder Angebote verschiedenster Stellen und Anlaufpunkte unterbreitet werden, um sie nicht weiter vom gesellschaftlichen Leben zu isolieren. Diese Netzwerkarbeit (vgl. Pankoke 2007, S.857f.) ist für Frau Dr. Völkel besonders wichtig, da sie keine eigene Familie und wenig soziale Kontakte hat. Mit dieser Vermittlung kann sie Kontakt zu anderen Menschen aufnehmen, welche ihr, ergänzend zur professionellen Unterstützung der Sozialen Arbeit, Halt geben und an ihrem Leben Anteil nehmen können. Von Sozialarbeitern / Sozialpädagogen wünscht sie sich direkt Unterstützung und Begleitung in alltäglichen Angelegenheiten sowie Motivationsanstöße. Dabei können vertrauliche Einzelgespräche und die Vermittlung von professionellen oder nicht professionellen Begleitpersonen hilfreich sein.

Beide Frauen zeigen direkt oder indirekt einen Bedarf nach Unterstützung des sozialen Bereichs auf. Dagegen zeigen sich in den geführten Interviews jedoch unterschiedlichste Bedürfnisse der Protagonistinnen, welche nicht pauschalisiert werden können. Demgemäß kann die Eingangsthese bestätigt werden. Diese kontextbedingten Bedürfnisse müssen von Sozialarbeitern / Sozialpädagogen erkannt und individuell berücksichtigt werden. Geeignete Methoden sind die klientenzentrierte Gesprächsführung und die individuelle Anwendung von Empowerment. Die Psychoedukation (vgl. Kissling, Pitschel-Walz 2004, S. 392) nimmt ebenfalls eine relevante Bedeutung in der Krankheitsbewältigung ein. Empathie, die Beachtung der Würde (Art. 1 GG) und ein respektvoller Umgang sind selbstverständliche Umgangsformen, welche bei der Begleitung und Alltagsbewältigung von Klienten hilfreich sind.

Diese Handlungsansätze können zu einer gelingenden Lebensbewältigung und zu einer psychischen Stabilität der Protagonistinnen in einer hohen Qualität beitragen. Dabei können Defizite minimiert sowie persönliche Ressourcen ausgebaut werden. Die Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit können bewirken, dass Menschen ihre Lebensbiographie und somit auch im Alter vorherrschende gesundheitliche Einschränkungen annehmen können. Eine allgemein gültige Formel der Handlungsansätze Sozialer Arbeit bei älteren Menschen mit Depressionen gibt es dabei jedoch nicht, da jeder Mensch als Individuum betrachtet werden muss.

7 Weiterführende Forschungen

Zusätzlich zum Fachbereich der Sozialen Arbeit gibt es die Wissenschaftsdisziplinen der Soziologie, der (Geronto-)Psychiatrie und dessen Teilbereich der Psychotherapie, für welche die Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit relevant sein können bzw. sind. Die Soziale Arbeit sieht diese aus dem unterstützenden, begleitenden und beratenden Blickwinkel. Hingegen ist der Bereich der Soziologie durch die gesellschaftliche Betrachtungsweise gekennzeichnet. Die (Geronto-)Psychiatrie umfasst den medizinischen Aspekt, wobei die Psychotherapie die psychologischen Hintergründe behandelt.

Jeder Mensch ist ein Individuum mit einer charakteristischen Biographie, welche zu einer eigenen Persönlichkeitsentwicklung geführt hat. Diese haben unterschiedliche Bedürfnisse in den im Alter zu bewältigenden Lebensaufgaben zur Folge.

Die Soziale Arbeit entwickelt ein Bewusstsein und ein Verständnis für diese Grundannahme sowie Handlungsansätze für die Gruppe der betroffenen Menschen. Der Erkenntnisgewinn im Rahmen dieser Arbeit sollte unbedingt in der zukünftigen Forschung berücksichtigt und weitergeführt werden. Ziel sollte es sein, die in dieser Masterarbeit erhobenen Ergebnisse durch erneute Untersuchungen zu verifizieren (oder ggf. zu falsifizieren), (weitere) geeignete Unterstützungsmöglichkeiten für die betroffenen Menschen zu erkennen oder zu entwickeln und die Anwendung dieser Handlungsansätze zu überprüfen. Letzteres greift die Forschungsfrage vier auf, wel-

che durch weitere Untersuchungen noch konkreter ermittelt werden kann. Die o. g. Forschungsansätze können vor allem qualitativ, aber auch quantitativ erfolgen.

Weiterführende Fragen dieser Erhebung sind unter der Berücksichtigung der anderen Forschungsdisziplinen möglich.

In der Soziologie könnten folgende Fragen aufgestellt werden:

- „Kann die deutsche Gesellschaft einen Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung und dem biographischen Hintergrund erschließen und verstehen?“
- „Welche Folgen haben Mechanismen der Stigmatisierung für die Betroffenen?“
- „Was fördert das gesellschaftliche Bewusstsein und Verständnis für die Problematik einer psychischen Erkrankung aus der biographischen Erfahrung heraus?“

Weiterführende Fragestellungen in der Psychiatrie sind beispielsweise:

- „In welcher Qualität trägt der Erkenntnisgewinn der vorliegenden Forschungsarbeit zur medizinischen Versorgung bei?“
- „Wie wirkt sich der Forschungsgewinn auf die Betrachtungsweise des Arztes bzgl. des Patienten aus?“
- „Wie beeinflussen die Forschungsergebnisse die Behandlung und Begleitung verschiedener Fachkräfte (Ärzte, Psychologen / Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegepersonal etc.) und die Strukturen einer Psychiatrie?“

In der Psychotherapie können weiterführende Fragestellungen aufgegriffen werden:

- „In welcher Qualität wirkt sich Biographiearbeit als Arbeitsansatz der Therapieformen aus?“
- „Wie unterscheidet sich der Einsatz des Bewusstseins über den biographischen Hintergrund der Erkrankung in der therapeutischen und der sozialarbeiterischen Sichtweise?“
- „Wie können sich therapeutische und sozialarbeiterische Arbeitsaufträge und Blickwinkel sinnvoll ergänzen?“

Die o. g. weiterführenden Fragestellungen können allgemein gehalten oder spezifisch auf die Zielgruppe Frauen mit der Diagnose Depression ab dem 65. Lebensjahr angewendet werden. In diesem Zusammenhang können somit „bedarfsbezogene Leis-

tungskategorien“ (Halfar 2007, S. 91) auch in einzelnen Bereichen der anderen Wissenschaften für die Zielgruppe ausgebaut werden.

8 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung

In der vorliegenden Masterarbeit wird ein Forschungsprozess dargestellt, für welchen vorangehend in der Einleitung eine Eingangsthese aufgestellt wurde. Es wird behauptet, dass Frauen mit der Diagnose Depression ab dem 65. Lebensjahr ganz individuelle Bedürfnisse in der Krankheitserscheinung und Erwartungen aufzeigen, welche im Kontext mit ihren biographischen Erfahrungen betrachtet werden müssen. Diese These wird zusätzlich auf die notwendigen individuellen / bedürfnisorientierten Handlungsansätze der Sozialen Arbeit bezogen.

Zum einen besteht das Erkenntnisinteresse darin, Bedürfnisse der älteren Frauen mit Depressionen in der Krankheitserscheinung zu erforschen und Erwartungshaltungen gegenüber dem Bereich der Sozialen Arbeit zu erkunden. Dies kann direkt mithilfe von Interviews herausgefunden werden (s. Gegenstandsbezogene Theorien 5.1.5, 5.2.5). Die anderen zwei Fragestellungen müssen noch tiefgreifender betrachtet werden. Folgen für den Arbeitsansatz der Sozialen Arbeit sollen ermittelt werden. Zusätzlich ist eine qualitative Einschätzung hinsichtlich des Beitrags zur Krankheitsbewältigung der betroffenen Menschen, mithilfe des Wissens um die Bedürfnisse derer, angestrebt. Dies soll auf Grundlage der o. g. Forschungsergebnisse erhoben werden (s. Bezug der Forschungsergebnisse zur Sozialen Arbeit). Durch fehlende Untersuchungen dieses spezifischen Bereichs geht dieser empirischen Arbeit ein relevanter Forschungsbedarf voraus.

Noch bevor der eigentliche Forschungsprozess beginnt, wurde das Forschungsdesign bestimmt. Da die Bedarfsanalyse im Kontext mit der biographischen Lebensgeschichte der betroffenen Personen stehen soll, wurde die Erhebungsmethode der fokussierten biographisch-narrativen Interviews nach Fritz Schütze gewählt. Durch diese qualitative Erhebungsmethode wurden zwei Interviews mit älteren Frauen mit der Diagnose Depression geführt. Diese sind jeweils durch eine Haupterzählung ge-

kennzeichnet, welche durch denselben fokussierten Stimulus eingeführt wurde. Immanente Nachfragen wurden im Verlauf der Interviews individuell erstellt. Der exmanente Nachfrageteil kennzeichnet sich durch Fragen in Anlehnung an die Forschungsfragestellungen, die in beiden Interviews identisch angewendet wurden.

Mithilfe des Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem wurden prägnante Teile der Interviews in Schriftform übersetzt.

In Anlehnung an Rosenthal geschieht der Auswertungsprozess beider Interviews. Zu Beginn der Analyse werden jeweils lebensgeschichtliche „Ereignisdaten“ vorgestellt und dazu Hypothesen gebildet. Im zweiten Schritt erfolgt die erzählchronologische „Feldanalyse“, wobei Hypothesen aufgestellt und Forschungsfragestellungen einbezogen wurden. Die „Rekonstruktion der Lebensgeschichte“ resultiert aus der Kontrastierung der ersten beiden Auswertungsschritte. Um Hypothesen zu belegen, erfolgt die „Feinanalyse“ ausgewählter Textstellen. In der „Gegenstandsbezogenen Theorie“ werden für die Forschungsfragestellung relevante Ergebnisse aufgezeigt.

Um einen Einstieg in die Thematik zu gewährleisten, werden Begriffe bestimmt. Auf diese Begriffsbestimmungen wird auch im Forschungsprozess Bezug genommen.

Ein Bedarf stellt eine Konkretisierung von Bedürfnissen dar. Die psychosoziale Lage kann sich im bestmöglichen Fall in der psychosozialen Gesundheit äußern oder sich durch eine psychische Erkrankung charakterisieren, was im thematischen Rahmen dieser Masterarbeit der Fall ist. Der auf psychische Erkrankungen von älteren Menschen spezialisierte Bereich der Medizin nennt sich Gerontopsychiatrie.

Depressionen sind psychische Störungen mit den Hauptsymptomen von gedrückter Stimmungslage, Freudlosigkeit und Interessenverlust sowie Antriebsminderung und erhöhter Ermüdbarkeit, welche durch kontextbedingte Faktoren ausgelöst werden können. Nach der ICD-10, nach welcher auch meist diagnostiziert wird, können drei Hauptformen von Depressionen unterschieden werden: die bipolare affektive Störung (F31), die unipolaren Depressionen (depressive Episode F32, rezidivierende depressive Störung F33) sowie anhaltende affektive Störungen wie die Dysthymia (F34). Daneben gibt es Begriffe, die besonders für im Alter auftretende Erkrankungen der Depression verwendet werden. Darunter zählen u. a. die Late Onset Depression als Überbegriff für Spät- und Altersdepression sowie die Subsyndromale Depression, welche durch eine Minderung diagnostizierbarer einzelner Symptome charakterisiert wird. Die Larvierte Depression wird letzterem zugeordnet. Die Behand-

lung dieses Krankheitsbildes kann medikamentös und / oder therapeutisch angesetzt werden. Im Zusammenhang mit Depressionen im Alter sind häufig Komorbidität (eine Erkrankung mit Begleiterscheinungen) und Multimorbidität (verschiedene Krankheiten treten gemeinsam auf) zu beachten, da sie eine Diagnosestellung erschweren können. Auch demenzielle Erkrankungen treten im Alter häufig auf und können zu Beginn ähnliche Symptome aufzeigen, welche eine Abgrenzung zur depressiven Störung hemmen können. Etwa 90 Prozent der Suizide im höheren Lebensalter sind durch depressive Erkrankungen begründet.

Allgemeine Krankheitserscheinungen steigen im Alter eindeutig an, was wiederum den Anstieg psychischer Erkrankungen im Alter, trotz erschwerter Diagnosestellung, beeinflussen könnte. Depressionen zählen nach demenziellen Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Krankheitsbildern des Alters. Zum genauen Prozentsatz der Prävalenz gibt es verschiedene Untersuchungen, welche voneinander abweichen. Oft werden depressive Symptome unterschätzt oder können nicht genau zugeordnet werden. Bei Frauen treten häufiger Depressionen auf.

Erikson hat Freuds „Phasentheorie der psychosexuellen Entwicklung“ zum „Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung“ erweitert (s. Anl. 3). Dabei beschreibt er die Entwicklungsstufen des Kindesalters „Vertrauen vs. Misstrauen“, „Autonomie gegen Scham und Zweifel“, „Initiative vs. Schuldgefühl“ und „Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl“, sowie die Krise „Identität gegen Identitätsdiffusion“ der Pubertät. Die Herausforderungen der Entwicklung „Intimität und Solidarität vs. Isolierung“ sowie „Generativität vs. Selbstabsorption“ hat der Mensch im Erwachsenenalter zu überwinden. Ein alter Mensch steht vor der Anforderung, die Krise „Integrität vs. Verzweiflung“ positiv zu bewältigen, sein Leben mit all den Entscheidungen annehmen zu können und sich auf den Tod vorzubereiten und nicht in ein Gefühl von „Verzweiflung“ zu verfallen, wie dieses von Edvard Munch in der Einleitung bildlich dargestellt wird.

Das erste Interview wurde mit Frau Winkler geführt, welche zu diesem Zeitpunkt 65 Jahre war. Bei ihr wurde im Alter von 57 Jahren die Diagnose Depression gestellt. Frau Winkler war beruflich in der Landwirtschaft und als Verkäuferin tätig, ist Erwerbsunfähigkeitsrentnerin und hat einen Mann sowie zwei erwachsene Kinder.

Frau Winkler hat mehrere kritische Lebensereignisse als Kind erfahren müssen. Ein prägnantes Erlebnis war zum einen der Verlust der Bezugspersonen mit vier bzw. fünf Jahren, da die Eltern sie für ein Jahr in ein Kinderheim gegeben hatten. Zum anderen war die Trennung der Eltern mit dem Verlust des Vaters für sie sehr prägend. Zusätzlich fühlte sie sich, hinter ihrer kleinen Schwester, immer zweitrangig. Durch diese Umstände konnte sie nicht alle Entwicklungsaufgaben nach Erikson optimal bewältigen.

Interview zwei wurde mit der 86-Jährigen Frau Dr. Völkel geführt. Als bei ihr die erste Depression diagnostiziert wurde, war sie 62 Jahre alt. Frau Dr. Völkel hat keine eigene Familie gegründet, erlangte den medizinischen Dokortitel und arbeitete karrierestrebsam bis zu ihrem 71. Geburtstag. Nun ist sie Rentnerin.

Frau Dr. Völkel ist als Einzelkind gebildeter Eltern aufgewachsen. Mit drei Jahren erkrankte sie an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus. In dieser Zeit wurde auch ihr Vater in den Kriegsdienst einbezogen. Diese Umstände erschwerten ihr die Ablösung der Mutter in der ödipalen Phase und die Bewältigung anderer Entwicklungsaufgaben nach Erikson, so dass der Tod der Mutter 1998 ein Auslöser der depressiven Erkrankung von Frau Dr. Völkel war.

Beide älteren Frauen stehen vor bzw. in der Entwicklungsstufe „Integrität vs. Verzweiflung“ nach Erikson und haben das Bedürfnis, Ichintegrität zu erlangen. Das bedeutet, das Leben mit all den Entscheidungen und Ereignissen anzunehmen, sich auf den Tod vorzubereiten und die „Weisheit“ nach Erikson zu erlangen. Frau Winkler hat allerdings aufgrund ihrer Biographie und mangelnden Bewältigungsstrukturen Schwierigkeiten, sich mit dieser Krise auseinanderzusetzen, maßt sich zum Selbstschutz unbewusst diese Integrität an und möchte sie anerkannt bekommen. Frau Dr. Völkel hingegen setzt sich mit ihrem Leben auseinander, was ihr teilweise positiv gelingt. Trotzdem bereut sie verschiedene lebensgeschichtliche Ereignisse, was in ihr ein Gefühl der Verzweiflung weckt.

Dennoch zeigen beide Protagonistinnen unterschiedliche Bedürfnisse, um ihren Alltag für sich zufriedenstellend bewältigen zu können.

Frau Winkler äußert einen beachtlichen Wunsch nach Autonomie, Aufmerksamkeit sowie das Bedürfnis nach einem gelingenden Zusammenleben mit ihrem Mann. Dabei spielen Kommunikationsprobleme und mangelndes Krankheitsinteresse seiner-

seits eine entscheidende Rolle, da sie große Bedürfnisse nach Empathie und Verständnis aufzeigt. Vertrauen, Rückhalt, Akzeptanz, Zuverlässigkeit und Beständigkeit sind für sie zusätzlich wichtige Werte. Hingegen bremsen sie Zwang und Druck in der Entwicklung ihres Selbst. Entscheidungsfreiheit, Ruhe und die Beschäftigung mit dem Computer helfen ihr in der Krankheitserscheinung.

Frau Dr. Völkel sehnt sich sehr nach sozialen Beziehungen und der Teilhabe am gesellschaftlichen und vor allem kulturellen Leben. Einsamkeit und Langeweile bestimmen derzeit ihr Alltagserleben. Rückhalt und Anteilnahme wünscht sie sich in diesem Zusammenhang. Immer noch besteht eine große Bindung zu ihrer verstorbenen Mutter, da sie sich nicht vom elterlichen Haus lösen kann, allerdings gesundheitlich immer weniger in der Lage ist, dieses Instand zu halten. Hilfe und Unterstützung bei der Lösungsfindung, z. B. dieses Dilemmas, wünscht sie sich genauso wie eine Begleitperson für den Alltag, die sie motiviert. Körperliche Auslastungen und autonome Entscheidungen, wie beispielsweise Ruhen, helfen ihr in der Krankheitserscheinung. Diese Bedürfnisse fordert sie sich allerdings nicht ein.

Durch diese qualitative Forschung auf der Basis biographisch-narrativer Interviews mit Frauen mit der Diagnose Depression ab dem 65. Lebensjahr lässt sich belegen, dass ältere Frauen mit Depressionen einen allgemeinen Bedarf nach Hilfe und Unterstützung aufzeigen, aber trotz gleicher altersbedingter anstehender Entwicklungsaufgabe („Integrität vs. Verzweiflung“), Bedürfnisse der Betroffenen individuell variieren. Sie richten sich nach den Erlebnissen in der Biographie und dessen Folgen für das psychosoziale Wohlbefinden. Somit steht auch der Bereich der Sozialen Arbeit vor der Herausforderung, individuell auf die betroffene Person eingehen zu können. Das beinhaltet die Persönlichkeit anzuerkennen, die Bedürfnisse aufzunehmen und eine bedarfsgerechte Unterstützung leisten zu können.

Dabei ist wichtig, dass dem Sozialarbeiter / Sozialpädagogen die persönliche subjektive Lebensgeschichte des Menschen mit Depressionen bekannt ist und er empathisch darauf einwirken kann.

Auch bei Frau Winkler und Frau Dr. Völkel gibt es verschiedene Handlungsansätze der Sozialen Arbeit. Frau Dr. Völkel muss im Vorfeld durch verschiedene Angebote davon überzeugt werden, dass Soziale Arbeit ihr helfen und sie Unterstützung annehmen kann. Im Allgemeinen können verschiedene Räume geboten werden, um z. B. lebensgeschichtliche Ereignisse aufzuarbeiten, biographische Ereignisse anzu-

nehmen sowie Defizite abzubauen und Ressourcen zu stärken. Das Heranziehen geeigneter Methoden der Sozialen Arbeit ist dabei notwendig. Wichtig ist eine empathische Herangehensweise durch die klientenzentrierte Grundhaltung, um die Würde und den Respekt des Gegenübers zu wahren. Auf dieser Basis kann ein Beitrag zur Krankheits- und Alltags- bzw. Lebensbewältigung des erkrankten Menschen geleistet werden.

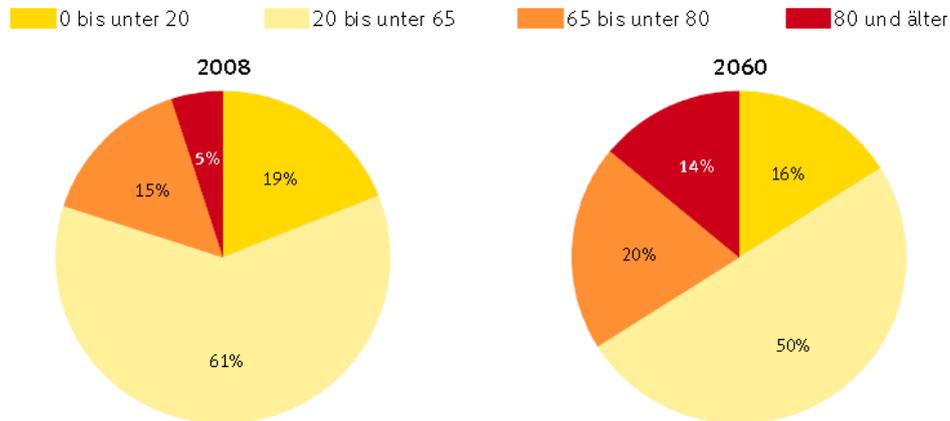
Weiterführende Forschungen in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen sind dabei von bedeutender Relevanz, um einen Ausgangspunkt für den individuellen Ausbau von Unterstützungsangeboten unterschiedlicher Fachbereiche zu schaffen.

Anlagenverzeichnis

		Seite
Anlage 1	Bevölkerungsentwicklung 2008 / 2060	89
Anlage 2	Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem	89
Anlage 3	Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erikson	92
Anlage 4	Interview 1: Einverständniserklärung	93
Anlage 5	Vordruck: Soziodemographische Daten	94
Anlage 6	Interview 1: Interviewprotokoll	95
Anlage 7	Interview 1: Inhaltsübersicht	97
Anlage 8	Interview 1: Ereignisdaten	117
Anlage 9	Interview 1: Transkription Eingangssequenz	119
Anlage 10	Interview 1: Transkription Fragment 1	124
Anlage 11	Interview 1: Transkription Fragment 2	126
Anlage 12	Interview 1: Transkription Fragment 3	128
Anlage 13	Interview 2: Einverständniserklärung	130
Anlage 14	Interview 2: Interviewprotokoll	131
Anlage 15	Interview 2: Inhaltsübersicht	134
Anlage 16	Interview 2: Ereignisdaten	141
Anlage 17	Interview 2: Transkription Eingangssequenz	143
Anlage 18	Interview 2: Transkription Fragment 1	144
Anlage 19	Interview 2: Transkription Fragment 2	146

Anlage 1 Bevölkerungsentwicklung 2008 / 2060

Bevölkerung nach Altersgruppen



12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung,
Untergrenze der "mittleren" Bevölkerung

Statistisches Bundesamt

(Statistisches Bundesamt 2009, S. 10)

Anlage 2 Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem

Transkriptionszeichen

(Gesprächsanalytische Transkriptionssystem GAT, Selting et. al. 1998)

Sequentielle Struktur/Verlaufsstruktur

[] Überlappungen und Simultansprechen

[]

= Schneller, unmittelbarer Anschluß [8] neuer Beiträge
oder Einheiten

⁸ Im Zuge der Recherchen ist aufgefallen, dass die hierbei verwendete Rechtschreibung veraltet ist bzw. Groß- und Kleinschreibung am Beginn der Abschnitte (rechte Spalte) nicht konform sind.

Pausen

(.)	Mikropause
(-), (--), (---)	kurze, mittlere, längere Pausen von ca. 0,25-0,75 Sek.; bis ca. 1 Sek.
(2.0)	Pause von mehr als 1 Sek. Dauer

Sonstige segmentale Konventionen

un=äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
:, ::, :::	Dehnung, Längung, je nach Dauer
äh, öh, etc.	Verzögerungssignale, sog. "gefüllte Pausen"
'	Abbruch durch Glottalverschluß

Lachen

so(h)o	Lachpartikeln beim Reden
haha hehe hihi	silbisches Lachen
((lacht))	Beschreibung des Lachens

Rezeptionssignale

hm, ja, nein, nee	einsilbige Signale
hm=hm, ja=a,	zweisilbige Signale
nei=ein	
,hm`hm	mit Glottalverschlüssen, meistens verneinend

Akzentuierung

akZENT	Primär- bzw. Hauptakzent
akzEnt	Sekundär- bzw. Nebenakzent
Ak!ZENT!	Extra starker Akzent

Tonhöhenbewegung am Einheitenende

?	hoch steigend
,	mittel steigend
-	gleichbleibend
;	mittel fallend
.	tief fallend

Sonstige Konventionen

((hustet))		Para/außersprachliche Handlungen/Ereignisse
<<hustend>	>	Sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
<<erstaunt>	>	Interpretierende Kommentare mit Reichweite
()		unverständliche Passage je nach Länge
(solche)		vermuteter Wortlaut
al(s)o		vermuteter Laut oder Silbe
(solche/welche)		alternative Vermutungen
((...))		Auslassung im Transkript
→		Hinweis auf im Text diskutierte Transkriptzeile

Ein- und Ausatmen

.h, .hh, .hhh		Einatmen, je nach Dauer
h, hh, hhh		Ausatmen, je nach Dauer

Lautstärke- und Sprechgeschwindigkeitsveränderungen

<<F>	>	forte, laut
<<ff>	>	fortissimo, sehr laut
<<p>	>	piano, leise
<<pp>	>	pianissimo, sehr leise
<<all>	>	allegro, schnell
<<len>	>	lento, langsam
<<cresc>	>	crescendo, lauter werdend
<<dim>	>	diminuendo, leiser werdend
<<acc>	>	accelerando, schneller werdend
<<rall>	>	rallentando, langsamer werdend

(Lucius-Hoene, Deppermann 2004, S. 355f.; Einfügung: M. S.)

Anlage 3 Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erikson

	A Psychosoziale Krisen	B Umkreis der Beziehungspersonen	C Elemente der Sozialordnung	D Psychosoziale Modalitäten	E Psychosexuelle Phasen
I	Vertrauen gg. Mißtrauen ⁹⁾	Mutter	Komische Ordnung	Gegeben bekommen Geben	Oral-respiratorisch, sensorisch kinästhetisch (Einverleibungsmodi)
II	Autonomie gg. Scham, Zweifel	Eltern	»Gesetz und Ordnung«	Halten (Festhalten) Lassen (Loslassen)	Anal-urethral Muskulär (Retentiv-eliminierend)
III	Initiative gg. Schuldgefühl	Familienzelle	Ideale Leitbilder	Tun (Drauflosgehen) »Tun als ob« (= Spielen)	Infantil-genital Lokomotorisch (Eindringend, einschließend)
IV	Werksinn gg. Minderwertigkeitsgefühl	Wohngegend Schule	Technologische Elemente	Etwas „Richtiges“ machen, etwas mit anderen zusammen machen	Latenzzeit
V	Identität und Ablehnung gg. Identitätsdiffusion	»Eigene« Gruppen, »die Anderen«, Führer-Vorbilder	Ideologische Perspektiven	Wer bin ich (wer bin ich nicht) Das Ich in der Gemein- schaft	Pubertät
VI	Intimität und Solidari- tät gg. Isolierung	Freunde, sexuelle Partner, Rivalen, Mit- arbeiter	Arbeits- und Rivalitäts- ordnungen	Sich im anderen verlie- ren und finden	Genitalität
VII	Generativität gg. Selbstabsorption	Gemeinsame Arbeit, Zusammenleben in der Ehe	Zeitströmungen in Erziehung und Tradi- tion	Schaffen Versorgen	
VIII	Integrität gg. Verzweif- lung	»Die Menschheit« »Menschen meiner Art«	Weisheit	Sein, was man gewor- den ist; wissen, daß man einmal nicht mehr sein wird.	

(Erikson 1993, S. 214f.; Einfügung: M. S.)

⁹⁾ Im Zuge der Recherchen ist aufgefallen, dass die hierbei verwendete Rechtschreibung veraltet ist.

Anlage 4 Interview 1: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Hiermit gebe ich, [REDACTED] (*Protagonistin*), Frau Maria Sembdner, derzeit Studentin an der Fakultät Soziale Arbeit der FH Mittweida / Roßwein, mein Einverständnis zur Durchführung eines biographisch-narrativen Interviews.

Ich stimme zu, dass Frau Maria Sembdner das Interview aufnehmen darf, anschließend transkribiert und ausgewertet. Bei der Transkription werden alle Namen und Orte anonymisiert.

Ich, Maria Sembdner, versichere, dass ich das Interview, alle persönlichen Angelegenheiten, über welche erzählt wurden und die Ergebnisse nur im Rahmen meiner Masterarbeit „Bedarfsanalyse zur psychosozialen Lage gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen [...]“ verwende.

Hiermit bestätige ich [REDACTED] (*Protagonistin*), dass ich die Einverständniserklärung zum biographisch-narrativen Interview erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

[REDACTED] 05.04.2013
Ort / Datum

[REDACTED]
Unterschrift Protagonistin

[REDACTED] 05.04.2013
Ort / Datum


Unterschrift Studentin

Anlage 5 Vordruck: Soziodemographische Daten

Datum des Gesprächs:

Ort des Gesprächs:

Zeitraum des Gesprächs:

Geschlecht:

Geburtsjahr / Alter:

Geburtsort:

Ort des Aufwachsens:

Derzeitiger Wohnort:

Erlerner Beruf:

Zuletzt ausgeübter Beruf:

Beruf der Mutter:

Beruf des Vaters:

Geschwister:

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

Depressionen: Form:

Hauptsymptome:

erstmal diagnostiziert:

Auftreten depressiver Episoden:

Behandlung:

Anlage 6 Interview 1: Interviewprotokoll

Beobachtung über Zusammentreffen:

- herzlich, offen, freundlich
- Treff am L.-Supermarkt, wie telefonisch vereinbart
- gingen gemeinsam in Fachhochschule

Äußeres, Stimme, Redeweise:

- gepflegtes Äußeres, graue kürzere Haare, Brille, blauer Pullover, Hose, Weste
- freundliche, offene Stimmlage
- sympathische Redeweise, strukturiert und konstant, ohne größere Pausen, lineare Erzählweise

Ort, Datum:

- Hochschule
- 05.04.2013, 16:00 Uhr - 20:30 Uhr

Atmosphäre und Situation:

- leichte Nervosität auf Seiten der Protagonistin
- entspannte Atmosphäre, zu Beginn etwas Unsicherheit der Protagonistin bzgl. des Stimulus
- vertraute Atmosphäre
- ungestörte Situation, kaum Geräusche von außen

Festhalten von Sympathien und Antisymphathien der Interviewerin:

- sympathisch, unvoreingenommene Haltung
- offene und neutrale Haltung (, sodass eine Vertrauensbasis aufgebaut werden konnte, jedoch auch objektiv ausgewertet werden kann)

Festhalten von allem, was vor, während und nach dem Interview passiert war:

Im Vorfeld des Interviews:

- Protagonistin durch Psychiatriekoordinator vermittelt, hat selbstständig in der Arbeitsstelle der Interviewerin angerufen und sich für Interview bereit erklärt (23.03.2013)
- Rückruf am 28.03.2013 zur Terminabsprache
- weitere Terminabsprache am 03.04.2013 telefonisch erfolgt
→ offene und gesprächige Telefonate

05.04.2013:

- Treff am L.-Supermarkt, wie telefonisch vereinbart
- gemeinsamer Gang in Fachhochschule
- freie Platzwahl, saßen über Eck, Protagonistin hat Platz genommen, Interviewerin hat gefragt, wo sie sich hinsetzen soll
- Getränke mitgebracht und ausgeschenkt
- Schreibutensilien usw. zurecht gelegt, Einverständniserklärung ausgefüllt, Tonband eingeschaltet

Während des Interviews:

- Stimulus musste „ausgehandelt“ werden
- stimmungsschwankend, Abhängigkeit von spezifischen Themenbereichen: lachend bis mit Tränen kämpfend, feuchte Augen → hat versucht sich unter Kontrolle zu halten
- ca. 2,5 Stunden ununterbrochener Redefluss
- Blickkontakt meist gehalten, in nachdenklichen Phasen Blick starr zur Wand
- Interviewerin nahm empathische Zuhörweise an

Nach dem Interview:

- Ausfüllen soziodemographischer Daten
- wiederholte Danksagung und kleines Präsent
- Gespräch über Inhalte, lockerer Austausch (, kleinere Nachfragen), Interesse ihrerseits am Studium sowie der Arbeit der Interviewerin
- Protagonistin hat im Vorfeld Beruhigungstablette genommen, um besser erzählen zu können
- ca. 2 Wochen nach Interviewtermin hinterließ die Protagonistin ein Brief auf der Arbeitsstelle der Interviewerin: sie wollte sich noch einmal melden, bedankte sich für die Blumen, welche sie in ihren Garten pflanzte (anbei ein

Bild), sie erklärte sich in der Situation des Interviews (musste auf die Toilette)

- die Protagonistin nahm an einer Veranstaltung der Arbeitsstelle der Interviewerin teil und suchte danach ein kurzes Gespräch mit der Interviewerin (23.05.2013)

Eindrücke und erste Gedanken über den Gesprächspartner:

- Würdigung des „Umgangs“ mit den schwierigen Lebensverhältnissen
- positiver Eindruck der betroffenen Frau
- Protagonistin hat großen Redebedarf, Offenheit
- sehr feinfühlig (sensibel)

Festhalten erster spontaner Antworten auf die Forschungsfrage:

- Autonomie, Empathie, Vertrauen sind ihr wichtig
- Zeit und Verständnis

Anlage 7 Interview 1: Inhaltsübersicht

Die Inhaltsübersicht ist in drei Spalten gegliedert: Zeit, Inhalt und Forschungsfragestellung. Letzteres beinhaltet eine kleine Spalte für Merkmale in Form von Ausrufezeichen, die aussagen, welche Abschnitte des Interviews besonders für die Bearbeitung der Forschungsfragestellung von Bedeutung sein könnten. Die Spalte des Inhalts ist in drei Hauptabschnitte unterteilt, welche in Großbuchstaben, fett markiert und unterstrichen gekennzeichnet sind: Haupterzählung, immanenter und exmanenter Nachfrageteil. Die Fragen und Aussagen der Interviewerin sind in einer grauen Farbe niedergeschrieben, die Geschichte der interviewten Person hingegen in schwarzer Schrift. Der Inhalt ist in Sinnabschnitte unterteilt sowie stichpunktartig und erzählchronologisch festgehalten. In dieser Inhaltsübersicht wird nur die Erzählung im Interviewverlauf wiedergegeben. Um diese möglichst genau zu gewährleisten, wurden viele Formulierungen der interviewten Person bei der Niederschrift übernommen sowie Zitate der Protagonistin verwendet. Fette Markierungen kennzeichnen wichti-

ge Ereignisse. Für die Hervorhebung der zeitlichen Abfolge wurde die kursive Schriftart benutzt.

Zeit	Inhalt	For- schungs- frage- stellung
	<u>HAUPTERZÄHLUNG</u>	
00:00:00	<p>Stimulus</p> <p>- Ich interessiere mich für die Lebensgeschichten von Frauen ab dem 65. Lebensjahr mit der Diagnose Depression. Ich möchte Sie bitten, mir Ihre Lebensgeschichte zu erzählen, also nicht nur von Ihren Depressionen zu berichten, sondern über all die Erlebnisse, die Ihnen heute einfallen.</p> <p>Sie können sich so viel Zeit nehmen, wie Sie möchten. Ich werde Sie auch erst einmal nicht unterbrechen, mir nur einige Notizen zu Fragen machen, auf die ich später dann noch eingehen werde.</p>	
00:00:35	Aushandlungsphase	
00:01:10	- war mit <i>4 / 5 Jahren</i> für 1 Jahr im Kinderheim → hat geprägt	
00:02:18	- Trennung der Eltern <i>in der 3. Klasse</i> , Schwester und Beziehung zu Eltern werden beschrieben → wurde später mehrmals verarbeitet	
00:03:40	- Schule, Lehre → nichts besonderes	
00:03:55	<p>- Hochzeit, Beschreibung des Mannes als Ebenbild des Vaters, positive Seiten des Mannes, hat sich untergeordnet</p> <p>- 2 Kinder</p> <p>→ hat „viel geschluckt“, Konflikte angeschnitten, fast getrennt zu DDR-Zeiten, negative Seiten des Mannes werden beschrieben, schwierige Lebensgemeinschaft</p>	
00:07:15	- 1989 Umzug in die R.-Stadt-Gegend	
00:07:25	- Wende → Mann hatte Arbeit, sie war <i>3 Jahre</i> arbeitslos	

00:07:35	- Arbeit im M.-Supermarkt , musste sich „anbieten“, „gute“ Arbeit, allerdings Spannungen mit Vorgesetzten aus dem Westen	
00:08:45	- 1995/96 beginnende Probleme in der Nachbarschaft - aneinandergrenzende Grundstücke, Nachbarn hatten 3 Kinder - beim Spielen fielen Bälle auf Grundstück, Kinder liefen auf Beete und Pflanzen → antiautoritäre Erziehung der Kinder → Schlichtgespräche erfolgten ergebnislos → Mann behielt Bälle ein → Nachbarn reagierten daraufhin negativ, Mutter beeinflusste Kinder negativ, Kinder warfen mit Steinen, Hunde wurden „aufgehetzt“ → Anzeige bei der Polizei als Warnung; - neue Telefone wurden angeschlossen → „Terror“: Telefonterror, Beobachtung durch Fenster zur Unterstützung des Terrors - Nachbarsmann hat andere Nachbarn mit aufgehetzt → „nie etwas passiert“ von ihrer Seite aus, hat „alles geschluckt“, hat dann auch mal „gepfiffen“ - fühlte sich durch Waffe bedroht, Schüsse auf Sonnenblumen → nervlich am Ende (- 1997 neue Telefone)	
00:18:40	- 2000 gesundheitliche Probleme mit Galle, Adenom am Zwölffingerdarm, Operation, Komplikationen, Aufenthalt „schlauchend“ → „schlaff“ geworden	
00:20:45	- Kur beantragt, Mann auch gesundheitliche Probleme, zusammen zur Kur	
00:21:00	- ab Kurzeit regelmäßige Schwindelattacken bis zur Arbeitsunfähigkeit	
00:21:20	- Frühjahr 2002 extreme Schwäche , Ärzte nichts festgestellt	
00:22:00	- Sommer 2002 vom Hochwasser betroffen → Reaktionslosigkeit, Verdrängung	

00:22:55	- <i>September</i> Kopfhaut brannte, wiederholte Schwindelanfälle	
00:23:30	- <i>2003 Probleme mit der Arbeitsstelle</i> → Kraftlosigkeit	
00:24:10	- verschiedene somatische Krankheitssymptome → keine Diagnostik - Enttäuschung durch Hausarzt → kein psychologisches Verständnis	!
00:25:15	- <i>Januar 2004</i> wiederholte somatische Symptome, Hausärztin im Urlaub → Vertretungsarzt → Diagnose Depression nach verschiedenen Untersuchungen	
00:27:30	- kurzfristige Einweisung in die Psychiatrie (offener Bereich), Schock, Reaktionslosigkeit	
00:29:40	- Visite war Horror, fremde Menschen, sollte sich vor fremden Menschen öffnen, „psychologische Fragen“ unverständlich	!
00:31:20	- somatische Probleme, aber keine depressiven Verstimmungen, gut drauf → Lächeln wäre eine Maske → anderer Meinung, fühlte sich nicht verstanden	!
00:33:00	- Therapieurlaub über Ostern , nach den Feiertagen sofort wieder Selbsteinweisung - Lächeln als Maske → fühlte sich wieder nicht verstanden, - Professionelle untereinander haben sich ausgetauscht, fühlte sich verraten → Vertrauensbruch, ihr „das aufzuzwingen es wäre nicht echt“ → Abwehrhaltung, geweint	!
00:35:05	→ Aggressionen , die nicht raus konnten, wurden verspürt; innerlich am explodieren, was nicht raus konnte	
00:36:15	- „wie so manische Phasen “ → konnte eine Stunde nicht aufhören zu lachen, wiederholte Phase für 1-2 Stunden, danach wieder Depression	
00:37:00	- innere Unruhe / innere Explosion steigerte sich → „war das Schlimmste“ → sie „schoss“ über die Gänge → eine Schwester hat gesagt, sie solle sich beherrschen	!

	<p>→ „auf Wanderschaft gegangen“ (entfernte sich vom Fachkrankenhaus)</p> <p>→ Suizidgedanken, Gleichgültigkeit</p> <p>→ zur Visite zurück mit letzten körperlichen Kräften</p>	
00:39:00	<p>- hat nach der („guten“) Ärztin verlangt und vertraute ihr sich an</p> <p>→ riet ein Bild zu malen: „schwarzes Männel“, am Rand überall LKWs, SOS</p> <p>→ erzählte, dass dies aufgrund des Vorfalls mit der Schwester des Krankenhauses entstanden ist (s. Min. 37:00)</p> <p>→ Verlegung in anderen Bereich („strenger“, „abmelden“, „wenig Freizeit“, „alles organisiert“)</p>	
00:42:30	<p>- innerer Druck, etwas rauslassen zu müssen, Verarbeitung fing an:</p> <p>- Trennung der Eltern, Schulwechsel damals, blieb sitzen → „rausgehult“ (<i>noch auf der alten Station</i>)</p> <p>- wegen Vater geweint, Verabschiedung (Briefe an ihn verfasst)</p> <p>- in Richtung Mutter (Brief: wieso getrennt)</p>	
00:46:00	<p>- Februar bis Ende Juni 2004 erster Aufenthalt in dieser Einrichtung</p> <p>→ Aufarbeitung bzgl. der Eltern</p> <p>- Unruhe, Aggression blieben erhalten, musste aber „hier raus“</p>	
00:47:25	<p>- kranker Mann, finanzielle Probleme (Mann 200,- € Rente, sie Krankengeld) → musste raus aus Einrichtung</p> <p>→ Aussagen der Psychologen: „Sie sind erst am Anfang Ihrer Verarbeitung.“</p> <p>→ Tagesklinik Ende Juni (2 Monate)</p>	
00:49:35	<p>→ mit Sozialarbeiterin Rehabilitation beantragt und bekommen</p> <p>- Reha anfangs „schlecht“</p> <p>→ an Therapien konnte sie nur begrenzt teilnehmen (kognitive und gestalterische Aufgaben, körperliche Aktivitäten)</p> <p>→ Suizidgedanken (gegen Baum fahren, LKWs) → „aber ich</p>	

	wollte etwas hundertprozentiges“ → wollte nicht als „Krüppel landen“	
00:52:00	→ „sehr gute“ Psychologin („Ausländerin“), allerdings im Abschlussgespräch „hab ich gemerkt, dass die das alles hinstellten, als wenn es von mir gespielt ist“	!
00:53:00	- in Tagesklinik junge Ärztin → nahm sie nicht für „voll“	!
00:53:50	- Psychologin bei der Reha (s. Min. 52:00): enttäuscht, „Halt untern Füßen weggezogen“ → Eindruck: sie arbeiten nur für die Krankenkassen; - dort mit Sozialarbeiterin Wiedereingliederung vereinbart, musste es machen, musste Willen zeigen, gesund zu werden, sie wusste, dass es nicht funktionierte, sie konnte nicht arbeiten, hatte sich nichts gebessert, im Gegenteil - Visite: „Wie weit soll ich noch runterkommen?“ Chefarzt: „Sie sind noch lange nicht unten.“ Beurteilung war das ganze Gegenteil → Unverständnis - Beurteilung gelesen: alles nur oberflächlich, alles frisiert, Dinge nicht erwähnt	!
00:56:00	- Wiedereingliederung : 2 Wochen 2 Stunden - „Ich wusste ja, dass es nicht ging.“ - Abbruch nach einer dreiviertel Stunde (Lager, Büro) - Rückhalt vom Team und Vorgesetzten - wurde auf <i>5 Wochen</i> verlängert	
00:57:50	- wieder zu Hause - Einladung MDK → Auflage: Verhaltenstherapie und wiederholende Versuche der Wiedereingliederung - Beurteilung von Ärztin gelesen: „Patientin fühlt sich arbeitsunfähig.“ → sie steht nicht hinter ihr	!
00:59:40	- Verhaltenstherapie: kümmerte sich, fand niemanden - hatte keinen Arzt mehr, zur Psychologin, die ihr nicht glaube, konnte sie nicht mehr gehen → „ hilflos “ (kämpft mit den Tränen)	(!)

	<p>→ Anmeldung im Fachkrankenhaus</p> <p>→ kraftlos, auch für Therapie, Haushalt war schwierig, „Verpflichtung“ Mann zu versorgen</p>	
01:02:10	<p>- Bescheid <i>April 2005</i>: kann ins Fachkrankenhaus</p> <p>- starke Schlafprobleme</p> <p>- 2. Therapie: „Qual“ → musste (mit etwas Freiraum) an Angeboten teilnehmen</p> <p>- Morgensport, Malen nach Musik → innerliche Explosion, konnte nicht anhören (fing schon bei der ersten Therapie an)</p> <p>- Berichte mit Musik schreiben → „ich hätte sterben können“, „ich durfte ja eigentlich nicht den Raum verlassen“, alles unter Aufsicht</p> <p>→ keine Rebellion (Ursache: Kinderheim) → Erduldung</p>	!
01:07:30	<p>→ Zwang durch MDK „Sie müssen etwas machen.“</p> <p>- Sozialarbeiterin sagte: „Ihre Akte ist nicht dick genug.“ Bemühungen sind noch zu wenig → war im Hintergrund: muss Willen zeigen, obwohl sie wusste, dass es nicht geht, alles geduldet</p> <p>→ bzgl. der Musik wurden Schwestern angesprochen → keine Änderung (kämpft mit Tränen)</p>	
01:09:15	<p>- massive Schlafprobleme, Verzweiflung, nicht jeden Tag etwas zum Schlafen bekommen (beim zweiten Aufenthalt nicht mehr die Schlaftabletten bekommen, die beim ersten geholfen hatten)</p>	
01:10:30	<p>- Sport fiel unheimlich schwer, dort konnte sie sich aber hinsetzen</p>	
01:11:10	<p>- das Schlimmste war auch Ergotherapie</p> <p>→ Druck, keine Wahlangebote, innerliche Explosion bei Tonarbeiten, extra Raum zum „Dranklatschen“ vom Ton zum Abreagieren → hat sie gemacht</p> <p>- ältere Ergotherapeutin: strenge Einhaltung der Abläufe</p> <p>- dann jüngere Ergotherapeutin „sehr gut“ → war empathisch, (erklärt, wie sie auf sie eingegangen ist, Bild mit Fingeralfar-</p>	!

	<p>ben in extra Raum, unbewusst dunkles Herz gemalt → Verarbeitungsbilder)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggression in Ergotherapie wurde schlimmer, fühlte sich unter Druck gesetzt, - Abbruch kognitiver Aufgaben (ältere Therapeutin), Zwang → protestierte bei Psychologin → konnte sich daraufhin draußen abreagieren 	
01:19:50	<ul style="list-style-type: none"> - Visiten sehr streng: „in die Mangel genommen“, wollte Gegenfragen stellen → von Psychologen bekommt man nie eine Frage beantwortet, folgt immer eine Gegenfrage, man soll selber denken → Fragenduell zwischen ihr und dem Chefarzt → euphorisch, fühlte sich gut durch die Diskussion und Konfrontation → diese Situation kam nicht mehr (lacht) 	!
01:22:40	<ul style="list-style-type: none"> - Tiefenpsychologie beim zweiten Aufenthalt: Kindheit, Trennung, alles wurde besprochen → Bedeutung des Kinderheims und dessen Folgen wurden bewusst - Erzählung vom Kinderheim: Vorfall nachts, als was ans Fenster flog und Zusammenbruch vom Gitterbett haben geprägt - je klarer es wurde, desto schlimmer wurde der „nervliche“ Zustand 	
01:26:40	<p>→ „fürchterliches Erlebnis“: lag auf Bett, geheult, Schmerzen im Unterleib, keine Kontrolle mehr, um sich geschmissen, Kopf gegen Wand → innerlicher, nervlicher, seelischer Druck → innerlicher Krampf, „Nahtoderlebnis“ (beschreibt, was sie gesehen hat: Licht, grau)</p>	
01:29:35	<p>→ „wenn man Probleme hat, die Schwester kommt nich hinter“ „Ich hätte mich dort in dem Bett umbringen könn [...] hätte niemand reagiert.“ „Wenn man Probleme hatte, musste man zu den Schwestern komm.“ → unangenehm, wenn man „total fertig den andern Patienten begegnet“</p> <p>→ Zimmerkollegin sagte Schwestern Bescheid, aber es kam</p>	!

	keine hinter → musste vor laufen, um sich Hilfe zu holen	
01:31:25	- sie hätte auch „abhauen“ können, wollte aber nicht von Polizei gesucht werden → großer innerlicher Druck , wollte Gummizelle, um sich auszutoben, Kameras haben sie abgeschreckt, dachte, sie kommt dann in die geschlossene Station	(!)
01:32:20	- bei den letzten Therapien mitbekommen, dass sie diesen psychisch nicht mehr gewachsen war, Kontrolle über sich verlieren → Therapeutin ging in Urlaub und da war für sie Therapie am Ende → gab immer Verabschiedung von Patienten → jedoch kaum Kontakt gehabt zu anderen Mitpatienten → musste sich in den Pausen erholen	
01:34:10	- PMR : war nicht in der Lage, sich zu entspannen, Musik konnte sie nicht hören „Ich musste wieder bei meiner Psychologin kämpfen.“ → dann wurde individuell eingegangen	!
01:36:20	- nach Hause → wollte stabiler werden - Arztbesuche quartalsweise (in Fachkrankenhaus), Fahrten wurden zunehmend schlimmer, Aufregung, Anspannung außer Kontrolle → das Negative, was sie dort erfahren hat, kam alles raus (1. Therapie war „ja ok“)	(!)
01:37:30	- Rentenantrag : Begutachtung → ohne Weiteres EU-Rente - nach 2 Jahren wieder → Verlängerung ohne Diskussion	
01:38:30	- nervlich aufgeregt, wollte Medikamente , damit die Nerven beruhigt werden → „nie was gekriegt“ - Gespräche beim Psychologen waren sehr gut, konnte alles los werden	
01:39:25	- 3. Begutachtung : ging um Beurteilung vom Psychologen → hatte keine Kontrolle mehr, hat angefangen „wirres Zeug“	

	zu reden, „ Black out “ → da war was und Psychologe hat nichts gesagt	
01:41:10	- ein <i>viertel Jahr</i> wieder beim Arzt: er hätte sie eher erwartet, hat aber nichts gesagt → EU-Rente unbefristet - sie soll sich zu Hause einen Psychologen suchen → fühlte sich abgeschoben, „kopflös“	
01:43:00	→ Psychologe in Tagesklinik → dachte Termine finden einmal im viertel Jahr statt „Ich war eigentlich so ein nicht willkommen Patient.“ → Zeitlimit 10 Minuten, „Desinteresse“ → Druck → nach dem 3. Mal heulend gegangen	!
01:44:40	- Tochter hatte Burnout und war bei einem anderen Psychologen → Wechsel des Psychologen → „seitdem komm ich klar“	
01:45:40	Ängste gehabt: - finanzielle Existenzängste (EU-Rente) - Fahrten ins Fachkrankenhaus → danach innere Ruhe eingetreten	(!)
01:46:15	2-3 Jahre keine Therapie gemacht, zu anstrengend, musste erst mal zur Ruhe kommen	!
01:46:30	- dann wieder etwas angestaut: neue Therapeutin in der Nähe → ging wieder eine Weile	
01:47:00	- <i>vergangenes Jahr</i> : starker Redebedarf - sollte in die Tagesklinik - zur Sozialarbeiterin → bei Psychiatriekoordinator „gelandet“ → hat ihr erst mal gut geholfen	!
01:48:30	- Besserung tritt Jahr für Jahr über den Sommer ein	
01:49:00	- Trauma: Fachkrankenhaus - „durch diesen Zwang das alles machen zu müssen“ - kann keine Kreativarbeit machen, Gefühle, Gemütlichkeit → kommt jetzt erst langsam wieder	!
01:50:20	- <i>jetzt</i> wieder Ergotherapie angefangen	!

	<p>→ Gemeinschaftsbild → war wieder Zwang → wurde aber individuell darauf eingegangen</p> <p>- hätte verlängern können → keine Lust → das Arbeiten hat sie in Erinnerungen gebracht, die sie verarbeiten musste / hat (s. Min. 01:52:20)</p>	
01:52:20	<p>- Mann → Pessimist: „Man muss da durch.“</p> <p>→ hat in Krankenzzeit allerdings zur Seite gestanden</p> <p>→ harte und weiche Persönlichkeit</p> <p>→ Kommunikationsprobleme mit Mann seit Anfang an</p> <p>→ durch seine gesundheitlichen Probleme ist er etwas weicher geworden</p> <p>→ immer noch großer Unruhefaktor in der Ehe</p> <p>→ gibt keine Fehler zu, diskutiert</p> <p>→ zieht sie manchmal runter (Pessimismus)</p>	
01:55:40	<p>- letztes Jahr Problem: wollte ausziehen, Grund fällt ihr nicht ein</p> <p>→ Tochter: gibt Vater Kontra</p> <p>→ Sohn: „denk doch mal an Vater“ → hat sie verletzt</p> <p>→ Mann hat starke gesundheitliche Probleme, geistige Fähigkeiten nehmen ab</p> <p>→ „Wer denkt an mich? Ich soll mich jetzt opfern.“</p>	
01:58:35	<p>- Nachbarschaftsstreit: hatte sich über die Jahre beruhigt</p> <p>→ Frau auch krank geworden (Krebs)</p> <p>→ mittlerweile geht wieder der Streit los (Kiefern wurden in den Garten auf Beete geworfen, Loch in Hecke; Erdbeeren vergiftet; Blätter vom Strauch verbrannt: vergiftet)</p> <p>→ Kommunikationsprobleme mit Nachbarn</p> <p>→ Nachbarn hatten Abhörgeräte: fühlte sich belauscht</p> <p>→ Überwachungskamera: fühlten sich beobachtet, schickten immer Hunde raus</p>	
02:04:40	<p>- Therapeuten rieten: Sie muss Initiative ergreifen zum Schlichten des Nachbarschaftsstreits</p> <p>- innere Blockade: erst im Herbst Versuch der Kommunikation</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> → trotz Beachtung von Kommunikationsregeln schwierig → Gespräch mit der Frau verlief nicht lösungsorientiert → Frau rutschte etwas raus, was sie gar nicht wissen konnte (Beweis Abhörung) → Gespräch „ging schief“ → Kinder warfen weiter Zapfen → Kiefern gefällt → alles was drüben war, flog durch die Hecke auf die Beete → „fix und fertig“ → kein Lebenssinn mehr → Grundstück ist Eigentum → sie müsste ausziehen → der Mann würde nicht ausziehen → „ist wie Gefängnis“ → Problem der Abhörung besteht noch <ul style="list-style-type: none"> → letzter Konflikt: Aussage Sohn: „Denk doch mal an Vati“ → Frage, wieso keiner an sie denkt → Gedanken - 3 Möglichkeiten: „kämpfen“ → kann sie nicht, „ganz aufgeben“ → „wenn ich mich selber aufgabe, was is das?“, „oder Schluss“ → „Das is sowas, wo man keinen Sinn mehr sieht.“ 	
02:12:00	<ul style="list-style-type: none"> - Horror vorm Herbst: Angst vor der Dunkelheit - Fernsehen wirkte sich auf Nerven aus: Schlafprobleme, kaum geschlafen → Angst vor Dunkelheit hängt mit Kinderheim zusammen 	
02:14:50	<ul style="list-style-type: none"> - anderes Erlebnis: Schlafzimmer schwarze Tür = schwarzes Loch, konnte nicht in das Zimmer rein, Angst 	
02:16:20	<ul style="list-style-type: none"> - anderes Erlebnis: ab und an ganz intensiver Druck, hat sich Schmerzen zugefügt mit Stock → „Erlösung“, „Genugtuung“ - Situation das zweite Mal: Holz hacken → inneren Druck abreagiert 	
02:20:50	<ul style="list-style-type: none"> Schlusskoda - ist <i>jetzt</i> in der Tagesklinik und verarbeitet Trauma Fachkran- 	

	kenhaus; zählt Dinge auf, an denen sie noch arbeiten muss → Ausblick	
02:21:20	Danksagung	
	<u>IMMANENTER NACHFRAGETEIL</u>	
02:21:30	- genauer auf Familie eingehen?	
02:21:35	- Mutter : Gesundheitsfürsorgerin, Jahrgang 1924 - Vater : Schuhmacher, Jahrgang 1920, 1979 gestorben - Trennung im <i>Jahr 1952</i> ? → Mutter, Schwester und sie zu Großeltern gezogen - ihr Verhältnis zur „Mutter war sehr gut“ - waren Schlesienflüchtlinge → gefühlsarme Erziehungsweise → sehr beherrscht, war bemüht beide Kinder gleich zu erziehen - Schwester war der Liebling, lebhaft, sie war die Zurückgezogene - sie hat ihre Mutter versucht zu unterstützen, Schwester forderte	
02:24:40	- „Ich liebe meine Mutti eigentlich sehr und ich habe immer sehr da drunter gelitten, bis fast jetzt.“ - Mutter wird jetzt 89 Jahre alt - sollte mit ihr reden (Therapie) → beim Kaffee Gespräche einfließen lassen	
02:25:20	- die Schwester?	
02:25:25	- Schwester ist 2 Jahre jünger - gutes Verhältnis - flüchtiger Kontakt - Mutter wohnt in L3.-Stadt → wenn sie Pflegefall werden sollte, würde sie sie pflegen → Schwester würde dies nicht tun „Ich lieb sie wirklich sehr, ich bin <i>mit 14</i> ausm Haus, aber man ist die zweite Geige.“ → ist der Meinung, dass das Erstgeborene immer benachteiligt wird	

	<ul style="list-style-type: none"> → ihre Kinder in der gleichen Situation - Tochter ist Erstgeborene, Sohn der Zweite - war lange der Meinung, dass sie ihre beiden Kinder gleich lieb hat → keine Unterschiede gemacht → Tochter hat allerdings sehr stark beobachtet, wie Eltern reagieren zwischen den beiden Kindern - Tochter lebhaft, hat das letzte Wort - Sohn war ruhiger - Sohn <i>vor 6 Jahren</i> an den B.-See gezogen → hängt sehr an ihm → „es ist doch nicht so wie gedacht“ (irgendein Kind ist immer der Liebling) → versucht es der Tochter nicht zu zeigen, diese ist aber dennoch eifersüchtig 	
02:30:45	- Sie haben erzählt, Sie sind in die R-Gegend gezogen, wo waren sie vorher?	
02:30:55	<ul style="list-style-type: none"> - geboren im N.-Dorf - Umzug nach M.-Stadt → Scheidung → Umzug nach L1.-Stadt zu den Großeltern → „dass meine Mutti nicht alleine ist“ - Lehre bei L2.-Stadt (nicht allzu weit entfernt in einem anderen Bundesland) → beruflicher Aufstieg der Mutter und somit Umzug dieser nach L3.-Stadt → Arbeit in O.-Dorf in der Nähe von L3.-Stadt - Mann kennengelernt → L4.-Stadt-Gegend gezogen: → von L4.-Stadt nach G1.-Dorf → Umzug nach G2.-Dorf 	
02:32:40	- Sie hatten am Anfang erzählt, Sie hatten in der DDR einen starken Konflikt mit Ihrem Mann. Können Sie da genauer drauf eingehen?	

02:32:55	<ul style="list-style-type: none"> - wenn Streit, keine Kommunikation (ging vom Mann aus) - Grund weiß sie nicht mehr genau, ein viertel Jahr nicht miteinander gesprochen - „Ich war damals sehr sehr mitn Nerven am Ende.“ - „Dort hab ichs erste Mal meinen Kindern gezeigt, dass ich nicht mehr kann.“ → wollte aufs Gericht sich scheiden lassen → Drohung → Abhängigkeit - „Ich weiß nicht, warum wir beide zusammen gekommen sind.“ - Mann = Vater vom Wesen, „hat gefunkt“ - Kommunikationsprobleme seit Beginn der Beziehung → Mann frisst alles in sich rein, kann über nichts reden → Ärger mit den Nachbarn im Herbst, sie wollte gehen → Mann hat sich nichts anmerken lassen, hatte aber „voraussichtlich einen leichten Herzinfarkt“ - Mann hat trotzdem Gefühle 	
02:37:50	<ul style="list-style-type: none"> - genauer auf Schulzeit / Lehre eingehen? 	
02:38:05	<ul style="list-style-type: none"> - lernen fiel ihr leicht, Mutti hat mit ihr viel geübt - Wohnungswechsel, Klassenwechsel mit „komischem“ Lehrer → Unwohlfühlen, „Wechsel, die Verarbeitung, die Probleme“ → klappte nichts mehr in dieser Zeit - <i>4. Klasse</i> - Klassenwechsel „strengere Lehrerin“ - Mutter berufstätig, Hausaufgaben selbstständig - Schule mit der 8. Klasse abgeschlossen → Prüfungsangst - Landwirtschaft gelernt (mit 2 abgeschlossen) - hätte Ingenieurstudium machen können → es liegt ihr nicht, anzuleiten, praktischer Typ → Entscheidung „eigentlich“ nicht bereut - bei L3.-Stadt am Institut einer Universität als technische Assistentin gearbeitet → Mann kennengelernt 	

	<ul style="list-style-type: none"> - danach Arbeit im Stall bis fast zur <i>Wende</i> / zum Umzug nach G2.-Dorf - Feldbau, Mann als Traktorist - Wende → Motoren wickeln für <i>ein ¾ Jahr</i> - <i>3 Jahre</i> zu Hause → in der Zeit ein <i>halbes Jahr</i> Weiterbildung „Computergesteuerte Qualitätskontrolle“, erste Erfahrungen mit Computer - <i>1993</i> Arbeit im Supermarkt → „sehr gut zurecht gekommen“, gutes Kollektiv, Arbeit hat sehr viel Spaß gemacht → bedauert, dass sie jetzt nicht mehr da arbeiten kann, Unterstützung beim Hochwasser (Sachspenden), in Krankheit (Präsente) → Kollegen waren überrascht, dass ihr „das passierte“ (psychische Krankheit), da sie ruhiger Typ war → ihr folgten andere Kollegen 	
02:44:30	<ul style="list-style-type: none"> - Probleme mit Musik: → in der <i>1. / 2. Klasse</i> Schlager im Radio Ohrwurm → nach der Trennung der Eltern war die Frage, ob sie ein Musikinstrument lernen wollte → Akkordeon wollte sie lernen → Theorie etwa mit Note 3, hatte aber Spaß → Mutter hat kein Musikinstrument gekauft, „Rückzieher“ → „Es hat sehr sehr weh getan, als ich dort aufhören musste. Ich habe es meiner Mutti bis heute nicht verziehen.“ → Konfrontation im ganzen Leben damit → Mundharmonika von Mutter geschenkt bekommen → Selbstaneignung, ein paar Lieder - war auch im Schulchor → musste in Therapien verarbeiten - hat sich ihren Lebenstraum jetzt durch ein Keyboard erfüllt - Mutter hatte erst Kindergärtnerin gelernt, wo sie Gitarre spielte - Mutter musste als Kind Klavier spielen, hat ihr das erst jetzt 	

	<p>verraten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwester hat Erzieherin gelernt, hat im Beruf Akkordeon lernen müssen, jedoch nie Interesse gehabt - Schwester hat im L3.-Stadt im Lehrerchor gesungen → kleines Keyboard besessen → Protagonistin kam auf die Idee, es der Mutter zu geben → hat ein bisschen gespielt 	
02:50:55	<ul style="list-style-type: none"> - im Krankheitsverlauf vom MDK erzählt, unter Druck gesetzt? → Zusammenhang 	
02:51:15	<ul style="list-style-type: none"> - man bekommt die Aufforderung zum MDK - sie hat MDK von ihrem Krankheitsverlauf erzählt und dass sie die Stunden nicht schafft → Aufforderung vom MDK, dass sie immer wieder arbeiten gehen sollte → „Na gut, dann brech ich halt zusamm.“ MDK: „Na so schnell brechen Sie nicht zusammen.“ 	
02:52:25	<ul style="list-style-type: none"> - mit welchen Konsequenzen? 	
02:52:30	<ul style="list-style-type: none"> - eventuell finanzielle Kürzungen? - die versuchen die Leute wieder in Arbeit zu bringen, „aber wenns wirklich nicht geht...“ 	
	<u>EXMANENTER NACHFRAGETEIL</u>	
02:53:40	<ul style="list-style-type: none"> - Was wünschen Sie sich direkt in der Depression, wenn sie in diesen depressiven Phasen sind, von ihren Angehörigen und den Mitmenschen in Ihrer Umwelt? 	
02:53:55	<ul style="list-style-type: none"> - in den Phasen war sie zu Hause sehr gereizt, wollte Ruhe haben → hat dies ihrem Mann gesagt → Mann hat aber trotzdem manchmal angefangen „zu drängen“ → musste immer wieder ihre Bedürfnisse durchkommunizieren „manchmal auch mit meiner letzten Kraft, also mit Tränen sozusagen“ → „Er wollte halt wieder seinen Willen durchsetzen.“ 	!

	<p>→ „es geht jetzt“</p> <ul style="list-style-type: none"> - ständige Fragen von Bekannten „Wie geht's?“ → „Ich sag einfach gut.“ → zu müde zum erklären - Schübe (gut / nicht gut) → Rückzug, Ruhe - Ablenkung durch Computer - Malen kann sie nicht weiter - wenn sie Mann sagt: „das geht jetzt nicht, dann akzeptiert er das schon“ - Mann ist, seitdem er zu Hause ist, sehr gesprächig geworden → manchmal sehr belastend, weil sie ihm nicht immer das Wort verbieten will → sagt es ihm meist erst, wenn sie an Grenze kommt → reden viel aneinander vorbei → Unruhe → Mann hört schlecht und nimmt kein Hörgerät → „ist schwer, alles zu wiederholen“ - (körperliche) Handycaps belasten sie - Konzentration ist schlecht (Zeitungsartikel kann sie nicht vollständig lesen, Büroarbeit kann nicht immer erledigt werden, braucht Zeit) 	
03:00:10	- Und was wünschen Sie sich dann in den depressiven Episoden von den Mitmenschen / ihren anderen Angehörigen?	
03:00:20	- ihre Angehörigen akzeptieren das	
03:00:25	- Was wünschen Sie sich von denen?	
03:00:30	<ul style="list-style-type: none"> - (vom Mann) mehr Verständnis → dass sie mit ihm darüber reden kann → neue Probleme werden gar nicht bzw. nicht von Anfang an mit Mann besprochen - „Ich glaube, es ist dann irgendwie [...] ein Desinteresse an dem Partner.“ - Aussagen vom Mann: „Na du bist doch selber Schuld.“ → Explosion, Erklärung - als sie im Fachkrankenhaus war, kam er sie besuchen und hat 	!

	<p>sie unterstützt, jedoch Abflachung, wenn Alltag eintritt</p> <ul style="list-style-type: none"> - das meiste Verständnis wünscht sie sich vom Sohn → Vater erzählt ihm manches → Mann sagt: „da darfst du halt das nicht machen“ z. B.: - bei körperlichen Aktivitäten spürt sie die Grenze erst im Nachhinein - Sohn zieht wieder her → will in Ruhe mit ihm reden - Tochter erzählt ihm „was wirklich so abläuft“, er war „desinformiert vom Vater“ 	
03:04:20	- Haben Sie sonst noch Erwartungen von Mitmenschen in Ihrer Umwelt?	
03:04:30	<ul style="list-style-type: none"> - hat keine negativen Reaktionen bzgl. ihrer Depression erlebt - wie es die Nachbarschaft auffasst, weiß sie nicht, schadenfroh? → noch nie negative Äußerungen von jemanden 	
03:05:25	- Welche Erwartungen haben Sie in der Krankheitserscheinung an Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen? Also welche Zuwendung wünschen Sie sich von denen?	
03:05:35	<ul style="list-style-type: none"> - sozialer Bereich gute Unterstützung - gute Hinweise, Antrag auf 30 % Behinderung mit dessen Hilfe bekommen - gute Vermittlung, Hilfestellung „als ich nicht wusste wohin“ hat sie angerufen - konnte sich immer Hilfe holen → zufrieden 	!
03:07:00	- Wenn Sie zufrieden sind, welche spezifischen Erwartungen erfüllen sie, also die Sozialarbeiter? Was macht Sie zufrieden?	
03:07:10	<ul style="list-style-type: none"> - wenn sie Fragen hat, dass ihr Wege aufgezeigt werden, wie sie „die Schritte weiter machen kann“ → welche Mittel man beantragen kann → Anträge ausfüllen → Ärzte suchen → Hinweise geben → „wenn Fragen sind, dass die auch beantwortet werden“ 	!

	<p>- Gesprächsbereitschaft sehr gut</p> <p>→ „Bei Herr G. fand ich mich sehr gut aufgehoben. Ich wusste zwar, dass er mir jetzt nicht, dass es jetzt eher psychologische Fragen sind, die ich hab, dass er mir da nicht so direkt, aber er hat mir sehr gut über die die Zeit jetzt seit äh September, wo das so akut war, drüber weg geholfen.“</p> <p>→ Weiterempfehlung</p> <p>→ schwer an Psychotherapeuten zu kommen. nach Beendung der Therapie nur eine Notsprechstunde im Quartal und dann noch auf Termin warten</p> <p>→ Sozialarbeiter greifbarer</p> <p>→ Phasen der schlechten psychischen Verfassung nicht vorhersehbar</p> <p>→ kann in Notfällen anrufen</p>	
03:10:00	- eine Sicherheit	
03:10:05	- „Das is ne Sicherheit , ja.“	
03:10:10	- Sie hatten vorhin schon ein was genannt. Was tut Ihnen denn gut in diesen Depressionen? Was hilft Ihnen ein bisschen drüber weg zu kommen? Also wo liegen Ihre Interessen?	
03:10:30	<p>- Ruhe</p> <p>- auf dem Sofa liegen bleiben, wenn ihr danach ist</p> <p>- das machen zu wollen, wonach ihr ist „auch wenn ich so am Computer bin“</p> <p>- weniger möchte sie Besuche, nicht gestört werden</p> <p>- wenn der Mann auf Einkauf besteht (Einkaufstag Mittwochvormittag)</p> <p>→ manchmal gereizt im Kaufhaus</p> <p>→ „Manchmal sitz ich auch daneben mit meinen Tränen und kämpfe und er merchts nich.“</p> <p>- <i>gestern</i> anregendes Gespräch in der Tagesklinik, Aufregung, dennoch guter Stimmung</p> <p>→ kommt nach Hause, Mann war gereizt</p> <p>→ Missverständnisse durch Kommunikationsprobleme</p>	!

	<p>→ „dann war ich im Keller“, Unruhe</p> <p>→ wieder Probleme gehabt bis zum Abend</p> <p>→ „es hätte nicht sein müssen“, ärgert sie</p> <p>- ihr Handycap: kann es schwer ihrem Mann sagen, da er ständig zurück diskutiert</p> <p>→ geht hin und her, was Nerven kostet</p> <p>→ schluckt ganz viel runter</p> <p>→ „Wenns ganz krass kommt, dann sag ich und dann dann sag ichs och ihm unter Tränen naja dann sieht er das schon, aber dann ises dann wieder zu spät. Aber er hat schon ich muss ma sagen er hat sich doch schon geändert und is och nich mehr ganz so, aber es kommt halt immer noch der alte Kerl durch.“</p> <p>→ „Aber wir arbeiten dran.“</p>	
03:14:10 - 03:14:25	<p>→ schönes Schlusswort</p> <p>Danksagung</p>	

Anlage 8 Interview 1: Ereignisdaten

Datum	Biographisches Ereignis
1920	- Geburt des Vaters (Schuhmacher, Schlesienflüchtling)
1924	- Geburt der Mutter (Kindergärtnerin / Gesundheitsfürsorgerin, Schlesienflüchtling)
1947	- Geburt Karla Winkler in N.-Dorf (Sachsen)
	- Umzug nach M.-Stadt
(1949) ¹⁰	- Geburt ihrer Schwester (Erzieherin)
(1952 / 1953)	- 1 Jahr Kinderheim (Weiterbildung der Mutter)
(1955)	- Trennung der Eltern → Umzug nach L1.-Stadt zu den Großeltern mit der Mutter

¹⁰ Zeitangaben, welche in „()“ gehalten sind, wurden im Gespräch nicht direkt erwähnt, sondern sind errechnet worden.

	→ Klassenwechsel
(1960)	- Schulabschluss (8. Klasse)
(1961)	- Auszug aus dem Elternhaus
	- Lehre (Landwirtschaft / Facharbeiter für Rinderzucht) in L2.-Stadt
	- Arbeit als technische Assistentin in O.-Dorf in der Nähe der Mutter (L3.-Stadt) → Kennenlernen ihres Mannes (Arbeit im Stall, als Traktorist) → Umzug in die L4.-Stadt-Gegend
1970	- Hochzeit
1971	- Geburt der Tochter
1975	- Geburt des Sohnes
1979	- Tod des Vaters
(bis 1989)	- Arbeit im Stall
1989	- Umzug in die R.-Stadt-Gegend
1889	- Arbeit im Feldbau
(1989 / 1990)	- Wende (DDR) → Arbeit (Motoren wickeln) ein dreiviertel Jahr
1990	- 3 Jahre Arbeitslosigkeit, in der Zeit ein dreiviertel Jahr Weiterbildung „Computergesteuerte Qualitätskontrolle“
1993	- Anstellung im M.-Supermarkt als Verkäuferin
1995 / 1996	- beginnende Probleme in der Nachbarschaft
2000	- gehäufte gesundheitliche Beschwerden Galle, Adenom am Zwölffingerdarm, Operation, Komplikationen
	- Kur (zusammen mit Mann)
2002, Frühjahr	- extreme Schwächegefühle → keine ärztliche Diagnose
2002, Sommer	- vom Hochwasser betroffen
2002, September	- wiederholte Schwindelanfälle
2003	- Probleme bei der Arbeit → Kraftlosigkeit

2004, Januar	- Diagnose Depression
2004, Februar - Juni	- Einweisung in ein Fachkrankenhaus - Suizidgedanken
2004, Juni - August	- Behandlung in einer Tagesklinik
	- 7 Wochen versuchte Wiedereingliederung ins Berufsleben als Auflage
2005, April	- Aufenthalt im Fachkrankenhaus (2. Therapie)
	- Entlassung aus der Klinik nach Hause, psychologische Behandlung in der Tagesklinik
	- Verlängerung der EU-Rente
	- 2-3 Jahre keine Therapie
(2007)	- Umzug des Sohnes an den B.-See
(2012)	- starker Redebedarf
(2012)	- Eheprobleme, stand kurz vorm Auszug
(2013)	- anhaltender Nachbarschaftsstreit
2013	- teilstationäre Therapie in Tagesklinik

Anlage 9 Interview 1: Transkription Eingangssequenz

1 I¹¹: ich interessier mich für die lebensgeschichte von frauen .h ab dem fünfundsech-
2 zigsten lebensjahr mit der diagnose depression .hh und ich möchte sie bitten .h äh:
3 mir all ihre´ also mir ihre lebensgeschichte zu erzählen, also nicht nur von ihren de-
4 pressionen, sondern über all die erlebnisse, die ihnen heute einfallen, zu sprechen. (--
5 -) sie können sich so viel zeit nehmen wie Sie möchten. ich werde sie auch erst ein-
6 mal nicht unterbrechen, ich werd mir n paar notizen machen zu fragen .h auf die ich
7 später dann noch eingehen werde.

¹¹ Interviewerin

8 W¹²: ja:, von der kindheit an jetzt (<<all> also das=is jetzt>) meine frage? .hh
9 I: ähmm
10 W: die lage der depression. also von der kindheit an oder erst ab der kinderdepressi-
11 on? .hh das weiß ich jetzt nich.
12 I: also sie:´ ich würde sie bitten mir ihre lebensgeschichte zu erzählen.
13 W: [also von der kindheit
14 I: [nicht nur:
15 nicht nur von ihrer depression, sondern alles, was ihnen für wichtig erscheint
16 W: hmm (2.0) .hh also ja:: durch die aufarbeitung eigentlich müsst ich in der kindheit
17 anfang? (---) hh. ich war mit vier fünf jahren h für ein jahr in einem kinderheim (--)
18 weil meine mutti sich weiterbilden wollte (.) das war ja so (-- nachm krieg so in
19 fufziger jahren .hhh und:: hh (---) also das:´(2.0) erst hab ichs nich so negativ emp-
20 funden (.) aber es hat ja doch viel äh:: .h geprägt das eine jahr (3.0) und mir wurde
21 och gesagt ich hätte am anfang viel geweint und ich hatte dort och ein erlebnis äh:::
22 (2.0) wo dann auch jetzt angst entstanden ist, dass hier: .hh hier mal mal in der nacht
23 so .hh ja eins von den kindern hier mal auf toilette musste und dann ham ()
24 flog halt irgendwas ans fenster und wir ham alle angst gehabt und .hh äh:: das sind
25 jetzt dinge, die dann auch noch hoch komm äh: (---) angstattacken ja und h gut (.)
26 das kinderheim (-- ja dann geh ich erstmal weiter? dann: wäre noch ähm: die tren-
27 nung meiner eltern (.) ich war .h in der dritten klasse (.) ich war ein vaterkind (6.0)
28 dann äh=äh daraufhin weil ich, ich hab ja noch eine schwetser, die is zwei jahre jün-
29 ger (-- ich bin die kräftigere gewesen immer und ich habe mich eigentlich sagemal
30 mein lebenslang meiner mutter mit verantwortlich gefühlt (4.0) äh: meine schwester
31 war (immer so) die jüngere, die hat immer bisschen gefordert nur und ich hab halt
32 zurück gesteckt weil ich wusste (ach de) mutti verident alleine .hh äh:: ja im nach-
33 hinein durch diese ganze verarbeitung wars halt och ne große belastung .hhh s::o:::
34 hh (---) äh: sch:ule: (-) also die trennung von meinem vater, die hat mich sehr
35 () da hab ich sehr geweint .hh hmm die hab ich auch während der depressi-
36 on nicht nur einmal (.) sondern auch mehrmals: äh verarbeitet (-) immer wieder (-)
37 bin nachher auf friedhöfe gagang und: (---) in kirchen und dann hier <<all> und das
38 war dann halt wieder so der gedanke> (-- und (.) hmm .hhh (4.0) äh sch::ule:: (.)
39 lehr:e ja wens nich jetzt grade´ brauch ich ja nicht genaues´ nicht besondres passiert

¹² Protagonistin: Karla Winkler

40 .hh (---) äh:: (2.0) .h dann: hh (-) hab ich geheiratet .hh äh:: (2.0) jetzt im nachhinein
41 kann man erst sagen dass es eigentlich ein ebenbild meines vaters war? .h mein mann
42 äh vom wesen her ähm: (2.0) etwas lustig und schelmischer typ hm ja es: .hh (3.0)
43 äh: (--) in::: der ehe hätt ich gerne .hh also ich habe mich (--) sach mer ma (.) unter-
44 geordnet (2.0)
45 I: hm (5.0)
46 W: und:: äh ja mein mann muss ich eigentlich mit dazu sagen ähm: er ist viel da-
47 mals: hat aufn dorf gearbeitet (-) also wohnt aufn dorf und äh war viel beim (einzel-
48 bauern) .hh und hat dort auch so viel mitbekomm wie hier ja die frau och gehört an
49 herd und so <<all> und so> .hh
50 I: hm
51 W: also dies´ dieses alte schema noch
52 I: hm:
53 W: .hh und: hh das war halt das probleme in meiner ehe dass er nie äh=äh=äh s:::
54 gerne zulassen wollte (.) dass ich .hh auch eigne wünsche hab (--) ansprüche (--) mal
55 so zum sport oder irgendwohin gehen (.) arztvortrag oder was .hh (.) also da gabs
56 schon richtig harte probleme
57 I: h=hm ((räuspert))
58 W: wir hatten einmal eine situation (.) also ich hab nie wir ham zwei kinder (2.0)
59 .hh und:: hh ich habe nie probleme vor mein kindern (--) ausgetragen .hh alles hab
60 ich nur versucht nur mit meinem mann zu machen .hh oder ich hab auch viel eigent-
61 lich auch geschluckt (---)
62 I: hm: (3.0)
63 W: und () (3.0) einmal hatten wir ein ziemlich star-
64 ken (--) kon(.)flikt (--) muss ich sagen .hh (2.0) äh::: da es aber noch zu ddrzeiten
65 war also s::: in der heutigen zeit hätt ich gesagt .hh wir hätten uns getrennt (---) da-
66 mals wars leider nich so einfach h .hh () wohnung (---) mit den kindern
67 (6.0) ja: wir ham uns halt wieder zusamm gerauft (4.0) dann:: (--) also im großen und
68 ganzen gings; mei mann is eher ein typ (.) ein pessimistischer typ .hh äh: der wenich
69 ähm:: der eher sein hobby fröhnt (--) er hat de: kleintierhaltung (-) (kocht) ungeru (.)
70 verweist ungeru (--) also das sind eigentlich alles dinge die ich mach (.) als totaler
71 gegensatz
72 I: hm

73 W: weil ich=s:ehr viel <<all> äh=äh=äh> .hh auch in der schule damals hier äh im
74 chor oder () wir immer unterwegs waren (--) wir sind mitm eltern in .hh urlaub
75 gefahrn (---) und h äh eigentlich weiß ich das ja; ich hab ihn zwar dazu bekomm (.)
76 dass wir auch in urlaub gefahrn sind und er .hh hats dann auch genossen (.) aber im
77 großen und ganzen war er schwer´ wars schwer ihn (--) irgendwie dazu zu bewegen
78 (2.0) ja:: <<len< als wir dann:::> (3.0) wir sind neunundachzich im frühjahr neunu-
79 ndachzich sind wir hier (---) in die r.-stadt gegend hier? g.-dorf .hh und:: hh (3.0)
80 dann kam die wende (3.0) mein mann hatte arbeit (.) ich hatte dann mal drei jahre
81 keine arbeit, .hh dann hab ich bei: m.-supermarkt (.) arbeit bekomm
82 I: h=hm
83 W: es: war erst mal dort ene umstellung, wo man ma ((h) (h)) ja:: (3.0) sich
84 ANzubieten, so in der heutigen zeit (.) ne? .h das war mir ja nich gewöhnt (--) also
85 .hhh und:: h äh:: (3.0) tja dieses war schon´ also wir warn äh=also von der sache her
86 m.-supermarkt war ene gute arbeitsstätte (-) kann ich mich nicht beschwern, (---)
87 allerdings (sinds) auch mit die unsicherheiten äh mit dies´ äh mit den äh: .hh diese
88 spannungen und=oder unsicherheiten (--) gegenüber (.) wir hatten auch äh vorgesetz-
89 te die ausm westen kamen und die warn dann sehr .hh also andern im we´ anders im
90 wesen als wir
91 I: hm
92 W: einmal sehr gut freundlich aber dann och wieder (---) s ganze gegenteil (.) ne?
93 und:: .h (2.0) ja das warn halt immer solche spannungen (-) .hhh äh:: dann:: f:ing:::
94 es: gegen:: (2.0) .h im jahr s=so fünfundneunzich sechsunneunzich (---) fing die
95 probleme mit der nachbarschaft an, (3.0) die eigentlich sehr gravierend warn, (4.0)
96 von unserm nachbarn also die gartengrundstücke grenzten aneinander (4.0)
97 I: ((räuspert))
98 W: äh (.) unsre nachbarn haben drei kinder? (--) und das dritte war ein nachzügler, (--
99) alles jungs .hh und als:: der:::´ also unser grundstück is ja privat (.) das andre war
100 noch hier also mietwohnung, .hh (--) und:: die äh gartenzaun der dann trennt der war
101 eigentlich ja kaputt und so .hhh als: der nachzügler so sehr´ der jüngste dann so un-
102 gefähr drei jahre alt war .hhh da ging es dann los:: ja::: ballspieln im garten (3.0)
103 u:nd hh s blieb halt nich aus (.) dass (--) äh (--) jo (---) öfter mal zu uns rüber fiel (--)
104 .hh und der junge dann halt schnell durchn zaun zaCK äh: querbeet ob da pflanzen
105 warn oder nich .hh die mutter sagte absolut gar nichts (---) der junge war sehr ähm
106 muss mer sagen hyperaktiv, (--)

107 I: hm

108 W: er kriegte och nie von der mutter richtlinien, also wurde och () gesagt du darfst

109 das nich oder (-) mach mal das so oder so .hhh (---) im nachhinein weiß ich jetzt (.)

110 dass die mutter auch <<all> ein selber> einen sehr strengen vater hatte, (--) vielleicht

111 auch viel .hh (-) äh: (--) entzug (---) denn (3.0) jetzt äh sie gibt alles auf ihre kinder (-

112) wehe es schimpft einer

113 I: hm

114 W: .hh und (--) unmengen an spielzeug (---)

115 I: hm

116 W: war immer so (--) also das: hat sich eben im laufe der jahre so ergeben, .hh ja

117 jedenfalls haben wir verSUCHT (-) es wurde dann joar immer mehr:=hm: ballspiel

118 ja:: .hh und:: h die hat nichts gesagt wir ham versucht mit den eltern zu reden. wir

119 ham versucht im guten zu reden .hh wir ham auch mal geschimpft, und: .hh auch mal

120 dem kind´ über das kind versucht (--) es hat alles nichts gefruchtet .hh es ging dann

121 weiter joah mit bummerra:ng und federballspielen <<all> da wurde (er) langsam

122 größer dann n bisschen .hh (---) keine reaktion von den eltern immer wieder zu uns

123 rüber und ja: (2.0) äh: (--) bis dann mein mann´ wir wussten nich mehr was wir ma-

124 chen sollten (--) wir wollten übern anwalt wollt mer nich gehn?

125 I: hm

126 W: friedensrichter gabs noch nich.

127 I: h=hm

128 W: .hhh äh: <<p> bis dann mein mann angefangen hat () und die bälle

129 behalten hat () ich hab aber gesagt ich möchte das nich: > (2.0) ja (-) das is keine

130 lösung .hhh ja a´ im grunde wusste er sich auch keinen andern rat h (---) und als das

131 dann anfang mit dem bälle behalten (.) dann fing erst (noch) an zu reagiern, und wir

132 warn dann halt die bösen

133 I: hm

134 W: .hh u:n:d äh: der mittlere und der größte junge (.) der größte war schon aus der

135 schule (-) der mittlere war vielleicht grade so: achte klasse (---) .hh ah:: ja: (---) die

136 jungs wurden dann alle so mit reingezogen (-) wahrscheinlich (so) am kaffeetisch .hh

137 die mutter schimpfte halt of de nachbarn und die kinder kriegten das alles mit .hh

138 I: [hm:

139 W: und die fing dann an .hh

140 I: [(räuspert))

141 W: äh:m: (3.0) ja (--) aktiv zu werden wie man so sagen kann (2.0) der jüngste (.) der
 142 (--) fing halt an ähm=mit stein zu werfen äh (-) aufs grundstück .hh aufs auto (---)
 143 also egal wo hin (-) er äh stiftete auch seine (-) schulfreunde an, .hh äh:: (--) viel pas-
 144 sierte dann auch am wochenende weil (ja) dann auch keine schule war u:nd: .hhh das
 145 hat mich dann immer so´ ich hab das ja mitbekomm (.) mei mann wa:r auf der rück-
 146 seite unsres hauses bei seinen tieren und ich hab das halt vorne .hh unser fenster ging
 147 halt (nich) richtung raus immer sehr viel mitbekomm
 148 I: hm
 149 W: .hh (--) <<pp> äh:> dann hatten se hunde, (---) sich: och junge hunde angeschafft,
 150 und: .hh die wurden dann halt och ja:: aufgeHETZT (.) also (--) hier ständig zum
 151 belln zum kleffen animiert, (3.0) äh: einmal kam ich mitm auto und hatte meinen
 152 enkel im auto (2.0) u:nd hh die beiden großen jungs die warn halt mit den beiden
 153 hunden (-) hatten die angehalten als ich mitm auto vorbei fuhr .hh also ()
 154 hatten die hunde festgehalten, .hh och n ganzes stückchen von unsrem grundstück
 155 entfernt (.) aber als ich dann ausstieg mit un=und .hh of ema kam die hunde ange-
 156 schossen und: (.) klefften und schnappTEN auch (-) es: war eigentlich der´ das glück
 157 .hh dass die noch jung warn und nich richtig geschnappt ham
 158 I:hm

Anlage 10 Interview 1: Transkription Fragment 1

Erster Klinikaufenthalt, Minute 00:29:32

1 W¹³: äh:: (3.0) dann kam die visite, (2.0) .h das war für mich ein GANZ großer Hor-
 2 rOR (2.0) altbAU (---) hohe räume
 3 I¹⁴: hm
 4 W: .hh man kommt dort rein hh der raum fast leer, .hh dann sitzen so im halbkreis so
 5 (.) sechs bis acht (.) für mich fremde menschen (--) ich fast in zwei meter abstand
 6 aufm einsamen stuhl, (2.0) .hh und:: hh dann sollt ich eigentlich ja wies zur visite so
 7 is .hh eh=hh=ja:: ich empfand das so: .hh ich sollte mein privates innerstes nach au-

¹³ Protagonistin: Karla Winkler

¹⁴ Interviewerin

8 ßen krempeln? vor diesen fremden menschen (2.0) also es war ein gANZ GROßER
9 horror den ich nie abgelegt hab (2.0) .h dann diese ähm typisch psychologischen fra-
10 gen (.) die man ja nu noch nich kennt .hh die man erst während der therapien kennen
11 lernt äh wo man gar nich weiß hä was wollen die von dir jetzt, <<all> also man ver-
12 steht se einfach nicht; das is ene spezielle fragens´ vorgehensweise, äh: ja:: uns
13 solls anregen zum denken (.) aber äh das muss man erstmal lern (--) <<all> also ich
14 wusste gar nicht was die wollen (.) was´ ja: > (--) jedenfalls: dieses (w=w) visiten
15 waren für mich (---) ja (.) (das) totale horror .hhh äh:: es war dann so=0 (--) dass ich:
16 (2.0) <<all> gespräche hatte die ganzen therapien also alles mitgemacht hab > .hh (--
17 -) und ich war äh=von:´ ich hatte eigentlich nur psycho(-)somatische probleme, ich
18 glaube jetzt würde man sagen eher burnout? .hh von stimmungsmäßig (.) war ich (--
19 ja vielleicht hektisch .h aber äh (--) gut drauf (-) ich hatte keine depressiven stim-
20 mung (2.0) die waren (---) nICHT (--) ich hab immer´ war froh drauf, ich hab ja im-
21 mer gelächelt (2.0) und: äh:: da drauf hin wurd ich dann mal <<all> ich weiß jetz
22 nicht obs in der visite war oder nur von meinem psychologen > angesprochen .hh
23 ähm:: (3.0) <<pp> (ne das war das war eher de psycho´visite) > äh dieses lächeln wär
24 ja nich normal (.) es wär ene maske (---) und da hab ich (-) mich das erste mal richtig
25 gewehrt (-) ich hab gesagt das ist keine maske ich bin so (---) ja (2.0) jedenlalls: kam
26 sie erstmal nicht an mich ran (---) .h die wussten nicht weiter (.) die ham mich erst-
27 mal dann das war grade vielleicht über ostern .hh in therapieurlaub geschickt; also
28 ich wusste gar nicht was ein therapieurlaub is (2.0) <<all> ich=ich hab das alles ja,
29 erstmal nach hause ich dachte gud was sollst du zu hause du bist .h nicht gesund du
30 bist krankt wieso? (--) du kannst nich machen du kannst nich arbeiten >

31 I: räuspert

32 W: und es´ ja da fiel aber der satz (.) <<all> wenn ich zu hause nicht klar komm:
33 würde dann sollt ich mich wieder melden (-) .h das war für mich völlig klar ich hab
34 dann ich hab dann wieder angerufen .hh ich bin nachn feiertagen sofort wieder dort
35 hin, > .hh ja: und ähm: es war dann eine CHEFvisitE (.) <<all> also ich hatte mit
36 meinem psychologen dann noch gesprochen und .h wegen dieses lächelns und maske
37 .h es hat er auch angesprochen, und ich sache ihm das is kein´ ich bin son typ > .hh
38 und:: (--) dann kam der´ die chefvisite

39 ((Geräusche eines Krankenwagens von außen))

40 und: der chef(-)arzt (--) tat mein lächeln kritisieren (2.0) und dann: dacht ich oh jetz
41 hat mein psychologe dem das gesacht der <<all> hat=tat das och also=so weiterge-

42 geben> .hhh und da bin ich also total also das war für mich ja unmöglich also hab ich
43 dann nur noch geheult .hh ich musst hatte doch dann äh: inzwischen eine reittherapie
44 bekomm (-) auf dem weg dort hin musste ich mich dermaßen zusammen reißen dass
45 ich nicht durch den ort .hh äh: heulEND ginG (-) also ich war fiX und fertiCH .hh die
46 therapeutin vom reiten unten die hat dann och angesehen ich hab dann dort unten
47 wirklich (-) .hh also es war nich viel mit mir los also das=das war für mich en ver-
48 trauensBRUCH, .hh das dann so weiter zu geben und i=i=i=ich ja mir das AUFzu-
49 zwing, es=s wäre (-- ja; nich echt (.) also is wirklich innere abwehr, .hh äh ich (--)
50 da hab ich mich dann wieder beruhigt (-) ich bekam dann aber immer mal so´ .h (-)
51 es fing schon langsam an zu arbeiten und ich hatte dann so (.) immer ma son druck
52 so: aggression? die nich raus konnten
53

Anlage 11 Interview 1: Transkription Fragment 2

Soziale Arbeit, Minute 03:05:25

1 I¹⁵: .h und äh welche erwartungen haben sie in der krankheitserscheinung (.) an sozi-
2 alarbeiter oder sozialpädagogen? .hh (-- also welche zuwendung wünschen sie sich
3 von denen?
4 W¹⁶: also wenn die direkt soZIAL(.)bereich meinen (---) .hh äh hab´ ich fand ich das
5 als gute unterstützung (-) ich:::s das war ja zwotauschendvier wo ich in der tages-
6 klinik war wo ich dann hier .hhh auch in w.-stadt hab ich äh war ich dort äh: beim
7 sozialarbeiter? .h der hat mir gute hinweise gegeben dort hat ich och den .hh sogar
8 den antrag auf dreisich prozent hier (-) schwerbehinderung, durch meine´ .hh und
9 dann sachte dann äh der arzt (.) also das kricht man ja ganz selten, (---) äh:: bei der
10 frau f. (---) fand die is die=is sehr gut, (---) .hh also die unterstützung ich bin auch
11 jetzt wo ich NICH in der tagesklinik war wo ich nich wusste wo hin .hh hab ich die
12 frau f. noch angerufen (.) da hatt ich dann och noch irgendwas und dachte vielleicht
13 kann se dir helfen? .hh und hat se mir och weiter geholfen .hh (-- und:: äh ja durch:
14 durch hier den (-- sozial(.)äh=psychiartischen dienst hier herr g., da war ich ja vor-

¹⁵ Interviewerin

¹⁶ Protagonistin: Karla Winkler

15 her auch schon damals bei der .hh vorgängerin bei der frau e., (---) da hab ich mir ja
16 auch äh hilfe geholt, (2.0) und: äh bei ihm jetzt auch (---) ich bin (-- von der sache
17 her (.) zufrieden (3.0)

18 I: wenn sie zufrieden sind, welche spezifischen erwartungen erfüllen sie? (-) also die
19 sozialarbeiter? (---) was macht sie zufrieden?

20 W: was macht mich´ ja wenn ich (-) hm=ja wenn ich fragen hab (-) .hh äh: dass mir
21 wege gezeigt werden wie ich: (.) wie ich hier äh (-- die schritte weiter machen kann
22 (--).hh ob jetzt nun hier in richtung hier äh::: (2.0) .h bestimmte äh: mittel die man
23 bekKOMMen kann .hh äh ANträge ausstellen hh (---) dann ähm (-- was ham wir
24 noch gesucht wir ham mal en .hhh arzt? oder irgendwas gesucht da hat se och im
25 internet gesu´ also .h wirklich wenn wenn fragen sin dass die och beantwortet werdn
26 <<all> es is ja al´ > .hh äh ja formulare auffülln hilfE bei formularen ausfüllen .hh (--
27 -) hinweise geben (-) bestimmte ä=in bestimmte richtungen (5.0)

28 I: h=hm

29 W: und dann halt auch diese (-- ja: diese (-) gesprächsbereitschaft (3.0) also das find
30 ich ja sehr gut und ich finde mich jetzt auch: ja bei herrn g. fand ich mich sehr gut
31 aufgehoben (---) ich wusste zwar (.) dass er mir jetzt nICH (.) dass es jetzt eher psy-
32 chologische fragen sind .hh die ich hab (-) dass er mir da (-- nicht so DIREKT (.) aber
33 er hat mir sehr gut über die die .hh zeit jetzt seit äh september (-) wo das so akut war
34 (2.0) drüber weg geholfen (5.0) .h und ich hab das auch schon einigen weiterempfoh-
35 len (4.0) zumal <<all> es lei´=es=es is ja schwer > .hh es is ja schwer en ä zu
36 (al)=äh: psychotherapeuten erstmal ranzukomm?

37 I: hm

38 W: .h und: wenn sie dann dort fertich sind (---) haben sie ja nur im:: quartal, eine
39 notsprechstunde? (-- und das wars. und dann müssen sie auch noch warten bis sie
40 zeit ham

41 I: hm

42 W: und (.) beim sozialarbeiter is ja das schöne da kann ich ja jederzeit komm (--).hh
43 ich kann ja nich sagen OH MORGEN kommt der tag wos mir schlecht geht (---) da
44 mach ich ma ä gespräch (-- das WEES ich ja vorher nich

45 I: hm

46 W: ne? (-) oder oder in ner woche .hh und das is halt das gute dass ich dort mal anru-
47 fen kann und sagen kann OH mir´ (--).h er hat mir och angeboten weil ich ja och

48 gesucht hab das .hh mit diesem (-) ganz (.) harten (-) problem jetze hier also .hh also
49 im äußersten notfall (--) kann ich anrufen

Anlage 12 Interview 1: Transkription Fragment 3

Bedürfnisse, Beziehung zum Mann Minute 03:10:25

1 I¹⁷: was tut ihnen denn GUT in der dep´ also in diesen depressionen? (-) was: hilft
2 ihnen (--) ein bisschen (-) drüber (.) weg zu kommen? (3.0)
3 W¹⁸: äh:::
4 I: also wo liegen [ihre interessen?
5 W: [einfach ja:: (--) ne. also wenn ich jetzt noch meine deprefisen de-
6 pressiven phasen habe .hh dann möcht ich eigentlich lieber (---) meine ruhe. .hh (---)
7 liegen bleiben aufm sofa wenn mir danach is: (5.0) das: (---) machen(-) zu: (-)
8 w:ollen (-) wonach mir is:: auch wenn ich so am computer bin (--) .hh äh: weniger
9 möchte ich (2.0) irgendwie dann ähm besuche (3.0) gestört werdn <<all> oder dann
10 eben was bei uns manchmal is ja wenn mir nich so gut geht und wir müssen eink´
11 mein mann besteht immer auf das EINKaufen > .hhh ich sach immer du wir sind
12 rentner wir könn doch och (-) drei tage später einkaufen gehen MÜSSEN wir UN-
13 BEDINGT an dem mittwoch VORMittag einkaufen gehen?
14 I: h=hm
15 W: nein das muss da sein und dann sitz ich manchmal drinne und dann bin ich ge-
16 reizt äh: .hh im im kaufhaus dann (.) tun wir uns dort en bisschen anrunksen und: (-)
17 manchmal sitz ich och daneben (---) und kämpfe mit meinen tränen und er merkts
18 nich
19 I: hm hm (6.0)
20 W: gestern war ich also ich hatte ja och gestern nu en guten tach .hh kam nach hau-
21 se=ah ne (-) wir hatten en gespräch <<p> in der tagesklinik > .hh äh ein gespräch
22 was ich angeregt hab (-) es hat mich n bisschen aufgeregt .hh äh: (-) ich war schon
23 noch guter stimmung, ich komm nach hause und mein mann is: gereizt und .h nervt

¹⁷ Interviewerin

¹⁸ Protagonistin: Karla Winkler

24 mich AN (---) er hatte sich nicht richtig AUSgedrückt (-) wir wieder MISSverstan-
25 den, ich hab nachgefragt .hh dann gab er mir wieder ne dumme antwort und dann
26 war ich (.) im keller, (2.0)
27 I: hm
28 W: das sind solche situationen .hhh (2.0) ja (--) es es war wieder unruhe (2.0) ich hab
29 dann wieder probleme gehabt, und: (.) es dauerte wieder ne weile bis ich dann
30 abends naja dann kam ich dann halt wieder raus (---) aber es hätte nich sein müssen
31 (--) und das (is) sowas was dann auch mich immer .hh bisschen ärgert
32 I: hm
33 W: [und:: mein
34 I: [((räuspert))
35 W: handycap is: (3.0) ich kann: (---) ganz schwer das meinem mann dann sagen .hh
36 wei:l hh (---) er ständig immer wieder zurück diskutiert (2.0) und dann geht das so
37 hin und her und ich: (-) das hass ich
38 I: hm=m
39 W: das kostet NERVEN (2.0) und da lass ich das manchmal und dann dann (.) tu ich
40 das wieder für mich runter schlucken .h <<all> manchmal möcht ich ihm was sagen
41 dann denk ich (.) ach ja (.) sagstes ihm (gehstes machstes nachher) > .hh (--) und
42 dann is aber wieder so hh die diskussion im hintergrund <<pp> (naja) > <<p> lāsstes
43 sein >
44 I: hm
45 W: und deswegen schluck ich auch gaNZ vieL auch jetzt noch runter .hh obwohl ich
46 eher reden müsste (3.0) .h wenss ganz krass kommt dann sag ich und dann dann sag
47 ichs och ihm unter tränen .hh naja (.) dann sieht er das schon aber da ises dann zu
48 spät
49 I: <<pp> m
50 W: hm .hh aber er hat schon ich muss mal sagen er hat sich doch SCHON geändert
51 (.) und is och nich mehr ganZ SO (-) aber .hh es kommt halt immer noch s::´ der alte
52 kerl durch (---) ja. (2.0) .hh aber wir arbeiten dran.

Anlage 13 Interview 2: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Hiermit gebe ich, [REDACTED] (*Protagonistin*), Frau Maria Sembdner, derzeit Studentin an der Fakultät Soziale Arbeit der FH Mittweida / Roßwein, mein Einverständnis zur Durchführung eines biographisch-narrativen Interviews.

Ich stimme zu, dass Frau Maria Sembdner das Interview aufnehmen darf, anschließend transkribiert und ausgewertet. Bei der Transkription werden alle Namen und Orte anonymisiert.

Ich, Maria Sembdner, versichere, dass ich das Interview, alle persönlichen Angelegenheiten, über welche erzählt wurden und die Ergebnisse nur im Rahmen meiner Masterarbeit „Bedarfsanalyse zur psychosozialen Lage gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen [...]“ verwende.

Hiermit bestätige ich [REDACTED] (*Protagonistin*), dass ich die Einverständniserklärung zum biographisch-narrativen Interview erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

[REDACTED] 24.05.2013
Ort / Datum

[REDACTED]
Unterschrift Protagonistin

[REDACTED] 24.05.2013
Ort / Datum


Unterschrift Studentin

Anlage 14 Interview 2: Interviewprotokoll

Beobachtung über Zusammentreffen:

- freundlich und offen
- flüchtige Bekanntschaft ist bereits erfolgt (Frau ist in einer SHG, welche sich in der Arbeitsstelle der Interviewerin trifft)
- Treff im Fachkrankenhaus im Einzelzimmer
- herzliches Vorgespräch vor Ort, da Zusammentreffen über Sozialarbeiterin des Fachkrankenhauses organisiert wurde

Äußeres, Stimme, Redeweise:

- kleine zierliche Frau, gepflegtes Äußeres, graue kurze bis mittellange gepflegte Haare, braune dickrandige Brille tief auf der Nase sitzend, rötlicher Bademantel, beige-brauner Decke über dem Unterkörper (im Bett sitzend)
- freundliche, offene Stimmlage, lächelt viel
- sympathische Redeweise, sehr strukturiert, gepflegte Wortwahl, zum Ende des Interviews etwas lockerer

Ort, Datum:

- Fachkrankenhaus, gerontopsychiatrische Station
- 24.05.2013, 12:20 Uhr - 14:05 Uhr

Atmosphäre und Situation:

- offener, lockerer Umgang miteinander
- entspannte Atmosphäre, zu Beginn etwas Unsicherheit der Protagonistin bzgl. des Stimulus (, dachte es wäre leitfadengestützt, wurde allerdings im Vorgespräche geklärt)
- vertraute Atmosphäre
- Außengeräusche vom Flur der Station drangen zeitweise durch die Tür

Festhalten von Sympathien und Antisymphathien der Interviewerin:

- sympathisch, flüchtige Bekanntschaft bereits vor Interviewtermin geschlossen
- offene und neutrale Haltung (, sodass eine Vertrauensbasis aufgebaut werden konnte, jedoch auch objektiv ausgewertet werden kann)

Festhalten von allem, was vor, während und nach dem Interview passiert war:

Im Vorfeld des Interviews:

- Anschreiben eines Fachkrankenhauses, jedoch noch keine Zustimmung vom Chefarzt
- persönliches Gespräch mit dem Chefarzt (durch bestehende Beziehung durch die Arbeit der Interviewerin)
→ Zustimmung erfolgte
- Telefonat mit Sozialarbeiterin der Station Gerontopsychiatrie 21.05.2013
→ Vermittlung der Protagonistin durch ein weiteres Telefonat (22.05.2013) mit der Sozialarbeiterin (Name der Protagonistin wurde genannt), betroffene Frau ist einverstanden und wurde nach ihrer Aussage über den Interviewverlauf (offenes Interview) informiert

24.05.2013:

- Zusammentreffen im Einzelzimmer der Protagonistin im Fachkrankenhaus, Interviewerin wurde durch eine Schwester angekündigt
- persönliches Vorgespräch erst kurz vor Interview → herzliche Unterhaltung, auf die flüchtige Bekanntschaft verwiesen, Verweis auf offenes Interview, Wahrung der Anonymität und sowie Aufnahme durch Tonband erklärt, Einwilligungserklärung besprochen und unterschrieben
- im Einzelzimmer nur 1 Stuhl und 1 Tisch vorhanden, Protagonistin saß im Bett
- Interviewerin bot ihr an, noch einen Stuhl zu holen und fragte, ob sie sich im Bett oder im Stuhl wohler fühle → Bett
- Wasser mitgebracht und angeboten → konnte nicht annehmen wegen Magenbeschwerden
- Schreibutensilien usw. zurecht gelegt, Tonband eingeschalten

Während des Interviews:

- Stimulus
- betroffene Frau trat, obwohl sie dachte es ist ein Leitfadeninterview, sicher auf, achtete vor allem anfänglich auf ihre Wortwahl und Formulierungen, beachtete Redeweise, im immanenten und exmanenten Nachfrageteil leichte inhaltliche Unsicherheit
- Blickkontakt wurde konstant gehalten
- Interviewerin nahm empathische Zuhörweise an

Nach dem Interview:

- Ausfüllen soziodemographischer Daten
- Gespräch über Inhalte, lockerer Austausch (, kleinere Nachfragen)
- Anregungen zur Alltagsbewältigung und Hilfestellung bzw. Vermittlungsvorschläge zur Arbeitsstelle der Interviewerin gegeben
- Protagonistin dachte, sie konnte kein gutes Material liefern, wurde beruhigt und vom Gegenteil überzeugt
- wiederholte Danksagung und kleines Präsent

Eindrücke und erste Gedanken über den Gesprächspartner:

- Würdigung der Lebensbiographie der Protagonistin
- positiver Eindruck der Frau
- im Nachgespräch sehr langer Austausch im Vergleich zur Interviewdauer

Festhalten erster spontaner Antworten auf die Forschungsfrage:

- Isolation → Besuche vs. Ruhe, Unterstützung in alltäglichen Angelegenheiten wie Garten, Behördenangelegenheiten, Arztbesuche, Suche nach geeignetem Wohnsitz im Alter usw.

Anlage 15 Interview 2: Inhaltsübersicht

Die Inhaltsübersicht von Interview zwei ist identischen der Übersicht von Interview eins (s. Anl. 7) aufgebaut.

Zeit	Inhalt	For- schungs- frage- stellung
	<u>HAUPTERZÄHLUNG</u>	
00:00:00	<p>Stimulus</p> <p>- Ich interessiere mich für die Lebensgeschichten von Frauen ab dem 65. Lebensjahr mit der Diagnose Depression. Ich möchte Sie bitten, mir Ihre Lebensgeschichte zu erzählen, also nicht nur von Ihren Depressionen zu berichten, sondern über all die Erlebnisse, die Ihnen heute einfallen.</p> <p>Sie können sich so viel Zeit nehmen, wie Sie möchten. Ich werde Sie auch erst einmal nicht unterbrechen, mir nur einige Notizen zu Fragen machen, auf die ich später dann noch eingehen werde.</p>	
00:00:40	<p>- 30.12.1936 geborgen</p> <p>- damals: Vater Studienrat am Realgymnasium in D.-Stadt, Mutter Hausfrau</p> <p>→ Freude über „gesunde kleine Tochter“</p> <p>- erstes Baby vor 3 Jahren kurz nach Geburt verstorben</p>	
00:01:40	<p>- mit <i>3 Jahren</i> Erkrankung an insulinpflichtigem Diabetes mellitus</p> <p>→ Vater zum Kriegsdienst eingezogen</p> <p>→ Mutter musste Sorgen der Stoffwechselstörung der Tochter alleine tragen</p> <p>→ früheste Kindheitserinnerungen an ein Krankenhaus, wo die Einstellung des relativ neuen Medikaments erfolgte</p> <p>- gute mütterliche Aufsicht → Erkrankung hat sie wenig beeinflusst</p>	

00:02:55	- Einschulung 1943 - Lernen und Basteln fiel leicht	
00:03:20	- „größte Freunde waren aber kleine Tiere “ → Regenwürmer, Ratte → Meerschweinchen in der Zuckertüte → leider durch den Hund des Nachbarn „erbissen wurden“, „durch kindliche Unachtsamkeit“ → erstes intensives trauriges Erlebnis	
00:04:20	- Vater kam aus Kriegsgefangenschaft Ende August 1945 → Freude - „Vatkind“ → war nachsichtiger als Mutter	
00:05:00	- trotz Nachkriegsnot konnte sie sich kleine Tiere anschaffen → Wasserschnecken, Guppys, weiße Mäuse, Farbmäuse, Goldhamster, Meerschweinchen (musste beim Abitur abgeschafft werden, um besser lernen zu können) → mit <i>30 Jahren</i> erneut ein Meerschweinchen vom Mutter → viele Jahre später ein Nymphensittich „und dann ein zweiter, dem ich in Gemeinschaft mit meiner Mutter das Leben gerettet habe“ (29 Jahre alt geworden) → Käfigbeschaffung zu DDR-Zeiten schwierig	
00:07:20	1963 medizinisches Staatsexamen → studiert an der Universität in L.-Stadt → erst in einem kleinen Krankenhaus in W.-Stadt gearbeitet (<i>Wochen</i>)	
00:08:00	→ Volksröntgenkataster fand statt (<i>kurze Zeit später</i>) → Teilnahme → Lungentuberkulose festgestellt → lange stationäre Behandlungsdauer - ab Januar 1964 7 Monate zur Behandlung in Spezialklinik für Lungenkrankheiten in Z.-Ortsteil → in dieser Zeit Assistenz bei Operationen (nach Ausschluss der Ansteckungsgefahr)	
00:09:00	- <i>Oktober 1964</i> begonnene Pflichtassistenz - <i>später</i> Facharztausbildung absolviert	

	<ul style="list-style-type: none"> - Juni 1964 konnte promovieren (Arbeit schon während des Studiums begonnen → insgesamt 3 Jahre) → konnte Prüfung noch als Patientin ablegen in L.-Stadt - Berufsjahre bis 1973 waren die schönsten im Leben 	
00:10:15	<ul style="list-style-type: none"> - 1973 starb Vater (Krebs) → Umzug nach D.-Stadt zur Mutter 	
00:10:30	<ul style="list-style-type: none"> - 1974 Kreistuberkuloseärztin (Verantwortung) → „Es [...] hat mir viel Probleme bereitet, dass ich eigentlich Diener dreier Herrn war.“ (Kreisarzt (in Funktion als Kreistuberkuloseärztin), Chefarzt Poliklinik (Leiterin der poliklinischen Abteilung für Lungenkrankheiten), Bezirkstuberkulosearzt → nur ihm konnte sie es recht machen → schlechtere Arbeitsbedingungen in D.-Stadt 	
00:11:55	<ul style="list-style-type: none"> - 1982 Erkrankung mehrere Monate / ein Jahr - 1983 wurde ihr nahegelegt, dass sie kündigen sollte → sonst wäre Invalidisierung veranlasst wurden → sie hat weiter gearbeitet, aber Abgabe der Funktion als Kreistuberkuloseärztin → schlechte Arbeitsbedingungen 	
00:12:55	<ul style="list-style-type: none"> → Arbeit in Diabetikerberatung - gute Arbeitsbedingungen - 1995 Schließung der Poliklinik 	
00:13:40	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeit im Gesundheitsamt (stundenweise) → Beratungsärztin von Tuberkulosekranken - bis zum <i>71. Geburtstag</i> 	
00:14:15	<ul style="list-style-type: none"> - seit dem <i>71. Geburtstag</i> Rentnerin - gesundheitliche Probleme - „Man nimmt sich immer fürs Alter zu viel vor und ist dann enttäuscht, wenns nicht geht.“ 	
00:14:40	Abschlusskoda	
00:14:45	Danksagung	
	<u>IMMANENTER NACHFRAGETEIL</u>	
00:14:50	<ul style="list-style-type: none"> - genauer auf Eltern eingehen? 	

00:14:55	<ul style="list-style-type: none"> - Vater 1945 aus Schuldienst entlassen wurden (anonyme Anzeige) → freischaffender Künstler - Nachkriegszeit = Notzeit, wenig Geld → Mutter 1948 / 49 Anstellung als Stenotypistin, Sachbearbeiterin in pharmazeutischen Fabrik, mehrere Wechsel, Arbeit bis zum 60. Geburtstag → Vater nach 7 Jahren wieder in Schuldienst eingestellt 	
00:16:00	- 1982 erkrankt → genauer schildern?	
00:16:10	<ul style="list-style-type: none"> - Schultersteife → durch Auswerten von Schirmbildrollen (Teil eines Röntgengeräts) → durch Diabetes Krankheit verstärkt - Arbeitsstelle wollte sie nicht 78 Wochen krankschreiben → invalidisieren und konnte noch stundenweise arbeiten gehen - war nach einem Jahr geheilt 	
00:17:50	- etwas zur Depression sagen?	
00:17:55	<ul style="list-style-type: none"> - Mutter starb 1998 mit 94 Jahren → übertriebene Trauerreaktion → wurde als Depression ausgelegt → Einnahme von Antidepressivum (Remergil) über Jahre → Gewichtszunahme - 2009 Krebserkrankung → Gewichtsabnahme - unter dem Medikament hat sich Depression gebessert (nach 1-2 Jahren) - <i>jetzt erster Rückfall</i> → zu viele „internistische Diagnosen auf einmal“ → Sorge, dass sie sich etwas „antun“ könnte → suchte Hilfe beim Arzt → sofort Einweisung in Fachklinik → Zustand besser unter Medikamenten - bei der ersten Depression 3 Wochen Aufenthalt im Fachkrankenhaus (ein halbes Jahr nach Tod der Mutter) 	
00:21:20	- etwas zu den Behandlungszeiträumen sagen?	
00:21:30	- „Es ging mir ja gut, ich hab ja da mein Haushalt und Garten und so weiter alleine geschafft.“ → das geht jetzt nicht mehr	

00:21:50	- Was hat Ihnen geholfen?	
00:22:00	<p>- „Beine untern Tisch stecken“, „bekochen“, „Menschen um mich rum“, „Geselligkeit“</p> <p>→ in den letzten Jahren 4 Freunde gestorben</p> <p>- Klassentreffen: ehem. Klassenkammerraden „gegangen“</p> <p>→ Auseinandersetzung mit dem Thema Tod</p> <p>→ fühlt sich „abgesättigt“, jedoch konnte sie als Diabetiker viel nicht machen, z. B. Auslandsreisen</p> <p>→ „mit 86 kannste nich mehr so viel verlangen“</p> <p>- Hausarbeit dauert länger, jedoch Langeweile</p> <p>- kulturelle Angebote in der D.-Stadt wenig</p> <p>- keine echten Freunde mehr → Kinder der Freunde möchte sie sich nicht aufdrängen</p> <p>→ fürchtet Feiertage</p> <p>→ Einsamkeit</p> <p>→ liest viel</p>	
00:25:15	- selbst Familie?	
00:25:20	<p>- keine eigene Familie</p> <p>- „Ich bin von meiner Mutter zu gut versorgt worden, da hatt ich nicht die Sehnsucht nach einer eigenen Familie.“</p>	
	<u>EXMANENTER NACHFRAGETEIL</u>	
00:25:40	- Was wünschen Sie sich in Ihrer Depression von Ihren Angehörigen bzw. den Menschen in Ihrer Umwelt?	
00:26:10	<p>- Besuche, „und das machen se sehr sehr selten“</p> <p>- als nächste Verwandten hat sie nur noch einen Cousin und seine Frau (etwa gleich alt) → Besuche 3-4 Mal im Jahr</p> <p>→ kamen am Anfang des derzeitigen stationären Aufenthalts zu Besuch → wollen sich in dieser Zeit um den Garten kümmern</p>	
00:27:25	- und von den anderen Menschen Ihrer Umwelt?	
00:27:30	<p>- „sind eigentlich keine“</p> <p>- Nachbarin kümmert sich um Post und Blumen</p>	
00:27:45	- Was wünschen Sie sich, wenn Sie jemand hätten?	
00:27:50	- „Dass er einfach da ist. Ich kann stundenlang schweigen. Ich	

	brauchte jemand, der mit mir schweigt und nicht bloß mit mir redet“	
00:28:05	- Welche Erwartungen haben Sie in den Krankheitserscheinungen an Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen? Wenn Sie in der Depression sind, welche Erwartungen haben Sie an Sozialarbeiter / Sozialpädagogen? Wie sollen diese auf Sie zukommen, welche Zuwendung wünschen Sie sich?	
00:28:30	- „Im Grunde kann mir gar keiner helfen.“ → gute Ratschläge, mit denen sie nicht viel anfangen kann - Hausverkauf? → schlechte wirtschaftlich Lage zur Zeit - betreutes Wohnen → zu viele alte Menschen	
00:29:40	- Und was würden Sie sich dann von den Sozialarbeitern wünschen?	
00:29:45	- Unterstützung bei Ämter- und Behördengängen und anderen Terminen (Kreislaufprobleme) → Begleiter - von SHG kann sie nicht viel erwarten → alle eigene Probleme → Gruppensprecherin setzt sich viel ein	
00:31:25	- Wenn sie etwas von den Mitgliedern der SHG erwarten könnten, was würden sie wollen?	
00:31:30	- Hilfe und Unterstützung bei der Gartenarbeit → ist aber sehr eigen, für Helfer ist das schwierig - „Die sind ja alle auch belastet, und, ich weiß nicht, ob da einer mir da helfen würde.“ → Gruppensprecherin hat ihr das angeboten, hat aber von Garten „absolut keine Ahnung“ - Nachbarin hat mal Rosen verschnitten → konnte sich dann neue kaufen - Dilemma: liebt das Haus - Kraft fehlt, dieses in Ordnung zu halten → belastet, traurig → Haus ihrer Eltern - kann sich schlecht Seniorenreisen anschließen → Übelkeit und Anstrengung → trägt alles zur Depression bei	

	- „Ich hatte ja auch nicht die Absicht mich umzubringen, sondern ich hatte Sorge, dass es nen Kurzschluss gibt.“	
00:34:15	- Fällt Ihnen noch etwas ein, was Sie von Sozialarbeitern erwarten?	
00:34:20	- Unterstützung bei der Suche einer geeigneten Wohnstätte für das Alter - „Also mit ner Depression ist man auch oft so gehemmt irgendwo hin zu gehen, dass man etwas so aufschiebt.“ → Anstoß geben	
00:35:30	- Was tut Ihnen gut in den Depressionen, in diesen depressiven Phasen, wo liegen da Ihre Interessen?	
00:35:40	- „Hab ich keine. Bin ich dann wirklich teilnahmslos.“ - Spaziergänge, frische Luft → muss sich überwinden, fühlt sich aber nachher besser - in D.-Stadt gibt es Treppe mit 84 Stufen → „Wenn mirs mal sehr schlecht geht, geh ich dreimal die Treppen rauf und runter, hintereinander weg.“	
00:36:50	- Was tut Ihnen noch gut in diesen Phasen?	
00:36:55	- „nichts“	
00:37:05	- Bedürfnisse in den Phasen?	
00:37:10	- keine → Ruhe - Widerspruch: Sehnsucht nach Menschen , „der sich um mich kümmert und Anteil nimmt“ - „ alles zu viel “ - Besuche der Verwandten: Stress und Freude	
00:37:50	- „Ja ich merk schon Sie sind enttäuscht, aber ich kann wirklich nicht viel dazu sagen.“	
00:37:55	- nicht enttäuscht, gutes Material	
00:38:05 - 00:38:25	Danksagung	

Anlage 16 Interview 2: Ereignisdaten

Datum	Biographisches Ereignis
(1904) ¹⁹	- Geburt der Mutter
(1933)	- Geburt des Bruders, welcher kurz darauf verstarb
1936	- Geburt Gabriele Völkel in L.-Stadt, Aufwachsen in D.-Stadt (Sachsen) - Vater Studienrat - Mutter Hausfrau
(1939)	- Erkrankung an insulinpflichtigem Diabetes mellitus - Vater wurde zum Kriegsdienst eingezogen
1943	- Einschulung - großes Interesse für Kleintiere
1945, August	- Entlassung des Vaters aus der Kriegsgefangenschaft
1945	- Entlassung des Vaters aus dem Schuldienst aufgrund einer anonymen Anzeige - Arbeit des Vaters als freischaffender Künstler - wenig Geld in der Nachkriegszeit
ab 1948 / 1949	- Arbeit der Mutter als Stenotypistin, Sachbearbeiterin → mehrere Arbeitsplatzwechsel der Mutter
(1952)	- Wiedereinstellung des Vaters in den Schuldienst
	- Studentenzeit in L.-Stadt
1963	- medizinisches Staatsexamen
(1964)	- Berentung der Mutter (mit 60 Jahren)
1964, Januar - August	- stationäre Behandlung einer Lungentuberkulose - Assistenz bei Operationen nach Ausschluss der Ansteckungsgefahr
1964, Juni	- Erlangung des Dokortitels
1964, Oktober	- begonnene Pflichtassistenz - später Facharztausbildung

¹⁹ Zeitangaben, welche in „()“ gehalten sind, wurden im Gespräch nicht direkt erwähnt, sondern sind errechnet worden.

(1964 -) 1973	- ihre „schönsten“ Berufsjahre
1973	- Tod des Vaters - Umzug nach D.-Stadt zur Mutter
1974	- Kreistuberkuloseärztin → schlechtere Arbeitsbedingungen
1982	- Erkrankung (Schultersteife) für mehrere Monate / ein Jahr
1983	- aufgrund der Erkrankung (Schultersteife durch schlechte Arbeitsbedingungen) sollte sie kündigen → stundenweise weitergearbeitet, musste aber Funktion als Kreistuberkuloseärztin abgeben → schlechtere Arbeitsbedingungen → später Arbeit in Diabetikerberatung
1995	- Schließung der Poliklinik - danach stundenweise Arbeit im Gesundheitsamt als Beratungsärztin von Tuberkulosekrankheiten
1998	- Tod der Mutter → Depression → medikamentöse Behandlung → ein halbes Jahr später 3 Wochen Aufenthalt im Fachkrankenhaus
(1999 / 2000)	- Besserung der Depression
(2006)	- Berentung - gesundheitliche Probleme
2009	- Krebserkrankung
2013	- erneute Depression → Einweisung in Fachkrankenhaus

Anlage 17 Interview 2: Transkription Eingangssequenz

- 1 I²⁰: .h ich interessier mich für die lebensgeschichte von frauen (.) ab dem fünfund-
2 sechzigsten lebensjahr .h mit der diagnose depression (-) und ich möchte sie bitten
3 ((geräusche vom flur des fachkrankenhauses dringen durch die verschlossene tür))
4 mir ihre lebensgeschichte zu erzählen
5 V²¹: h=hm
6 I: also nicht nur von ihrer depression zu berichten sondern über all die erlebnisse die
7 ihnen heute einfallen. sie können sich dabei so viel zeit nehmen wie sie möchten (.)
8 ich werd sie auch ersteinmal nicht unterbrechen (.) mir nur notizen zu fragen machen
9 (.)
10 V: hm
11 I: auf die ich dann später noch mal eingehen werde (6.0)
12 V: <<len> ich wurde am dreißigsten dezember (-) neunzehnhunderttrsechsdreißig
13 (-) geborgen (4.0) mein vater war damals (.) studienrat an der (---) am realgymna-
14 sium in d.-stadt (3.0) und meine mutter (---) elfriede völkel²² war hausfrau > aber die
15 namen von meinen eltern brauchen sie ja nich unbedingt nich? das könn mer weglassen
16 sen (--) <<pp> ja> (--) ja (2.0) meine eltern haben damals voller freude eine zeitung-
17 sannonce aufgegeben .hh dass sie sich über eine gesunde kleine tochter freuTEN
18 nachdem das erste baby (--) drei jahre zuvor (.) gleich nach der geburt verstorben war
19 I: hm
20 V: die freude dauerte aber nicht allzu lange, (---) mit (.) drei jahren erkrankte ich: (.)
21 also buchstäblich um meinen dritten geburtstag herum (---) an: einem insulinpflichtigen
22 diabetes mellitus (4.0) kurze zeit später (.) wurde mein vater (.) zum kiregsdienst
23 eingezogen .h so dass meine mutter (---) alle SORGEN (--) um meine stoffwechsel-
24 führung (.) alleine zu tragen hatte (4.0) meine frühesten kindheitserinnerungen (.)
25 reichen tatsächlich (.) ins kranknhaus c.-stadt zurück (--) wo ich auf das lebensret-
26 tende insulin eingestellt wurden bin
27 I: <<pp> hm >
28 V: das medikament gab es damals erst (--) SECHSzehn beziehungsweise DREIzehn
29 jahre. man hatte also noch nicht allzu viel erfahrung (-) mit (.) komplikationen die

²⁰ Interviewerin

²¹ Protagonistin: Dr. Gabriele Völkel

²² Name anonymisiert

30 sich ergeben konnten (5.0) mich selber hat die erkrankung wenig beeinträchtigt, (---)
31 dank der guten mütterlichen aufsicht, (---) ich wurde also ganz normal neunzehn-
32 hundertdreiundvierzich (.) eingeschult (2.0) und: (.) lernen und: (--) bastel (.) fiel mir
33 sehr leicht (3.0) meine größte freude waren aber (.) kleine TIERE=hh (---) es fing
34 damit an (.) dass ich im garten (.) sogar regenwürmer aufsammelte (2.0) eine junge
35 ratte fing ((lacht etwas))
36 I: ((lächelt))
37 W: ja:: und das schönste geschenk zum schuleingang .hh war eine RIESENgroße
38 zuckertüte (-) die allerers´ die allergrößte (-) in der klasse (--) dass mich gleich alle
39 beneideten (--) aber (-) der oberste inhalt war ein schön gepolsteres körbchen mit
40 einem meerschweinchen ((lächelt))
41 I: oh:
42 V: ja leider äh:: ist das tier durch kindliche unachtsamkeit .hh bald von nachbars
43 hund erbissen wurden (---) das war nun mein erstes TRAURIGES erlebnis

Anlage 18 Interview 2: Transkription Fragment 1

„Integrität vs. Verzweiflung“, Minute 21:50

1 I²³: und was hat ihnen hier ((fachkrankenhaus)) so geholfen? (---)
2 V²⁴: hier? (.) jetzt? (---)
3 I: zum beispiel
4 V: jah::=hh dass ich de beine untern tisch stecken kann (.) dass ich mich nicht beko-
5 chen MUSS
6 I: h=hm
7 V: dass mal menschen um mich rum sind weil ich alleine wohne (4.0) <<pp> ja > (--
8) das ises eigentlich (---) die geselligkeit die fehlt mir zu hause .hh es sind in den
9 letzten jahren vier freunde weggestorben
10 I: hm
11 V: und:´ (--) die ich für geSÜNder hielt als mich

²³ Interviewerin

²⁴ Protagonistin: Dr. Gabriele Völkel

12 I: h=hm

13 V: und das hat mich auch sehr mitgenommen

14 I: h=hm (3.0)

15 ((geräusche vom flur des fachkrankenhauses dringen durch die verschlossene tür))

16 V: wir machen immer noCH so=seit der wende (.) alle zwei od´jahre oder manchmal

17 auch jährlich klassentreffen von der oberschule .hh <<all> und: da sind auch leider

18 schon einige k´ehemalige klassenkameraden gegangen >

19 I: hm

20 V: und: da denkt man dann drüber NACH (.) dass man auch bald dran is: (---) is ja

21 norMAL (-) ich meine (-) .h wenns n tod nich gäbe (.) dann (--) wärs langweilig auf

22 der erde (3.0) nu sicher ((lacht)) irgendwann is das och´=gehirn von erlebnissen voll

23 (3.0) ich fühl mich da eigentlich abgesättigt ((lacht)) ich hab natürlich vieles auch

24 nicht machen können als diabetiker (.) dass ich .hh äh mit auslandsreisen da kann ich

25 nicht mitreden (---)

26 I: hm (3.0)

27 V: aber sonst (2.0) naja ich meine hm (--) es is eben leider so dass die kräfte ja so

28 wieso im alter NORMAL nachlassen aber bei mir bisschen übertrieben .hh es: gibt

29 da so ene behauptUNG (--) DIABETIKER vom typ EINS wie ich bin .h sind biolo-

30 gisch ZEHN jahre älter als gleichaltrige stoffwechselgesunde .h und da sach ich mir

31 natürlich naja mit sechsendachzich kannst du nich mehr so viel verlangen ((lacht)) (.)

32 ja es is manchmal LANGweilich zu hause (.) obwohl ich eben meine hausarbeit jetz:

33 die is ZEITaufwendiger geworden (-) ich schaffe eben nich mehr alles

34 I: hm

35 V: aber man kann ja nich nur bloß so von=von seinem haushalt und garten leben (---)

36 (man=will) ja och mal so was nettes haben

37 I: h=hm

38 V: und: da finde ich sind in d.-stadt äh <<all> nich:nich > viel angebote (2.0)

39 I: <<pp> h=hm? >

40 V: das theater ist recht MÄßig (.) nach meinem dafürhalten (.) so wie ichs von früher

41 kenne von l.-stadt (aus meiner) studentenzeit, .hh das is wirklich: eben (.) naJA

42 kleinstadtniveau

43 I: ja (2.0)

44 V: da dürfte natürlich von den theaterleuten keiner hören ((lacht))

45 I: ((lacht))

46 V: ja:: (--) ich hab eben JETZT (.) wirklich (.) keine (.) echten freunde mehr (--) die
47 kinder meiner freunde sin:: voll berufsTÄTIG (.) ham keine zeit
48 I: hm
49 V: und da will ich mich auch nicht aufdrängen (---) und am meisten fürchte ich dann:
50 so:=äh: FEIERtage wie WEIHnachten und OSTern (.) wenn mehrere tage hinternan-
51 der sind .h die fürchte ich sehr (.) wegen der einsamkeit.

Anlage 19 Interview 2: Transkription Fragment 2

Familie, Minute 25:15

- 1 I²⁵: und haben oder hatten sie selber familie?
- 2 V²⁶: nein ((haucht dieses wort))
- 3 I: nein (2.0)
- 4 V: ich bin von meiner mutter zu gut versorgt worden (2.0) da hatt ich nicht die sehn-
5 sucht nach einer eigenen familie ((lacht)) (13)

²⁵ Interviewerin

²⁶ Protagonistin: Dr. Gabriele Völkel

Quellen- und Literaturverzeichnis

Publikationen

BLAUMEISER, Heinz (2007): Biographischer Ansatz. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 139.

BOJACK, Barbara (2003): Depression im Alter. Ein Ratgeber für Angehörige. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.

BRISCH, Karl Heinz (2010): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 10. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

BURMEISTER, Jürgen (2007): Bedürfnisse. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 95f..

CREMER, Melanie (2008): Frauen und Depression. Eine Untersuchung im soziokulturellen Kontext. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

CROWLEY JACK, Dana (1993): Immer hab´ ich mich dir angepasst. Wenn Frauen ihr Selbst zum Schweigen bringen. Über weibliche Depressionen. München: Wilhelm Heyne Verlag GmbH & Co. KG.

DILLING, Horst; MOMBOUR, Werner; SCHMIIDT, Martin H. (Hrsg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Aufl. Bern: Verlag Hand Huber.

ERIKSON, Erik H. (1993): Identität und Lebenszyklus. 13. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

GIGER-BÜTLER, Josef (2011): »Sie haben es doch gut gemeint«. Depression und Familie. 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

GOTTSCHALK, Ingo (2007): Bedarfsanalyse. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 92f..

GUTZMANN, Hans; PRAETORIUS, Ricarda (2003): Gerontopsychiatrie. In: Zipfel, Christian; Kraus, Sibylle (Hrsg.): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Berlin: Weißensee Verlag, S. 77-93.

HALFAR, Bernd (2007): Bedarf. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 91f..

HANUS, Otto (2008): Schöpferische Lösungswege. Suggestive Aspekte in der psychologisch beratenden und therapeutischen Arbeit mit objektfreien Bildern. Algorithmen in der kognitiven Kunsttherapie. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

HAUTZINGER, Martin (2006): Wenn Ältere schwermütig werden. Hilfe für Betroffene und Angehörige bei Depression im Alter. Basel: Beltz Verlag.

KAYA, Asiye (2009): Mutter-Tochter-Beziehungen in der Migration. Biographische Erfahrungen mit alevitischen und sunnitischen Kontext. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

HERRIGER, Norbert (2007): Empowerment. . In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 250ff..

KEIL, Sylvia (2007): Gesprächsführung, Methoden der. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 401f..

KIPP, Johannes (2007): Gerontopsychiatrie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 388f..

KLÄBLE, Karl (2007): Psychosoziale Gesundheit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 739.

KONRAD, Sandra (2013): Das bleibt in der Familie. Von Liebe, Loyalität und uralten Lasten. München, Zürich: Pieper Verlag GmbH.

KUNZE-GROß, Nancy (2003): Methode der Sequenzanalyse in der objektiven Hermeneutik. Studienarbeit. München und Ravensburg: GRIN Verlag.

KÜSTERS, Ivonne (2009): Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

LUCIUS-HOENE, Gabriele; DEPPERMANN, Arnulf (2004): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

MACHLEIDT, Wielant; BAUER, Manfred; LAMPRECHT, Friedhelm; ROSE, Hans K.; ROHDE-DACHSER, Christa (2004): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 7. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

PANKOKE, Eckart (2007): Soziale Netzwerke. . In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 857f..

SAß, Anke-Christiane; WURM, Susanne; ZIESE, Thomas (2009): Somatische und psychische Gesundheit. In: Böhm, Karin (Statistisches Bundesamt); Tesch-Römer, Clemes (Deutsches Zentrum für Altersfragen); Ziese, Thomas (Robert Koch-Institut) (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesam-

tes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Berlin: Robert Koch-Institut, S. 31-61.

SCHMIDT, Roland (2007): Gerontologie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 388.

SCHRÖDER-ROSENSTOCK, Karl (2007a): Psychiatrie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 730f..

SCHRÖDER-ROSENSTOCK, Karl (2007b): Psychisch kranke Menschen. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 733f..

SCHWALB, Susanne; IMGRUND, Barbara (2006): Glück!. Was es ist und wie Sie es finden. Planegg b. München: Rudolf Haufe Verlag GmbH & Co. KG.

VON KLOBUCZYNSKI, Christian Bruno (1999): Sozialwissenschaftliche Forschungsmethoden – Das narrative Interview nach Fritz Schütze. Studienarbeit. München und Ravensburg: GRIN Verlag.

WITTCHEN, Hans-Ulrich; JACOBI, Frank; KLOSE, Michael; RYL, Livia (2010): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Heft 51. Depressive Erkrankungen. Berlin: Robert Koch-Institut.

WOJNAR, Jan (2007): Geriatrie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 384f..

WOLFERSDORF, Manfred; SCHÜLER, Michael (2005): Depression im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, Gerontopsychiatrische Depressionssituationen. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

ZIMMERMANN, Jörg (2007): Depression. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 181.

Internet

BAUMEISTER, Harald; KURY, Sarah; BENGEL, Jürgen (2010): Somatopsychische Komorbidität. Definition und Verständnis. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung / Gesundheitsschutz: Schlaf und Gesundheit. Springer-Verlag, S. 9-14. URL: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00103-010-1179-8#page-1>, verfügbar am: 20.04.2013.

BOEREE, George (2006): Persönlichkeitstheorien. Erik Erikson [1902 - 1994]. URL: https://attachment.fbsbx.com/messaging_attachment.php?aid=295eb9acdcef2bdfec1ad37e6d916451&mid=mid.1372074451825%3Ae041864157eef9dd83&uid=100002385133165&accid=100002385133165&ext=1372164216&hash=AQA9Bn0IMTnxAcF0iGU8JD3neszRs2vrrrESU0zxnP_VdA, verfügbar am: 03.06.2013.

BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (Hrsg.) (2007): „Es ist, als ob die Seele unwohl wäre ...“. Depression – Wege aus der Schwermut. Forscher bringen Licht in die Lebensfinsternis. 2. Aufl. Berlin, Bonn. URL: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/es_ist_als_ob_die_seele_unwohl_waere.pdf, verfügbar am: 08.07.2013.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. URL: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=5362.html>, verfügbar am: 02.04.2013.

KISSLING, Werner; PITSCHEL-WALZ, Gabi (2004): Psychoedukation: Wirksamkeit und ihre Durchführung. In: Psychiatrische Rehabilitation. Springer, S. 391-411. URL: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-18823-7_31, verfügbar am: 18.08.2013.

LEINER, Peter (2012): Gefäßkrankheiten schüren Depression. Ärzte Zeitung. Springer Medizin. URL: http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/depressionen/article/826459/frauen-65-gefaesskrankheiten-schueren-depression.html, verfügbar am: 18.08.2013.

MAAZ, Asja (2010): Depressive Syndrome im Alter: Eine Sekundäranalyse der gesundheitlichen Versorgung auf der Basis von Krankenkassenroutinedaten. Dissertation. Berlin: Medizinische Fakultät. URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000008054/Dissertation_Maaz.pdf?hosts=, verfügbar am: 16.08.2013.

PELSTER, Gudrun (2004): Vom Lächeln zu Lachen – Kann Humor einem Burnout entgegenwirken?. Diplomarbeit. Grin. URL: <http://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=0HQ0MRoLOYoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=ausdruck+1%C3%A4cheln+lachen+leid+&ots=vmVkJhUD4E&sig=ZcxsvzVwX13ivMo9MsIndiReWxQ#v=onepage&q&f=false>, verfügbar am: 05.08.2013.

SELTING, Margret; AUER, Peter; BARDEN, Birgit; BERGMANN, Jörg; COUPER-KUHLEN, Elizabeth; GÜNTNER, Susanne; MEIER, Christoph, QUASTHOFF, Uta; SCHLOBINSKI, Peter; UHMANN, Susanne (1998): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). URL: <http://www.uni-potsdam.de/u/slavistik/vc/rlmprcht/textling/comment/gat.pdf>, verfügbar am: 10.04.2013.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2009): Pressekonferenz „Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2060“. Am 18. November 2009 in Berlin. Statement von Präsident Roderich Egeler. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/Statement_Egeler_PDF,property=file.pdf, verfügbar am: 08.07.2013.

STOPPE, Gabriela (2008): Depressionen im Alter. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung / Gesundheitsschutz: Schlaf und Gesundheit. Springer Medizin Verlag, S. 406-410. URL: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00103-008-0508-7#page-1>, verfügbar am: 22.04.2013.

STRÜBING, Jörg (2008): Was ist Grounded Theory?. Springer. URL: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-91968-3_2#page-1, verfügbar am: 12.07.2013.

TRAN, Ulrich (2009): Psychologische Interventionen. Beratung, Psychologische Behandlung, Psychotherapie. URL: <http://www.unet.univie.ac.at/~a9825761 | -/Interventionen-Zusammenfassung.pdf#page=16>, verfügbar am: 08.03.2013.

UNIVERSITÄT GÖTTINGEN (o. D., nach 2011): Methodenzentrum Sozialwissenschaften. Prof. Dr. Gabriele Rosenthal (Direktorin). URL: <http://www.uni-goettingen.de/de/28238.html>, verfügbar am: 22.06.2013.

VORNEFELD, Ruth (2004): Gerontopsychiatrische Bedarfserhebung im Landkreis Freising. März/April 2004. Endbericht im Auftrag des Landkreises Freising. social invest consult gGmbH. URL: <http://www.kreis-freising.de/fileadmin/docs/SG25 | -/sg25ksanlage1.pdf>, verfügbar am: 16.08.2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003): WHO definition of health. URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, verfügbar am: 08.03.2013.

Selbstständigkeitserklärung

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Döbeln, 28.08.2013

Maria Sembdner