



## Masterarbeit

# Das soziale Netzwerk – Quelle für soziale Unterstützung und Rahmen für die Befriedigung von Grundbedürfnissen

Psychosoziale Lebensbedingungen einer klinischen  
und einer nicht klinischen Stichprobe im Vergleich

**Brigit Hufenus Zwicker**

Vertiefungsrichtung klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Prof. Dr. phil. Agnes von Wyl

St. Gallen, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

## **Abstract**

Davon ausgehend, dass psychosoziale Lebensbedingungen relevant für die Entwicklung von psychischen Krankheiten sind, ist das Ziel der vorliegenden Masterarbeit, psychosoziale Lebensbedingungen, und darüber hinaus auch soziale Netzwerke, subjektive Wahrnehmung von sozialer Unterstützung und Zufriedenheit mit dieser Unterstützung von Psychiatriepatienten und -patientinnen – einer *klinischen Stichprobe* – darzustellen und mit Personen, die nicht an einer psychischen Störung betroffen sind – einer *nicht klinischen Stichprobe* – zu vergleichen. Die für die Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen relevanten Daten stammten aus einer Studie über das Projekt der poststationären Netzwerkkoordination an der integrativen Psychiatrie Winterthur. Bei diesem Projekt wurden Patienten und Patientinnen – über den Austritt hinaus intensiv sozialarbeiterisch begleitet, mit der Absicht, diese beim Aufbau und Erhalt des sozialen Netzwerkes zu unterstützen. Die für den Vergleich der Lebensbedingungen gebildete *nicht klinische Stichprobe* bestand aus einer nach Alter und Geschlecht parallelisierten Gruppe von Menschen, welche sich zum Zeitpunkt der Erhebung nicht in einer psychiatrischen Behandlung befanden.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass sich die psychosozialen Lebensbedingungen der beiden Stichproben – mit Ausnahme der Elternschaft – signifikant unterscheiden: Die klinische Stichprobe hat im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe ein kleineres Jahreseinkommen, lebt häufiger alleine, ist seltener verheiratet/in einer Lebensgemeinschaft und geht weniger häufig einer ausserhäuslichen Beschäftigung nach. Die sozialen Netzwerke der klinischen Stichprobe weisen durchschnittlich eine signifikant kleinere Gesamtzahl von Personen auf als die Netzwerke der nicht klinischen Stichprobe. Die Sektoren Familie und professionelle HelferInnen der klinischen Stichprobe sind grösser und die der Sektoren FreundInnen/Bekannte und KollegInnen kleiner als die der nicht klinischen Vergleichsstichprobe. Diese Resultate, verbunden mit Ergebnissen aus anderen empirischen Untersuchungen und theoretischen Überlegungen, unterstreichen die Relevanz psychosozialer Lebensbedingungen und die zentrale Funktion von sozialen Netzwerken im Zusammenhang mit der Entwicklung von psychischen Störungen. In dieser Hinsicht ist ein an individuellen psychosozialen Lebensbedingungen orientierter und netzwerkfokussierter Ansatz für die Begleitung von Psychiatriepatienten und -patientinnen sinnvoll und vielversprechend. Insbesondere dann, wenn es beispielsweise darum geht, das Risiko eines Wiedereintritts in die Klinik zu verringern und die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, eine krisenhafte Phase im ambulanten Setting und mit der Unterstützung von sozialen Beziehungen eines breit abgestützten Netzwerkes zu meistern.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Ausgangslage</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2 Fragestellungen und Ziel der Arbeit</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3 Aufbau und Methode der Arbeit</b> .....	<b>3</b>
<b>I THEORETISCHER TEIL</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Psychosoziale Lebensbedingungen und deren Bedeutung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung – Forschungsergebnisse</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Der Mensch – ein soziales Wesen</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1 Grundbedürfnisse</b> .....	<b>10</b>
3.1.1 Begriffsklärung.....	10
3.1.2 Bedürfniskonzept nach Maslow .....	11
<b>3.2 Die Befriedigung von Grundbedürfnissen und die Entwicklung von psychischen Störungen</b> .....	<b>12</b>
3.2.1 Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung.....	13
3.2.2 Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle.....	13
3.2.3 Bedürfnis nach Bindung.....	14
3.2.3.1 Exkurs zu Begriff und Konstrukt der Bindung.....	15
3.2.4 Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz.....	19
3.2.5 Bedürfnis nach sinnlicher Anregung, Zuwendung, Anerkennung und Zeitstrukturierung.....	23
<b>4. Soziale Netzwerke</b> .....	<b>28</b>
<b>4.1 Definition</b> .....	<b>29</b>
<b>4.2 Bedeutung und Funktion sozialer Netzwerke</b> .....	<b>30</b>
4.2.1 Das soziale Netzwerk als Indikator für soziales Kapital .....	34
4.2.2 Das soziale Netzwerk als Quelle sozialer Unterstützung.....	36
4.2.3 Wirkung sozialer Unterstützung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden ...	37
<b>4.3 Netzwerkdiagnostik</b> .....	<b>40</b>
<b>5. Fazit</b> .....	<b>43</b>
<b>II EMPIRISCHER TEIL</b> .....	<b>45</b>
<b>6. Untersuchungsmethoden</b> .....	<b>45</b>
<b>6.1 Fragestellungen und Hypothesen</b> .....	<b>45</b>
<b>6.2 Erhebungsdesign</b> .....	<b>47</b>
<b>6.3 Beschreibung der Stichprobe</b> .....	<b>47</b>
<b>6.4 Instrumente</b> .....	<b>49</b>
6.4.1 Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Kurzform – F-SozU K-14.....	49
6.4.2 Manchester Short Assessment of Quality of Life – MANSA, deutsche Fassung	51
6.4.3 Client Soziodemographic and Service Receipt Inventory – CSSRI-EU .....	52
6.4.4 Soziale Netzwerkkarte .....	53

<b>6.5</b>	<b>Auswertungsmethode</b> .....	<b>54</b>
6.5.1	Psychosoziale Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe .....	55
6.5.2	Unterschied der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe bezüglich verschiedenen psychosozialen Lebensbedingungen .....	55
<b>7.</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse</b> .....	<b>56</b>
7.1	Qualitative Einzelfallanalysen von zwei sozialen Netzwerken.....	57
7.2	Darstellung der psychosozialen Lebensbedingungen .....	60
7.3	Überprüfung der Hypothesen zum Unterschied der psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe .....	62
<b>8.</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>69</b>
8.1	Beantwortung der Fragestellungen und Interpretation der Ergebnisse .....	69
8.2	Methodenkritik und weiterführende Überlegungen .....	75
<b>9.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>79</b>
<b>10.</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>86</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 : Darstellung der verschiedenen Stichproben.....	4
Abbildung 2 : Bedürfnis-Pyramide nach Maslow.....	11
Abbildung 3 : Grundbedürfnisfrustration und Bewältigung.....	21
Abbildung 4 : Netzwerk einer 20-jährigen Psychiatrie-Patientin.....	30
Abbildung 5 : Social network as a mediating construct.....	31
Abbildung 6 : Grafische Darstellung des ökologischen Modells nach Bronfenbrenner...	32
Abbildung 7 : Main Effect Model.....	39
Abbildung 8 : Soziale Netzwerkkarte eines 27-jährigen Patienten.....	57
Abbildung 9 : Soziale Netzwerkkarte einer 51-jährigen Patientin.....	58
Abbildung 10 : Psychosoziale Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe: Anzahl Personen insgesamt und je Sektor im sozialen Netzwerk.....	61
Abbildung 11 : Wahrnehmung der sozialen Unterstützung der klinischen Stichprobe im Vergleich zur Normstichprobe.....	62
Abbildung 12 : Relative Anteile der Sektoren der beiden Stichproben im Vergleich.....	68

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	: Übersicht über die Zusammenfassung von Kategorien von Items des CSSRI-EU.....	53
Tabelle 2	: Psychosoziale Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe.....	60
Tabelle 3	: Jahreseinkommen der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe im Vergleich.....	63
Tabelle 4	: Wohnform der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe im Vergleich.....	63
Tabelle 5	: Elternschaft der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe im Vergleich.....	64
Tabelle 6	: ausserhäusliche Beschäftigung der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe.....	64
Tabelle 7	: Zivilstand der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe.....	65
Tabelle 8	: Deskriptive Statistik: Gesamtzahl.....	65
Tabelle 9	: Deskriptive Statistik: Relativer Anteil Sektor Familie.....	66
Tabelle 10	: Deskriptive Statistik: Relativer Anteil Sektor prof. HelferInnen.....	66
Tabelle 11	: Deskriptive Statistik: Relativer Anteil Sektor KollegInnen.....	67
Tabelle 12	: Deskriptive Statistik: Relativer Anteil Sektor FreundInnen/Bekannte.....	67
Tabelle 13	: Deskriptive Statistik: subjektive Wahrnehmung der sozialen Unterstützung.....	68
Tabelle 14	: Deskriptive Statistik: Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung.....	68

## **Abkürzungsverzeichnis**

CSSRI-EU	Client Soziodemographic and Service Receipt Inventory
F-SozU K-14	Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Kurzform
GAF	Global Assessment of Functioning
IPW	Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
LQLP	Lancashire Quality of Life Profile
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life, deutsche Fassung
ZInEP	Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie

# 1. Einleitung

Individuals` bonds to one another are the essence of society. Our day-to-day lives are preoccupied with people, with seeking approval, providing affection, exchanging gossip, falling in love, soliciting advice, giving opinions, soothing anger, teaching manners, providing aid, making impressions, keeping in touch – or worrying about why we are not doing these things. By doing all these things we create community.

(Claude S. Fischer, 1982, S. 2)

Es kann davon ausgegangen werden, dass psychosoziale Bedingungen relevant für die Entwicklung von psychischen Krankheiten sind, wobei insbesondere soziale Netzwerke Quellen von psychosozialer Unterstützung (Henderson, 1998; Dickinson, Green, Hayes, Gilheany & Whittaker, 2002) und einen Rahmen für die Befriedigung von psychischen Grundbedürfnissen (Grave, 2004, S. 185; Zarbock, 2008, S. 42) darstellen. Psychosoziale Bedingungen sind mit ausschlaggebend, ob die Behandlung stationär erfolgen muss oder ambulant geschehen kann. Ob eine Behandlung ambulant oder stationär erfolgt, hat eine Auswirkung auf das soziale Netzwerk und die damit verbundene soziale Unterstützung, was wiederum die Entwicklung der Krankheit beeinflusst: „Social support promotes well-being, a lack of social support is crucial in times of crisis“ (Dickinson et al. 2002, S. 183). In den meisten westlichen Ländern nimmt die Dauer von stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken ab (Salize, Rössler & Becker, 2007). Reformen des psychiatrischen Gesundheitssystems mit Beginn in den 1970er Jahren haben dazu geführt, dass die psychiatrische Versorgung zunehmend im ambulanten Setting erfolgt: Es entstanden regionale Tageskliniken und gemeindenahe Ambulatorien. Die Zahl von in eigener Praxis arbeitenden psychiatrischen und psychologischen Fachpersonen nahm stetig zu. Heute werden auch Menschen mit einer chronischen psychischen Krankheit kaum mehr über lange Zeit stationär behandelt. Damit die Qualität der Behandlung und die Sicherheit von psychiatrischen Patienten und Patientinnen nach einem stationären Aufenthalt trotzdem sichergestellt sind und passende Anschlusslösungen in Form von teilstationären oder ambulanten Weiterbehandlungen greifen können, muss der Austritt sorgfältig geplant werden. Ohne eine Austrittsplanung erscheinen 50% der Patienten und Patientinnen nicht zum ersten vereinbarten ambulanten Behandlungstermin (Olfson, Mechanic, Boyer & Hansell, 1998; Bonsack, Pfister & Conus, 2006) und ohne fachliche poststationäre Betreuung besteht ein

doppeltes Risiko für eine Rehospitalisation (Nelson, Maruish & Axler, 2000). Zudem hat es sich gezeigt, dass das Suizidrisiko vor allem nach kürzeren psychiatrischen stationären Behandlungen massiv erhöht ist (Qin & Nordentoft, 2005).

## **1.1 Ausgangslage**

Aufgrund der beschriebenen Problematik hat die Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) im Rahmen des Zürcher Impulsprogramms zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP) das Projekt der *poststationären Netzwerkkoordination* lanciert. Bei diesem Projekt werden Patienten und Patientinnen über den Austritt hinaus intensiv sozialarbeiterisch begleitet. Dabei wird der Patient oder die Patientin beim Aufbau und Erhalt des sozialen Netzwerkes unterstützt. Es werden Problem- und Bedürfnislage evaluiert und verfügbare Ressourcen und Unterstützungshilfen eruiert mit dem Ziel, die Anbindung an das ambulante Versorgungssystem nach Klinikaustritt sicher zu stellen. In einer randomisierten, prospektiven Studie wird die Wirksamkeit einer dreimonatigen Koordination des Netzwerkes durch Sozialarbeitende untersucht. Es soll festgestellt werden, ob diese poststationäre Netzwerkkoordination eine Reduktion der stationären Kliniktage bewirkt und ob sich durch die Koordination des Netzwerkes die soziale Unterstützung, die Selbständigkeit in der Alltagsbewältigung und die Lebensqualität verbessert und ob sich die klinische Symptomatik verringert.

## **1.2 Fragestellungen und Ziel der Arbeit**

Im Rahmen der Studie zur poststationären Netzwerkkoordination und vor dem Hintergrund der eingangs dargestellten Problematik ist das Ziel der vorliegenden Masterarbeit, die psychosozialen Lebensbedingungen, d.h. Wohnform, Zivilstand, Elternschaft, ausserhäusliche Beschäftigung, Jahreseinkommen, Art und Zufriedenheit mit der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung und das soziale Netzwerk (Fragestellungen 1, 2 und 3) darzustellen. Zudem soll herausgefunden werden, ob sich die klinische Stichprobe von einer nicht klinischen Stichprobe hinsichtlich der psychosozialen Parameter (Wohnform, Zivilstand, Elternschaft, ausserhäusliche Beschäftigung, Jahreseinkommen, Art und Zufriedenheit mit der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung) und hinsichtlich der sozialen Netzwerke (Gesamtzahl der Personen und relativer Anteil der Sektoren an der Netzwerkgrösse) unterscheidet (Fragestellung 4).

### 1.3 Aufbau und Methode der Arbeit

Die für diese Arbeit relevanten Daten stammen aus standardisierten Fragebogen und persönlichen Netzwerkkarten. Die Daten der *klinischen Stichprobe* wurden von Mitarbeiterinnen der Studie zur poststationären Netzwerkkoordination der ipw während des stationären Aufenthalts im Zeitraum vom 01.08.2011 bis zum 15.04.2012 erfasst.

Diese klinische Stichprobe setzt sich zusammen aus einer Behandlungsgruppe (BG), deren Mitglieder nach Austritt während drei Monaten von einem Sozialarbeiter oder einer Sozialarbeiterin mit Fokus auf das soziale Netzwerk begleitet werden und einer Kontrollgruppe (KG), deren Mitglieder keine derartige Begleitung erhalten. Von den Personen der Behandlungsgruppe werden im Rahmen der Poststationären Netzwerkkoordination zusätzlich zu den Fragebogendaten grafische Darstellungen der persönlichen sozialen Netzwerke (Netzwerkkarten) erhoben.

Die Darstellung der psychosozialen Lebensbedingungen (Fragestellungen 1, 2, und 3) basiert auf Daten von Personen der klinischen Stichprobe (BG und KG) aus den folgenden Fragebogen: Client Soziodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-EU), Fragebogen zur sozialen Unterstützung – Kurzform (F-SozU K-14) und Manchester Short Assessment of Quality of Life, deutsche Fassung (MANSA).

Für den Vergleich der psychosozialen Lebensbedingungen von Psychatriepatienten und -patientinnen mit gesunden Personen (Fragestellung 4) wurde durch paarweise Parallelisierung (nach Alter und Geschlecht) eine Vergleichsgruppe – die *nicht klinische Stichprobe* – gebildet. Die Personen für die nichtklinische Stichprobe stammen aus dem erweiterten Bekanntenkreis der Verfasserin dieser Arbeit. Für den Vergleich der sozialen Netzwerke werden die Netzwerkkarten der Behandlungsgruppe der klinischen Stichprobe und die Netzwerkkarten der nicht klinischen Stichprobe verglichen. Für den Vergleich der übrigen psychosozialen Lebensbedingungen werden die Daten der gesamten klinischen Stichprobe (KG und BG) den Daten der nicht klinischen Stichprobe gegenübergestellt – vergleiche Abbildung 1 auf der folgenden Seite.

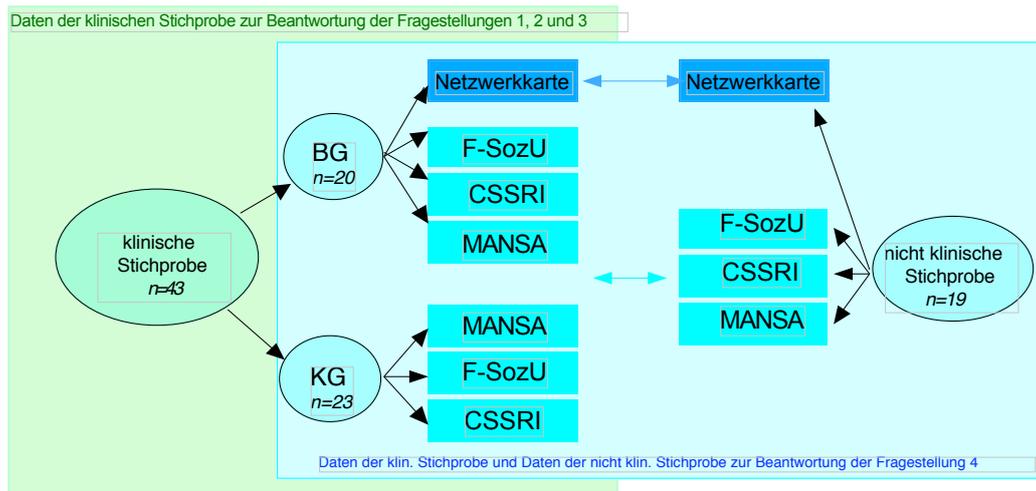


Abb.1: Darstellung der verschiedenen Stichproben

Der theoretische Teil beginnt mit einer Zusammenstellung von Forschungsergebnissen bezüglich der Relevanz von psychosozialen Lebensbedingungen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. In dem darauf folgenden Kapitel werden spezifische Bedürfnisse des Menschen als soziales Wesen erörtert, die grösstenteils im sozialen Kontext, in zwischenmenschlichen Beziehungen und somit im Rahmen sozialer Netzwerke befriedigt werden. Vorab wird der Begriff Bedürfnis definiert und das Bedürfniskonzept nach Maslow ausgeführt. Anschliessend werden Grundbedürfnisse aus der Perspektive von verschiedenen Autoren mit unterschiedlichen Ansätzen – eher verhaltenstherapeutischem (Klaus Grawe), biografisch-systemischem (Gerhard Zarbock) und transaktionsanalytischem (Eric Berne) – dargelegt. Damit verbunden werden deren Erklärungsansätze für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen im Zusammenhang mit mangelnder Bedürfnisbefriedigung vorgestellt beziehungsweise die Schutzfunktion ausreichend befriedigter Grundbedürfnisse aufgezeigt. Das Grundbedürfnis nach Bindung wird besonders ausführlich behandelt. Weiter wird das Konzept des sozialen Netzwerks und dessen Bedeutung und Funktion erläutert. Dabei werden einerseits die Bedeutung von sozialen Netzwerken hinsichtlich des sozialen Kapitals als Ressource und andererseits deren Funktion im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung thematisiert. Als nächstes wird die Wirkung sozialer Unterstützung auf Gesundheit und Wohlbefinden erläutert. Am Schluss des theoretischen Teils wird dargestellt, wie soziale Netzwerke erfasst und dargestellt werden und was mit der Netzwerkdagnostik über die bloße Darstellung hinaus erreicht werden kann.

Die Daten werden quantitativ erhoben und ausgewertet; Qualität, Frequenz und Funktionalität der sozialen Netzwerkbeziehungen sind nicht Gegenstand der Arbeit. Der Fokus der Ar-

beit liegt auf sozialen Beziehungen, wobei die Art und Weise der Beziehungspflege (z.B. über digitale soziale Netzwerke) nicht unterschieden wird. Neurobiologische Aspekte und Betrachtungsweisen der Psychoimmunologie im Zusammenhang mit psychischen Störungen und mangelnder Bedürfnisbefriedigung werden nicht thematisiert. In dieser Arbeit wird speziell auf den Zusammenhang zwischen mangelnder Bedürfnisbefriedigung und der Entwicklung psychischer Störungen hingewiesen. An dieser Stelle soll betont werden, dass der Faktor Bedürfnisbefriedigung als *einer* von vielen auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen für das Entstehen und Weiterbestehen psychischer Störungen verstanden wird. Auf andere Faktoren wird in dieser Arbeit nicht eingegangen.

# I THEORETISCHER TEIL

## 2. Psychosoziale Lebensbedingungen und deren Bedeutung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung – Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden einige ausgewählte Studienresultate bezüglich psychosozialer Lebensbedingungen wie beispielsweise Grösse und Zusammensetzung des sozialen Netzwerkes, wahrgenommene soziale Unterstützung, Geschlecht, Zivilstand und sozioökonomische Situation von Menschen mit einer schweren psychischen Krankheit und die Bedeutung dieser Bedingungen für die Weiterentwicklung der psychischen Krankheit dargestellt. Untersucht wurden unter anderem Zusammenhänge mit der Entwicklung der Krankheit, der Dauer stationärer Behandlung und dem Rückfall- bzw. Rehospitalisationsrisiko.

Müller, Nordt, Lauber und Roessler (2007) verzeichnen in einer Studiengruppe von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung, keine verallgemeinerbare Veränderungen hinsichtlich der Vielfalt des sozialen Netzwerkes im Verlauf von drei Jahren nach einem stationären Aufenthalt. Allerdings nahm die Diversität nach einer stationären Behandlung im Vergleich zum Zeitpunkt kurz vor dem stationären Aufenthalt stark zu. Die Autoren interpretieren diesen Befund dahingehend, dass sich psychisch kranke Menschen bei einer Verschlimmerung der Krankheit zurückziehen, respektive ihre soziale Rolle (z.B. Arbeitnehmende) verlieren. Trotz zunehmender Diversität nach Austritt nimmt die subjektive Wahrnehmung von sozialer Unterstützung nicht zu. Am hilfreichsten wurde die soziale Unterstützung von Freunden und Lebenspartnern erlebt. Männer ohne Arbeit und mit wenig Einkommen hatten ein deutlich kleineres soziales Netzwerk. „Socioeconomic deprivation clearly leads to a restriction of the network in terms of social roles“ (Müller et al., 2007, S. 571). So nahmen diejenigen der Studiengruppe, die eine Arbeitsstelle hatten, auch mehr soziale Unterstützung wahr. Bei einer geschützten Arbeitsstelle war dieser Zusammenhang nicht zu finden.

Weiter konnte festgestellt werden, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung seltener in einer Partnerschaft leben oder Kinder haben – ein Umstand, der nicht ganz unwichtig ist, wenn man davon ausgeht, dass u. a. Partner- und Elternschaft im Erwachsenenalter wichtige Rollen für die Identität darstellen (Müller, Gaebel, Bandelow, Köpcke, Linden, Müller-Spahn, Pietzcker & Tegel, 1998).

Andere Studien stellen fest, dass soziale Netzwerke von Menschen mit einer psychotischen Störung im Vergleich zu Gesunden insgesamt aus weniger Personen und aus einer grösseren Anzahl von Angehörigen bestehen (Hammer, Maldesky-Barrow & Gutwith, 1987; Beels, Gutwirth & Berkeley, 1984; Buchanan, 1995). Die Netzwerke weisen mehr Abhängigkeiten auf und werden im Verlauf der Krankheit kleiner (Hammer et al., 1987). Mit der Zunahme der Netzwerkgrösse und der damit verbundenen verbesserten sozialen Unterstützung nimmt die Wahrscheinlichkeit eines stationären Aufenthalts ab (Becker, Thonicroft, Leese, McCrone, Johnson, Albert & Turner, 1997).

In einer Langzeitstudie über vier Jahre (Warnke, Nordt, Ajdacic-Gross, Haug, Salize, & Rössler, 2010) wurden klinische und soziale Risikofaktoren für eine Wiederaufnahme in die stationäre Psychiatrie bei einer Patientengruppe mit Schizophrenie erforscht. Die wichtigsten Risikofaktoren für eine Rehospitalisation waren geringe Bildung und schlechte Medikamentencompliance. Bei Patienten und Patientinnen mit einem grossen sozialen Netzwerk sank das Wiederaufnahmerisiko nicht unmittelbar nach der ersten Hospitalisation, aber nach einem längeren Zeitraum. Warnke et al. (2010) folgern, dass die Nutzung von sozialen Kontakten unmittelbar nach der Entlassung aus einem stationären Aufenthalt schwierig ist und daher eine besonders kritische Zeit darstellt. In einer Studie weisen Thonicroft und Breakey (1991) nach, dass Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung, die alleine leben, früher einen Rückfall erleiden als solche, die nicht allein leben.

Dickinson et al. (2002) verglichen zwei Gruppen von Patienten und Patientinnen mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen bezüglich der Grösse und der Zusammensetzung der sozialen Netzwerke. Die Studiengruppe wurde bis kurz vor der Befragung stationär in einer psychiatrischen Klinik behandelt, die Vergleichsgruppe wurde ambulant behandelt und hatte im Verlauf ihrer Krankheit noch nie eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen. Die Patienten und Patientinnen der Studiengruppe hatten zum Zeitpunkt kurz nach der Entlassung aus der Klinik ein signifikant kleineres Netzwerk als die Vergleichsgruppe. In ihrem Netzwerk fanden sich signifikant mehr Mitpatienten und -patientinnen und signifikant weniger Verwandte und Bekannte. Die Grösse der Netzwerke der beiden Gruppen korrelierte negativ mit dem Schweregrad der Krankheit: Das heisst, je schwerer die Krankheit, desto kleiner ist das soziale Netzwerk. Bezüglich der Anzahl belastender Beziehungen unterschieden sich die beiden Gruppen nicht. Auch gab es keine Hinweise darauf, dass die eine der beiden Gruppen soziale Kontakte mehr vermisste als die andere.

Aufgrund der Relevanz sozialer Netzwerke in Bezug auf die Entwicklung von psychischen Störungen erachten es Becker, Leese, McCrone, Clarkson, Szmukler und Thornicroft (1998) als notwendig, die Behandlung dieser Patienten dahingehend zu prüfen, ob diese zu einer Verbesserung von sozialen Kontakten respektive sozialer Netzwerke führten. Vor diesem Hintergrund gingen die Autoren in ihrer Studie der Frage nach, wie sich eine intensive Betreuung durch Spezialisten – mit Fokus auf das soziale Netzwerk – im Vergleich zu der üblichen Betreuung auf die Grösse der sozialen Netzwerk unmittelbar nach Beendigung der stationären Behandlung (Messzeitpunkt 1) und zwei Jahre später (Messzeitpunkt 2) von Menschen mit ernsthafter psychischer Erkrankung auswirkt. Sie stellten fest, dass eine intensivere Betreuung zu grösseren sozialen Netzwerken führte, weisen jedoch darauf hin, dass die Netzwerkgrösse alleine noch nichts über deren Funktionalität aussagt. „Undifferentiated numerical network enhancement cannot be regarded a reasonable target for community mental health services as all interventions should be tailored to people`s needs“ (ebd., S. 404). Geschlecht und Zivilstand erwiesen sich in dieser Studie als signifikante Kovariaten: Die Zunahme der Grösse der sozialen Netzwerke von Frauen und Verheirateten oder in Partnerschaft Lebenden war signifikant stärker als die von alleinstehenden männlichen Patienten.

Vor dem Hintergrund dieser Forschungsergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass psychosoziale Lebensbedingungen eine gewichtige Bedeutung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen haben. Es sind auf das Erleben und Verhalten wirkende Bedingungen im Rahmen von zwischenmenschlichen Beziehungen.

Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel zunächst auf die Bedeutung von sozialen Beziehungen für die Befriedigung von Grundbedürfnissen und für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen eingegangen, bevor in einem weiteren Kapitel soziale Netzwerke als Kontext für diese zwischenmenschliche Beziehungen und deren Bedeutung im Zusammenhang mit psychischen Störungen erläutert werden.

### 3. Der Mensch – ein soziales Wesen

*A man's Social Self* is the recognition which he gets from his mates. We are not only gregarious animals, liking to be in sight of our fellows, but we have an innate propensity to get ourselves noticed...by our kind, no more fiendish punishment could be devised...than that one should be turned loose in society and remain absolutely unnoticed by all the members of thereof.

(William James, 1890, S. 293)

Der Mensch ist ein soziales Wesen! Diese Aussage und die Bedeutung anderer Menschen für die Entwicklung und das Wohlbefinden von Individuen sind unumstritten. So hat beispielsweise René Spitz (1945, S. 53-74) Säuglinge in einem Waisenhaus beobachtet und als einer der ersten herausgefunden, dass bei diesen – obwohl sie ernährt und sauber gehalten wurden – häufiger körperliche und emotionale Störungen auftraten als bei Kindern, die von konstanten Beziehungspersonen versorgt wurden. Die Ursache der Symptome sah er im Umstand, dass es den Kindern im Waisenhaus an Stimulierung fehlte und es ihnen an menschlichem Interaktionsmöglichkeiten und emotionaler Zuwendung mangelte. Spitz fasste die Symptome unter dem Begriff Hospitalismussyndrom zusammen. Dass ein Hospitalismussyndrom lebenslang besteht und zu schweren Verhaltensstörungen führen muss, ist heute umstritten: In einer für die Entwicklung förderlichen Umgebung kann ein Kleinkind Versäumtes und Entbehrtes durchaus nachholen. Bei einem Mangel über die Kleinkinderzeit hinaus wird die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine bleibende schwere Störung entwickelt, allerdings immer grösser (Schlegel, 2011, S. 209).

Hüther (2009, S. 58-59, 91-92) fasst zusammen, dass die im Laufe des Lebens erworbenen Fertigkeiten und das damit einhergehende Gefühl von Kontrolle, Orientierung und Selbstwirksamkeit dazu führen, dass angesichts von Belastungen oder Bedrohungen die Stressreaktion in günstiger Masse abläuft: Sie ist gerade so hoch, dass jemand in dem Ausmass alarmiert ist, dass er die notwendigen Schritte für den Umgang mit der Situation tun kann. Bereits das Gefühl, nicht alleine zu sein, kann die Stressreaktion unterbrechen. Der Stresshormonspiegel von Äffchen, die sich von einem knurrenden Hund bedroht fühlten, schnellte sofort in die Höhe. Sobald die Äffchen mit einem ihnen bekannten deren Äffchen zusammen waren, zeigten beide keine hormonelle Stressreaktion. Erwachsenen reicht das Wissen um die Existenz anderer Menschen, die an einen denken und die einen wenn nötig unterstützen würden, bereits aus, damit die Stressreaktion angesichts von Belastungen nicht eskaliert. Hüther führt dieses Phänomen auf frühe Beziehungserfahrungen zwischen Kind und Bezugsperson zurück, wenn erfahren werden konnte, dass „die Angst ver-

schwand, wenn jemand in unserer Nähe war, der uns mit seiner Wärme Sicherheit und Schutz bot, der uns liebte“ (ebd., S. 92). Dieser Arbeit zugrunde liegt die Annahme, dass soziale Netzwerke bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen eine massgebende Rolle spielen (vgl. Kap. 2), weil sie sowohl Quellen von sozialer Unterstützung als auch Rahmen für soziale Beziehungen sind (vgl. Kap. 4). Weiter wird angenommen, dass die Befriedigung von psychischen Grundbedürfnissen (neben anderen Faktoren) *ein* wichtiger Faktor für psychische Gesundheit und Wohlbefinden sind. In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche psychischen Grundbedürfnisse erfüllt sein müssen, und wie sich die jeweils aktivierten Grundbedürfnisse im menschlichen Verhalten auswirken respektive wie eine chronisch fehlende Befriedigung der Grundbedürfnisse die Entstehung beeinflusst. Der Begriff *Gesundheit* wird dabei gemäss der Definition der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation als „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur [als] das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946) verstanden.

Es folgt zunächst eine Definition des für dieses Kapitel relevanten Begriffs und Konzepts von Bedürfnis, bevor die Thematik aus der Perspektive verschiedener Autoren beleuchtet wird.

### **3.1 Grundbedürfnisse**

Welche Grundbedürfnisse müssen erfüllt sein, dass sich ein Mensch wohl fühlt und sich gesund entwickeln kann? Zum einen gibt es physiologische Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen und eine bestimmte Körpertemperatur, die dem Menschen gleich wie anderen Lebewesen das Überleben sichern. Über die körperlichen Bedürfnisse hinaus sind allerdings noch weitere – psychologische – Grundbedürfnisse relevant, wenn es um die Frage des Wohlbefindens und der Entwicklung geht.

Für einen Beruf, dessen zentraler Gegenstand menschliches Unglück ist, ist [die Frage nach den psychologischen Grundbedürfnissen] ... eine zentrale Frage der Profession. Es gibt viele Hinweise darauf, dass eine schwere und dauerhafte Verletzung von Grundbedürfnissen letztlich die wichtigste Ursache für die Entwicklung psychischer Störungen ist und auch für deren Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle spielt.

(Grawe, 2004, S. 184)

#### **3.1.1 Begriffsklärung**

*Bedürfnis* wird erstens als Zustand des Mangels verstanden. Zweitens wird damit ein Gefühl bezeichnet, das Lebewesen erleben, wenn ihnen gewisse Dinge, die für die Erhaltung

und Entwicklung notwendig sind, fehlen. Drittens bedeutet *Bedürfnis* das Verlangen, diesen Mangel zu beseitigen – das Bedürfnis zu befriedigen. Was jemand wahrnimmt und wie jemand sich verhält wird daher immer auch vom aktivierten Bedürfnis bestimmt (Bergius, 2004, S. 109-110; Zarbock, 2008, S. 46). Synonym zu *Bedürfnis* werden auch die Begriffe Motiv und Trieb verwendet: Die Abgrenzung ist unscharf und die Begriffe werden beispielsweise von Maslow (1971) gleichbedeutend verwendet. Je nach dem werden Bedürfnisse unterschiedlich klassifiziert: Gstalter (2000, S. 186-188) nimmt eine grobe Unterscheidung in körperliche (z.B. Hunger), soziale (z.B. Bedürfnis nach Gesellschaft) und kognitive Bedürfnisse (z.B. Wissbegierde) vor.

### 3.1.2 Bedürfniskonzept nach Maslow

Abraham Maslow (1943, S. 372-394) legte ein Modell zur Beschreibung von Motivationen vor, das bis heute unter dem Begriff *Maslow'sche Bedürfnispyramide* (Abb. 2) bekannt ist und das er im Laufe der Zeit immer wieder leicht verändert hat. Maslow macht eine hierarchische Unterscheidung von Bedürfnissen, wobei von unten nach oben physiologische Bedürfnisse (Nahrung, Sauerstoff, Schlaf), Sicherheitsbedürfnisse (Beständigkeit, Einsicht in Zusammenhänge, Schutz, Unversehrtheit), soziale Bedürfnisse (Zugehörigkeit, Akzeptanz, Wertschätzung), Ich-Bedürfnisse (Erfolg, Unabhängigkeit, Kompetenz, Stärkung des Selbstwertgefühls) und das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung (individuelle potentielle Fähigkeiten entfalten können) unterschieden werden.

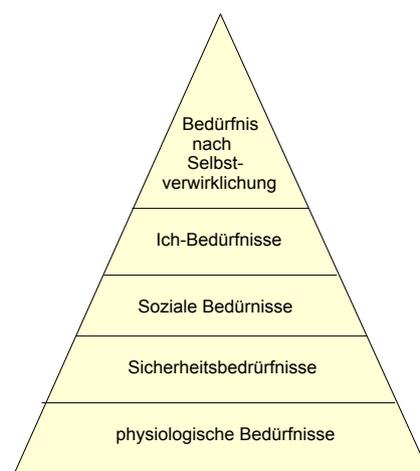


Abb. 2: Bedürfnis-Pyramide nach Maslow (Häcker & Stapf, 2004, S. 110)

Kurz vor seinem Tod 1970 erweiterte Maslow (1971, S. 259-270) die Bedürfnispyramide um eine weitere Ebene: die der Transzendenz (Suche nach einer das individuelle Selbst überschreitenden Dimension).

Die Bedürfnisse sind hierarchisch angeordnet, weil Maslow davon ausging, dass Bedürfnisse einer höheren Ebene erst dann entstehen, wenn die Bedürfnisse der darunterliegenden Ebenen mindestens zum Teil befriedigt worden sind. Die Bedürfnisse der ersten drei (und teilweise der vierten) Ebenen bezeichnet Maslow als Defizitmotive, welche grundsätzlich stillbar sind, während die Motive der letzten Ebenen (und zum Teil der vierten Ebene) – er nennt sie Wachstumsmotive – unstillbar sind (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 420-421; Häcker & Stapf, 2004, S.110).

### **3.2 Die Befriedigung von Grundbedürfnissen und die Entwicklung von psychischen Störungen**

Ausgehend von biologischen Grundbedürfnissen, die der Mensch mit anderen Lebewesen teilt und die wichtig für Entwicklung und Wohlbefinden sind, beschäftigte sich Klaus Grawe (2004, S. 183-363), mit der Frage, ob der Mensch jenseits dieser biologischen Bedürfnisse allgemeine spezifische „psychische Grundbedürfnisse“ (ebd., S. 183) habe, deren Befriedigung für psychisches Wohlbefinden notwendig seien.

Aus der Suche nach diesen verallgemeinerbaren Bedürfnissen resultierten (Grawe, 1998; 2004) vier Grundbedürfnisse, wobei sich Grawe auf Erkenntnisse aus der Motivationsforschung (McDougall, 1932; Murray, 1938, Maslow, 1967) und vor allem auf Epsteins Cognitive-Experiment Self-Theory (1990; 1993) stützte:

- (1) Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
- (2) Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
- (3) Das Bedürfnis nach Bindung
- (4) Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz

In diesem Zusammenhang formulierte Grawe eine eigene Theorie über die Entstehung von psychischen Störungen aufgrund der Erkenntnis, dass es psychische Grundbedürfnisse gibt, „die bei allen Menschen vorhanden sind und deren Verletzung oder dauerhafte Nichtbefriedigung zu Schädigungen der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens führen“ (Grawe, 2004, S. 185). Gelingt es, diese Grundbedürfnisse ausreichend zu befriedi-

gen, so nennt dies Grawe im Rahmen seiner (Konsistenz)Theorie *Konsistenz* – im Gegensatz zu Inkonsistenz, eine mit starken negativen Emotionen einhergehende Spannung, welche er als Nährboden für psychische Störungen bezeichnet.

### **3.2.1 Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung**

Bei dem *Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung* geht es darum, angenehme Zustände anzustreben und unangenehme zu vermeiden oder zumindest gesamthaft eine positive Lust/Unlust-Bilanz zu erreichen. Situationen oder Zustände, die eine positive Emotion hervorrufen und dementsprechend positiv bewertet werden, aktivieren das Bedürfnis nach Lustgewinn und führen zu einem Annäherungsverhalten bzw. zu Annäherungszielen, während Situationen oder Zustände, die mit negativen Emotionen und negativen Bewertungen einhergehen, das Bedürfnis nach Unlustvermeidung und Vermeidungsverhalten bzw. Vermeidungsziele aktivieren.

In einer Studie wiesen Grosse Holtforth und Grawe (2002) nach, dass Psychotherapiepatienten und -patientinnen im Vergleich zu einer Normalstichprobe signifikant höhere Werte im Zusammenhang mit Vermeidungsverhalten aufwiesen. Weiter korreliert Vermeidungsdominanz hoch signifikant mit Depressivität, Symptombelastungen und sozialer Unsicherheit.

### **3.2.2 Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle**

Mit dem *Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle* verbunden ist der Wunsch, die Welt, sich selbst und andere zu verstehen, Zusammenhänge zu erkennen und somit Vorhersagen machen zu können, so dass verbunden mit einem gewissen Mass an Orientierung und Kontrolle ein Gefühl der Sicherheit entsteht. Speziell das Bedürfnis nach Kontrolle geht mit der subjektiven Überzeugung einher, viele Handlungsmöglichkeiten zu besitzen und sowohl eigenen wie fremden Anforderungen gerecht zu werden.

Die Gefährdung von Orientierung und Kontrolle beispielsweise in einer unbekanntem Situation geht mit einem starken Anstieg von Inkongruenz- bzw. Stresserleben einher. Nach erfolgreicher Bewältigung der Situation nehmen das Stressgefühl und die damit verbundenen Reaktionen ab. Das Erlebnis, eine unangenehme Situation erfolgreich bewältigt zu haben, führt dazu, dass künftige, ähnliche Situationen als Herausforderung bewertet werden und das dafür nötige Bewältigungsverhalten mit jedem Mal besser entwickelt wird (Hüther, 2009. S. 28-31); sogar bis dahin, dass die ehemals stressreiche Situation als durchaus gewöhnlich bewertet wird. Gelingt die Wiederherstellung von Orientierung und

Kontrolle nicht und hält das Inkongruenz- beziehungsweise Stresserleben an, kommt es zu einer allgemeinen Destabilisierung des psychischen Geschehens, was ein zielorientiertes Bewältigungsverhalten verunmöglicht. Laut Grawe (2004, S. 249) scheinen wiederkehrende und langanhaltende Orientierungs- und Kontrollverlusterlebnisse bei der Genese und dem Fortbestand einer Reihe von psychischen Störungen eine wichtige Rolle zu spielen: bei Angststörungen (ebd., S. 247), der posttraumatischen Belastungsstörung (ebd., S. 248) oder bei depressiven Störungen (ebd., S. 249). Symptome wie die übermäßige Kontrolle bei Angststörungen, das zwanghafte Grübeln bei der generalisierten Angststörung oder Kontrollzwänge bei Zwangsstörungen beschreibt Grawe als einen (allerdings dysfunktionalen) Versuch, die Kontrolle über etwas zu erlangen, das ausser Kontrolle geraten ist. Bei der depressiven Störung wird das Bemühen um Kontrolle sogar gänzlich aufgegeben und eine generalisierte Schutz- und Abwehrhaltung eingenommen: Betroffene lassen nicht einmal mehr das Erleben von Gefühlen zu.

### **3.2.3 Bedürfnis nach Bindung**

Unter dem *Bedürfnis nach Bindung* versteht Grawe den Wunsch nach einer vertrauensvollen, verfügbaren und feinfühligem Bezugsperson. Dieser Wunsch nach Verbundensein mit anderen Menschen und der Erfahrung von vertrauensvollen, feinfühligem und verfügbaren Bezugspersonen beschränkt sich laut Grawe nicht auf die Kindheit sondern besteht auch im Erwachsenenleben weiter. Im Speziellen dann, wenn z.B. die Selbstregulation in krisenhaften Situationen nicht mehr möglich ist oder wenn es z.B. hinsichtlich krisenhaft erlebten Entwicklungsaufgaben darum geht, über feinfühligem und erreichbare Erwachsenenbeziehungen Unterstützung und das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle zu erfahren.

An dieser Stelle soll der Unterschied von *Beziehung* und *Bindung* und die Relevanz dieser Unterscheidung für die vorliegende Arbeit betont und erläutert werden: Das für die Arbeit relevante Verständnis von Beziehung bezieht sich auf die Definition von Sozialer Beziehung (Auhagen, 2002, S. 57-58). *Soziale Beziehungen* oder *zwischenmenschliche Beziehungen* existieren in unterschiedlichen Kontexten und Strukturen: in sozialen Netzwerken, innerhalb von Gruppen oder zwischen zwei Personen. Basis jeder sozialen Beziehung ist der direkte (innerhalb einer Interaktion) oder indirekte (aneinander denken, übereinander sprechen) Kontakt und die Kommunikation. „Eine zwischenmenschliche Beziehung wird ... explizit als die Gesamtheit der Interdependenzen des Erlebens und Verhaltens beider beteiligter Menschen“ (ebd., S. 58) verstanden. Soziale Beziehungen - im Rahmen von sozialen

Netzwerken - stellen ihrerseits ein Rahmen dar, in dem psychische Grundbedürfnisse befriedigt werden können und soziale Unterstützung erfahren werden kann (vgl. Kap. 4). Im Unterschied zum Begriff Beziehung geht es im Zusammenhang mit dem Begriff Bindung (vgl. Exkurs 3.2.3.1) um frühe Beziehungserfahrungen mit dem Resultat von inneren Arbeitsmodellen, die unter anderem Erwartungen an Beziehungen und zwischenmenschliche Verhaltensmuster (Bindungsstile) mitprägen. Sie sind daher mit ausschlaggebend für die Art und Weise, wie und ob Beziehungen und damit zusammenhängend soziale Netzwerke aufgebaut und gepflegt werden (können). Bindung und Bindungsstil sind in diesem Sinne relevant für soziale Beziehungen und soziale Netzwerke als Schutzfaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen.

### **3.2.3.1 Exkurs zu Begriff und Konstrukt der Bindung**

*Bindung* als Begriff und psychologisches Konstrukt hat ihren Ursprung in der Tradition der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. List (2009, S. 171) bezeichnet Imre Hermann (1889-1984) als einen der ersten Bindungstheoretiker. Weitere wichtige bindungstheoretische Arbeiten und Theorien stammen unter anderem von Michael Balint (1896-1970) oder Margaret Mahler (1920-1985) und später von John Bowlby (1907-1990), dessen Theorie heute im Zusammenhang mit Bindung primär verwendet und folgend erläutert wird. Aus empirischen Untersuchungen aus den Anfängen der Bindungsforschung stammen Erkenntnisse über die Bedeutung früher Eltern-Kindbeziehungen und der konstanten Bezugsperson für die kindliche Entwicklung sowie die grundlegende Bedeutung der jeweils eigenen Bindungserfahrung der Bezugsperson auf das Bindungsverhalten und die Entwicklung des Bindungsstils der Kinder.

In Bowlbys Theorie stellt Bindung im Sinne einer engen, emotionalen Beziehung ein universelles, primäres Bedürfnis dar. Auf der phänomenologischen Ebene versteht er Bindung als eine spezifische soziale Beziehung, welche sich zunächst zwischen dem Säugling und der primären Bezugsperson entwickelt. Auf der motivationalen Ebene ist Bindung das Resultat von verschiedenen Verhaltensmustern und Emotionen, dem sogenannten Bindungsstil, mit dem Ziel, sich in bedrohlichen innerlichen (z.B. Unwohlsein) und äusseren Situationen (z.B. fremde Person) die Nähe und den Schutz der Bezugsperson zu sichern. (Strauss, 2008, S. 101-105; Hiller, Leibing, Leichsenring & Sulz, 2007, S. 203).

Es war Mary Ainsworth, eine Schülerin Bowlby's, die Ende der 1960er Jahren als erste ein standardisiertes Beobachtungsverfahren entwickelte (SSC – Strange Situation Classification), um das Bindungsverhalten von Kindern in experimentell hergestellten Belastungssitu-

ationen – der Trennung von der Bindungsperson (Mutter) – zu untersuchen. Aufgrund dieser Ergebnisse (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) und Ergebnissen von anderen Arbeitsgruppen (Strauss & Schmidt, 1997, S. 9) mit diesem Beobachtungsverfahren, lassen sich vier immer wieder vorkommende Bindungsmuster beobachten (Hiller et al., 2007, S. 204; Brisch, 2009, S. 51-52).

#### 1. Sicherer Bindungsstil:

Die Kinder zeigen deutliches Bindungsverhalten nach der Trennung (sie weinen, folgen der Mutter nach, suchen die Mutter). Bei der Wiedervereinigung ist kein Vermeidungsverhalten sichtbar, die Kinder suchen Trost und Nähe der Mutter. Sie lassen sich rasch beruhigen und kehren nach kurzer Zeit zu ihrem Spiel zurück.

#### 2. Vermeidender Bindungsstil:

Die Kinder zeigen nach der Trennung kein Bindungsverhalten und ignorieren die Mutter, wenn sie nach der Trennung wieder den Raum betritt. Äusserlich ist weder eine Reaktion auf die Trennung von der Mutter zu beobachten noch suchen diese Kinder nach der Trennung Kontakt zur Mutter. Obwohl keine Not im Verhalten der Kinder beobachtbar ist, ist die Belastung auf biologischer Ebene deutlich sichtbar: Spangler und Grossmann (1993, S. 1439-1450) stellten fest, dass die Herzfrequenz dieser Kinder bei der Trennung von der Mutter ein ähnliches Erregungsmuster wie das der sicher gebundenen Kinder aufwies, was auf eine grosse innere Belastung hinweist. Der Cortisolspiegel war wie derjenige der Kinder mit desorganisiertem Bindungsverhalten deutlich erhöht: Spangler und Grossmann interpretieren diese Befunde dahingehend, dass die Kinder beider Gruppen keine oder mangelhafte Strategien im Umgang mit Belastungen besitzen.

#### 3. Ängstlich-ambivalenter Bindungsstil:

Diese Kinder zeigen heftigstes Bindungsverhalten nach der Trennung (starkes Weinen) und können nach der Rückkehr der Mutter kaum beruhigt werden. Im Kontakt mit der Mutter zeigen sie deutlich ambivalentes Verhalten: Sie suchen den Kontakt und strampeln sich im nächsten Moment von der Mutter los.

#### 4. Desorganisierter Bindungsstil:

Das Bindungsverhalten ist aktiviert, zeichnet sich aber aus durch Hin- und Herpendeln zwischen Suche nach Nähe und Furcht vor Nähe zur Mutter. Die Kinder wirken verwirrt und ziellos in ihrem Verhalten. Zum Teil erstarren sie mitten im Bewegungsablauf oder zeigen stereotype Bewegungsmuster.

Nach Bowlby (1973/1976, S. 246) neigen Individuen, die aufgrund ihrer Erfahrung vertrauen, dass eine feinfühlig Bindungsperson in ihrer Nähe und verfügbar ist, weniger zu starken oder chronischen Ängsten. Wie immer sich dieses Vertrauen in der Kindheit entwickelt – es bleibt für den Rest des Lebens prägend für die Erwartung, die eine Person an die Zugänglichkeit und Reaktionsweise von Bindungsfiguren stellt: Die vor dem Hintergrund früher Bindungserfahrungen entwickelten inneren Arbeitsmodelle „schlagen sich im impliziten Gedächtnis in Form von Wahrnehmungs-, Verhaltens-, emotionale Reaktionsbereitschaft und motivationalen Bereitschaften nieder“ (Grawe, 2004, S. 193) und kommen auch in neuen Beziehungen (Partnerschaft, eigene Kinder) zum Tragen.

Der Begriff respektive das Konstrukt Bindung wurde nach und nach von diversen Therapierichtungen und anderen Teilgebieten der Psychologie entdeckt und mit den jeweils spezifischen Theorien verbunden oder ergänzt. Heute ist laut Grawe (2004, S. 192) das Bedürfnis nach Bindung eines der empirisch am besten belegten Grundbedürfnisse. Er ist der Ansicht, dass es bei der Entstehung von psychischen Störungen eine zentrale Rolle spielt.

In der transaktionsanalytischen Tradition wird von *skriptgebundenen Verhaltens-, Fühl- und Denkweisen* gesprochen. Es sind Verhaltens-, Fühl- und Denkmuster, die in der frühen Kindheit für die Sicherstellung der Befriedigung der Grundbedürfnisse – da (über)lebensnotwendig – entwickelt worden sind. Die damals funktionalen Muster werden in belastenden Situationen auch im Erwachsenenalter abgerufen; sogar dann, wenn sie im Unterschied zu früher dysfunktional sind und nicht zu einer Lösung der aktuellen Belastungssituation führen. In der Therapie geht es darum, sich der hinter den skriptgebundenen Verhalten verborgenen existenziellen Bedürfnisse bewusst zu werden: Zunächst gilt es, die Verhaltens-, Fühl- und Denkweisen, die dort und damals beispielsweise zur Aufrechterhaltung der lebensnotwendigen Beziehung nötig waren, zu identifizieren, um in einem weiteren Schritt situationsangepasste Muster im Hier und Jetzt zu entwickeln (Stewart & Joines, 1990/2000, S. 26, S. 382-385). In diesem Zusammenhang sind korrigierende, neue Erfah-

rungen in der Therapeuten-Klienten-Beziehung aber auch in Gruppentherapien äusserst hilfreich (Yalom, 2010, S. 43).

Mit der Entwicklung der Bindungstheorie wollte Bowlby ursprünglich ein Erklärungsmodell für die Ursachen psychischer Störungen von Kindern und Erwachsenen entwickeln (Strauss, 2008, S. 102). Obwohl der Zusammenhang von Bindungsstil und bestimmten psychischen Störungs- und Symptombildern inzwischen vielfach untersucht worden ist (Überblick der Studien in Strauss & Schmidt, 1997, S. 9) und zum Teil nachgewiesen werden konnte, ist die Zuordnung eines bestimmten Bindungsstils zu einer bestimmten Psychopathologie bis heute umstritten und wird beispielsweise von Brisch auch als unwahrscheinlich taxiert. Trotzdem kann nach Brisch (2009, S. 94-95) „eine sichere/unsichere Bindung als Schutz- bzw. Risikofaktor für die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen betrachtet werden: Eine sichere Bindung erhöht vermutlich die psychische Vulnerabilitätsschwelle für Belastungen, eine unsichere setzt diese herab“ (ebd., S. 95). Der Zusammenhang von unsicherem Bindungsmuster und psychischer Störung scheint für Grawe (2004, S. 210-216) sehr wahrscheinlich. Er erachtet einen unsicheren Bindungsstil als „grössten Risikofaktor für die Ausbildung einer psychischen Störung, den wir bis heute kennen“ (ebd., S. 116).

Eine Studie zu den wichtigsten Therapiezielen von Psychotherapiepatienten und -patientinnen (Grosse Holtforth, 2001) zeigte auf, dass 75% der Behandlungsanliegen im interpersonellen Bereich liegen – gefolgt von Problembewältigung/Symptomreduktion mit 59%. Nach Grawe führen „früh erworbene unsichere Bindungsmuster offenbar später im Leben zu Schwierigkeiten in den zwischenmenschlichen Beziehungen“, mit denen die Betroffenen selbst nicht fertig werden (ebd., S. 219). Grawe bezieht sich bei dieser Aussage auf Studien unter anderem von Schauenburg und Strauss (2002, S. 258ff.), deren Resultat dahingehend lautet, dass nur gerade bei 10% der untersuchten 528 Patienten und Patientinnen (im stationären Setting) eine sicheres Bindungsmuster vorlag, und eine Arbeit von Strauss und Schmidt (1997, S. 1-16), die eine Übersicht über Forschungsergebnisse von spezifischen Bindungsmustern in der psychiatrischen Population vorlegten und zum Schluss kamen, dass „eine unsichere Bindung die Vulnerabilität für die Entwicklung von psychopathologischen Störungen ... erhöht“ (ebd., S. 9). Weil unsichere Bindung als Risikofaktor auch nach Ausbildung einer psychischen Störung fortwirkt und sich vor allem in den bestehenden inter-

personellen Beziehungen manifestiert, schreibt Grawe diesem Aspekt grosse Bedeutung in der Behandlung zu (ebd., S. 217-219).

### **3.2.4 Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz**

Unter *Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz* wird ein Bedürfnis nach positiven Informationen über einen selbst verstanden: das Bedürfnis, als Person im ganzen Sein und mit allen Fähigkeiten anerkannt, geschätzt, geachtet und geschützt zu werden. Es ist das Bedürfnis nach einem positiven Selbstbild, das sich in der Interaktion mit anderen Menschen entwickelt (Grawe, 2004, S. 192-300; Parfy, Schuch & Lenz, 2003, S. 38). „Das Selbstbild ... ist zu einem wesentlichen Teil das Ergebnis sprachlicher Kommunikation und selbstreflexiver Prozesse“ (Grawe, 2004, S. 251).

Laut Grawe haben die meisten Menschen eine empirisch nachgewiesene Neigung zur übermässigen Selbstwerterhöhung und befriedigen dieses Bedürfnis, wann immer sie eine Gelegenheit dazu haben. Grawe (ebd., S. 268) beschreibt in diesem Zusammenhang einen positiven Rückkopplungsprozess ähnlich dem Prinzip der sich selbst erfüllenden Prophezeiung, die diese Menschen „in einen besseren Zustand“ bringen, in dem sie „besser funktionieren“, was dazu beiträgt, dass das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung besser befriedigt wird usw. Diese Tendenz zur Selbstwerterhöhung kann beispielsweise bei Menschen mit einer depressiven Störung nicht festgestellt werden. Im Gegenteil: Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind häufige Symptome einer depressiven Störung (WHO, 2008, S. 149). Obwohl die Verletzung des Selbstwerts nicht als Ursache für die Entwicklung einer psychischen Störung angesehen werden kann, führt sie doch zu einer *Inkonsistenzspannung*, die im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren als eine mitauslösende und mitaufrechterhaltende Bedingung betrachtet werden kann (Grawe, 2004, S. 360). Unter Inkonsistenzspannung versteht Grawe zum einen die Spannung, die entsteht, wenn ein Konflikt zwischen mehreren gleichzeitig aktivierten Grundbedürfnissen entsteht (z.B. in einer von Abwertung/Gewalt geprägter Beziehung: Bedürfnis nach Bindung und Bedürfnis nach Selbstwertschutz) oder die motivationalen Ziele – Bedürfnisbefriedigung – nicht oder nicht adäquat erreicht werden können.

In der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie wird davon ausgegangen, dass Grundbedürfnisse bei der Entwicklung von Vulnerabilitäten für psychische Störungen zentral sind. Die Befriedigung respektive Frustration von Grundbedürfnissen sind mit ausschlag-

gebende Faktoren wenn es darum geht, ob jemand trotz internen oder externen Belastungen psychisch gesund bleibt oder aus Mangel an Ressourcen und aufgrund maladaptiven Bewältigungsstrategien psychische Störungen entwickelt bzw. aufrechterhält (Zarbock, 2008, S. 42).

So wie es zu körperlichen Schädigungen bis hin zum Tod kommt, wenn die biologischen Grundbedürfnisse wie Schlaf, Hunger und Durst nicht ausreichend befriedigt werden, kommt es zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens bis hin zu psychischen Störungen, wenn die psychologischen Grundbedürfnisse über längere Zeit unbefriedigt bleiben. Bei der Befriedigung der Grundbedürfnisse nennt Zarbock zwei Frustrationsquellen. Die eine kommt in der Form von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im Laufe der Lebensspanne daher, die durchaus krisenhaft erlebt werden können, aber zu einer Anpassung an veränderte Lebenssituationen und damit verbunden veränderte Verhaltens- und Erlebensmuster führen. Diese Frustration in Form von Unlustgefühlen, vorübergehendem Autonomie- und Kontrollverlust, dem Gefühl des Alleinseins oder in Frage gestelltem Selbstwert ist in der Regel vorübergehend. Die ansteigende Inkonsistenzspannung stellt ein Entwicklungsanreiz dar, aufgrund dessen es zu Veränderungsmotivation kommt (Zarbock, 2008, S. 52-56; Grawe, 2004, S. 319-325; Faltenmaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2002, S. 49-52). Die andere Frustrationsquelle ist eine lang andauernde und trägt maßgeblich dazu bei, dass psychische Störungen entwickelt und aufrechterhalten werden (vgl. Abb. 3, S. 21): Wenn altersspezifische Entwicklungsaufgaben aufgrund von psychosozialen Belastungen, Entwicklungstraumen, Risikofaktoren (z.B. niedriger soziökonomischer Status, häufig wechselnde frühe Beziehungen, Beziehungspathologie in der Familie, vgl. Zarbock, 2008, S. 53) oder aufgrund mangelnder Ressourcen nicht bewältigt werden können und es zu einer Überforderung kommt, bleibt eine langanhaltende Inkonsistenzspannung und Grundbedürfnisfrustration bestehen, wobei auch das übergeordnete Bedürfnis nach Konsistenzleben nachhaltig gestört ist.

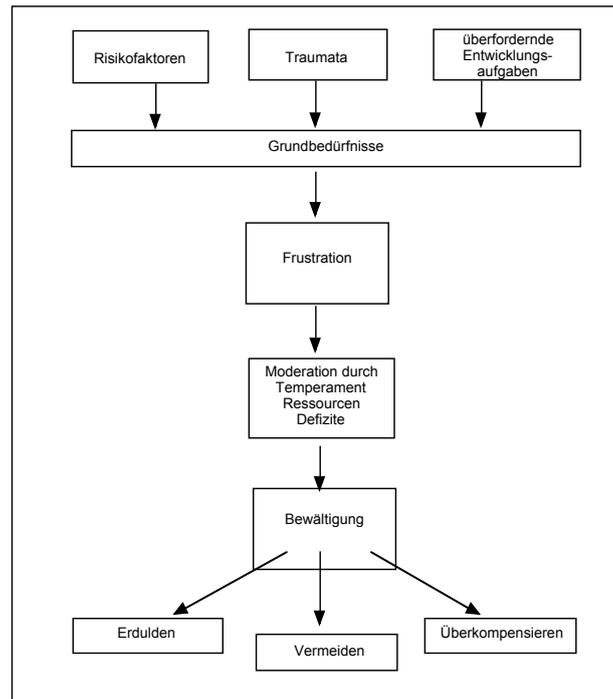


Abb. 3: Grundbedürfnisfrustration und Bewältigung (Zarbock, 2008, S. 61)

Ob es bei einer anhaltenden Inkonsistenzspannung und nachhaltigen Frustration eines oder mehrerer Grundbedürfnisse zu einer dysfunktionalen Bewältigung und der Entwicklung einer Störung kommt, ist allerdings auch von anderen – die Frustration moderierenden – Faktoren abhängig: Dem individuellen Temperament und individuellen Ressourcen wie dem Vorhandensein von Schutzfaktoren. Für die Beschreibung und Klassifizierung der Persönlichkeit und des Temperaments bezieht sich Zarbock auf die fünf Grunddimensionen der Persönlichkeit, den Big Five, wie sie von Costa & MacCrae (1986, S. 410) beschrieben worden sind: Extraversion/Introversion, Emotionale Labilität/Stabilität, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit für neue Erfahrungen. Als Schutzfaktoren gelten das Vorhandensein mindestens einer engen, stabilen und vertrauenswürdigen Bezugsperson, emotionale Kompetenz, physische Attraktivität, motorische Kraft und Geschicklichkeit sowie spezielle Begabungen (Garmenzy, 1985, Werner, 1993 beide zit. nach Zarbock, 2008, S. 58).

In Anlehnung an die Schematherapie von Young, Klosko und Weishaar (2005) und in der Verbindung mit den drei fundamentalen Reaktionsmöglichkeiten auf Bedrohung aus der Stressforschung – fight, flight, freeze (Marks, 1987) – nennt Zarbock (2008, S. 58; vgl. Abb. 3) drei dysfunktionale Bewältigungsstile im Zusammenhang mit emotionalen oder sozialen Belastungssituationen und der Frustration von Grundbedürfnissen: Erdulden

(freeze), Vermeiden (flight) und Überkompensieren (fight) Alle diese Bewältigungsstile können zu spezifischen Schwierigkeiten bis hin zu psychischen Störungen führen: Der Bewältigungsstil des Erduldens mit „Sich-Ausliefern an die Situation, ein passives Erdulden oder auch ein Sich-Einfügen, Aufopfern oder Unterwerfen ... [und den] Leitemotionen „Scham, Schuld und Trauer“ (ebd., S. 59) wird am Beispiel einer Patientin mit Depressionen und Suizidgedanken erläutert: Sie ist mit einem Alkoholiker verheiratet, der das Einkommen vertrinkt und sich nicht am Familienleben beteiligt. Obwohl die Patientin in einer psychosozial belastenden und ausweglosen Situation ist, kann sie diese weder verändern noch verlassen.

Beim Bewältigungsstil des Vermeidens werden passive Formen wie „Betäubung, Rückzug, Inaktivität und Hemmung ... von Ablenkung, Flucht, Ausweich- und Ersatzverhalten“ (ebd., S. 59) als aktive Formen unterschieden. Die mit diesem Bewältigungsstil verbundenen Emotionen wie Angst, Scham, Schuld und Ekel werden mit dem Vermeidungsverhalten umgangen. Dieser Bewältigungsstil wird am Beispiel einer Patientin illustriert, die im Zusammenhang mit Angst- und Schlafstörungen an einer Benzodiazepinabhängigkeit leidet. Sie lebt zurückgezogen mit zwei Katzen und pflegt ausser zum Hausarzt keine sozialen Beziehungen.

Der Bewältigungsstil der Überkompensation zeigt sich dadurch, dass unangenehme Gefühle oder Gedanken durch eine überzogene Gegenreaktion ins Gegenteil verkehrt werden. Die Leitemotion Wut in Kombination mit dem Bewältigungsmodus des Angriffs führt zu schnell auslösbarer Aggression, zur Überschreitung sozialer Normen und zu Täterverhalten. Zur Vermeidung von Scham, Angst (z.B. Versagensängste) und Trauer (z.B. über Bindungsmängel) werden perfekte und überkontrollierte Leistungen angestrebt. Dadurch, dass sich jemand als überlegen darstellt oder andere abwertet, um sich unangreifbar zu machen, werden Auslöser von negativen Gefühlen vermieden. Diese Überkompensation kann einerseits stolz und arrogant und andererseits verachtend wirken. Dieser Bewältigungsstil passt zu einem Patienten, der an Erschöpfungsdepression, Panikattacken und Todesängsten leidet. Er wurde als Kind fremdplaziert, abgewertet und emotional vernachlässigt und engagiert sich nun übermässig in verschiedenen Bereichen. Er leistet Überdurchschnittliches und sagt über sich, die harte Lebensschule hätte ihm geholfen, doch noch etwas aus sich zu machen.

Im Zusammenhang mit Fragen nach der Entstehung von psychischen Störungen wurde lange Zeit die sogenannte Nature-Nurture-Debatte geführt: Die Frage lautete, ob sich psy-

chische Störungen auf Veranlagung zurückführen lassen oder ob sie nicht vielmehr umweltbedingt sind. Heute geht man davon aus, dass Anlage- wie Umweltfaktoren etwas je zur Hälfte mitausschlaggebend für die Entwicklung einer psychischen Störung sind. So ist beispielsweise die genetische Basis (Genotyp) für eine Schizophrenie-Erkrankung unbestritten (Möller, Laux & Deister, 2005, S. 135). Allerdings sind bezüglich Auftreten und Ausprägung der Störung (Phänotyp) die Umwelteinflüsse erheblich mitbeteiligt. Auch Zarbock (ebd., S. 45) betont die Wechselwirkung von Anlage und Umwelt. Er bezieht sich auf das Transaktionsmodell von Petermann, Niebank und Kusch (1998, S. 45ff) und betont, dass nicht nur die Umwelt das Verhalten eines Individuums beeinflusst, sondern dass auch das Individuum mit seinem Verhalten die Umwelt verändert. Als Beispiel führt er einen ängstlichen Knaben mit einem dominanten, die Männlichkeit betonenden Vater an, der verärgert und ungeduldig auf die Ängstlichkeit des Knaben reagiert, ihn abweist, schnell bestraft und die Angstreaktionen des Knaben und seine Bewältigungsversuche aus Rückzug und Trotz verstärkt, wogegen ein geduldiger Vater mit einem verständnisvollen Verhalten den ängstlichen Knaben bei dem Erwerb von angemessenem Bewältigungsverhalten unterstützt. Beim ersteren Szenario wird die Angst durch eine negative, beim zweiten durch eine positive Transaktionsspirale verstärkt.

### **3.2.5 Bedürfnis nach sinnlicher Anregung, Zuwendung, Anerkennung und Zeitstrukturierung**

Eric Berne (1987, S. 12-22; Schlegel, 2011, S. 208-219), Psychiater und Begründer der Transaktionsanalyse, beschrieb drei Grundbedürfnisse, welche seiner Ansicht nach relevant für das psychische Wohlbefinden sind. Er betrachtet diese drei keinesfalls als abschliessend, meint aber, dass sie besonders wichtig sind. Es sind 1) das Bedürfnis nach sinnlicher Anregung, 2) das Bedürfnis nach mitmenschlicher Zuwendung und Anerkennung und 3) das Bedürfnis nach Zeitstrukturierung. Alle diese drei Bedürfnisse stehen in Verbindung mit sozialen Kontakten und werden mehr oder weniger befriedigt. Sie beinhalten im günstigsten Fall einen Gewinn oder einen Vorteil. Laut Berne sind dies (a) primär innere Vorteile – Reduktion von Spannungen aufgrund von inneren Bedürfnissen, Wünschen oder Sehnsüchten, (b) primär äussere Vorteile – Vermeidung von ängstigenden, unbehaglichen Situationen, (c) sekundäre Vorteile – Aufmerksamkeit und Zuwendung und (d) existentielle Vorteile – Aufrechterhaltung eines stabilen Selbst- und Weltbilds.

Unter sinnlicher Anregung werden körpernahe Sinnesreize wie Sehen, Hören, Tasten, Riechen und bewegungsorientierte Reize verstanden. Unter anderem leitet Berne diesen Umstand aus der Tatsache ab, dass beispielsweise Gefangene unter Isolationshaft nach wenigen Tagen zu Aussagen bereit seien (Schlegel, S. 208) und erste Halluzinationen entwickeln.

Ob die Existenz eines Mitmenschen wahrgenommen und ausgedrückt wird (z.B. indem man jemanden grüsst, anlächelt, ansieht) oder ob seine Eigenart oder sein Verhalten zur Kenntnis genommen wird – immer handelt es sich um Formen von Zuwendung und Anerkennung (Stewart & Joines, 1990/2000, S. 116). Im Gegensatz zu Säuglingen, die eine körpernahe Form von Zuwendung und Anerkennung benötigen (daher kommt auch der in der englischsprachigen transaktionsanalytischen Literatur verwendete Ausdruck *Stroke* – übersetzt: Zuwendung, Anerkennung), geben sich Erwachsene mit anderen Formen von Anerkennung zufrieden. Anstelle von ausschliesslich körperlich erfahrbarer Zuwendung treten mit zunehmendem Alter verbale und nonverbale Anerkennungsformen hinzu (ebd., S. 117), wobei auch noch zwischen positiver und negativer Anerkennung unterschieden wird. Positive Zuwendung wird selbstredend als angenehm, negative als unangenehm erlebt. Dennoch ist es nicht so, dass negative Zuwendung, beispielsweise in Form von Abwertung, von vornherein gemieden wird. Die zeigt einer der vielen ethisch fragwürdigen Tierversuche: Von zwei Gruppen mit Rattensäuglingen, beide in einfachen Käfigen gehalten, erhielten die einen jeden Tag „Zuwendung“ in Form von Elektroschocks. Trotzdem entwickelten sich diese Jungtiere besser als diejenigen aus der anderen Gruppe, die überhaupt keine Zuwendung erhielten (ebd., S. 118). Demnach ist jede Art von Zuwendung besser als gar keine. Der Austausch von Zuwendung und Anerkennung findet gemeinhin in zwischenmenschlichen Begegnungen statt. Wollams und Braun (1978) nennen dies „external stroking“ (ebd., S. 47-48) und führen ergänzend den Begriff „internal stroking“ ein: Sie sind der Ansicht, dass das Bedürfnis nach Zuwendung auch durch Musik oder eine tänzerische Bewegung erlebt werden kann. Für English (1971, S. 27-28) kann Zuwendung und Anerkennung auch mit Haustieren erlebt oder durch eine positive Erinnerung ins Bewusstsein geholt werden.

Zum Grundbedürfnis nach Zeitstrukturierung soll sich Eric Berne laut Schlegel (2011, S. 212) in den 70er Jahren wie folgt geäußert haben:

Die Zeit fliesse nicht dahin wie ein Fluss, an dessen Ufer wir stehen. Sie sei vielmehr mit einem Meer zu vergleichen, das wir zu überqueren hätten, vom Gestade des ersten Schreis als Neugeborene, bis zur jenseitigen Küste, wo die Totenbahre warte ... Da es nicht die Zeit sei, die vorüberfließe, sondern wir sie passieren, würden wir dazu sehen, dass dies organisiert und geplant vor sich gehe.

Vor diesem Hintergrund erachtet Berne (1987, S. 12-22; Schlegel, 2011, S. 212-218; Stewart & Joines, 1990/2000, S. 136-147, Stewart, 1987/1991, S. 204-215) neben dem Bedürfnis nach sinnlicher Anregung, Zuwendung und Anerkennung das Bedürfnis nach Zeitstrukturierung als drittes wichtiges Grundbedürfnis. In erster Linie ist damit das Bedürfnis, die Zeit auf eine bestimmte Art zu verbringen und zu gestalten, gemeint. Berne führt sechs verschiedene Möglichkeiten zur Zeitstrukturierung auf, die gleichzeitig soziale Kontaktmöglichkeiten beinhalten:

### **Rückzug:**

Unter Rückzug wird nicht der körperliche Rückzug sondern vielmehr ein seelisch-geistiger Rückzug verstanden. Ob aus Gründen der Reizüberflutung, der Vermeidung von Konflikten oder aus mangelndem Interesse – jemand ist zwar körperlich anwesend, in Gedanken und Gefühlen aber an einem ganz anderen Ort. Indem man sich auf keine Weise mit andern einlässt und völlig isoliert, besteht kein Risiko zurückgewiesen zu werden. Es kommt allerdings auch zu keinen sozialen Kontakten und zu keinem Austausch von Zuwendung und Anerkennung. Die einzige Zuwendung und Anerkennung stammt von einem selbst (vgl. weiter oben „internal stroking“). Dauert dieser Rückzug allerdings zu lange, kann als Folge ein Mangel an Bedürfnisbefriedigung entstehen.

### **Rituale:**

Unter Ritualen werden soziale Kontakte verstanden, deren Ablauf vorhersehbar ist und innerhalb einer bestimmten Kultur nach festgelegten, konventionellen Regeln ablaufen: Rituale für den alltäglichen Umgang (Begrüßungen), religiöse Rituale (Hochzeiten) usw. Solange man sich an die Normen hält, bringt ein Ritual ein positives Resultat. Wenn jemand beispielsweise zur Begrüßung die Hand ausstreckt, kann er in der mitteleuropäischen Kultur davon ausgehen, dass die Geste erwidert wird. In einer Gruppe von Menschen, die sich nicht kennen, kann ein Begrüßungsritual dazu dienen, die Zeit zu struktu-

rieren, gleichzeitig ist es eine Möglichkeit, in Kontakt zu anderen zu treten und dabei das Bedürfnis nach Zuwendung und Anerkennung zu befriedigen.

### **Zeitvertreib:**

Ähnlich wie beim Ritual laufen soziale Kontakte beim Zeitvertreib auf eine vertraute Weise ab, wobei Ablauf und Inhalt freier sind. Ein typisches Beispiel von Zeitvertreib stellen unverbindliche Unterhaltungen von Leuten, die sich bis anhin noch nie getroffen haben, an Partys dar: die Gesprächspartner tauschen sich über Belangloses aus. Das allgemeine Kontaktbedürfnis inklusive dem Bedürfnis nach Anerkennung und Zuwendung kann befriedigt werden, ohne dass sich die Gesprächspartner exponieren.

### **Aktivität:**

Von Aktivität im Zusammenhang mit Zeitstrukturierung wird gesprochen, wenn zwei oder mehr Personen sich mit dem Fokus auf ein gemeinsames Ziel miteinander austauschen: einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen. Die Kommunikation zwischen den Gesprächspartnern ist zweckgerichtet.

### **Spiele:**

Der Begriff des Spiels wird in der Transaktionsanalyse für Inszenierungen und Strategien benutzt, die jemand benutzt, um seine Grundbedürfnisse nach sinnlicher Anregung, Aufmerksamkeit und Zuwendung sowie Zeitstrukturierung zu erfüllen. Es sind zum grössten Teil unbewusst ablaufende Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster aus der Kindheit, welche damals die beste Varianten waren, um die Grundbedürfnisse so gut wie möglich zu befriedigen. Es sind Versuche, mit belastenden Situationen fertig zu werden, die ursprünglichen Bedürfnisse bleiben allerdings unbefriedigt. Diese Muster werden im Erwachsenenleben auch dann wieder gezeigt, wenn diese in der Kindheit nicht zum gewünschten Ergebnis oder zu einer schmerzhaften Erfahrung geführt haben. Eine zentrale Arbeit der Transaktionsanalyse besteht darin, diese Muster bewusst werden zu lassen um alternative, situationsangepasste Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster zu entwickeln, die dann auch zu einer positiven Befriedigung der Grundbedürfnisse führen.

### **Intimität:**

Rogoll (1976, S. 53) schlägt vor, den ursprünglich Begriff *intimacy*, wie von Berne eingeführt, nicht mit *Intimität* sondern mit *Innigkeit* oder *Vertrautheit* zu übersetzen, um der Bedeutung dieser Art von Zeitstrukturierung seiner Meinung nach gerecht zu werden: Intimität oder Innigkeit/Vertrautheit bezeichnet „den emotionalen Gehalt einer vorbehaltlos ehrlichen, offenen und aufrichtigen Begegnung zwischen zwei, gegebenenfalls auch

mehreren Menschen“ und „um die beglückendste Form mitmenschlichen Umgangs“ (Schlegel, 2011, S. 215). Im Gegensatz zu Spielen sind bei dieser Form von Zeitstrukturierung psychologische und soziale Ebene – zwei Begriffe aus der Kommunikationspsychologie – kongruent. Das heisst, die verbale Aussage der sozialen Ebene stimmt mit der non-verbale und der psychologischen Ebene überein. Die verbale Äusserung einer Person entspricht dem, was die Person fühlt und denkt. Man spricht diesbezüglich auch von Authentizität (Schulz von Thun, 2008, S. 116). Diese Umgangsart wird einerseits am meisten gefürchtet, weil das Resultat am wenigsten vorhersehbar ist. Trotzdem ist sie die konstruktivste – ob die Zuwendung oder Anerkennung negativ oder positiv ist – sie ist direkt und ehrlich (Stewart & Joines, 1990/2000, S. 147).

Die sechs Möglichkeiten zur Zeitstrukturierung (Rückzug, Rituale, Zeitvertreib, Aktivität, Spiele und Intimität) sind hierarchisch geordnet. Dabei nehmen sowohl die Intensität der Zuwendung und Anerkennung als auch das Risiko der Zurückweisung von oben nach unten zu. Aufgrund dieses Risikos wird die innigste Vertraulichkeit oft vermieden und es wird vorgezogen, die Zeit mit den übrigen fünf Möglichkeiten zu strukturieren: Der aufrichtigen Zuwendung (intimacy) mit dem grössten Risiko der Zurückweisung wird die relativ sichere, vorhersehbare Zuwendung – wenn auch minderwertig oder negativ – vorgezogen. „Diese ist aber für die eigene Bedürfnisbefriedigung unzureichend und damit die Ursache unserer inneren Unzufriedenheit mit all ihren Folgeerscheinungen“ (Rogoll, 1976, S. 54).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Menschen neben biologischen Bedürfnissen auch psychische Bedürfnisse haben, welche für die Entwicklung und das Wohlbefinden relevant sind und als Schutzfaktoren gegen die Entstehung von psychischen Störungen wirken. Verschiedene Autoren nennen diverse Bedürfnisse oder verwenden unterschiedliche Begriffe. Allen gemeinsam ist die Aussage, dass der Mensch als soziales Wesen auf Beziehungen angewiesen ist, in denen er u.a. Sicherheit (Orientierung, Kompetenz), Zugehörigkeit (Bindung, Zuwendung, Anerkennung, Selbstwert) und angenehme Gefühle erlebt bzw. unangenehme Gefühle vermeiden kann. Werden Bedürfnisse angemessen befriedigt, kommt es weniger zu einer übermässigen Stressreaktion auf belastende Ereignisse. Eine situationsangemessene Stressreaktion führt dazu, dass sowohl eigene wie fremde Ressourcen mobilisiert werden können. Krisenhaft erlebte Entwicklungsaufgaben können so bewältigt werden. Eine vollständige Destabilisierung und in deren Folge die Entwicklung

psychischer Störungen kann damit vermieden werden. Um diesen Bedürfnissen gerecht zu werden, sind Menschen auf soziale Netzwerke angewiesen, in deren Rahmen sie über soziale Kontakte ihre Grundbedürfnisse, verstanden als ein relevanter Schutzfaktor unter anderen, befriedigen können.

## 4. Soziale Netzwerke

Ne marche pas devant moi, je ne suivrai peut-être pas. Ne marche pas derrière moi, je ne te guiderai peut-être pas. Marche juste à côté de moi et sois mon ami.  
(Albert Camus zugeschrieben, o. J.)

Das Konzept des sozialen Netzwerks beruht auf zwischenmenschlichen Beziehungen. Menschen sind laut Gerhardter (1998) per se miteinander verknüpft und können bildhaft „als Knoten in einem Fischernetz gesehen [werden], von denen Verbindungsfäden zu anderen Menschen laufen, die wiederum einen Knoten darstellen“ (ebd., S. 49). Der Begriff des sozialen Netzwerks ist somit eine „Metapher für Sozialstruktur im Sinne eines sozialen Beziehungsgeflechts“ (Kappelhoff, 2002, S. 383).

Bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts beschäftigten sich Georg Simmel und in den 1930er Jahren Leopold von Wiese mit sozialen Beziehungen und der Formulierung von Netzwerk-Konzepten (Schenk, 1995, S. 4-5). Die Analyse dieser Netzwerke steht noch heute in der Tradition der Soziometrie nach Jakob Moreno: Die in den 1930er Jahren entwickelte Soziometrie ist eine Methode der empirischen Sozialforschung, welche dazu dient, Merkmale, Strukturen und Beziehungen in Gruppen zu erfassen, darzustellen und zu analysieren (Bierhoff & Herner, 2002, S. 218-219; Brodbeck, 2001, S. 212-213). Das Interesse der sozialen Netzwerkanalyse gilt diesen Beziehungen und weniger dem Verhalten von einzelnen Personen. Dabei interessieren Funktionsweisen, Strukturen und spezifische Wesensmerkmale. Das Ziel dieser Netzwerkanalysen ist es, Merkmale eines spezifischen Netzwerkes und Strategien der Personen in der aktiven Gestaltung ihrer Netzwerke zu untersuchen und mit spezifischen Merkmalen dieser Personen in Beziehung zu setzen, um Hinweise auf fehlende adäquate Unterstützung und Ansatzpunkte für professionelle Hilfe zu generieren (Gerhardter, 1998, S. 49). Im Unterschied zur traditionellen Umfrageforschung werden mit dem Netzwerkansatz die einzelnen Personen nicht losgelöst von ihrem sozialen Kontext untersucht: Das Interesse gilt weniger den Merkmalskonstellationen als den Beziehungsstrukturen (Kappelhoff, 2002, S. 383).

Das folgende Kapitel beginnt mit einer für die vorliegende Arbeit relevanten Umschreibung und der Definition von sozialen Netzwerken. Anschliessend wird die Bedeutung und die Funktion dieser Netzwerke diskutiert, wobei zwei Aspekte in einem Unterkapitel ausgeführt werden: Das soziale Netzwerk als Indikator für vorhandenes soziales Kapital und das soziale Netzwerk als Quelle für soziale Unterstützung. Weiter wird die Funktion der Netzwerke im Zusammenhang mit der Wirkung sozialer Unterstützung auf Gesundheit und Wohlbefinden ausgeführt. Das Kapitel endet mit der Beschreibung der Netzwerkdiagnostik.

#### **4.1 Definition**

*Netzwerke* können nach Jansen & Diaz-Bone (2011, S. 75) definiert werden als „ein abgegrenztes Set von Akteuren (Personen, Organisationen oder andere) und den zwischen ihnen bestehenden Beziehungen (Relationen). Soziale Netzwerke bezeichnet Kappelhoff (2002, S. 383) als „eine Menge von sozialen Einheiten zusammen mit den zwischen diesen Einheiten bestehenden sozialen Beziehungen.“ Mitchell (1969, S. 2) definiert Netzwerke als „a specific set of linkages among a defined set of persons, with the additional property that the characteristics of these linkages as a whole may be used to interpret the social behavior of the persons involved“.

In der Theorie werden *totale Netzwerke* von *partiellen Netzwerken* unterschieden (Gerhardter, 1998, S. 50; Kappelhoff, 2002, S. 385). Das totale Netzwerk enthält alle möglichen direkten und indirekten Beziehungen im Unterschied zu partiellen Netzwerken, deren Grenze durch ein bestimmtes Interesse, beispielsweise berufliche Beziehungen, bestimmt ist. Am häufigsten, und auch für die vorliegende Arbeit relevant, ist die Erhebung und Analyse persönlicher bzw. egozentrierter Netzwerke als einer Form partieller Netzwerke mit dem Fokus auf den sozialen Beziehungen, die von einer Person gepflegt werden. In der Regel werden Beziehungen der Primärgruppen (direkte Kontakte) und die wichtigsten Alltagssektoren – Freunde/Bekannte, Familie, Schule/Beruf und professionelle Beziehungen – erfasst und grafisch dargestellt (vgl. folgende Abb. 4, Pantucek, 2009, S. 193).

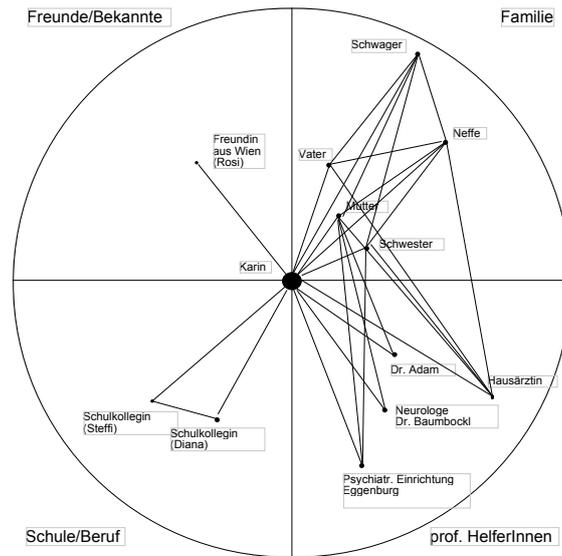


Abb. 4: Netzwerk einer 20-jährigen Psychiatrie-Patientin (Pantucek, 2009, S. 193)

## 4.2 Bedeutung und Funktion sozialer Netzwerke

Das grosse Interesse an Netzwerkkonzepten in der „sozialwissenschaftlichen Szene“ erklärt sich Keupp (2004, S. 697) einerseits damit, dass sich die formalen Netzwerkmerkmale methodisch gut weiterverarbeiten lassen. Andererseits kann das Konzept eine Brückenfunktion zwischen unterschiedlichen Sozialwissenschaften übernehmen. Als Beispiel erwähnt Keupp die Psychologie und die Soziologie, wo das Netzwerkkonzept zwischen der individuellen und der makrogesellschaftlichen Ebene vermitteln kann: Fragen im Zusammenhang mit der Epidemiologie psychischer Störungen beantwortet die Psychologie traditionsgemäss mit dem Fokus auf individuelle Handlungsbedingungen (Personanteile, allenfalls noch familiäre Einflüsse) im Unterschied zur Soziologie, die mehr die makrosozialen Handlungsbedingungen beachtet. Laut Keupp sind die für die Bewältigung alltäglicher Krisen und Belastungen hilfreichen Umweltressourcen oft sehr vage konzeptualisiert. Seiner Ansicht nach liegt die Stärke des sozialen Netzwerkkonzepts genau darin, Umweltressourcen relativ präzise zu erfassen, indem es Ansatzpunkte der Psychologie und der Soziologie verbindet. Das soziale Netzwerk, mit seinen strukturellen Merkmalen, Beziehungsmerkmalen und sozialen Unterstützungsressourcen, kann als Konstrukt mit vermittelnden Funktionen dargestellt werden (vgl. Abb. 5, S. 31): Es vermittelt zwischen personalen Faktoren des Individuums und sozial/ökologischen Faktoren der Umwelt auf der einen Seite und wahrgenommenen Belastungen, Bewertungen von Lebensereignissen, Problemdefini-

tion- und Bewältigung sowie der subjektiven Wahrnehmung der eigenen Gesundheit auf der anderen Seite (Keupp, 1987, S. 33; Hall & Wellman, 1985, S. 34).

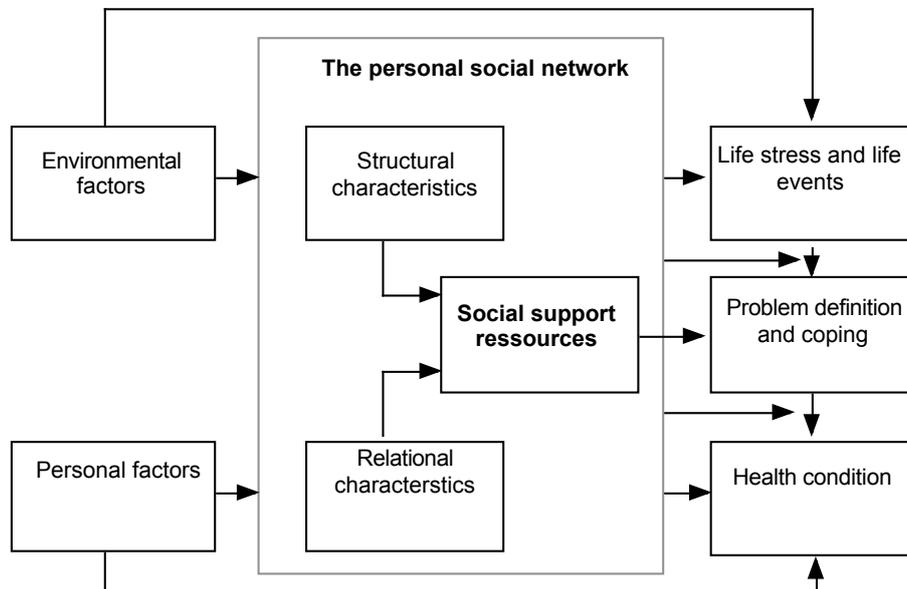


Abb. 5: Social network as a mediating construct (Hall & Wellman, 1985, S. 34)

Der netzwerkorientierte Ansatz fügt sich bestens in das heutige biopsychosoziale Verständnis von psychischen Störungen ein: Bei der Entstehung, Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen werden biologische (genetische), psychologische (Persönlichkeit, personale Faktoren) und soziale (z.B. familiäre Beziehungen) Faktoren sowohl je für sich genommen als auch in ihrer komplexen Wechselwirkung berücksichtigt (Klinger, 2000, S. 238). Im biopsychosozialen Modell werden Krankheit und Gesundheit nicht als zwei unterschiedliche Zustände definiert, sondern vielmehr als ein dynamisches Geschehen zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit verstanden. Laut Egger (2005, S. 3-12) kann Krankheit als eine Störung hinsichtlich der autoregulativen Kompetenz des Organismus betrachtet werden. Die Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebiger Ebene des *Systems Mensch* steht nicht ausreichend zur Verfügung und „die relevanten Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums“ (ebd., S. 3) sind überfordert bzw. fallen aus. Gesundheit ist in diesem Verständnis ein aktiver Prozess, der „in jeder Sekunde des Lebens geschaffen werden“ (ebd., S. 3) muss.

Eine weitere Brückenfunktion sieht Keupp (2004, S. 697) im Kontext von Sozialisations- und Entwicklungsprozessen. Vor dem Hintergrund der Aufgliederung des ökologischen Um-

felds nach Bronfenbrenner (1993; vgl. Abb. 6) in verschiedene Systemebenen (Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosystemebene) stellen soziale Netzwerke auf der Meso- und der Exosystemebene das Erfahrungsumfeld dar, in dem sich ein Mensch im Alltag bewegt. Soziale Netzwerke haben die Funktion, Mikro- und Makrosystem zu verbinden.

Bronfenbrenner (1993, S. 37-44) geht von menschlicher Entwicklung als einem interaktiven, reziproken Anpassungsprozess zwischen einem sich verändernden Individuum und einer sich wandelnden Umwelt aus. Unter *Umwelt* wird dabei nicht nur der das Individuum direkt umgebende Kontext (z.B. Familie) verstanden. Vielmehr geht Bronfenbrenner von einem erweiterten Umweltbegriff bestehend aus einer Vielfalt von konzentrisch um das Individuum angeordnete Entwicklungswelten und deren Zusammenspiel in der Form des *Ökologischen Modells* aus.

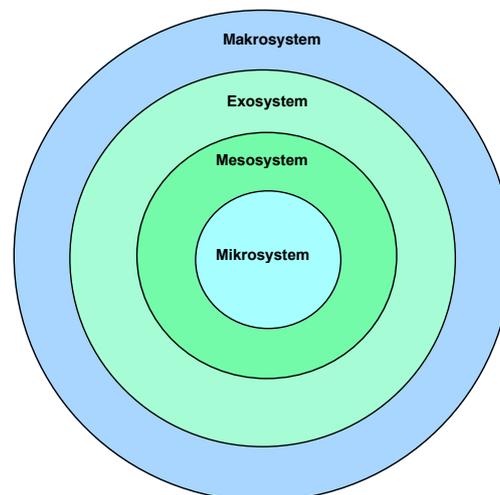


Abb. 6: Grafische Darstellung des ökologischen Modells nach Bronfenbrenner

Das *Mikrosystem* umfasst den unmittelbaren Lebensbereich des Individuums. Auf dieser Ebene erlebt das Individuum sich und die Umwelt im direkten Kontakt mit anderen: z.B. Familienbeziehungen, Beziehungen in der Schule oder am Arbeitsplatz, Freunde, Bekannte. Das *Mesosystem* besteht aus Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Mikrosystemen: Beziehungen z.B. zwischen Familie, Arbeit und Bekannten, aber auch vermittelnde Beziehungen zwischen sozialen Netzwerken, formelle und informelle Kommunikation zwischen den Lebensbereichen. Das *Exosystem* umfassen Systeme, denen das sich entwickelnde Individuum nicht selbst angehört, mit denen es aber über vermittelnde Personen in Beziehung bzw. im indirekten Kontakt steht: z.B. beeinflusst eine Belastung am Arbeitsplatz die Partnerschaft. Das *Makrosystem* umfasst regelhafte Formen oder Inhalte der Mik-

ro-, Meso- und Exosysteme: z.B. gesellschaftliche Überzeugungen – diese wirken über die anderen Systeme indirekt auf die individuelle Entwicklung.

Das Interesse am Netzwerkkonzept hat laut Keupp (2004, S. 696-702) weiter mit dem Interesse an den „Beziehungen *selbst*“ (S. 679) zu tun: Während gesellschaftlichen Umbruchsituationen wird den Menschen die Fähigkeit zur Entwicklung neuer Lebensformen abverlangt. In hochindustrialisierten Gesellschaften werden Beziehungen immer weniger durch traditionelle, vorgegebene Rollenmuster reguliert. Anstelle von traditionsbestimmten sozialen Beziehungsformen und Lebenswegen entstehen „Möglichkeitsräume“ (S. 697) in denen soziale Beziehungen und Kontaktnetze selbst gewählt und aktiv gestaltet, hergestellt, erhalten und erneuert werden müssen: „Das moderne Subjekt ist der Baumeister eines Netzwerks“ (Fischer, 1982, S. 49): „We each *build a network* – which is one part of *building a life*“ (ebd., S. 4). Elisabeth Bott (2011, S. 132-138) untersuchte in den 1950er Jahren soziale Netzwerke eines Londoner Arbeiterbezirks. Die vorgefundenen engmaschigen sozialen Netzwerke bezeichnet sie als eine Art private Sozialversicherung für Krisensituationen: Die soziale Einbindung in ein Netzwerk, verbunden mit dem Gefühl der Zusammengehörigkeit und einer verbindlichen Verpflichtung füreinander, zeichnet sich aus durch eine rasche Verfügbarkeit der Mitglieder bei alltäglichen Problemen und Notsituationen und stellen somit eine Art soziales Kapital (vgl. Kap. 4.2.1) dar. Diese Art sozialer Netzwerke bedingen allerdings eine Reziprozität der Beziehungen: Es sind Beziehungen, die über mehrere Jahre und möglicherweise über Generationen gewachsen sind. Die Netzwerke sind lokalbezogen und setzen eine gewisse Sesshaftigkeit, wie sie in traditionellen Gesellschaftsformen vorkommt, voraus. Der Preis dieser traditionellen Lebensmuster ist ein hoher Grad an sozialer Kontrolle nicht zuletzt auch bezogen auf die individuelle, von traditionsbestimmten Lebensformen abweichende Gestaltung von Lebenswegen.

Der Verlust der traditionellen Lebensmuster geht laut Vogt (2005, S. 130-143) einher mit dem Gewinn persönlicher Freiheit. Zentrale Aussagen der Existenzphilosophie (Quitmann, 1996, S. 64-89) mögen dies verdeutlichen: Nach Heidegger (1927; zit. nach Quitmann, 1996, S. 79) wird der Mensch mit der Geburt in eine Welt geworfen, die einschränkend und (lebens)bedrohlich und ängstigend ist. Neben einer ständigen Angst besitzt der Mensch die Freiheit zu wählen und zu entscheiden. Angst und Freiheit sind zwei untrennbare Aspekte der *Geworfenheit in die Welt*. Dabei ist die Freiheit nicht wählbar, sie ist gegeben. In diesem Sinne ist der Mensch „zur Freiheit verurteilt“ (Sartre, 1943/1962, S. 561).

Er trägt die Verantwortung für sich selbst – „eine Chance und Bedrohung zugleich“ (Quitmann, 1996, S. 78). Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Vergangenheit, muss der Mensch in der Gegenwart Entscheide fällen respektive wählen und entwirft dabei seine Zukunft. So wie Angst und Freiheit zwei Aspekte der Geworfenheit in die Welt sind, so sind es auch Mensch und Umwelt: Laut Quitmann sind Weiterentwicklung von Individuum und Gesellschaft ineinander verwoben. Eine Entwicklung gibt es nur, wenn sich beide entwickeln und miteinander in Beziehung treten.

Für Keupp (2004, S. 699) stellt die Überwindung der engen Fesseln sozialer Kontrolle eine wichtige Voraussetzung für die Individualisierung des Einzelnen dar. Die „Stärke schwacher Bindungen“ (Wegener, 1997, S. 427) bringt es mit sich, dass Beziehungen frei von Statuszuweisungen nach eigenen Bedürfnissen eingegangen und gestaltet werden und über lose, jederzeit kündbare Beziehungen immer wieder neue Handlungsspielräume entstehen können. Allerdings erfordern diese Art sozialer Netzwerke eine hohe „Kompetenz zum Beziehungsmanagement“ (De Swaan, 1990, S. 141): Das Individuum wird zum „Unternehmer seiner eigenen sozialen Beziehungen“ (Vogt, 2005, S. 136), in die er in eigener Verantwortung und nach eigenem Gutdünken investiert. Die Unverbindlichkeit sozialer Beziehungen bringt es mit sich, dass diese ständig bedroht sind und daher eine ständige aktive Beziehungsarbeit erfordern. Gerade bei langandauernden Krankheiten oder Arbeitslosigkeit drohen die aus der „Traditionsbindung befreiten“ (Keupp, 2004, S. 699) sozialen Netzwerke zu zerfallen: Das Netzwerk verengt sich auf die letzten Stützpfeiler der dann häufig überlasteten Kernfamilie.

Mit der Abnahme sozialer Vorgaben vergrößern sich also die potentiellen Handlungsmöglichkeiten. Gleichzeitig gehen vorgegebene Rollenmuster verloren, die der Alltagsbewältigung einen Rahmen geben würden. Die Herstellung dieses Rahmens als Quelle sozialer Unterstützung muss als Eigenleistung vom Subjekt erbracht werden und stellt das soziale Kapital des Individuums dar.

#### **4.2.1 Das soziale Netzwerk als Indikator für soziales Kapital**

Der Begriff *soziales Kapital* geht auf den Soziologen Pierre Bourdieu (1930-2002) zurück. Das soziale Kapital stellt „die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten *Beziehungen* gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind; oder, anders ausge-

drückt, es handelt sich dabei um Ressourcen, die auf der *Zugehörigkeit zu einer Gruppe* beruhen“ (Bourdieu, 1983, S.190). Das soziale Kapital trägt neben dem ökonomischen (Produktionsmittel, Unternehmen, Land, Geld usw.), dem symbolischen (Prestige, Ehre, Reputation usw.) und kulturellen Kapital (Bildung, kulturelle Güter, Bücher, Maschinen, Instrumente) wesentlich zum Wohlbefinden des Individuums bei. Bezogen auf das soziale Kapital meint Fischer: „Whom we know and whom we can depend on influences our success in life, our security and sense of well-being, and even our health“ (1982, S. 4). Obwohl Beziehungen sowohl belastend wie unterstützend sein können: „The sum of all these pluses and minuses is usually positive“ (ebd., S. 3).

Es stellt sich die Frage, ob die nötigen Mittel in Form von äusseren Ressourcen (z.B. kulturelle Rahmenbedingungen, Organisation- und Netzwerkstrukturen) und inneren Ressourcen (z.B. personenspezifische Merkmale wie Kommunikationsfähigkeit) für diese Leistung vorhanden bzw. förderlich sind oder mobilisiert bzw. beeinflusst werden können (Keupp, 1987, S. 40-42; Brömme & Strasser, 2002, S. 487; Fischer, 1982, S. 4). Soziale Ressourcen in Form des sozialen Kapitals sind nicht dabei ganz unabhängig von ökonomisch-materiellen Ressourcen: Laut Pierre Bourdieu (1983) haben „individuelle und kollektive Investitionsstrategien“ (ebd., S. 190) auch ökonomische Voraussetzungen. „Bei der Beziehungsarbeit wird Zeit und Geld und damit, direkt oder indirekt, auch ökonomisches Kapital verausgabt“ (ebd., S. 193).

Vor dem Hintergrund einer Studie mit 1050 Personen zu persönlichen Beziehungen und deren Einbettung in soziale Netzwerke stellt Fischer (1982, S. 251ff.) fest, dass die aus der „Tradition entbundenen“ sozialen Netzwerke nicht ganz so frei wähl- und gestaltbar sind. Bildungsstand, Einkommen, Alter, Geschlecht und Mutterschaft beeinflussen die Gestaltung individueller sozialer Netzwerke und somit das soziale Kapital: Je höher der Bildungsstand, desto grösser sind die sozialen Netzwerke und der soziale Begleitschutz, desto weitreichender (geografisch) sind die sozialen Beziehungen. Er stellt fest, dass mit dem Einkommen, die Anzahl vertrauter, nichtfamiliärer Beziehungen sowie die Qualität und die Erwartbarkeit sozialer Unterstützung steigt. Weiter nehmen Grösse der Netzwerke und Verlässlichkeit sozialer Unterstützung mit zunehmendem Alter ab. Bei Frauen macht Fischer mehr Verwandtschaftskontakte und vertrauensvollere Beziehungen aus als bei Männern, Mütter sind weniger sozial vernetzt und bewegen sich in lokal begrenzteren sozialen Netzwerken als Frauen ohne Kinder.

#### 4.2.2 Das soziale Netzwerk als Quelle sozialer Unterstützung

*Soziale Unterstützung* bezeichnet „die wahrgenommene materielle, emotionale oder kognitive Förderung einer Person durch Mitglieder in ihrem sozialen Netzwerk, die zur Bewältigung von Krisensituationen dient“ (Bierhoff & Herner, 2002, S. 213). Das persönliche soziale Netzwerk kann für ein Individuum Quelle verschiedene Formen von Unterstützung sein und sowohl Gesundheit wie Wohlbefinden beeinflussen. Allerdings kann das Vorhandensein eines sozialen Netzwerks nicht einfach mit einer (objektiv) vorhandenen sozialen Unterstützung gleichgesetzt werden. Zentral ist, ob die soziale Unterstützung vom Empfänger auch als solche erlebt wird. Ausschlaggebend dafür ist neben dem interaktiven Charakter sozialer Unterstützung daher die subjektive Wahrnehmung dieser Unterstützung (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007, S. 9). Diese Wahrnehmung ist geprägt von vergangenen Erfahrungen: Wie wurden Hilfestellungen im Zusammenhang mit der Bewältigung von Aufgaben und Belastungen erlebt? Welche Unterstützung konnte in der Vergangenheit erwartet werden, um persönliche Ziele zu erreichen? Soziale Unterstützung ist demnach das Ergebnis kognitiv-emotionaler Verarbeitung und Bewertung gegenwärtiger und vergangener sozialer Interaktionen. Folglich ist soziale Unterstützung primär „eine wahrgenommenen und/oder antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk“ (Fydrich, Sommer, Tydecks & Brähler, 2009, S. 43).

Fydrich et al. (2007, S. 10-14) nennen folgende zentrale Aspekte von sozialer Unterstützung: Inhalte, Quellen, Bewertung und Verfügbarkeit, Anlässe, Richtungen und Reziprozität, Geschlechtsdifferenzen, Spezifität und Uniplexität vs Multiplexität. Inhaltlich wird zwischen der wahrgenommenen emotionalen Unterstützung, der Unterstützung beim Problemlösen, der praktischen und materiellen (instrumentellen) Unterstützung, der sozialen Integration und der Beziehungssicherheit unterschieden. Als Quellen dieser Unterstützungsformen sehen Fydrich et al. (2007) die sogenannte „natürliche Umgebung“ (ebd., S. 11) bestehend aus Familie, Freunden, Bekannten und Nachbarn sowie Arbeitskollegen. Andere Autoren wie beispielweise Pantucek (2004, vgl. Kap. 4.3) zählen auch professionelle Beziehungen (Ärztenschaft, Psychologen, Spitex) transzendente Wesen (z. B. Gott), Tiere und Verstorbene zu Quellen sozialer Unterstützung. Die Relevanz der subjektiven Wahrnehmung der sozialen Unterstützung wurde bereits erwähnt. In diesem Zusammenhang ist daher die subjektive Bewertung der sozialen Unterstützung ein weiterer wichtiger Aspekt. Bewertet wird einerseits die persönliche Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung, welche mit der Verfügbarkeit und den individuellen Erwartungen (aufgrund von Er-

fahrung) und Ansprüchen an das soziale Netzwerk einhergeht. Ein Aspekt sozialer Unterstützung ist der *Anlass* im Rahmen dessen sie stattfindet. Je nach Anlass ist eine spezifisch unterschiedliche Unterstützung nötig: Fydrich et al. (2007) unterscheiden alltägliche Hilfeleistung von chronischer Belastung (z.B. Pflege eines chronisch kranken Angehörigen) und lebensveränderndem Ereignis (z.B. Verlust eines Angehörigen). Ein anderer Aspekt sozialer Unterstützung ist die *Richtung* vom Hilfe-Gebenden zum Hilfe-Empfangenden. Das Erleben sozialer Unterstützung beschränkt sich auf die Wahrnehmung des Hilfeempfängers. Zu bedenken ist, dass diese unter Umständen nicht mit der Intention und dem Erleben des Senders übereinstimmen. Das Erleben von sozialer Unterstützung ist zudem abhängig davon, ob die sozialen Beziehungen auf Reziprozität oder Einseitigkeit beruhen. Bezüglich Geschlechtsdifferenzen stellen Fydrich et al. (2007) fest, dass es diesbezüglich Unterschiede gibt: Frauen sind beispielsweise mehr in soziale wechselseitige Beziehungen eingebunden, haben demzufolge besseren Zugang zu sozialer Unterstützung und suchen diese auch häufiger auf als Männer. Frauen haben durchschnittlich mehr Quellen sozialer Unterstützung und haben grössere Netzwerke im Vergleich zu Männern. Ein wichtiger Aspekt des Erlebens von sozialer Unterstützung hängt offenbar von Faktoren wie Persönlichkeit, Bedürfnis- und Stimmungslage, Anlass und Phase (beginnende oder bereits länger dauernde Belastung) sowohl seitens des Gebenden wie des Empfangenden ab. Mit der Spezifität sozialer Beziehungen wird hervorgehoben, dass es kein sozial unterstützendes Verhalten an sich gibt. Ob ein Verhalten unterstützend wahrgenommen wird, hängt von diversen Faktoren ab. Unter anderem spielt es eine Rolle, ob eine unterstützende Person viele verschiedene Arten von Unterstützung leisten kann und die Beziehung somit multiplex ist oder ob es sich um eine uniplexe Beziehung handelt, bei welcher der Gebende nur eine Art von Unterstützung anbieten kann.

#### **4.2.3 Wirkung sozialer Unterstützung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden**

Human beings of all ages are found to be at their happiest and to be able to deploy their talents to best advantage when ... there are one or more trusted persons who will come to their aid should difficulties arise.  
(Bowlby, 1973, S. 359)

Die Grundannahme der Wirkung sozialer Unterstützung lautet dahingehend, dass soziale Unterstützung mit ein Faktor zur Erhöhung von Wohlbefinden und Gesundheit und zur Verminderung von psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen ist. Eine zentrale Funktion sozialer Netzwerke ist nach Keupp (2004, S. 700-702) die Vermittlung von

sozialer Unterstützung: Vor allem im Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden besteht die Auffassung, dass das soziale Netzwerk als Puffer gegen erfahrene Belastungen oder als Schutzschild gegenüber drohenden Krisen und Gefährdungen wirkt. Keupp nennt eine Reihe von Befunden positiver Auswirkung von angemessener sozialer Unterstützung: Soziale Unterstützung verbessert den Umgang mit und den Verlauf von chronischen Erkrankungen. Sie ermöglicht Menschen mit einer Behinderung Lebensformen nach dem Normalisierungsprinzip und trägt zu seltenerem Auftreten und rascherer Überwindung von Depressionen und zur besseren Bewältigung von Krisen, Übergangssituationen, Belastungen am Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit bei.

Es existieren mittlerweile diverse theoretische Modelle, um die Wirkung sozialer Unterstützung theoretisch zu erklären. Fydrich et al. (2007, S. 15-17) erachten sowohl das *Schutzschild-Modell* wie das *Auslöse-Modell* als relevant, stützen sich jedoch für die Erklärung der Wirkung hauptsächlich auf das Zusammenwirken des *Modell der direkten Effekte* und des *Puffer-Modells*: Im Modell der direkten Effekte wirkt die soziale Unterstützung als allgemeiner Haupteffekt (vgl. Abb. 7, S. 39), ergänzt durch den Puffer-Effekt von spezifischer, stressbezogener Unterstützung. Das *Schutzschild-Modell* erklärt die Wirkung sozialer Unterstützung damit, dass Belastungen durch Abschirmung oder Übernahme von Aufgaben von der gefährdeten Person ferngehalten werden. Im *Auslösemodell* wird die Wirkung damit erklärt, dass soziale Unterstützung bei erlebten Belastungen von der gefährdeten Person selbst aktiviert wird.

Im *Modell der direkten Effekte* (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000, S. 15-16) wird angenommen, dass mit der sozialen Unterstützung (sozialen Beziehungen) „grundlegende soziale Bedürfnisse nach Bindung, Kontakt, Geselligkeit oder Zugehörigkeit“ (Fydrich et al., 2007, S. 15) befriedigt werden. Das Wohlbefinden und damit die psychische und die physische Gesundheit werden so direkt beeinflusst. Dabei gilt der positive Effekt sozialer Unterstützung unabhängig von Belastungen: Das Ausmass an Integration in ein soziales Netzwerk fördert das Wohlbefinden und den Umgang mit potentiellen Stressoren ganz allgemein und kann unabhängig davon, ob eine konkrete Belastung vorliegt oder nicht, nachgewiesen werden (Fydrich et al., 2007, S. 16).

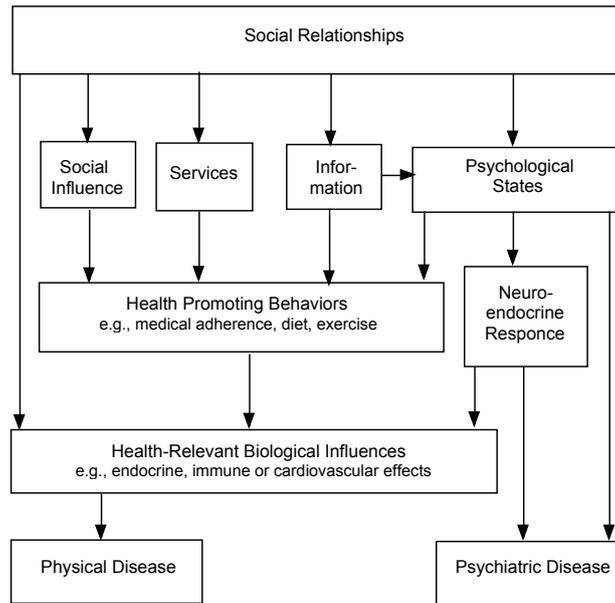


Abb. 7: Main Effect Model<sup>1</sup> (Cohen et al., 2000, S. 12)

„Those who participate in a social network are subject to social controls ... that influences health behaviors. Integration in a social network is presumed to provide a source of generalized positive effects “ (Cohen et al., 2000, S. 11). Cohen et al. äussern sich dahingehend, dass die Einbindung in ein soziales Netzwerk, die Erfahrung von Beziehung und von Zugang zu Information eine Quelle (*source of generalized positive effects*, S. 11) von Ressourcen darstellen. Die Auswirkungen auf die psychische Verfassung und damit auf das Gefühl von Vorhersehbarkeit und Stabilität, Sinn, Zugehörigkeit und Sicherheit und Selbstwert sind nach Cohen et al. unübersehbar. Die psychische Verfassung wiederum beeinflusst neuroendokrine, psychophysiologische und immunologische Funktionen und somit das physische und das psychische Wohlbefinden.

Im Unterschied zum Modell der direkten Effekte wird im *Puffer-Modell* davon ausgegangen, dass positive Effekte sozialer Unterstützung nur bei vorhandenen Belastungen nachgewiesen werden können. Ein unterstützendes soziales Netzwerk wirkt sich positiv auf die Verarbeitung von Belastungen aus und kann somit pathogene Auswirkungen von Belastungen vermindern oder auffangen. Das Puffer-Modell betont die salutogene Wirkung sozialer Unterstützung, das heisst, dass soziale Unterstützung wesentlich zur Aufrechterhal-

<sup>1</sup> Pathways through which social relationships can have direct (main) effects on psychological and physical health. Paths are all drawn in one direction for simplicity but feedback loops are possible.

tung von Gesundheit und Wohlbefinden beiträgt – trotz vorhandener Belastungen. Der Puffereffekt wird allerdings nur dann wirksam, wenn die Unterstützung zur vorhandenen Belastung passt – das heisst, wenn die Unterstützung hilft, ein spezifisches Problem zu lösen. „Puffernd“ (Fydrich et al., 2007, S. 16, in Anlehnung an das Diathese-Stress-Modell von Lazarus & Folkman, 1984) wirkt dieses Modell, indem soziale Unterstützung einerseits die Bewertung der Belastung günstig beeinflusst: Je mehr das soziale Umfeld als Ressource wahrgenommen und soziale Unterstützung erwartet wird, desto weniger gravierend wird die belastende Situation eingeschätzt. Andererseits beeinflusst eine angemessene soziale Unterstützung die Stressreaktion dahingehend, dass das Ausmass der Reaktion soweit vermindert wird, dass „der pathogene Einfluss“ (ebd., S. 16) sich im Sinne von Dystress nicht entfalten kann. Soziale Unterstützung erhöht zudem den Selbstwert, verbessert das Selbstwirksamkeitserleben, stärkt die Motivation hinsichtlich problemlöseorientierter Auseinandersetzung mit gegebenen Belastungen und reduziert dysfunktionale Kognitionen und belastende emotionale Reaktionen (ebd., S. 17).

Soziale Netzwerke als verfügbares soziales Kapital und Quelle sozialer Unterstützung haben in der Genese und Entwicklung von psychischen Störungen eine relevante Funktion. Sie möglichst genau zu erfassen ist sowohl für die Diagnostik als auch für die Behandlung von Menschen mit einer psychischen Störung interessant und vielversprechend. Eine Erhebungsmethode wird im folgenden Kapitel dargestellt. Dabei sind folgende Überlegungen von Keupp (1987, S. 42) zu beachten: Mit der Erfassung von sozialen Verbindungen mittels Netzwerkanalyse werden potentielle Ressourcen einer Person oder Gelegenheitsstrukturen erfasst. Sie hängen u.a. mit Umweltfaktoren und personalen Faktoren (vgl. Kap. 4.2 Abb. 5) zusammen und stellen ein „Möglichkeitenrahmen“ (ebd., S. 41) dar. Ob dieser Möglichkeitenrahmen auch genutzt werden kann, ob er zum jeweiligen Menschen passt – Keupp spricht in diesem Zusammenhang von „Netzwerkangemessenheit“ (ebd., S. 29) – ist individuell abzuklären und bei verallgemeinernden Aussagen zu berücksichtigen.

### **4.3 Netzwerkdiagnostik**

Vor dem Hintergrund der Umschreibung und der Definition von sozialen Netzwerken (vgl. S. 29) ist die *Netzwerkdiagnose* die Feststellung eines bestimmten Zustands, hier eines bestimmten sozialen Netzwerks einer Person im Unterschied zum Netzwerk einer anderen Person.

Bei der Netzwerkdiagnostik liegt der Fokus auf der sozialen Einbindung in die Gesellschaft und deren Abbildung. Die Leitfrage der Netzwerkdiagnostik lautet: „Wie ist [der] Klient in soziale Netze eingebunden und in die Kommunikation gesellschaftlicher Funktionssysteme inkludiert?“ (Pantucek, 2009, S. 129). Die Netzwerkdiagnostik erfasst die Beziehungen und den sozialen Austausch zwischen Personen und somit das „Potenzial an möglicher (lebensweltlicher) Unterstützung“ (ebd., 187). Sie erfasst das jeweilige soziale Kapital „als der Fundus an vorhandenen potenziellen und reaktivierbaren Beziehungen, die KlientInnen (besser) nutzen können sollten und deren Ausweitung, (Re-)Aktivierung (und manchmal auch: deren Abbau) angestrebt werden kann“ (Pantucek, 2008, S. 11). Diagnostik als solches wird dabei nicht lediglich als ein der Intervention vorausgehender notwendiger Schritt betrachtet. Diagnostik hat bereits den Charakter einer Intervention.

Pantucek (2004, S. 186-197) stellt mit der Netzwerkkarte ein Verfahren vor, das die Ankerperson mit dem Fokus auf soziale Unterstützungsnetzwerke darstellt. Ausgehend vom Patient oder der Klientin – der sogenannten Ankerperson – wird die soziale Umwelt in die Sektoren FreundInnen/Bekannte, Familie, KollegInnen (Ausbildung/Beruf) und professionelle HelferInnen aufgefächert und untersucht. Dabei ist die Ankerperson in der Form einer kooperativen Diagnostik aktiv an der Erstellung dieser Netzwerkkarte beteiligt. Obwohl die Netzwerkkarte erst das Rohmaterial darstellt, ist dieser Prozess bereits der Beginn der Intervention: Die Ankerperson wird neben der Erstellung dieser Karte auch in die Interpretation und die Interventionsentscheide und den Unterstützungsprozess mit einbezogen (ebd., S. 123).

In einer sogenannten Netzwerkkarte werden Beziehungen eingezeichnet. Dabei werden sowohl enge wie auch schwache oder sogenannte stillgelegte Beziehungen in die Grafik aufgenommen. Gerade mit der Thematisierung von potentiellen Kontakten werden auch die aktuell nicht ausgeschöpften sozialen Ressourcen thematisiert. Die grafische Darstellung des sozialen Netzwerkes (vgl. Abb. 4, S. 30) dient verschiedenen Verwendungszwecken: als Grundlage für Fallbesprechungen oder Supervisionen, zur „Rekonstruktion der sozialen Landschaft“ (ebd., S. 196) aber auch für die Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen. Die Netzwerkgrafik kann aber dazu benutzt werden, um gemeinsam mit der Ankerperson über dysfunktionale Aspekte des aktuellen sozialen Netzwerkes zu sprechen und Strategien für die Verbesserung zu entwickeln.

Über die grafische Darstellung hinaus ist es möglich, für jede Netzwerkkarte verschiedene Masszahlen zu errechnen und charakteristische Positionen und Beziehungsformen zu identifizieren. Neben der Anzahl der Personen pro Netzwerk und pro Sektor kann beispielsweise ein Mass für die Dichte errechnet werden, welche für die Beurteilung der Funktionalität des sozialen Netzwerks hinzugezogen werden kann. Die Dichte stellt das Verhältnis der möglichen zu den realisierten Kontaktpaaren dar. Unter einem Kontaktpaar werden zwei Personen aus dem Netzwerk verstanden, die einander kennen: z.B. die Mutter der Ankerperson und der behandelnde Arzt. Die Interpretation der Dichte hinsichtlich der Funktionalität oder Dysfunktionalität eines Netzwerks kann jedoch nur unter Einbezug von anderen Parametern erfolgen. So zeichnet sich ein sehr dichtes Netzwerk durch geteilte Informationen und verfügbare Kommunikationswege aus, gleichzeitig aber ist die Ankerperson wenig autonom, und möglicherweise von einem Sektor des Netzwerks abhängig und die Diversität des Netzwerks ist sehr klein (Pantucek, 2009, S. 189). Von einem segmentierten Netzwerk wird gesprochen, wenn sich die Kontakte in den verschiedenen Sektoren kaum überschneiden (Keupp, 2004, S. 696).

Laut Pantucek (2009, S. 195) können sich soziale Netzwerke durch verschiedene charakteristische Positionen auszeichnen. Eine *Starposition* haben Mitglieder mit sehr vielen Verbindungen zu anderen Mitgliedern des Netzwerks. Von *Liaison* spricht man, wenn ein Mitglied des Netzwerks zwei verschiedenen Sektoren, die sonst unverbunden wären, miteinander verbindet. Ein Mitglied, das zwei Sektoren gleichzeitig angehört hat eine *Brückenposition* inne. *Gatekeeper* kontrollieren den Informationsfluss von einem Sektor zum anderen und *Isolierte* haben lediglich eine Beziehung zur Ankerperson und kennen sonst keine weiteren Personen aus dem Netzwerk.

Auch bezüglich den Formen von Beziehungen gibt es einige Charakteristika: So unterscheidet Pantucek (2009, S. 195) *uniplexe Beziehungen* – eine Person hat nur eine Rolle – von *multiplexen Beziehungen* – eine Person hat mehrere Rollen. Bei vielen uniplexen Beziehungen verteilt sich die Belastung der sozialen Unterstützung auf mehrere Personen und hat zur Folge, dass das Netzwerk auch dann noch leistungsfähig ist, wenn eine Person ausfällt. Unter *direkten Beziehungen* werden sogenannte Face-to-Face Kontakte verstanden, im Unterschied zu *indirekten Beziehungen*, die auch virtuelle Kontakte, z.B. Gott oder eine verstorbene Person, bezeichnen können. Weiter wird zwischen *starken* (schnell verfügbaren, engeren, intensiveren) und *schwachen Beziehungen* unterschieden.

Für die vorliegende Arbeit relevant sind die relativen Anteile der einzelnen Sektoren an der Gesamtgrösse des Netzwerks, um einen qualitativen Vergleich der verschiedenen Netzwerke vornehmen zu können.

Zunächst kann festgehalten werden, dass ein soziales Netzwerk das Abbild des sozialen Kapitals oder ein Möglichkeitsraum ist, das einem Individuum zur Verfügung steht. Das soziale Netzwerk ist eine Quelle von sozialer Unterstützung, wobei eine bloss grafische Darstellung nur beschränkt eine verallgemeinerbare Aussage über die Funktionalität dieser Unterstützung zulässt. Tatsache ist, dass soziale Netzwerke – neben personalen und biologischen Faktoren – bei der Entstehung und Entwicklung von psychischen Störungen mit einer Rolle spielen. Abhängig davon, ob ein soziales Netzwerk die nötige, individuell angemessene soziale Unterstützung zur Verfügung stellen kann und ob soziale Beziehungen funktional oder dysfunktional sind, kann ein soziales Netzwerk sowohl einen Risiko – als auch Schutzfaktor darstellen und einen mehr oder weniger starken Moderatoreffekt auf die Bewertung und den Umgang mit Belastungen haben. Kommt hinzu, dass in hochindustrialisierten Gesellschaften soziale Netzwerke selbständig geschaffen und aufrechterhalten werden müssen. Dieser Prozess erfordert eine hohe Eigenleistung und spezifische soziale Fähigkeiten. In krisenhaften Situationen sind viele Menschen weder in der Lage, ihr soziales Netzwerk zu pflegen, noch sind sie fähig, das soziale Netzwerk ihren Bedürfnissen entsprechend zu gestalten. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, von einer psychischen Störung betroffene Menschen während eines stationären Aufenthalts und darüber hinaus mit Fokus auf das soziale Netzwerk zu begleiten.

## **5. Fazit**

Die Kapitel 2 bis 4 stellen theoretisch und unter der Berücksichtigung von Resultaten aus empirischen Untersuchungen dar, dass dem Menschen gewisse Grundbedürfnisse eigen und zu einem hohen Grad verallgemeinerbar sind. Ein grosser Teil dieser Grundbedürfnisse wird über soziale Beziehungen im Rahmen sozialer Netzwerke gestillt: In dieser Hinsicht stellen soziale Netzwerke sozusagen das soziale Kapital eines Individuums dar. Sie bilden den Rahmen, in denen soziale Unterstützung stattfinden kann und können neben anderen Faktoren einen massgeblichen Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung von psychischen Störungen haben. In kollektivistischen Gesellschaften mit vorherrschend traditionellen Lebensmustern und vorgegebenen sozialen Netzwerken und sozialen Rollen

steht das Wohl des Kollektivs im Vordergrund. Soziale Unterstützung in Krisensituationen ist quasi durch das Kollektiv gewährleistet. Im Unterschied dazu lassen hochindustrialisierte, individuumszentrierte Gesellschaften mehr persönlichen Freiraum zur Gestaltung des Lebensmusters und der Wahl von persönlichen Netzwerken zu. Als Preis für die persönliche Freiheit müssen diese jedoch aktiv gestaltet werden. Wie gut es einem Menschen gelingt, ein auf seine Bedürfnisse abgestimmtes und für ihn persönlich funktionales soziales Netzwerk aufzubauen und zu erhalten, hat einen direkten Einfluss auf die persönliche Entwicklung und das Wohlbefinden.

Vor dem Hintergrund der im vorhergehenden Teil dargestellten Theorie und den oben zusammengefassten Zusammenhängen stellte sich die Frage nach den psychosozialen Lebensbedingungen, insbesondere auch der sozialen Netzwerke, von Psychatriepatienten und -patientinnen – der sogenannten *klinischen Stichprobe* – und die Art und die Zufriedenheit mit der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung einerseits und der Unterschied bezüglich diesen Bedingungen im Vergleich zu einer sogenannten *nicht klinischen Stichprobe*, bestehend aus Männern und Frauen, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht in einer stationären psychiatrischen Behandlung befanden.

## II EMPIRISCHER TEIL

Die für die Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen relevanten Daten stammten aus einer Studie über das Projekt der poststationären Netzwerkkoordination an der integrativen Psychiatrie Winterthur. Bei diesem Projekt werden Patienten und Patientinnen über den Austritt hinaus intensiv sozialarbeiterisch begleitet. Dabei wird der Patient oder die Patientin beim Aufbau und Erhalt des sozialen Netzwerkes unterstützt. Im Rahmen dieser Studie werden zur Überprüfung der Wirksamkeit einer netzwerkorientierten Begleitung von Psychiatriepatienten und -patientinnen (die in der vorliegenden Arbeit bezeichnete *klinischen Stichprobe*) zu drei verschiedenen Messzeitpunkten Daten erhoben. Die für diese Arbeit relevanten Daten stammen aus dieser Erhebung zum Zeitpunkt t0 (während des stationären Aufenthalts resp. kurz nach Austritt). Für die Beantwortung der Fragestellung 4 wurde eine sogenannte *nicht klinische Stichprobe* gebildet, bestehend aus einer nach Alter und Geschlecht parallelisierten Gruppe von Menschen, welche sich zum Zeitpunkt der Erhebung nicht in einer psychiatrischen Behandlung befanden.

### 6. Untersuchungsmethoden

In diesem Kapitel folgen zunächst die Fragestellungen und die Hypothesen. Im Anschluss daran werden Erhebungsdesign, Stichproben, Instrumente und Auswertungsmethoden beschrieben.

#### 6.1 Fragestellungen und Hypothesen

##### Fragestellungen

1. Wie sind die psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe hinsichtlich Wohnform, Zivilstand, Elternschaft, ausserhäusliche Beschäftigung und Jahreseinkommen?
2. Wie sind die psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe bezogen auf die sozialen Netzwerke (Netzwerkgrösse, relativer Anteil der Sektoren)?
3. (a) Wie ist die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung der klinischen Stichprobe im Vergleich zur Normstichprobe?  
(b) Wie hoch ist die Zufriedenheit mit dieser sozialen Unterstützung?

4. Gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen der klinischen Stichprobe und der nicht klinischen Stichprobe bezüglich:

4.1 Wohnform, Zivilstand, Elternschaft, ausserhäusliche Beschäftigung und Jahreseinkommen?

4.2 sozialem Netzwerk (Gesamtzahl Personen, relativer Anteil der Sektoren an der Netzwerkgrösse)?

4.3 der subjektiven Wahrnehmung der sozialen Unterstützung?

4.4 der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung?

**Die für die Beantwortung der 4. Frage zu prüfenden Hypothesen lauten:**

4.1 a) Das Jahreseinkommen der klinischen Stichprobe ist kleiner als das der nicht klinischen Stichprobe.

4.1 b) Die klinische Stichprobe lebt im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe häufiger alleine.

4.1 c) Die klinische Stichprobe hat häufiger keine Kinder als die nicht klinische Stichprobe.

4.1. d) Die Personen der klinischen Stichprobe haben häufiger keine ausserhäusliche Beschäftigung im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe.

4.1. e) Die Personen der klinischen Stichprobe sind im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe seltener verheiratet/in einer Lebensgemeinschaft.

4.2 a) Die Netzwerke der klinischen Stichprobe weisen eine kleinere Gesamtzahl von Personen auf als die der nicht klinischen Stichprobe.

4.2 b) Der relative Anteil des Sektors Familie der klinischen Stichprobe ist im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe grösser.

4.2 c) Der relative Anteil des Sektors professionelle HelferInnen der klinischen Stichprobe ist im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe grösser.

4.2. d) Der relative Anteil des Sektors KollegInnen (Ausbildung/Beruf) der klinischen Stichprobe ist im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe kleiner.

4.2 e) Der relative Anteil des Sektors FreundInnen/Bekannte der klinischen Stichprobe ist im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe kleiner.

4.3 Die klinische Stichprobe nimmt subjektiv weniger soziale Unterstützung wahr als die nicht klinische Stichprobe.

4.4 Die klinische Stichprobe ist weniger zufrieden mit der sozialen Unterstützung als die nicht klinische Stichprobe.

## **6.2 Erhebungsdesign**

Die für die vorliegende Arbeit relevanten Daten der klinischen Stichprobe stammten von der Studie zu Poststationärer Netzwerkkoordination an der integrierten Psychiatrie Winterthur, bei der zu verschiedenen Zeitpunkten eine Reihe von Daten erhoben wurden. Die erste Datenerhebung fand mittels einer Reihe von Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen kurz nach Beginn des stationären Aufenthalts statt. Diese Datenerhebung wurde von Assessorinnen der Studie durchgeführt und koordiniert: ein Teil der Fragebogen wurde – sowohl von der Behandlungs- als auch von der Kontrollgruppe – im Beisein der Assessorin, ein anderer Teil auf der Station ausgefüllt. Das Fremdrating erfolgte durch Pflegende, Ärzte und Psychologen, die Erstellung der SPSS-Datei durch die Verfasserin dieser Arbeit. Die für die vorliegende Arbeit relevanten Daten stammten von dieser ersten Datenerhebung kurz nach Beginn des stationären Aufenthalts. Es waren dies die Daten bezüglich wahrgenommener sozialer Unterstützung (F-SozU) die Daten bezüglich Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung (MANSA, Items 6, 1, 14) und einige soziodemografische Daten aus dem CSSRI-EU (Items 1.1, 1.2, 2.5, 3.1, 4.2).

Ebenfalls zu Beginn des stationären Aufenthalts erstellten die Sozialarbeitenden für die poststationär Netzwerkkoordination gemeinsam mit allen Studienteilnehmenden der Behandlungsgruppe eine soziale Netzwerkkarte, welche für die vorliegende Arbeit zu Verfügung gestellt wurde.

Die Daten der nicht klinischen Stichprobe (F-SozU, MANSA, Teile des CSSRI-EU vgl. Anhänge A, B und C) stammten aus einer durch Parallelisierung gebildeten Vergleichsgruppe. Für jeden Teilnehmenden der Behandlungsgruppe der klinischen Stichprobe wurde nach den Kriterien Alter ( $\pm 2$  Jahre) und Geschlecht und unter der Berücksichtigung der unter 6.3 beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien aus dem erweiterten Bekanntenkreis der Verfasserin dieser Arbeit eine Vergleichsperson gesucht. Die Vergleichspersonen wurden mündlich über die Ausgangslage und das Ziel der Arbeit informiert (vgl. Anhang D)

## **6.3 Beschreibung der Stichprobe**

Die Studienpopulation setzte sich zusammen aus einer klinischen und einer nicht klinischen Stichprobe. Die klinische Stichprobe setzte sich zusammen aus Patientinnen und Patienten der integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw), welche zu Beginn des stationären

Aufenthalts die folgenden Einschlusskriterien erfüllten und eine Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Studie abgaben.

- der Eintritt war der 1., 2. oder 3. Eintritt innerhalb der letzten drei Jahre auf einer der vier Akutstationen der ipw
- Patient oder Patientin war urteilsfähig
- Alter  $\geq 18$  und  $\leq 64$
- GAF-Wert  $< 60$

Die Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF; vgl. Anh. F) basiert auf der Achse V des DSM-IV, einer Fremdbeurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus des Patienten oder der Patientin. Das als Expertenrating konzipierte Screening-Verfahren orientiert sich an einer Skala zum psychosozialen Funktionsniveau eines Patienten, unabhängig von dessen kulturellen Hintergrund sowie dem Schweregrad seiner Symptomatik (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 1998; Hall, 1995).

Patientinnen und Patienten, welche bei der Aufnahme bereits von einem Case Manager betreut wurden, in einer betreuten Wohnform/in Haft/Bewährung/Durchgangszentrum lebten, bei denen eine stationäre Anschlussbehandlung vorgesehen war oder Patientinnen und Patienten mit ungenügenden Deutschkenntnissen, die es erschwerten, bei den Fragebogen und Interviews verwertbare Daten zu liefern, wurden nicht in die klinische Stichprobe aufgenommen.

Die nicht klinische Stichprobe setzte sich zusammen aus Männern und Frauen, die mittels Faktoren Alter ( $\pm 2$  Jahre) und Geschlecht mit der klinischen Stichprobe parallelisiert wurden. Für diese Stichprobe in Frage kamen – entsprechend der klinischen Stichprobe – urteilsfähige, erwachsene Männer und Frauen, welche sich zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht in stationärer psychiatrischen Betreuung befanden und über genügend gute Deutschkenntnisse verfügten.

Bei der Planung dieser Arbeit konnte davon ausgegangen werden, dass von Anfang August 2011 bis Mitte April 2012 die Fragebogen-Daten von 60 Patienten oder Patientinnen – und demzufolge Netzwerkkarten von 30 dieser 60 Personen – vorliegen. Dementsprechend wurde mit einer nicht klinischen Stichprobe bestehend aus 30 Personen gerechnet. Diese Erwartungen wurden nicht erfüllt. Zum einen traten mehrere Personen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, bereits kurz nach Eintritt wieder aus und konnten daher nicht für

die Studie angefragt werden. Zum anderen tauchten – u.a. auch aufgrund der Instabilität der Patienten und Patientinnen – unerwartete Probleme bei der Durchführung der Assessments auf (Patienten waren aufgrund des Therapieprogramms schwer erreichbar, vereinbarte Termine wurden nicht eingehalten oder Assessments mussten abgebrochen und verschoben werden). Die Tatsache, dass die Assessments an zwei unterschiedlichen Standorten durchgeführt wurden (Klinik Schlosstal und Hard) führte zu unvorhergesehenem Mehraufwand. Aufgrund dieser Schwierigkeiten mussten zusätzliche Assessoren angestellt und eingearbeitet werden, wodurch sich die Anlauf-Phase bis zu einem reibungslosen Ablauf verlängerte. Die dieser Arbeit zugrundeliegende klinische Stichprobe bestand aus 43 Psychiatriepatienten oder -patientinnen (20 gehörten der Behandlungsgruppe und 23 der Kontrollgruppe an; vgl. Abb.1, S. 4). Von den 20 Personen der Behandlungsgruppe lagen bis Mitte April 18 Netzwerkkarten vor. Die nach Alter und Geschlecht parallelisierte nicht klinische Stichprobe bestand aus 19 Personen. Die Gesamtstichprobe ( $n=62$ ) setzte sich zusammen aus 61% Männern und 39% Frauen (klinische Stichprobe: 65% Männer, 35% Frauen). Das Alter dieser Personen verteilte sich über eine Spannweite von 39 Jahren von 21 bis 60, das Durchschnittsalter betrug 42 Jahre.

## **6.4 Instrumente**

Die Daten, auf welche sich die vorliegende Arbeit bei der Bearbeitung der Fragestellungen und Hypothesen stützte, stammten von einem Fremdbeurteilungsfragebogen (CSSRI-EU, Items 1.1, 1.2, 2.5, 3.1, 4.2, Anh. A), zwei verschiedenen Selbstbeurteilungsfragebogen (MANSA, Items 6, 12 und 14, Anh. B und F-SozU K-14, Anh. C) und grafischen Netzwerkkarten (Anh. G), welche gemeinsam mit den Studienteilnehmenden erhoben wurden. In den folgenden Abschnitten, werden diese Erhebungsinstrumente hinsichtlich theoretischem Hintergrund und Gütekriterien beschrieben.

Im Rahmen einer Präsentation dieser Studie wurden die Ergebnisse einer Gruppe von Personen der ipw, welche im Forschungsprojekt der poststationären Netzwerkkoordination involviert sind, präsentiert und diskutiert. Die Diskussion wurde auf Tonband aufgezeichnet und ist bei der Verfasserin dieser Arbeit erhältlich. Einzelne Aussagen der Diskussions teilnehmenden fließen in die Darstellung und die Interpretation der Ergebnisse ein.

### **6.4.1 Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Kurzform – F-SozU K-14**

Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung erfasst eindimensional die subjektive Überzeugung, wenn nötig Unterstützung aus dem Netzwerk zu erhalten und die Einschätzung,

bei Bedarf auf das soziale Umfeld zurückgreifen zu können (Fydrich, Sommer & Bähler, 2007). Als Grund für das Interesse an sozialer Unterstützung und der Ausarbeitung eines Fragebogens nennen Fydrich et al. (2009, S. 45) die Funktion der sozialen Unterstützung im Zusammenhang mit der Prävention von psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen und den günstigen Einfluss auf das Wohlbefinden und auf den Verlauf von Krankheiten. Weiter bezeichnen sie sich soziale Unterstützung als “wichtige Bewältigungsressource bei Belastungen und Erkrankungen“ (ebd., S. 45). Fydrich et al. definieren soziale Unterstützung als „das Ergebnis kognitiv-emotionaler Verarbeitung und Bewertung gegenwärtiger und vergangener sozialer Interaktionen“(ebd., S. 45). Dieses Ergebnis bestimmt für die Wahrnehmung und die Erwartung von Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk. Dieses Verständnis von sozialer Unterstützung ist die Grundlage für die Operationalisierung dieses Konstrukts.

Neben einer Langform mit 54 Items (F-SozU S-54) liegen Kurzformen mit 22 Items (F-SozU K-22) und 14 Items (F-SozU K-14) vor. Die Items bestehend aus Aussagen über soziale Kontakte, welche von den Probanden anhand einer 5-stufigen Likertskala von *trifft nicht zu* über *trifft eher nicht zu*, *trifft teilweise zu* und *trifft zu* bis *trifft genau zu* bewertet werden. Für die Auswertung werden entsprechende Skalenwerte von 1 (*trifft nicht zu*) bis 5 (*trifft genau zu*) gebildet.

Die Kurzform (F-SozU K-14) besteht aus 14 Items. Inhaltlich beziehen sich die Aussagen auf drei Bereiche sozialer Unterstützung (Fydrich et al., 2009, S. 45):

- *Emotionale Unterstützung* (von anderen gemocht und akzeptiert werden; Gefühle mitteilen können; Anteilnahme erleben), z.B. Item 8: Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.
- *Praktische Unterstützung* (praktische Hilfen bei alltäglichen Problemen erhalten können, zum Beispiel etwas ausleihen können, praktische Ratschläge erhalten, von Aufgaben entlastet werden), z.B. Item 9: Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für ich zu erledigen.
- *Soziale Integration* (zu einem Freundeskreis gehören; gemeinsame Unternehmungen durchführen; Menschen mit ähnlichen Interessen kennen), z.B. Item 14: Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.

Die Daten des FsozU können gemäss Handbuch (Fydrich et al., 2007, S. 35) wie folgt ausgewertet werden: Durch Aufsummieren der Itemantworten und Division durch die Zahl der bearbeiteten Items wurde ein Skalenwert gebildet und mit Hilfe einer Normtabelle (ebd., S. 117) dem entsprechenden Prozentrang zugeordnet. Der Vergleich mit einer Normstichprobe von 1731 Männern und Frauen zwischen 16 und 60 Jahren erlaubt eine Aussage darüber, inwiefern die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung von dieser Normstichprobe abweicht: ob die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung im Vergleich zur Normstichprobe unauffällig ist oder ob sie deutlich respektive sehr auffällig abweicht.

Bezüglich dem Gütekriterium der Reliabilität zeichnet sich der F-SozU K-14 durch eine interne Konsistenz (Chronbach's  $\alpha$ : 0.94) aus. Die Retest-Reliabilität liegt bei  $r=.96$ . (Fydrich et al., 2007, S. 44) Weiter weist der Fragebogen befriedigende bis sehr gute Itemstatische Kennwerte auf: Die Itemschwierigkeiten sind mit Werten zwischen .72 und .84 befriedigend, die Trennschärfe der Items liegt zwischen .55 und .76 und eine Faktorenanalyse (Eigenwertkriterium) bestätigt, dass alle Items auf einen einzigen Faktor laden, der 56.3% der Varianz aufklärte (ebd., S. 45). Die Konstruktvalidität ist aufgrund von Zusammenhängen mit soziodemografischen Daten gegeben: Die Ergebnisse von anderen Forschergruppen lassen sich mit dem F-SozU K14 rezipieren. Der F-SozU K14 korreliert beispielsweise negativ mit dem Ausmass psychopathologischer Belastung. Deutliche Zusammenhänge sind zwischen wahrgenommener Unterstützung und der Lebenszufriedenheit, assoziiert mit sozialen Kontakten (Zufriedenheit mit der Freizeit, Partnerschaft/Sexualität, Freunden/Bekanntem/Vewandten, Familienleben/Kindern, dem Leben insgesamt) festzustellen (Fydrich et al., 2009, S. 45-47). Der gesamte Fragebogen ist im Anhang C zu finden.

#### **6.4.2 Manchester Short Assessment of Quality of Life – MANSA, deutsche Fassung**

Priebe, Huxley, Knight und Evans (1999) legen mit diesem Selbstbeurteilungsfragebogen ein Instrument vor, der die Lebensqualität mit Fokus auf die Zufriedenheit mit dem Leben (insgesamt und in verschiedenen Bereichen) erfasst. Priebe et al. bezeichnen das Konstrukt Lebensqualität als einen wichtigen Faktor im Umgang mit einer psychischen Störung. Sie erachten dieses Konstrukt daher als ein wichtiges Outcome-Kriterium in der Evaluationsforschung. Bei der Entwicklung dieses Fragebogens lehnten sie sich an den Fragebogen *Lancashire Quality of Life Profile – LQLP* (Oliver, 1991) an. Wie der LQLP ist auch der MANSA zuverlässig, wenn es darum geht, Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen

oder verschiedenen Therapierichtungen aufzuzeigen oder Veränderungen abzubilden. Allerdings ist der MANSA mit einer Bearbeitungszeit von 5 Minuten wesentlich ökonomischer als der LQLP, für dessen Bearbeitung 30 Minuten aufgewendet werden müssen. Der MANSA ist daher gut geeignet, in eine grössere Testbatterie aufgenommen zu werden.

Der MANSA besteht aus 16 Items. 10 dieser Items werden anhand einer 7-stufigen Likertskala von *sehr unzufrieden* (Skalenwert 1), *unzufrieden* (Skalenwert 2), *weitgehend unzufrieden* (Skalenwert 3) über *teilweise unzufrieden/teilweise zufrieden* (Skalenwert 4) und *weitgehend zufrieden* (Skalenwert 5), *zufrieden* (Skalenwert 6) bis *sehr zufrieden* (Skalenwert 7) bewertet. 4 Items werden mit *Ja* oder *Nein* beantwortet. Die deutsche Übersetzung stammt von Röpcke und Linau (2000, nicht veröffentlicht; zit. nach Hemmerle, 2008).

Folgende Gütekriterien zeichnen den MANSA als ein valides und reliables Erhebungsinstrument aus: Die Korrelation der Werte der subjektiven Lebenszufriedenheit von MANSA und LQLP ergaben einem Wert von  $r = .83$  oder höher (Priebe et al., 1999, S. 9). Cronbach's Alpha für das Zufriedenheitsrating war  $.74$ . Die hohe Korrelation von MANSA und LQLP weisen auf eine gute Validität des MANSA hin. Ein weiterer Anhaltspunkt für die Validität des Fragebogens ist der Zusammenhang mit psychopathologischen Resultaten, so wie es auch beim LQLP festgestellt werden konnte und in der Literatur beschrieben wird. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang B abgebildet.

#### **6.4.3 Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory – CSSRI-EU**

Die deutsche Version des CSSRI-EU (Roick, Kilian, Matschinger, Bernert, Mory & Angermeyer, 2001) ist ein Standardinstrument des ZInEP-Projekts. Mit diesem Fremdrating-Instrument werden sozio-ökonomische Merkmale und psychiatrische Versorgungskosten in fünf verschiedenen Bereichen erfasst: (1) *Soziodemographisch Informationen* (Alter, Geschlecht, Familienstand), (2) *Ausbildung und Beschäftigung* (Schul- und Berufsausbildung, Beschäftigungsstatus, Arbeitsfähigkeit), (3) *Wohnsituation/Lebenssituation* (Lebensform, Wohnform, Veränderung der Unterbringung während der Beobachtungszeit), (4) *Einkommen* (Art und Höhe sozialer Unterstützung, Einkommen), (5) *Psychiatrische Vorgeschichte* (stationäre, teilstationäre, ambulante und komplementäre Versorgung; Polizei- und Justizkontakte, Art und Name der eingenommenen Medikamente, Dosierung, Zahl und Grösse der in der Apotheke abgeholten Medikamentenpackungen). Von diesem Instrument werden in der vorliegenden Arbeit folgende Daten ausgewertet: Personalstand, gesetzlicher Zivilstand (1.1), Elternschaft (1.2), Aktueller Beschäftigungsstatus (2.5, 2.6), Lebensum-

stände (3.1) und Einkommen (4.2). Der vollständige CSSRI-EU ist im Anhang A zu finden.

Die in der Arbeit verwendete Items des CSSRI-EU, welche mehr als zwei Kategorien aufwiesen, wurden für den Vergleich mit der nicht klinischen Stichprobe (Fragestellung 4.1) in zwei Kategorien zusammengefasst und umbenannt:

Tab. 1: Übersicht über die Zusammenfassung von Kategorien von Items des CSSRI-EU

CSSRI-EU	Zusammengefasst
<b>Personalstand (gesetzlicher Zivilstand)</b> 1=ledig/single, 2=verheiratet/Lebensgemeinschaft, 3=getrennt, 4=geschieden, 5=verwitwet, 6=unbekannt	<b>Zivilstand</b> 0=verheiratet/in Lebensgemeinschaft. 1=ledig/single, getrennt, geschieden, verwitwet
<b>aktueller Beschäftigungsstatus</b> 1=angestellt oder selbständige Tätigkeit, 2=ehrenamtliche Beschäftigung, 3=geschützter Arbeitsmarkt, 4=Schüler/In, 5=Student/In, 6= arbeitslos, 7=Hausfrau/-mann, 8=Rentner/in ohne Tätigkeit, 9=andere	<b>ausserhäusliche Beschäftigung ja, nein</b> 0=nein (ehrenamtliche Beschäftigung, ge- schützter Arbeitsmarkt, Schüler/In, Student/In, arbeitslos, Hausfrau/-mann, Rentner/in ohne Tätigkeit, andere) 1=ja (angestellt oder selbständige Tätigkeit)
<b>Lebensumstände</b> 1=alleine lebend, 2=mit Ehepartner/-in (mit/ohne Kinder), 3=mit Partner/-in, 4=mit Eltern, 5=mit anderen Verwandten, 6=mit ande- ren, 7=unbekannt	<b>Wohnform</b> 0=alleine (alleine lebend) 1=mit anderen (mit Ehepartner/-in (mit/ohne Kinder), mit Partner/-in, mit Eltern, mit anderen Verwandten, mit anderen)

#### 6.4.4 Soziale Netzwerkkarte

Die Erhebung der für diese Arbeit relevanten sozialen Netzwerk-Daten erfolgt mit einer Software namens easyNWK. Diese Software wurde am Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung der FH St.Pölten unter der wissenschaftlichen Leitung von Peter Pantucek und Sabine Sommer von Nikolaus Kells entwickelt und steht unter [www.easynwk.com](http://www.easynwk.com) zur freien Verfügung. Die Probanden und Probandinnen werden gefragt, mit welchen Personen sie im Kontakt stehen respektive wer ihnen wichtig sei in ihrem Leben. Gemeinsam mit den Probanden wird die Grafik am Computer erstellt: Die relevanten Personen werden entsprechend der Abbildung Seite 30 dieser Arbeit in die Sektoren FreundInnen/Bekannte, Familie, KollegInnen (Ausbildung/Beruf) und professionelle HelferInnen eingetragen. Der Abstand zur Ankerperson (Probanden/Probandinnen, Patienten/Patientinnen) in der Mitte

entspricht der emotionalen Nähe, die die Ankerperson zu dieser Person empfindet. Grundsätzlich wird nach Personen gefragt. Es kann vorkommen, dass Leute auf die Frage, wer ihnen wichtig sei im Leben, Tiere, Verstorbene oder transzendente Wesen (z.B. Gott) nennen. Diese werden ausserhalb des Kreises eingetragen. Für die Analyse der Netzwerkgrafik steht eine Funktion zu Verfügung, mit deren Hilfe die Kennzahlen in einer Excel-Datei dargestellt werden (ausführliche Beschreibung der Kennzahlen S. 41 und S. 42). Es sind dies: die gesamte Netzwerkgrösse und die Grösse der einzelnen Sektoren, Anzahl Brücken und Brückenpersonen, die Dichte insgesamt, pro Sektor und pro Horizont. Es können drei Horizonte (drei konzentrisch um den Mittelpunkt angelegte Kreise) eingeblendet werden, die für enge bzw. mittlere bzw. lockere Beziehungen stehen. Im Zusammenhang kann ein sogenannte Nähesumme oder Beziehungsgewicht für jeden einzelnen Sektor berechnet werden. In der Excel-Datei wird zudem der Name der Person mit der Starposition aufgeführt. Alle weiteren speziellen Positionen oder die Funktionalität bzw. Dysfunktionalität der Beziehungen werden im Gespräch mit der Ankerperson als Grundlage für eine netzwerkorientierte Beratung analysiert. Zu den Gütekriterien für dieses Instrument ist in der Literatur explizit nichts zu finden. Unter der Berücksichtigung, dass es sich um eine Momentaufnahme der Wahrnehmung des sozialen Netzwerks handelt ist zur Reliabilität dieses Instruments folgendes anzumerken: Alle Personen der Studie, die die Netzwerkkarten erheben, wurden geschult und haben die gleiche Vorgehensweise. Allerdings wurde keine Interraterreliabilität ermittelt. Die Validität des Instruments kann angenommen werden: Die Grafik stellt die subjektive Wahrnehmung des sozialen Netzwerks der Ankerperson dar. Für die vorliegende Arbeit relevant sind die Kennzahlen der Netzwerkgrösse sowie die Grösse der einzelnen Sektoren für die Berechnung des relativen Anteils der einzelnen Sektoren am Gesamtnetzwerk. Im Bezug auf die Reliabilität und die Validität dieses Instruments gibt es bis jetzt keine Test-Kennzahlen.

## **6.5 Auswertungsmethode**

Die Analyse der Daten erfolgte mit dem statistischen Auswertungsprogramm SPSS (Statistical Product and Service Solution, Inc., Chicago, IL USA, Version 19.0, 2011). Das Signifikanzniveau wurde für alle Berechnungen auf  $p = .05$  festgesetzt. Bezüglich fehlender Messwerte wurde gemäss den Empfehlungen im Handbuch des FsozU (Fydrich et al., 2007, S. 39) festgelegt, dass maximal zwei fehlende Messwerte zugelassen werden. Bei den übrigen Berechnungen (MANSA) wurden keine fehlenden Messwerte zugelassen. Die

Auswertung und Analyse der sozialen Netzwerkkarten erfolgte mit der Software easyNWK (Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung, St.Pölten, A).

### **6.5.1 Psychosoziale Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe**

Für die deskriptive Darstellung der Psychosozialen Lebensbedingungen (Daten aus dem CSSRI-EU; Fragestellung 1) und der subjektiven Wahrnehmung der sozialen Unterstützung (Daten des FsozU; Fragestellung 3a) wurden Häufigkeiten (in Prozent) berechnet.

Für die Darstellung der psychosozialen Lebensbedingungen hinsichtlich der sozialen Netzwerke (Daten aus den Netzwerkkarten; Fragestellung 2) wurden sowohl von der Gesamtanzahl der Personen im Netzwerk wie von der Anzahl Personen pro Sektor Mittelwerte und Standardabweichungen ermittelt. Für die relativen Anteile der einzelnen Sektoren am Gesamtnetzwerk wurden Häufigkeiten berechnet. Mittelwerte und Standardabweichungen wurden ebenfalls für die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung (MANSA; Fragestellung 3b) errechnet.

### **6.5.2 Unterschied der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe bezüglich verschiedenen psychosozialen Lebensbedingungen**

Für die Beantwortung der Hypothesen hinsichtlich des Unterschieds von psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe (Fragestellung 4.1) wurden die dichotomen Variablen (Zusammenfassung der Kategorien vgl. Kap. 6.4.3) in einer Vierfeldertafel dargestellt und mit dem  $\chi^2$ -Test nach Pearson (Field, 2009, S. 691) untersucht. Die drei Kategorien der Variable *Jahreseinkommen* wurden hierzu in zwei Kategorien zusammengefasst: unter 50000 sFr. und 50000 sFr. oder mehr. Als Voraussetzung für die Verwendung des  $\chi^2$ -Tests (Field, 2009, S. 691) galt: Nominaldaten, Unabhängigkeit der einzelnen Beobachtungen, jede untersuchte Einheit musste eindeutig einer der beiden Merkmalsalternativen zugeordnet werden können und maximal 20% der Zellen sollte eine erwartete Häufigkeiten von kleiner als 5 aufweisen. Falls mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit von 5 aufwies, wurden die Resultate mit dem Exakten Test nach Fisher (Field, 2009, S. 690) interpretiert.

Für die Prüfung der Hypothesen zum Unterschied der klinischen und der nicht klinischen Stichproben hinsichtlich der Gesamtzahl der Personen in den sozialen Netzwerken und der Anzahl Personen je Sektor (Fragestellung 4.2), wurden die Mittelwerte mit dem T-Test für unabhängige Stichproben untersucht. Um das Ausmass der Mittelwertunterschiede aufzu-

zeigen, wurde die Effektstärke  $d$  berechnet. Diese macht eine von der Grösse der Stichprobe unabhängige Aussage über die Ausprägung der Mittelwertunterschiede. Es wurde die Einteilung von Cohen (1988) übernommen, der bei einer Effektstärke von  $\pm 0.2$  von einer kleinen, bei der Effektstärke von  $\pm 0.5$  von einer mittleren und bei einer Effektstärke von  $\pm 0.8$  von einer starken Ausprägung spricht. Die Voraussetzungen für den T-Test mit intervallskalierten Daten: Unabhängigkeit der Daten, Varianzhomogenität und Normalverteilung (Field, 2009, S. 326).

Überall dort, wo die Normalverteilung der Daten als Voraussetzung für den T-Test nicht gegeben war, wurden mit den Daten eine Rangtransformation (Field, 2009, S. 153-155) durchgeführt: Gesamtzahl der Personen im Netzwerk, relativer Anteil Sektor Familie, relativer Anteil Sektor professionelle HelferInnen, relativer Anteil Sektor KollegInnen und subjektive Wahrnehmung der sozialen Unterstützung. Wenn die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht gegeben war, wurde der modifizierte T-Test nach Welch angewendet. Dies war bei folgenden Variablen der Fall: relativer Anteil FreundInnen/Bekannte, relativer Anteil KollegInnen, subjektive Wahrnehmung der sozialen Unterstützung, Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung.

Die Hypothesen zum Unterschied der subjektiven Wahrnehmung der sozialen Unterstützung und der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung (Fragestellungen 4.3 und 4.4) zwischen der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe wurden ebenfalls die Mittelwerte (Mittelwerte des FsozU, Mittelwerte der Daten aus dem MANSA) mit einem T-Test für unabhängige Stichproben verglichen. Für eine Aussage über das Ausmass des Unterschieds wurde die Effektstärke  $d$  hinzugezogen.

## **7. Darstellung der Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Resultate zur Beantwortung der Fragestellungen und Überprüfung der Hypothesen dargestellt. Als erstes werden in Form einer qualitativen Einzelfallanalyse beispielhaft die psychosozialen Lebensbedingungen zweier Personen der klinischen Stichprobe mit Fokus auf das soziale Netzwerk dargestellt, wobei alle Angaben, die eine Identifizierung der Personen durch Dritte zulassen würden, verändert worden sind. Es folgen die Darstellung der psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe und die Darstellung der psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe im Vergleich.

## 7.1 Qualitative Einzelfallanalysen von zwei sozialen Netzwerken

Die in der Abbildung 8 dargestellte Netzwerkkarte stammt von einem 27jährigen Mann, gelernter Schreiner. Er war zum Zeitpunkt der Erhebung nicht berufstätig. Er hatte keine Kinder, lebte alleine, war ledig und hatte ein Jahreseinkommen von weniger als 50000 sFr. Im Rahmen des Projektes der poststationären Netzwerkkoordination wurde die folgende Karte zusammen mit dem für ihn zuständigen Sozialarbeiter zu Beginn der dreimonatigen, netzwerkfokussierten Begleitung erhoben.

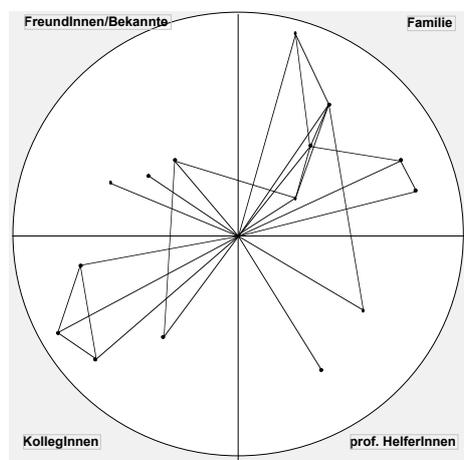


Abb. 8 : Soziale Netzwerkkarte eines 27jährigen Patienten

Das soziale Netzwerk umfasste insgesamt 15 Personen. 40% (6 Personen) der sozialen Kontakte waren im Sektor Familie, 20% (3 Personen) im Sektor FreundInnen und Bekannte, 26.6% (4 Personen) im Sektor KollegInnen und 13.4% (2 Personen) im Sektor professionelle HelferInnen. Auffallend war, auch im Vergleich zu seinem parallelisierten Partner (vgl. Anhang G, Vergleich Nummer 15), wie klein die Gesamtzahl der Personen im sozialen Netzwerk war. Alle Sektoren waren besetzt. Die rechte Hälfte der Netzwerkkarte mit den Sektoren Familie und professionelle HelferInnen war mit 8 Personen fast gleich besetzt wie die beiden Sektoren KollegInnen und FreundInnen/Bekannte mit 7 Personen. Der Patient gab an, dass er im Mittel recht viel soziale Unterstützung wahrnahm (auf einer Skala von 1-5 liegt seine durchschnittliche Wahrnehmung der sozialen Unterstützung bei 4.07). Diese Wahrnehmung unterschied sich nicht von der Normstichprobe (vgl. Kap. 6.4.1). Die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung lag auf einer Skala von 1-7 bei 4 (*teilweise zufrieden/teilweise unzufrieden*; vgl. 6.4.2). Im Laufe der dreimonatigen Begleitung durch den Sozialarbeiter stellte sich heraus, dass das soziale Netzwerk nicht in dem Mass unterstützend war, wie aufgrund der Ausgewogenheit der Sektoren auf den ersten

Blick zu vermuten war und wie vom Patienten selbst subjektiv wahrgenommen wurde. Nach Austritt aus der Klinik zog der Mann mit einem Bekannten und einer Bekannten, die er in einer therapeutischen Einrichtung kennen gelernt hatte und die eine ähnliche Problematik hatten wie er, zusammen, und er bekam auch kurz darauf eine Arbeit als Schreiner. Innerhalb der dreimonatigen Begleitung wurde ihm in der Probezeit gekündigt, mit seinen Wohnpartnern gab es Probleme und er löste die Wohngemeinschaft wieder auf. Nach Aussagen des Sozialarbeiters lag es vor allem an seiner psychischen Instabilität, dass es in den Bereichen Arbeit und Wohnen nicht geklappt hatte. Der gesamte linke Bereich des sozialen Netzwerks war in der sich anbahnenden krisenhaften Entwicklung nicht vorhanden, die familiären Beziehungen – obwohl sich nach Angaben des Sozialarbeiters vor allem die Geschwister um den Betroffenen kümmerten – stellten sich im Laufe der Begleitung als sehr angespannt heraus und es konnten in der kurzen Zeit keine tragenden neuen Beziehungen aufgebaut werden. Der Sozialarbeiter erklärte sich den Ausfall des Sektors KollegInnen damit, dass diese Kontakte aus einer Zeit stammten, als der Patient noch psychisch stabil und über die Arbeit integriert war. Zum Zeitpunkt der Diskussion mit den Fachleuten der ipw war dieser Mann wieder stationär zur Stabilisierung in einer psychiatrischen Klinik.

Die folgend abgebildete Netzwerkkarte (Abb. 9) stammt von einer 51jährigen Frau, gelernte Hotelfachangestellte aus Dänemark, Mutter von zwei erwachsenen Söhnen. Sie hatte zum Zeitpunkt der Erhebung der psychosozialen Lebensbedingungen keine ausserhäusliche Beschäftigung, lebte alleine, war geschieden von ihrem Ehemann und gab an, ein Jahreseinkommen von über 50000 sFr. zu Verfügung zu haben. Die zu Beginn der Begleitung gemeinsam mit der Sozialarbeiterin erhobene Netzwerkkarte sah folgendermassen aus:

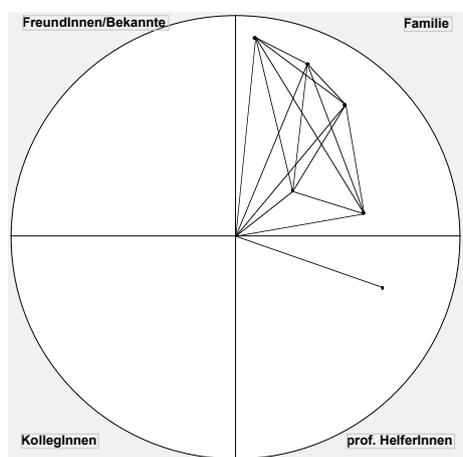


Abb. 9 : Soziale Netzwerkkarte einer 51jährigen Patientin

Dieses soziale Netzwerk umfasste zum Zeitpunkt der Erhebung 6 Personen bestehend aus familiären Beziehungen und einem professionellen Helfer. Der relative Anteil des Sektors Familie am gesamten Netzwerk beträgt 83.3% und der relative Anteil des Sektors professionelle HelferInnen 16.7%. Die Patientin gab an, subjektiv sehr wenig soziale Unterstützung wahrzunehmen (die Unterscheidung zur Normstichprobe ist sehr auffällig; vgl. Kap. 6.4.1) und war mit einem Mittelwert von 3.5 *weitgehend unzufrieden* damit (vgl. Kap. 6.4.2). Der ursprünglich einmal besetzte Sektor FreundInnen/Bekannte war durch die Scheidung (aufgrund einer Aussenbeziehung des Ehemanns, was für die sich damals in einer Krise befindenden Patientin gemäss der sie begleitenden Sozialarbeiterin als sehr kränkend, erniedrigend und verunsichernd erlebt wurde) von ihrem Ehemann vollständig weggebrochen – ob diese Personen den Kontakt unterbrochen hatten oder ob die Patientin selbst diese aufgrund der konfliktreichen Beziehung zu ihrem getrennt lebenden Ehemann abgebrochen hat, war für die Sozialarbeiterin unklar. Die Patientin selbst stellte die Situation so dar, dass diese Personen mit dem getrennt lebenden Ehemann zusammenspannen und gemeinsam schlecht über sie sprechen würden. Tatsache war, dass die Patientin sozial sehr isoliert war: Nach Angaben der Sozialarbeiterin lebten ein grosser Teil der Personen des Sektors Familie in Dänemark und die ursprünglich stützende Beziehung zum einen Sohn war nach einer Auseinandersetzung (als Folge eines Abgrenzungsversuchs des Sohnes) beinahe abgebrochen. Nach der Scheidung musste auch die Eigentumswohnung verkauft werden, laut der Sozialarbeiterin ein weiteres schwieriges Erlebnis, das bei der Patientin grosse Unsicherheit auslöste. Die Patientin erlaubte es nicht, dass die Sozialarbeiterin Kontakt zur Familie oder zum getrennt lebenden Ehemann aufnahm, was eine Intervention in Richtung Veränderung des sozialen Netzwerks erschwerte. Die Patientin konnte während der dreimonatigen Begleitung lediglich dazu bewegt werden, ihren Bruder in Dänemark zu besuchen, was aus Sicht der Sozialarbeiterin möglicherweise einen ersten Schritt aus der Isolation bedeutete.

## 7.2 Darstellung der psychosozialen Lebensbedingungen

### *Fragestellung 1:*

*Wie sind die psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe hinsichtlich Wohnform, Zivilstand, Elternschaft, ausserhusliche Beschäftigung und Jahreseinkommen?*

Die Psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe ( $n=43$ ) zeigten sich wie folgt:

Tab. 2: Psychosoziale Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe

Wohnform	alleine: 56%
	mit anderen: 44%
Zivilstand	verheiratet/in Lebensgemeinschaft: 15%
	ledig/single, getrennt, geschieden oder verwitwet: 85%
Elternschaft	ja: 52%
	nein: 48%
ausserhusliche Beschäftigung	ja: 52%
	nein: 48%
Jahreseinkommen	weniger als sFr. 35000: 52%
	sFr. 35000-50000: 17%
	über 50000: 31%

Von der klinischen Stichprobe lebt 56% alleine. 44% lebt mit anderen Menschen, d.h. mit Ehepartnern, Kindern, Lebenspartnern, Eltern, Verwandten oder anderen Personen zusammen. 15% der klinischen Stichprobe ist verheiratet oder in Lebensgemeinschaft, 85% ist ledig/single, getrennt, geschieden oder verwitwet. Von der klinischen Stichprobe hat 52% leibliche Kinder, 48% hat keine Kinder. 52% der Personen der klinischen Stichprobe geht einer ausserhusliche Beschäftigung nach: Sie sind entweder angestellt, gehen eine ehrenamtliche Beschäftigung nach, haben einen geschützten Arbeitsplatz oder sind in Ausbildung. 48% der Personen der klinischen Stichprobe hat keine ausserhusliche Beschäftigung. Von den Personen der klinischen Stichprobe haben 52% ein Jahreseinkommen von weniger als 35000 sFr. 17% haben ein Jahreseinkommen von 35000-50000 sFr., 31% haben ein Jahreseinkommen von über 50000 sFr.

### **Fragestellung 2:**

**Wie sind die psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe bezogen auf die sozialen Netzwerke?**

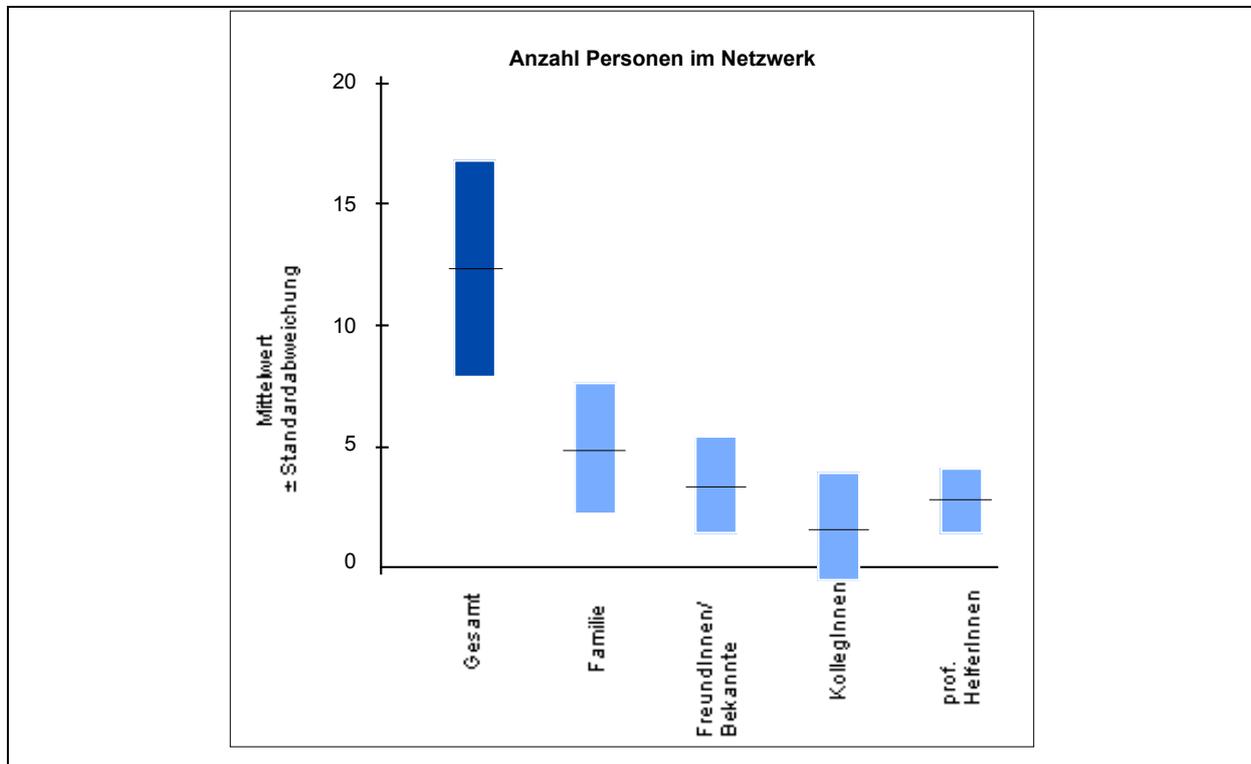


Abb. 10: Psychosoziale Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe: Anzahl Personen insgesamt und je Sektor im sozialen Netzwerk

Die sozialen Netzwerke der klinischen Stichprobe bestehen durchschnittlich aus 12.6 ( $\pm 4.9$ ), Personen. Diese Personen verteilen sich auf die Sektoren wie folgt: Sektor Familie: 5.1 ( $\pm 3.0$ ), Sektor FreundInnen/Bekannte: 3.2 ( $\pm 2.3$ ), Sektor KollegInnen: 1.5 ( $\pm 2.1$ ) und Sektor professionelle HelferInnen: 2.8 ( $\pm 1.3$ ) Personen.

Durchschnittlich beträgt der relative Anteil des Sektors Familie am Gesamtnetzwerk 39.98% ( $\pm 16.5$ ), der relative Anteil des Sektors FreundInnen/Bekannte 24.48% ( $\pm 14.8$ ), der relative Anteil des Sektors KollegInnen 11.17% ( $\pm 14.0$ ) und der relative Anteil des Sektors professionelle HelferInnen 24.36% ( $\pm 10.5$ ).

### **Fragestellung 3:**

**a) Wie ist die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung der klinischen Stichprobe im Vergleich zur Normstichprobe?**

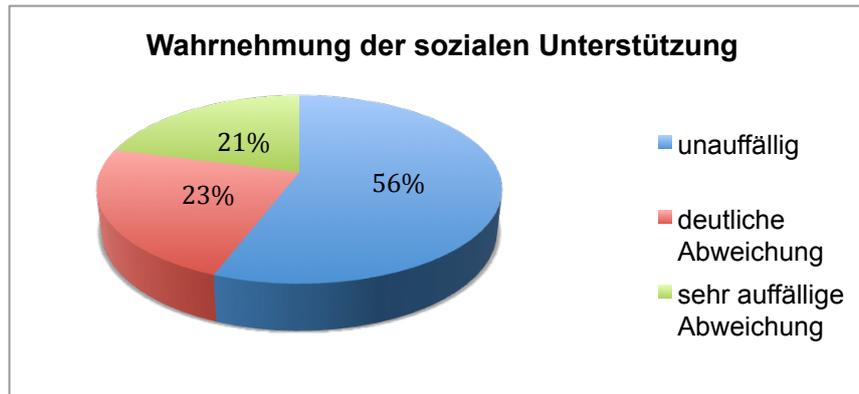


Abb. 11: Wahrnehmung der sozialen Unterstützung der klinischen Stichprobe im Vergleich zur Normstichprobe

56% der klinischen Stichprobe nimmt die soziale Unterstützung gleich wie die Normstichprobe bestehend aus 1731 Männern und Frauen zwischen 16 und 60 Jahren wahr. 23% der Personen der klinischen Stichprobe nehmen die soziale Unterstützung mit einer deutlichen Abweichung, 21% mit einer sehr auffälligen Abweichung von der Normstichprobe wahr.

***b) Wie hoch ist die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung?***

Die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung liegt durchschnittlich bei 4,2 ( $\pm 1.2$ ) was bedeutet, dass die klinische Stichprobe teilweise zufrieden (1=*sehr unzufrieden*, 7=*sehr zufrieden*; vgl. FsozU, Kap. 6.4.1) mit der sozialen Unterstützung ist.

**7.3 Überprüfung der Hypothesen zum Unterschied der psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe**

***Fragestellung 4:***

*Gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen der klinischen Stichprobe und der nicht klinischen Stichprobe bezüglich Wohnform, Zivilstand, Elternschaft, ausserhäuslicher Beschäftigung und Jahreseinkommen (4.1), sozialem Netzwerk (4.2), der subjektiven Wahrnehmung der sozialen Unterstützung (4.3) und der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung (4.4)?*

Es folgen die Resultate der überprüften Hypothesen:

**4.1. a) Das Jahreseinkommen der klinischen Stichprobe ist kleiner als das der nicht klinischen Stichprobe**

54 Personen haben diese Frage beantwortet. Von diesen 54 Personen haben 24 Personen (44.4%) ein Jahreseinkommen von 50000 sFr. und mehr und 30 Personen (55.6%) haben ein Jahreseinkommen von weniger als 50000 sFr. Von den insgesamt 35 Personen der klinischen Stichprobe haben 31.4% (11 Personen) ein Jahreseinkommen von 50000 sFr. und mehr, während dies bei 68.4% (13 Personen) der nicht klinischen Stichprobe der Fall ist.

Tab. 3: Jahreseinkommen der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe im Vergleich

Jahreseinkommen	Stichprobe		
	klinisch	nicht klinisch	Total
bis 50000 sFr.	24 (68.6%)	6 (31.6%)	30 (55.6%)
50000 sFr. oder mehr	11 (31.4%)	13 (68.4%)	24 (44.4%)
Total	35 (100%)	19 (100%)	54 (100%)

Der Unterschied zwischen den beiden Stichproben bezüglich Jahreseinkommen kann als signifikant eingestuft werden ( $\chi^2=6.825$ ,  $df=1$ ,  $p=0.009$ ): Bei der klinischen Stichprobe ist der Anteil derjenigen, die ein Jahreseinkommen von über 50000 sFr. haben im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe signifikant kleiner. Bei der nicht klinischen Stichprobe ist der Anteil derjenigen, die ein Jahreseinkommen von weniger als 50000 sFr. haben im Vergleich zur klinischen Stichprobe signifikant kleiner.

**4.1 b) Die klinische Stichprobe lebt im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe häufiger alleine**

Von den 60 Personen, die diese Frage beantwortet haben, leben 24 Personen (40%) alleine und 36 Personen (60%) mit anderen Personen zusammen. Von den insgesamt 41 Personen der klinischen Stichprobe leben 56.1% (23 Personen) alleine, im Unterschied zur nicht klinischen Stichprobe, bei der 5.3% (1 Person) alleine lebt.

Tab. 4: : Wohnform der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe im Vergleich

Wohnform	Stichprobe		
	klinisch	nicht klinisch	Total
alleine	23 (56.1%)	1 (5.3%)	24 (40.0%)
mit anderen	18 (43.9%)	18 (94.7%)	36 (60.0%)
Total	41 (100%)	19 (100%)	60 (100%)

Der Unterschied zwischen den beiden Stichproben hinsichtlich der Wohnform kann als signifikant eingestuft werden ( $\chi^2=13.979$ ,  $df=1$ ,  $p\leq 0.000$ ). Bei der klinischen Stichprobe ist der Anteil derjenigen, die alleine leben mit 56.1% signifikant grösser im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe, bei welcher der Anteil derjenigen, die alleine leben bei 5.3% liegt.

#### **4.1 c) Die klinische Stichprobe hat häufiger keine Kinder als die nicht klinische Stichprobe**

61 Personen haben diese Frage beantwortet. Von diesen 61 Personen haben 30 Personen (49.2%) Kinder und 31 Personen (50.8%) keine. Von den insgesamt 42 Personen der klinischen Stichprobe haben 52.4% (22 Personen) Kinder, während von der nicht klinischen Stichprobe 42.1% (8 Personen) Kinder hat.

Tab. 5: Elternschaft der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe im Vergleich

Elternschaft	Stichprobe		
	klinisch	nicht klinisch	Total
nein	20 (47.6%)	11 (57.9%)	31 (50.8%)
ja	22 (52.4%)	8 (42.1%)	30 (49.2%)
Total	42 (100%)	19 (100%)	61 (100%)

Der Unterschied zwischen den beiden Stichproben bezogen auf die Elternschaft ist allerdings nicht signifikant ( $\chi^2=0.553$ ,  $df=1$   $p=0.457$ ). Die beiden Stichproben unterscheiden sich hinsichtlich der Anteile derjenigen, die keine Kinder haben, nicht signifikant.

#### **4.1. d) Die Personen der klinischen Stichprobe haben häufiger keine ausserhäusliche Beschäftigung im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe**

Von den 61 Personen, die diese Frage beantwortet haben, gehen 39 Personen (63.9%) einer ausserhäuslichen Beschäftigung nach und 22 Personen (36.1%) gehen keiner ausserhäuslichen Beschäftigung nach. Von den insgesamt 42 Personen der klinischen Stichprobe haben 47.6% (20 Personen) eine ausserhäusliche Beschäftigung, während von der nicht klinischen Stichprobe 100% eine ausserhäusliche Beschäftigung hat.

Tab. 6: ausserhäusliche Beschäftigung der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe

ausserhäusliche Beschäftigung	Stichprobe		
	klinisch	nicht klinisch	Total
nein	22 (52.4%)	0 (0%)	22 (36.1%)
ja	20 (47.6%)	19 (100%)	39 (63.9%)
Total	42 (100%)	19 (100%)	61 (100%)

Der Unterschied zwischen den beiden Stichproben bezüglich der Beschäftigung ist signifikant ( $\chi^2=15.567$ ,  $df=1$ ,  $p\leq 0.000$ ). Bei der klinischen Stichprobe ist der Anteil derjenigen, die keiner ausserhäuslichen Beschäftigung nachgehen signifikant kleiner im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe.

**4.1. e) Die Personen der nicht klinischen Stichprobe sind im Vergleich zur klinischen Stichprobe seltener verheiratet/in einer Lebensgemeinschaft**

Von den 59 Personen, die diese Frage beantwortet haben sind 17 Personen (28.8%) verheiratet/in einer Lebensgemeinschaft und 42 Personen (71.2%) ledig/single, getrennt, geschieden oder verwitwet. Von den insgesamt 40 Personen der klinischen Stichprobe sind 85% (34 Personen) nicht verheiratet/in einer Lebensgemeinschaft, während von der nicht klinischen Stichprobe 42.1% (8 Personen) nicht verheiratet/in Lebensgemeinschaft sind.

Tab. 7: Zivilstand der klinischen und der nicht klinischen Stichprobe

Zivilstand	Stichprobe		
	klinisch	nicht klinisch	Total
verheiratet/ in Lebensgemeinschaft	6 (15%)	11 (57.9%)	17 (28.8%)
ledig/single, getrennt, geschieden, verwitwet	34 (85%)	8 (42.1%)	42 (71.2%)
Total	40 (100%)	19 (100%)	59 (100%)

Der unterschiedliche Zivilstand der beiden Stichproben ist signifikant ( $\chi^2=11.555$ ,  $df=1$ ,  $p=0.001$ ). Bei der klinischen Stichprobe ist der Anteil derjenigen, die nicht verheiratet/in einer Lebensgemeinschaft sind signifikant grösser im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe.

**4.2 a) Die Netzwerke der klinischen Stichprobe weisen eine kleinere Gesamtzahl von Personen auf als die der nicht klinischen Stichprobe**

Tab. 8: Deskriptive Statistik: Gesamtzahl

	Stichprobengrösse	Mittelwert	Standardabweichung
klinische Stichprobe	18	12.61	4.98
nicht klinische Stichprobe	19	49.73	21.42

$t(32)=10.285$ ,  $p\leq 0.001$

In dieser Studie weisen die Personen der klinischen Stichprobe im Durchschnitt eine signifikant kleinere Gesamtzahl von Personen in ihrem Netzwerk auf als die Personen der nicht klinischen Stichprobe. Die Effektstärke ist mit  $d=3.382$  stark.

**4.2 b) Der relative Anteil des Sektors Familie der klinischen Stichprobe ist im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe grösser**

Tab. 9: Deskriptive Statistik: Relativer Anteil Sektor Familie

	Stichprobengrösse	Mittelwert	Standardabweichung
klinische Stichprobe	18	39.98	16.55
nicht klinische Stichprobe	19	27.92	7.16

$$t(30.5)=2.254, p=0.016$$

In dieser Studie weisen die Personen der klinischen Stichprobe im Durchschnitt einen signifikant grösseren relativen Anteil des Sektors *Familie* am Gesamtnetzwerk auf als die Personen der nicht klinischen Stichprobe. Die Effektstärke ist mit  $d=0.741$  stark.

**4.2 c) Der relative Anteil des Sektors professionelle HelferInnen der klinischen Stichprobe ist im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe grösser**

Tab. 10: Deskriptive Statistik: Relativer Anteil Sektor prof. HelferInnen

	Stichprobengrösse	Mittelwert	Standardabweichung
klinische Stichprobe	18	24.36	10.49
nicht klinische Stichprobe	19	3.37	3.22

$$t(35)=9.105, p\leq 0.001$$

In dieser Studie weisen die Personen der klinischen Stichprobe durchschnittlich einen signifikant grösseren relativen Anteil des Sektors *professionelle HelferInnen* am Gesamtnetzwerk auf als die Personen der nicht klinischen Stichprobe. Die Effektstärke ist mit  $d=2.994$  stark.

**4.2. d) Der relative Anteil des Sektors KollegInnen (Ausbildung/Beruf) der klinischen Stichprobe ist im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe kleiner**

Tab. 11: Deskriptive Statistik: Relativer Anteil Sektor KollegInnen

	Stichprobengrösse	Mittelwert	Standardabweichung
klinische Stichprobe	18	11.17	14.00
nicht klinische Stichprobe	19	20.46	6.78

$$t(26.5)=2.979, p=0.007$$

In dieser Studie weisen die Personen der klinischen Stichprobe im Durchschnitt einen signifikant kleineren relativen Anteil des Sektors *KollegInnen* am Gesamtnetzwerk auf als die Personen der nicht klinischen Stichprobe. Die Effektstärke mit  $d=0.979$  ist stark.

**4.2 e) Der relative Anteil des Sektors FreundInnen/Bekannte der klinischen Stichprobe ist im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe kleiner**

Tab. 12: Deskriptive Statistik: Relativer Anteil Sektor FreundInnen/Bekannte

	Stichprobengrösse	Mittelwert	Standardabweichung
klinische Stichprobe	18	24.48	14.78
nicht klinische Stichprobe	19	48.23	7.71

$$t(25.3)=6.076, p\leq 0.001$$

In dieser Studie weisen die Personen der klinischen Stichprobe im Durchschnitt einen signifikant kleineren relativen Anteil des Sektors *FreundInnen/Bekannte* am Gesamtnetzwerk auf als die Personen der nicht klinischen Stichprobe. Die Effektstärke ist mit  $d=1.998$  ist stark.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die sozialen Netzwerke der beiden Stichproben hinsichtlich der relativen Anteile der einzelnen Sektoren signifikant unterscheiden:

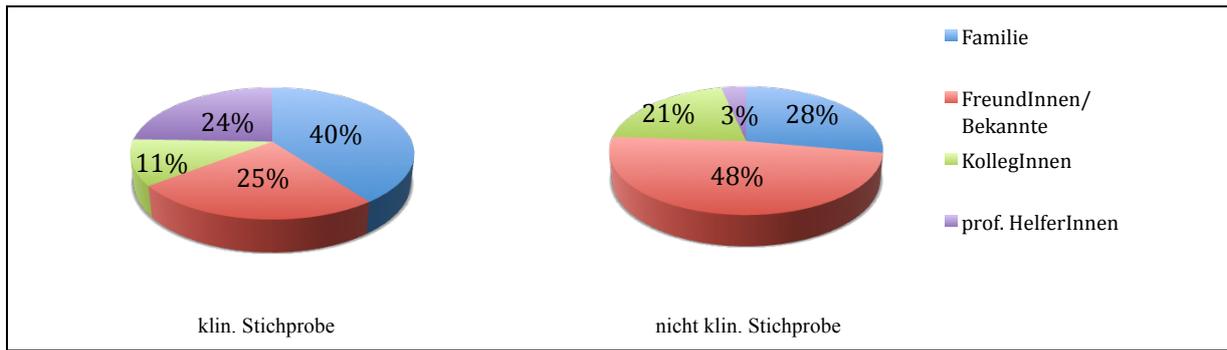


Abb. 12: Relative Anteile der Sektoren der beiden Stichproben im Vergleich

**4.3 a) Die klinische Stichprobe nimmt subjektiv weniger soziale Unterstützung wahr als die nicht klinische Stichprobe**

Tab. 13: Deskriptive Statistik: subjektive Wahrnehmung der sozialen Unterstützung

	Stichprobengrösse	Mittelwert	Standardabweichung
klinische Stichprobe	43	3.49	0.98
nicht klinische Stichprobe	19	4.58	0.37

$$t(49.9)=5.966, p\leq 0.001$$

In dieser Studie nehmen die Personen der klinischen Stichprobe subjektiv durchschnittlich signifikant weniger soziale Unterstützung wahr als die Personen der nicht klinischen Stichprobe. Die Effektstärke ist mit  $d=1.643$  stark.

**4.3 b) Die klinische Stichprobe ist weniger zufrieden mit der sozialen Unterstützung als die nicht klinische Stichprobe**

Tab. 14: Deskriptive Statistik: Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung

	Stichprobengrösse	Mittelwert	Standardabweichung
klinische Stichprobe	42	4.26	1.25
nicht klinische Stichprobe	19	5.96	0.44

$$t(56.9)=7.781, p\leq 0.001$$

In dieser Studie sind die Personen der klinischen Stichprobe im Durchschnitt signifikant zufriedener mit der sozialen Unterstützung als die Personen der nicht klinischen Stichprobe. Die Effektstärke mit  $d=2.151$  ist stark.

## **8. Diskussion**

Das Ziel dieser Studie war, psychosoziale Lebensbedingungen von psychiatrischen Patienten und Patientinnen, und darüber hinaus deren soziale Netzwerke, die subjektive Wahrnehmung von sozialer Unterstützung und die Zufriedenheit mit dieser Unterstützung zu erfassen mit Personen, die nicht von einer psychischen Störung betroffen waren, zu vergleichen. Dieses Kapitel beginnt mit der Interpretation der Ergebnisse und der Beantwortung der Fragestellungen und schliesst mit einer Methodenkritik und weiterführenden Überlegungen.

### **8.1 Beantwortung der Fragestellungen und Interpretation der Ergebnisse**

Folgend werden die dieser Arbeit zugrundeliegenden Fragen und Hypothesen beantwortet und auf dem Hintergrund des theoretischen Teils und den Aussagen von Fachpersonen der ipw (vgl. Kap. 6.4) interpretiert und diskutiert.

Die psychosozialen Lebensbedingungen der klinischen Stichprobe (Frage 1) präsentieren sich wie folgt: Die in dieser Arbeit untersuchten Psychatriepatienten und -patientinnen leben im Durchschnitt vorwiegend alleine und sind zum Zeitpunkt der Befragung mehrheitlich nicht (oder nicht mehr) verheiratet oder in Lebensgemeinschaft. Mehr als die Hälfte der befragten Personen hat leibliche Kinder. Sie gehen mehrheitlich keiner ausserhäuslichen Beschäftigung nach und haben überwiegend weniger als 50000 sFr. Jahreseinkommen zur Verfügung. Für den Vergleich der klinischen mit einer nicht klinischen Stichprobe wurde die Frage gestellt, ob sich diese beiden Gruppen hinsichtlich dieser psychosozialen Lebensbedingungen unterscheiden (Frage 4.1). Die für die Beantwortung dieser Fragestellung relevanten Hypothesen konnten mit Ausnahme von einer – der Hypothese bezüglich Elternschaft – alle bejaht werden: Das Jahreseinkommen der klinischen Stichprobe ist durchschnittlich signifikant kleiner als das der nicht klinischen Stichprobe (Hypothese 4.1 a). Die klinische Stichprobe lebt im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe im Durchschnitt signifikant häufiger alleine (Hypothese 4.1 b), ist signifikant seltener verheiratet/in einer Lebensgemeinschaft (Hypothese 4.1 e) und geht signifikant weniger häufig einer ausserhäuslichen Beschäftigung nach (Hypothese 4.1 d). Die Hypothese 4.1 c, wonach die klinische Stichprobe häufiger als die nicht klinische Stichprobe keine Kinder hat, muss

falsifiziert werden: Bezüglich Elternschaft ist zwischen den beiden Stichproben kein signifikanter Unterschied festzustellen.

Die Tatsachen, dass die in dieser Studie befragten Psychatriepatienten und -patientinnen häufig alleine leben und keiner ausserhuslichen Beschäftigung nachgehen – ob als Angestellte, Selbständige, im Rahmen eines geschützten Arbeitsplatzes, einer ehrenamtlichen Tätigkeit oder einer Ausbildung – deutet darauf hin, dass diese Personen im Verhältnis zur Vergleichsstichprobe deutlich weniger Gelegenheiten zu sozialen Kontakten haben, was sich auch in der im Vergleich mit der nicht klinischen Stichprobe deutlich kleineren Gesamtzahl Personen (vgl. Diskussion Fragestellung 4.2 weiter unten) im sozialen Netzwerk zeigt. Diese Resultate sind vor allem vor dem Hintergrund der im ersten Teil aufgeführten Grundannahmen, wonach Menschen grundsätzlich soziale Wesen, mit sowohl biologischen als auch psychologischen Bedürfnissen sind, welche vorwiegend über soziale Beziehungen befriedigt werden können brisant, und für die Entwicklung von unterstützenden Massnahmen – wie beispielsweise im Projekt der Poststationären Netzwerkkoordination (vgl. Kap.1.1) für psychisch kranke Menschen bedeutsam. In funktionalen zwischenmenschlichen Kontakten können Bedürfnisse nach Sicherheit (Orientierung, Kontrolle, Kompetenz), nach Zugehörigkeit (Bindung, Zuwendung, Anerkennung, Selbstwertstabilisierung- und Erhöhung) und nach angenehmen Gefühlen befriedigt bzw. unangenehme Gefühle vermieden werden. Krisenhaft erlebte Situationen werden so weit wie möglich mit eigenen Ressourcen bewältigt und wenn nötig können fremde Ressourcen mobilisiert und damit soziale Unterstützung erfahren werden: Je mehr soziale Beziehungen bestehen – je grösser das soziale Netzwerk ist – desto grösser ist die Anzahl potentieller HelferInnen. Mit einem grösseren sozialen Netzwerk vergrössert sich einerseits die Diversität dieser fremden Ressourcen, andererseits besteht über die Personen im eigenen sozialen Netzwerk ein Zugang zu deren Netzwerken und damit zu weiteren Ressourcen und Informationen: Je grösser ein soziales Netzwerk ist, desto besser kann es die Brückenfunktion (vgl. Kap. 4.2, S. 33) wahrnehmen, Mikro- und Makrosystem miteinander verbinden und damit den reziproken Anpassungsprozess zwischen einer sich stetig verändernden Umwelt und eines sich entwickelnden Menschen unterstützen. Unter diesen Umständen und unter der Voraussetzung, dass psychische Grundbedürfnisse genügend gut befriedigt werden, führen Belastungen – z.B. krisenhaft erlebte Situationen oder Entwicklungsaufgaben – weniger zu einer vollständigen Destabilisierung und Entwicklung einer psychischen Störung.

Bei der Interpretation der signifikant unterschiedlichen Höhe des Jahreseinkommens stellt sich die Frage, inwiefern ein kleines Budget, wie es bei der Mehrheit der klinischen Stichprobe der Fall ist, die Entwicklung und Aufrechterhaltung von schützenden und unterstützenden sozialen Beziehungen erschwert. Die Pflege von sozialen Beziehungen geht oftmals über gemeinsame Unternehmungen (Ausflüge, Reisen, kulturelle Veranstaltungen, auswärts essen/trinken) und es kann vermutet werden, dass ein geringes Einkommen diesbezüglich Grenzen setzt und nur schon die Finanzierung einer Reise zum entfernt wohnenden Bekannten ein Hindernis für die Aufrechterhaltung eines Kontakts darstellt. In diesem Sinne begünstigen respektive beeinträchtigen sich das ökonomische und das soziale Kapital gegenseitig (vgl. Kap. 4.2.1) Weiter ist zu vermuten, dass Menschen mit geringen finanziellen Mitteln ihre Freizeit an Orten, die speziell für Menschen mit niedrigem Einkommen eingerichtet sind (z.B. Gassenküche, Treffpunkte von sozialpsychiatrischen Einrichtungen) verbringen und dort vor allem auf Menschen mit ähnlichen Problemen treffen, was der Zugang zu neuen Netzwerken erschwert und wenig zur Diversität von sozialen Kontakten beiträgt.

Aufgrund dessen, dass bezüglich Elternschaft kein Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen festgestellt werden konnte, kann angenommen werden, dass bei der klinischen wie bei der nicht klinischen Stichprobe ein Lebensentwurf mit Familie und Kindern besteht. Aus der Diskussion mit den Sozialarbeitenden ging allerdings hervor, dass bei vielen Eltern der klinischen Stichprobe kein Kontakt zu den eigenen Kindern besteht und diese oft nicht einmal auf der sozialen Netzwerkkarte erscheinen, weil im Laufe der Zeit – auch aufgrund der psychischen Erkrankung eines Elternteils – die Beziehung zerbrochen war. Die Sozialarbeitenden berichten allerdings auch, dass es sich bei den Kindern häufig nicht um „Wunsch Kinder“ handelt, die erkrankten Elternteile in die Familienplanung nicht einbezogen worden sind.

Klinische und nicht klinische Stichprobe unterscheiden sich hinsichtlich psychosozialer Lebensbedingungen also voneinander. Aufgrund der Theorie und der Datenlage liegt die Vermutung nahe, dass die Personen der klinischen Stichprobe aufgrund fehlender oder ungenügender positiver früher Beziehungserfahrungen diese Beziehungen nicht als Schutzfaktor erkennen konnten, was sich erschwerend auf die Entwicklung von Kompetenzen im Umgang mit Belastungen und der Befriedigung der oben genannten psychischen Grundbedürfnisse auswirkt. Da die beiden Stichproben nach Alter und Geschlecht parallelisiert worden sind, kann davon ausgegangen werden, dass sich die beiden Stichproben bezüglich

der entwicklungsbezogenen Lebensaufgaben in vergleichbaren Situationen befinden. Aufgrund der oben genannten Risikofaktoren darf vermutet werden, dass das Risiko einer Dekompensation bei ähnlich starken Belastungen im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe erhöht ist. Für eine eindeutige Aussage über diesen Zusammenhang sollten jedoch die beiden Stichproben grösser und die nicht klinische Stichprobe eine Zufallsstichprobe sein (vgl. Methodenkritik S. 75).

In diesem Zusammenhang schilderten die Sozialarbeitenden, wie schwierig es beispielsweise im Rahmen des Projekts der poststationären Netzwerkkoordination sei, Psychiatricpatienten und -patientinnen zu neuen positiven Beziehungserfahrungen und neuen Kontakten – beispielsweise über einen Beitritt in einen Verein – zu verhelfen: Auch wenn der Wunsch nach neuen sozialen Kontakten, nach der Ausübung einer bestimmten Tätigkeit im Verein da sei, brächten die Patienten oft den Mut nicht auf, einem Verein beizutreten. Sie sehen den Grund übereinstimmend darin, dass die Angst vor Fragen, vor Stigmatisierung, die Angst vor Beziehung und Nähe zu gross und die psychosoziale Hemmschwelle zu hoch sei. Weiter beobachten die Fachleute, dass vielen der Patienten und Patientinnen die Kraft für die Aufrechterhaltung und Pflege von sozialen Kontakten fehle, weil sie zu vielen ungelösten Problemen gegenüber stünden: Kontakt zu früheren Beziehungen wiederaufnehmen, neue Beziehungen aufbauen, Arbeit finden, Wohnsituation klären. Bezogen auf die Schwierigkeiten bezüglich sozialen Beziehungen kann angenommen werden, dass psychische Störungen den Aufbau und die Pflege zwischenmenschlicher Kontakte belasten und erschweren. Aus der Erfahrung der Fachleute der ipw anlässlich der Diskussion der Ergebnisse wurde bestätigt, dass der Aufbau und die Pflege einer Beziehung mit einem psychisch instabilen Menschen dem sozialen Netzwerk viel Wohlwollen abverlangt: So würden diese Beziehungen beispielsweise oft als anstrengend erlebt, weil sich die Gespräche nur um die Situation des psychisch kranken Menschen drehe und das Gefühl entstehe, mit den eigenen Bedürfnissen und Ansprüchen an eine Beziehung auf Augenhöhe zu kurz zu kommen. Die Gefahr, dass sich Menschen von psychisch instabilen Menschen zurückziehen sei auch aus diesen Gründen gross. Diese Umstände seien möglicherweise mitverantwortlich für die geringe Anzahl sozialer Kontakte, was sich in der Auswertung der Netzwerkkarten bestätigt.

Die sozialen Netzwerke der klinischen Stichprobe (Frage 2) bestehen im Durchschnitt aus 13 Personen. Dabei macht der Anteil des Sektors Familie mit 40% den grössten Teil aus, gefolgt von den Sektoren FreundInnen/Bekannte (25%), professionelle HelferInnen (24%) und KollegInnen (11%). Es wurde die Frage gestellt, ob sich die sozialen Netzwerke der

klinischen Stichprobe signifikant von den Netzwerken der nicht klinischen Stichprobe unterscheiden (Frage 4.2). Die für die Beantwortung dieser Frage aufgestellten Hypothesen konnten alle bejaht werden: Die Netzwerke der klinischen Stichprobe weisen durchschnittlich eine signifikant kleinere Gesamtzahl von Personen auf als die Netzwerke der nicht klinischen Stichprobe (Hypothese 4.2 a). Im Vergleich zur nicht klinischen Stichprobe sind die relativen Anteile der Sektoren Familie (Hypothese 4.2 b) und professionelle HelferInnen (Hypothese 4.2. c) der klinischen Stichprobe signifikant grösser und die relativen Anteile der Sektoren KollegInnen (Hypothese 4.2. d) und FreundInnen/Bekannte (Hypothese 4.2. e) signifikant kleiner. Die Zusammenhänge zwischen der Zugehörigkeit zur klinischen resp. zur nicht klinischen Stichprobe und der Anzahl Personen im gesamten Netzwerk resp. den relativen Anteilen der Sektoren am Gesamtnetzwerk sind alle stark.

Dass die relativen Anteile der Sektoren Familie und professionelle HelferInnen der klinischen Stichprobe signifikant grösser sind als die der nicht klinischen Stichprobe erstaunt nicht weiter. Es sind die beiden Sektoren, für deren Aufbau am wenigsten Eigenleistung im Sinne von „aktiver Beziehungsarbeit“ (Keupp, 2004; vgl. Kap. 4.2 S. 34) erbracht werden muss: Zum einen werden alle Menschen in eine Familie hineingeboren und obwohl auch Familienkontakte abgebrochen werden können, kann aufgrund der Daten vermutet werden, dass diese im Vergleich zu Freundes- und Kollegenbeziehungen doch relativ krisenresistent sind. Zum anderen haben die Patienten und Patientinnen der Studie Zugang zu psychosozialer Grundversorgung und somit zu professionellen Helfern und Helferinnen. Die beiden Sektoren machen im Durchschnitt 64% des gesamten Netzwerks aus. Im Gegensatz dazu machen die beiden Sektoren FreundInnen/Bekannte und KollegInnen zusammen durchschnittlich 36% des Gesamtnetzwerks aus (vgl. die im Anhang G dargestellten Netzwerkkarten). Die soziale Kontakte in den letztgenannten beiden Sektoren sind in hochindustrialisierten Gesellschaften keinesfalls gegeben, sondern müssen ständig neu erschaffen und gepflegt werden, was in einem schlechten psychischen Zustand eine besondere Herausforderung darstellt. Studien belegen, dass sich die Anzahl sozialer Kontakte von Psychiatriepatienten und -patientinnen kurz vor Klinikeintritt stark verringern, da sie sich bei einer Verschlimmerung der Krankheit sozial zurückziehen (vgl. Kap. 2, S. 7). Ergänzend dazu berichten die Sozialarbeitenden der ipw, sie stellten nach Austritt sogar einen weiteren sozialen Rückzug fest: und zwar aus Angst, dass es erneut zu einer krisenhaften Entwicklung kommen könnte. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Grundbedürfnisse und der daraus abgeleiteten Annahme, dass ein grosser Teil dieser Bedürfnisse in zwischenmenschlichen Kontakten befriedigt werden, führt diese Tendenz zum Rückzug und

unter Umständen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen. Diesem Rückzug entgegenzuwirken, ist eine wichtige Aufgabe der poststationären Netzwerkkoordination.

Wie in einem *circulus vitiosus* beeinflussen sich fehlende oder schwach besetzte soziale Netzwerke und psychische Störungen. Die psychische Krankheit beeinflusst die Art und Weise wie Beziehungen gepflegt werden und die Beziehung selbst negativ. Diese Beziehungen – resp. ihre mangelnde Verfügbarkeit – beeinflussen wiederum die Entwicklung der Krankheit. Die Kontakte zu ehemaligen Arbeitskollegen des unter 7.1 beschriebenen 27jährigen Patienten waren zunächst aus der Sicht des Patienten zwar vorhanden aber offenbar doch zu wenig stark, dass die ehemaligen Kollegen in der Krise für ihn da waren. Mit jedem Klinikaufenthalt, mit jedem Arbeitsplatz- und Wohnortswechsel wird die Pflege von Beziehungen nur schon durch die örtliche Distanz erschwert. Kleine Netzwerke mit geringer Diversität und sehr unterschiedlich starker Besetzung der einzelnen Sektoren - in der Art wie sie in der klinischen Stichprobe dieser Arbeit vorliegen - sind besonders gefährdet: Die Beziehungen konzentrieren sich auf wenige Personen, diese sind dementsprechend hoch belastet und gefordert, was das Risiko einer Überforderung und eines Rückzugs ihrerseits erhöht - was wiederum in einem an sich schon kleinen Netzwerk entsprechend schwerwiegende Folgen hat, wie das Beispiel des unter 7.1 beschriebenen Einzelfalls zeigt, wo die ansonsten unterstützende Beziehung der 51jährigen Patientin zu ihrem Sohn aufgrund von einer Auseinandersetzung unterbrochen wurde und ein ganzer Sektor (FreundInnen/Bekannte) wegbrach, da in diesem Sektor offenbar keine unabhängig vom geschiedenen Ehemann Beziehungen existierten. Geringe Diversität bedeutet am Beispiel des unter 7.1 beschriebenen Einzelfalls des 27jährigen Patienten auch, dass sich sein Freundes- und Bekanntenkreis aufgrund dessen, dass er sich immer wieder in therapeutischen Einrichtungen aufhält, immer mehr aus Leuten zusammensetzt, die eine ähnliche Problematik aufweisen wie er und eine hoffnungsvoll erscheinende Wohnlösung besonders schwierig ist und scheitern lässt.

Obwohl in der vorliegenden Arbeit die Qualität der Beziehungen in den sozialen Netzwerkkarten nicht erfasst wurde, kann festgestellt werden, dass etwas mehr als die Hälfte (56%) der klinischen Stichprobe soziale Unterstützung subjektiv ähnlich wahrnimmt, wie die Normstichprobe (Frage 3a). Aber bei 23% der klinischen Stichprobe weicht die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung deutlich und bei 21% sehr auffällig von der Normstichprobe ab. Das heisst, dass fast die Hälfte der klinischen Stichprobe subjektiv entweder

sehr viel oder sehr wenig soziale Unterstützung wahrnimmt. Weiter kann festgestellt werden, dass die klinische Stichprobe nur mittelmässig zufrieden mit dieser sozialen Unterstützung ist (Frage 3b). Dies im Unterschied zur nicht klinischen Stichprobe (Fragen 4.3 und 4.4), die subjektiv durchschnittlich signifikant mehr soziale Unterstützung wahrnimmt und im Durchschnitt signifikant zufriedener mit der sozialen Unterstützung ist (Hypothese 4.3). Diese Hypothese und die Hypothese 4.4 zur Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung können folglich beide bejaht werden. Der Effekt der Zugehörigkeit zur Stichprobengruppe auf die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung und auf die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung ist stark. Offenbar kann die nicht klinische Stichprobe auch diesbezüglich von der Diversität ihrer sozialen Netzwerke profitieren: Sie hat dadurch subjektiv den Eindruck, Zugang zu einer grossen Vielfalt von sozialer Unterstützung zu haben, wenn sie diese bräuchte. Dabei bewertet sie die potentielle Verfügbarkeit des sozialen Netzwerks positiv und hat sich offenbar einen *Möglichkeitsrahmen* (vgl. Kap. 4.2.3, S. 40) geschaffen, den sie nutzen und der ihrer Persönlichkeit angemessen ist. Dieses Vertrauen in und das Wissen um ein soziales Netzwerk unterstützt das Wohlbefinden und die Gewissheit, bei allfälligen krisenhaften Situationen nicht nur auf persönliche sondern vor allem auch auf netzwerkbezogene Ressourcen zurückgreifen zu können, was genau dem Gegenteil des oben beschriebenen *circulus vitiosus* – sozusagen einem *circulus benignus* – entspricht.

## 8.2 Methodenkritik und weiterführende Überlegungen

Hinsichtlich der Methodenkritik sind folgende Punkte auszuführen. Die Resultate beruhen auf einer relativ kleinen Stichprobe. Es ist zu vermuten, dass dies der Grund für die fehlende Normalverteilung der für die Beantwortung der Fragestellung 4.2 relevanten Variablen war: Zum einen nähert sich die Verteilung der Variablen einer Stichprobe mit wachsender Anzahl Messungen (Anzahl  $n$ ) der Normalverteilung (Diekmann, 1995, S. 402). Zum anderen kann davon ausgegangen werden, dass die Variablen *Gesamtzahl der Personen im sozialen Netzwerk* und *relativen Anteile der Sektoren*, wie viele andere Merkmale der Natur auch, die charakteristische Verteilungsform mit wenigen Extremwerten und einer grössten Häufigkeitsverteilung in der Mitte (Field, 2009, S. 19) aufweisen.

Weiter wurde die nicht klinische Vergleichsgruppe wohl nach Alter und Geschlecht mit der klinischen Stichprobe parallelisiert, es kann jedoch nicht von einer Zufallsstichprobe im eigentlichen Sinne gesprochen werden. Die Resultate können daher nicht verallgemeinert werden und beschränken sich auf die Personen der untersuchten beiden Stichproben.

Weiter flossen lediglich die Anzahl der Beziehungen in die Auswertung ein – die Qualität der Beziehungen (z.B. konflikthaft, zu nahe, zu weit entfernt) und die speziellen Positionen und Funktionen einzelner Netzwerkmitglieder wurden nicht miteinbezogen und sind lediglich bei der unter 7.1 beschriebenen Einzelfallanalyse ersichtlich. Hierfür wäre eine qualitative Forschung notwendig und interessant, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Frage, welche Art von soziale Kontakte die Betroffenen unterstützend respektive zufriedenstellend (vgl. Fragestellungen 4.3 und 4.4) empfinden würden. Es ist davon auszugehen, dass dies individuell sehr unterschiedlich ist (vgl. Kap. 2, S. 8). Diesbezüglich aufschlussreich wäre es auch zu erfahren, wie die Betroffenen von einem stationären Aufenthalt profitieren: versuchen sie mit einem Klinikaufenthalt möglicherweise einem zu engen sozialen Netz, das ihre Autonomie zu sehr einschränkt, zu entkommen oder lässt sich mit einem stationären Aufenthalt – zumindest vorübergehend – das Bedürfnis nach sozialen Kontakten, nach Beziehung stillen?

Eine weitere Frage wäre, inwiefern die unterschiedlichen sozialen Netzwerke mit den Persönlichkeitseigenschaften der betreffenden Personen zusammenhängen, um herauszufinden, ob verallgemeinerbare Indikatoren für ein funktionales soziales Netzwerk für die jeweiligen Persönlichkeitsdimensionen (z.B. mit dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar, Borkenau & Ostendorf, 2008) auszumachen sind: Es fällt auf, dass sich die Netzwerkkarten der nicht klinischen Stichprobe zum Teil erheblich unterscheiden, obwohl die jeweiligen Ankerpersonen (Kap. 4.3. S. 41) gleichermassen angeben, soziale Unterstützung zu erfahren und damit zufrieden zu sein.

Bezüglich der Geschlechterverteilung fällt auf, dass sich die klinische Stichprobe aus 65% Männern und 35% Frauen zusammensetzt. In der Diskussion mit den Fachleuten, wurde vermutet, dass dieser Unterschied zufällig sei. Allerdings beobachten die Sozialarbeitenden immer wieder, dass Frauen unter denselben schwierigen psychosozialen Umständen ihren Alltag tendenziell länger bewältigen können als Männer resp. den stationären Aufenthalt weiter hinausschieben. Auch Fydrich et al. (vgl. Kap. 4.2.2, S. 37) stellen fest, dass Frauen eher wechselseitige soziale Beziehungen und besseren Zugang zu sozialer Unterstützung bei grösserer Diversität von sozialen Netzwerken haben als Männer. Ob dies auch für die Frauen der Behandlungsgruppe zutrifft, kann aufgrund der kleinen Anzahl der Probandinnen nicht beantwortet werden. Allerdings wäre der genderspezifische Aspekt der Fähigkeit, soziale Netzwerke aufzubauen und zu erhalten, ein weiterer interessanter Untersuchungsgegenstand.

Vor dem Hintergrund der Theorie und der Empirie, sowie aus der Diskussion mit den Fachleuten der ipw anlässlich der Präsentation der Resultate dieser Arbeit kann festgestellt werden, dass die sozialarbeiterische, netzwerkfokussierte Begleitung von Psychatriepatienten und -patientinnen über den stationären Aufenthalt hinaus ein sinnvoller und vielversprechender Ansatz ist, um das Risiko eines Wiedereintritts in die Klinik zu verringern und um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, eine krisenhafte Phase im ambulanten Setting und mit der Unterstützung von sozialen Beziehungen eines breit abgestützten Netzwerks zu meistern. So werden beispielsweise gemeinsam mit den Patienten belastende aber auch unterstützende Beziehungen des Netzwerks identifiziert. Die Patienten werden bei der Veränderung und beim verstärkten Einbezug dieser Personen unterstützt mit dem Ziel, die unterstützende Funktion eines sozialen Netzwerks über die professionellen HelferInnen und Familienbeziehungen hinaus zu erweitern. Damit soll einerseits eine grössere Diversität erreicht werden, andererseits soll die Belastung, die die Unterstützung einer Person in einer Krise mit sich bringt, auf mehrere Personen verteilt werden, um die Funktionalität des Netzwerks auch dann zu gewährleisten, wenn eine Person für eine gewisse Zeit (z.B. Ferien, Krankheit, persönliche krisenhafte Situation) ausfällt.

Um zu prüfen, ob das Ziel– stationäre Aufenthalte zu umgehen oder zu verkürzen – mit der poststationären Netzwerkkoordination erreicht werden kann, muss die Evaluation des Projekts abgewartet werden. Allerdings zeichnet sich aufgrund von ersten Erfahrungen bereits ab, dass die Zeitdauer von drei Monaten für die Unterstützung bei der Beziehungsarbeit, das heisst für den Aufbau, die Erweiterung oder Veränderung und den Erhalt und die Pflege des Netzwerks zu kurz ist: allein der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patienten- und Patientinnen und den Sozialarbeitenden braucht mindestens einen Monat. Die Sozialarbeitenden berichten beispielsweise, dass es oft mehrere Wochen dauere, bis die Patienten ihnen einen Kontakt zu ihrem sozialen Netzwerk ermöglichen. Bei der unter 7.1 beschriebenen 51jährigen Frau erhielten sie die Erlaubnis auch nach drei Monaten nicht. Weiter zeigt es sich, dass gerade den Aufbau von neuen Beziehungen, aufgrund der oben beschriebenen psychosozialen Hemmschwellen, ein länger dauernder Prozess ist. In diesem Zusammenhang ist es auch problematisch, wenn die nach drei Monaten aufgebaute Beziehung zum Sozialarbeitenden abgebrochen werden muss, weil die durch das Projekt vorgesehene Zeitdauer abgelaufen ist. Wenn die Zusammenarbeit gut verläuft und ein Vertrauensverhältnis im Aufbau ist, kann diese Erfahrung von Beziehungsabbruch bisherige ähnliche Beziehungserfahrungen bestätigen. Auch reicht die kurze dreimonatige

Zeitdauer nicht, um die positiven Erfahrungen auch auf andere Beziehungen übertragen zu können.

So stellt sich die Frage, ob aufgrund der unter Kapitel 3 beschriebenen Annahmen über den Zusammenhang von mangelnder Grundbedürfnisbefriedigung und der Entwicklung von skriptgebundenen Verhaltens-, Fühl- und Denkweisen (vgl. Exkurs 3.2.3.1, S. 17), welche sich im Erwachsenenalter als dysfunktionale Bewältigungsmuster im Umgang mit krisenhaften Veränderungen zeigen und in Zusammenhang mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen gebracht werden können, die sozialpsychiatrische Begleitung an ihre Grenzen stösst? Vielmehr ginge es möglicherweise darum, diese früh erworbenen Muster in einer intensiven Psychotherapie zum einen zu reflektieren und einen bewussten Entscheid hinsichtlich Veränderung zu fällen. Eine längere therapeutische Begleitung ermöglicht andererseits korrigierende Beziehungserfahrungen, die dann im Idealfall auf die Beziehungen in den anderen Sektoren des Netzwerks übertragen werden können.

Die Sozialarbeitenden äusserten in der Diskussion die Vermutung, dass eine Schwierigkeit hinsichtlich der Veränderbarkeit von sozialen Netzwerken daher rühre, dass sich gerade chronisch kranke Patienten und Patientinnen mit ihrer psychischen Krankheit identifizieren und sich nicht vorstellen können, wie ein Leben ohne diese aussehen würde. In diesem Sinne beobachten sie immer wieder, dass die Bereitschaft, Veränderungen bezüglich des sozialen Netzwerks anzustreben, fehlt. In diesem Sinne ist es wichtig, sich bewusst zu sein, dass es sich lohnt, netzwerkorientierte Ansätze in die Prävention (z.B. Psychoedukation, Familienbegleitung) einfließen zu lassen.

Das Ziel dieser Arbeit, die psychosozialen Lebensbedingungen einer Gruppe von psychiatrischen Patienten und Patientinnen darzustellen und mit Personen, die nicht von einer psychischen Störung betroffen waren zu vergleichen, ist erreicht worden. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist fast ausschliesslich signifikant. Vor dem Hintergrund dieser Resultate, ähnlichen empirischen Ergebnissen aus anderen Studien und den theoretischen Überlegungen, ist der netzwerkfokussierte Ansatz für die Begleitung von Psychiatriepatienten und -patientinnen, so wie er im Projekt der poststationären Netzwerkkoordination umgesetzt wird, vielversprechend – insbesondere dann, wenn die in der Diskussion mit den Sozialarbeitenden vorgebrachten Schwierigkeiten und Vorbehalte in die Weiterentwicklung des Projekts einfließen werden.

## 9. Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Earlbaum.
- Auhagen, A. E., (2002). Zwischenmenschliche Beziehungen. In G. Wenninger (Hrsg.), *Lexikon der Psychologie, Bd.5*, (S. 57-58). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Becker, T., Thonicroft, G., Leese, M., McCrone, P., Johnson, S., Albert, M. & Turner, D. (1997). Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *British Journal of Psychiatry*, 171, 15-19.
- Becker, T., Leese, M., McCrone, P., Clarkson, P., Szmukler, G. & Thornicroft, G. (1998). Impact of community mental health service on users social network. *British Journal of Psychiatry*, 173, 404-408.
- Beels, C.C., Gutwirth, L. & Berkeley, J. (1984). Measurements of social support in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 399-411.
- Bergius, R. (2004). Bedürfnis. In H. O. Häcker & K.- H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl., S. 109-110). Bern: Verlag Hans Huber
- Berne, E. (1987). *Spiele der Erwachsenen*. Reinbek b. Hamburg. Rowohlt.  
(Original erschienen 1967: Games People Play)
- Bierhoff, H.-W. & Herner, M. J. (2002). *Begriffswörterbuch Sozialpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bonsack, C., Pfister, T. & Conus, T. (2006). Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *Encephale*, 32, 679-685.
- Bott, E. (2011). *Family and Social Network* (2nd ed.). London: Routledge.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). *Neo-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, Kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit* (S. 183-198). Göttingen: Schwartz.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol 2. Separation. Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung*. München: Kindler Verlag.  
(Original erschienen 1973: Attachment and loss. Vol. 2. Separation, Anxiety and Anger)
- Brisch, K. H. (2009). *Bindungsstörungen* (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Brodbeck, F. (2001). Soziometrie. In G. Wenninger (Hrsg.), *Lexikon der Psychologie, Bd.4*, (S. 212-213). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Bronfenbrenner, U. (1993). *Die Oekologie der menschlichen Entwicklung*. Frankfurt a. Main: Fischer.
- Brömme, N. & Strasser, H. (2002). Soziales Kapital. In G. Endruweit & Trommsdorff (Hrsg.), *Wörterbuch der Soziologie (2.Aufl.)* (S. 487). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Buchanan, J. (1995). Social support and Schizophrenia. A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 68-76.
- Camus, A. (o. J.). *goodreads* [On-line]. Available:  
<http://www.goodreads.com/quotes/show/158490>, Zugriff 03.03.2012
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H. & Underwood, L. G. (2000). Social relationship and health. In S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention* (pp. 3-28). Oxford: University Press.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1986). Personality stability and its implication for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 6, 407-423.
- De Swaan, A. (1990). *The Management of Normality: Critical Essays in Health and Welfare*. London: Routledge.
- Dickinson, D., Green, G., Hayes, C., Gilheany, B. & Whittaker, A. (2002). Social network and social support characteristic amongst individuals recently discharged from acute psychiatric units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 183-189.
- Diekmann, A. (2007). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (18. Aufl.). Hamburg: Rowohlt.
- Egger, J. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin*, 2, 3-12.
- English, F. (1971). Strokes on the Credit Bank. *Transactional Analysis Journal*, 1, 27-28.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experimental self-theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 165-192). New York: Guilford.
- Epstein, S. (1993). Implications of cognitive-experimental self-theory for personality and developmental psychology. In D. C. Funder, R. D. Parks, C. Tomlinson-Keasey & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time. Personality and development* (pp. 399-438). Washington DC: American Psychological Association.
- Faltenmaier, T., Mayring, Ph., Saup, W. & Strehmel, P. (2002). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Fischer, C. S. (1982). *To dwell among friends. Personal networks in town and city*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 1*, 43-47.
- Garmenzy, N. (1985). Stress-resistant children: the search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychology* (S. 213-233). Oxford: Pergamon.
- Gerhardter, G. (1998), Netzwerkorientierung in der Sozialarbeit. In Pantucek, P. & Vyslouzil, M. (Hrsg.). *Theorie und Praxis lebensweltorientierter Sozialarbeit* (S. 49-71). St. Pölten: sozaktiv.
- Gerrig, R.J. & Zimbardo, P.G. (2008). *Psychologie* (18. aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung und Kategorisierung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 33*, 241-258.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). *FAMOS Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Gstalter, H. (2000). Bedürfnis. In G. Weninger (Hrsg.), *Lexikon der Psychologie, Bd. 1*, (S. 186-188). Heidelberg. Spektrum Akademischer Verlag.
- Häcker, H. & Stapf, K.-H. (Hrsg.). (2004). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hall, A. & Wellman, E. (1985). Social networks and social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (S. 23-41). New York: Academic Press.
- Hall, R. (1995). Global assessment of functioning: a modified scale. *Psychosomatics, 36*, 267-275.
- Hammer, M., Maldesky-Barrow, S. & Gutwith, L. (1978). Social Networks and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 4*, 522-545.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Halle: Niemeyer.

- Hemmerle, M. J. (2008). *Vergleich der Wirksamkeit einer zweijährigen Intensivbetreuung von Schizophrenen mit frühem Erkrankungsbeginn mit einem Treatment-as-usual*. Unveröff. Dissertation. Medizinische Fakultät, Universität Duisburg.
- Henderson, A.S. (1998). Social Support: Its Present Significance for Psychiatric Epidemiology. In B. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, Stress and Psychopathology* (S. 390-397). Oxford: University Press.
- Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F. & Sulz, D. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch der Psychotherapie* (4. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Hüther, G. (2009). *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden* (9. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology, Vol. 1*. New York: Henry Holt and Company.
- Jansen, D. & Diaz-Bone, R. (2011). Netzwerkstrukturen als soziales Kapital. In Weyer, J. (Hrsg.), *Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung* (2. Aufl.) (S. 71-108). München: Oldenbourg.
- Kappelhoff, P. (2002). Netzwerk. In Endruweit, G. & Trommsdorff, G. (Hrsg.), *Wörterbuch der Soziologie* (S. 383-385). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Keupp, H. (1987). Soziale Netzwerke. Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs? In H. Keupp & B. Röhrle (Hrsg.), *Soziale Netzwerke* (S. 11-53). Frankfurt: Campus Verlag.
- Keupp, H. (2004). Soziale Netzwerke. In R. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.), *Handwörterbuch Psychologie [CD]* (S. 696-703). Weinheim: Beltz.
- Klinger, R. (2000). Biopsychosoziales Krankheitsmodell. In G. Wenninger (Hrsg.), *Lexikon der Psychologie, Bd.1*, (S. 238). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- List, E. (2009). *Psychoanalyse*. Wien: Facultas.
- Marks, I. (1987). *Fears, Phobias and Rituals: Panic, Anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Maslow, A. H. (1943) A Theory of Human Motivation. *Psychological Review* 50. 370-396.
- Maslow, A. H. (1967). A theory of metamotivation: The biological rooting of the value-life. *Journal of Humanistic Psychology*, 7, 93-127.
- Maslow, A. H., (1971) *The farther reaches of human nature* (2nd ed.). New York: Viking Press.
- McDougall, W. (1932). *The energies of men*. London: Methuen.

- Qin, P. & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalisation: Evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62, 427-432.
- Quitmann, H. (1996). *Humanistische Psychologie* (3. überarbeitete u. erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Rogoll, R. (1976). *Nimm dich, wie du bist* (37. überarbeitete Aufl.). Freiburg: Herder Spektrum.
- Roick, Ch., Kilian, R., Matschinger, H., Bernert, S., Mory, C. & Angermeyer, M. C. (2001). German Adaptation of the Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory – An Instrument for the Cost of Mental Health Care. *Psychiatrische Praxis*, 28, 84-90.
- Sartre, J.-P. (1962). *Das Sein und das Nichts*. Hamburg: Rowohlt.  
(Original erschienen 1943: L' être et le néant)
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychologischer Störungen. DSM-IV- TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Salize, H., Rössler, W. & Becker, T. (2007). Mental Health Care in Germany: Current state and trends. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 92- 103.
- Schauenburg, H. & Strauss, B. (2002). Bindung und Psychotherapie. In B. Strauss, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.). *Klinische Bindungsforschung* (S. 281-292). Stuttgart: Schattauer.
- Schenk, M. (1995). *Soziale Netzwerke und Massenmedien*. Tübingen: Mohr.
- Schlegel, L. (2011). *Die transaktionale Analyse* (5. Aufl.). Zürich: DSGTA.
- Schulz von Thun, F. (2008). *Miteinander reden. Störungen und Klärungen* (46. Aufl.). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Spangler, G. & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral Organization in Securely and insecurely Attached Infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of Child*, 1, 53-74.
- Stewart, I. (1991). *Transaktionsanalyse in der Beratung. Grundlagen und Praxis in der transaktionsanalytischen Beratungsarbeit*. Paderborn: Junfermann.  
(Original erschienen 1987: Transactional analysis counselling in action)
- Stewart, I. & Joines, V. (2000). *Die Transaktionsanalyse* (8. Aufl.). Freiburg: Herder.  
(Original erschienen 1990: TA today)

- Mitchell, J. C. (1969). The Concept and Use of Social Networks. In Mitchell, J. C. (Ed.), *Social networks in urban situations* (pp. 1-50). Manchester: The University Press.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Müller, B., Nordt, C., Lauber, Ch. & Roessler, W. (2007). Changes in social network diversity and perceived social support after psychiatric hospitalization: Results from a longitudinal study. *International Journal of Social Psychiatry* 53 (6), 564-575.
- Müller, P., Gaebel, W., Bandelow, B., Köpcke, W., Linden, M., Müller-Spahn, F., Pietzcker, A. & Tegeler, J. (1998). Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. *Nervenarzt*, 69, 204-209.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- Nelson, E.A., Maruish M.E. & Axler, J.L. (2000). Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric Services*, 51, 885- 889.
- Olfson, M., Mechanic, D., Boyer, C.A. & Hansell, S. (1998). Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatric Services*, 49, 911-917.
- Oliver, J. P. J. (1991). The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Social Work & Social Service Review*, 3, 5-45.
- Pantucek, P. (2004) *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau Verlag.
- Pantucek, P. (2008). *Soziales Kapital und soziale Arbeit* [On-line]. Available: <http://www.easynwk.com/joomla/index.php/links>
- Pantucek, P. (2009). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit* (2. Aufl.).Wien: Böhlau Verlag.
- Parfy, E., Schuch, B. & Lenz, G. (2003). *Verhaltenstherapie. Moderne Ansätze für Theorie und Praxis*. Wien: UTB.
- Peterman, F., Niebank, K. & Kusch, M. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.

- Strauss, B. (2008). Bindung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch der psychoanalytischen Grundbegriffe* (3. Aufl.) (S. 101-105). Stuttgart: Kohlhammer.
- Strauss, B. & Schmidt, S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und die Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 42, 1-16.
- Thornicroft, G. & Breakey, W. R. (1991). The COSTAR programm. I: Improving social networks of the longterm mentally ill. *British Journal of Psychology*, 159, 245-249.
- Vogt, L. (2005). *Das Kapital der Bürger. Theorie und Praxis gesellschaftlichen Engagements*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Warnke, I., Nordt, C., Ajdacic-Gross, V., Haug, A., Salize, H.J. & Rössler, W. (2010). Klinische und soziale Risikofaktoren für Wiederaufnahmen in die stationäre Psychiatrie bei Patienten mit Schizophrenie. Eine Langzeitanalyse. *Neuropsychiatrie*, 24, 243-251.
- Wegener, B. (1997). Vom Nutzen entfernter Bekannter. In J. Friedrichs, K. U. Mayer & W. Schluchter (Hrsg.), *Soziologische Theorie und Empirie* (S. 427-450). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- WHO. (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation* [On-line]. Available: [http://www.admin.ch/ch/d/sr/c0\\_810\\_1.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/c0_810_1.html), Zugriff 23.12.2011
- WHO/Dilling, H. et al. (Hrsg.) (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10*. (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Yalom, I. D., (2010). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. München: Klett-Cotta.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zarbock, G. (2008). *Praxisbuch Verhaltenstherapie*. Berlin: Papst Science Publishers.

### **Internetseite**

[www.easynwk.com](http://www.easynwk.com)

## **10. Anhang**

- Anhang A Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory CSSRI-EU
- Anhang B Manchester Short Assessment of Quality of Life MANSA
- Anhang C Fragebogen zur sozialen Unterstützung F-SozU K14
- Anhang D Mündliche Information an die Mitglieder der nicht klinischen Stichprobe
- Anhang E Fragebogen für die nicht klinische Stichprobe
- Anhang F Global Assessment of Functioning
- Anhang G Soziale Netzwerkkarten und psychosoziale Bedingungen: Vergleich 1-18 zwischen der Behandlungsgruppe der klinischen Stichprobe und ihren parallelisierten Partnern

## Anhang A

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



Studien-ID:  Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Messzeitpunkt: t<sub>0</sub>  t<sub>1</sub>  t<sub>2</sub>

### Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (Interview)

#### 1. SOZIODEMOGRAPHISCHE INFORMATIONEN

1.1 Personenstand (gesetzlicher Zivilstand) :

1 = Ledig/Single

4 = Geschieden

2 = Verheiratet/Lebensgemeinschaft

5 = Verwitwet

3 = Getrennt

9 = Unbekannt

1.2 Haben Sie Kinder (inkl. nicht  ja  nein

1.2a Wenn ja, wie viele Kinder haben Sie? \_\_\_\_Kinder

1.2b wie alt sind Ihre Kinder? \_\_\_\_\_

1.3 Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

1.4 Geburtsland: \_\_\_\_\_

1.5 Falls nicht in CH geboren: Seit wie vielen Jahren leben Sie in der Schweiz? \_\_\_\_Jahre

1.6 Sprachkenntnisse: 1 = Muttersprache deutsch   
2 = Andere Muttersprache

## 2. AUSBILDUNG UND BESCHÄFTIGUNG

2.1 Allgemeine Schulbildung in Jahren: \_\_\_\_\_ Jahre

2.2 Schulabschluss: ja  nein

2.3 Höchster erreichter Schulabschluss:

1 = Primarschule  
2 = Grundschule (mind. 9J.)  
3 = Matura  
4 = Anderer Abschluss  
9 = Unbekannt

Schulbildung als: \_\_\_\_\_

\* Ziffer eintragen:

1= abgeschlossen

2 = abgebrochen

3 = am Absolvieren

4 = nicht bestanden

Ausbildung/Lehre (< 1 Jahr) \*

Ausbildung/Lehre (> 1 Jahr) \*

Lehrabschluss/Fähigkeitsausweis \*

Berufliche Weiterbildung \*

Universitätsabschluss/ \*

(Fach-)Hochschule \*

2.5 aktueller Beschäftigungsstatus:

1 = angestellt oder selbständige Tätigkeit  
(allgemeiner Arbeitsmarkt)

2 = Ehrenamtliche Beschäftigung

3 = Geschützter Arbeitsmarkt (Werkstätte etc.)

4 = Schüler/-in

5 = Student/-in

6 = Arbeitslos

7 = Hausfrau/-mann

8 = Rentner/in ohne Tätigkeit

9= Andere: \_\_\_\_\_

2.6a Falls beschäftigt, Tätigkeit als : \_\_\_\_\_ zu wieviel Prozent? \_\_\_\_\_%

2.6b Wie viele Tage blieben Sie in den letzten 12 Monaten krankheitshalber  
der Arbeit fern? \_\_\_\_\_Tage

### 3. WOHN-SITUATION/LEBENS-UMSTÄNDE

3.1 Wie sind Ihre derzeitigen Lebensumstände?

1 = Allein lebend (mit/ohne Kinder)

5 = Mit anderen Verwandten

2 = Mit Ehepartner/-in (mit/ohne Kinder)

6 = Mit anderen

3 = Mit Partner/-in

9 = Unbekannt

4 = Mit Eltern

3.2 Wo wohnten Sie in den letzten 12 Monaten normalerweise?

1 = Eigentumswohnung oder eigenes Haus

6 = Übernachtungseinrichtung ohne Betreuung

2 = Mietwohnung/-haus

7 = Psychiatrische Langzeitabteilung

3 = staatlich subventionierte Mietwohnung

8 = Allgemeinkrankenhaus

4 = Übernachtungseinrichtung mit Betreuung  
rund um die Uhr Wohlfahrtsverband

9 = Obdachlos

5 = Übernachtungseinrichtung mit Betreuung <  
als 24 h pro Tag

10 = Andere \_\_\_\_\_

3.3 Bei **privater** Wohnsituation:

Wie viele Erwachsene leben dort?

\_\_\_ Erwachsene

Wie viele Kinder unter 18J. leben dort?

\_\_\_ Kinder

3.4a Haben Sie während der letzten 12 Monate noch irgendwo anders gelebt (außer der unter 3.2 angegebenen Einrichtung und außer im Krankenhaus)?

ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

3.4b Anzahl Adressänderungen in den letzten 12 Monate:

\_\_\_ Adressänderungen

#### 4. EINKOMMEN

4.1 Erhalten Sie irgendwelche Unterstützungen? ja  nein   
(Außer privaten Unterstützungen)

**Falls ja:** Welche Unterstützungen erhalten Sie? (ankreuzen  Mehrfachantwort möglich)

<u>Arbeitslosenunterstützung/Sozialhilfe:</u>	Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>
	Arbeitslosentaggeld ALV/-hilfe	<input type="checkbox"/>
	Asyl-Unterstützung	<input type="checkbox"/>
	Invalidenrente IV	<input type="checkbox"/>
<u>Behinderung:</u>	Ergänzungsleistungen zur IV	<input type="checkbox"/>
	Pensionskasse BVG	<input type="checkbox"/>
<u>Krankheit:</u>	Krankentaggeld	<input type="checkbox"/>
	Kinderzulage	<input type="checkbox"/>
<u>Andere:</u>	Witwenrente	<input type="checkbox"/>
	Hilflosenentschädigung (ab 1.1)	<input type="checkbox"/>

4.2 Wie hoch ist Ihr Gesamteinkommen aus allen Quellen? \_\_\_\_\_ Franken

Gesamt-Brutto-Einkommen: \_\_\_\_\_ Franken (1=pro Woche 2=pro Monat, 3=Jahr)

Gesamt-Netto-Einkommen: \_\_\_\_\_ Franken (1=pro Woche 2=pro Monat, 3=Jahr)

4.3 Was ist Ihre Haupteinkommensquelle?

- |   |   |
|---|---|
| 1 = Gehalt/ Lohn                                | 4 = Rente   |
| 2 = Staatliche Unterstützung (z.B. Sozialhilfe) | 5 = Familiäre Unterstützung (z. B. Ehepartner/in) |
| 3 = Arbeitslosenhilfe, Arbeitslosengeld         | 6 = andere _____                                  |

4.4 Welchen Betrag erhalten sie aus der unter 4.3 genannten Quelle? \_\_\_\_\_ Franken

4.5a Sind Sie bevormundet? ja  nein

4.5b Haben Sie einen Beistand? ja  nein

## 5. **PSYCHIATRISCHE VORGESCHICHTE** der letzten 12 Monate

(für Kostenberechnung)

!! Achtung: s. auch Codierungshilfe für Arten der Behandler/Institutionen!!

### 5.1. Stationär (psychiatrisch und somatisch)

Institution	Abteilung bzw. Art	Monat der Einweisung	FFE	Freiwillig	Anzahl Tage

### 5.2. Ambulant (psychiatrisch und somatisch)

Behandler/-in bzw. Einrichtung	Anzahl Termine	Durchschnittl. Dauer pro Termin in min.	Noch aktuell?	
			JA	NEIN

### 5.3. sonstige medizinische oder soziale Dienstleistungen (teilstationäre Einrichtungen, Werkstätten etc.)

Dienst/Betreuer/-in	Anzahl Termine	Durchschnittl. Dauer pro Termin in min.	Noch aktuell?	
			Ja	nein

5.4. Psychiatrisch verordnete Medikamente (täglich)

Medikament inkl. Dosierung	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Beginn der Einnahme	Ende der Einnahme

5.5 Psychiatrisch verordnete Medikamente nicht täglich (Reserve bzw. Depot)

Medikament inkl. Dosierung	Depot	Reserve	Häufigkeit	Beginn der Einnahme	Ende der Einnahme

5.6a Hatten Sie in den letzten 12 Monate Kontakt mit der **Polizei** ja  nein   
**oder der Justiz?**  
**Wenn ja:** Wie viele Kontakte mit der Polizei fanden statt? \_\_\_\_\_ Kontakte  
 Wie viele Nächte wurden in Polizeigewahrsam oder im \_\_\_\_\_ Nächte  
 Gefängnis verbracht?

5.6b **Strafverfahren** in den letzten 12 Monate

Jahr des Verfahrens	Grund?	Verurteilung erfolgt?		Art der Strafe
		Ja	nein	

## Anhang B

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



Studien-ID:  Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Messzeitpunkt: t<sub>0</sub> t<sub>1</sub> t<sub>2</sub> t<sub>3</sub> t

### Manchester Short Assessment of Quality of Life

Soweit nicht anders angegeben, bitte mit: „1 = sehr unzufrieden“ bis „7 = sehr zufrieden“ antworten.

- 1 sehr unzufrieden
- 2 unzufrieden
- 3 weitgehend unzufrieden
- 4 teilweise unzufrieden/teilweise zufrieden
- 5 weitgehend zufrieden
- 6 zufrieden
- 7 sehr zufrieden

		Antwort Bitte Nummer eintragen
1	Wie zufrieden sind Sie im Ganzen mit Ihrem Leben heute?	
2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Beruf (oder der beschützten Beschäftigung oder Ausbildung/Schulung) als Ihrer Hauptbeschäftigung?  Oder, falls Sie <u>arbeitslos</u> oder <u>berentet</u> sind: Wie zufrieden sind Sie damit, arbeitslos/berentet zu sein?	
3	Wie zufrieden sind mit Ihrer finanziellen Situation?	
4	Haben Sie jemanden, den Sie als „enge/engen Freund/in“ bezeichnen würden?  <span style="float: right;">Ja=1 nein=2</span>	

5	Haben Sie in der letzten Woche eine/einen Freund/in gesehen? (eine/einen Freund/in besucht, von einer/einem Freund/in besucht worden oder eine/einen Freund/in außerhalb Ihres Zuhauses und Arbeit getroffen?)	Ja=1 nein=2	
6	Wie zufrieden sind Sie mit der Anzahl und der Qualität Ihrer Freundschaften?*		
7	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Freizeitaktivitäten?		
8	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnung/Unterkunft?		
9	Wurden Sie im letzten Jahr wegen eines Deliktes angeklagt?	Ja=1 nein=2	
10	Wurden Sie im letzten Jahr Opfer physischer (körperlicher) Gewalt?	Ja=1 nein=2	
11	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer persönlichen Sicherheit?		
12	Wie zufrieden sind Sie mit den Menschen, mit denen Sie zusammenleben? oder falls <u>Sie alleine leben</u> : Wie zufrieden sind Sie damit, alleine zu leben?		
13	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?		
14	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren familiären Verhältnissen?		
15	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit?		
16	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer seelischen Gesundheit?		

## Anhang C

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften

**zhaw** Angewandte  
Psychologie

**ipw** Integrierte Psychiatrie  
Winterthur – Zürcher Unterland

**ZINEP**  
ZÜRCHER IMPULSPROGRAMM  
ZUR nachhaltigen ENTWICKLUNG  
DER PSYCHIATRIE

Studien-ID:  Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Messzeitpunkt: t<sub>0</sub> t<sub>1</sub> t<sub>2</sub> t<sub>3</sub> t<sub>4</sub>

### F-SozU K-14 – Fragebogen zur sozialen Unterstützung

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kästchen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts ("trifft genau zu") würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	Trifft zu	trifft genau zu
1. Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>				
2. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>				
5. Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>				
6. Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>				
7. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>				
8. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>				
9. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/ Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>				
10. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiss ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>				
11. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>				
12. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>				
13. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>				
14. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## **Anhang D**

### **Mündliche Information an die Mitglieder der nicht klinischen Stichprobe**

#### **Ausgangslage**

Es kann davon ausgegangen werden, dass unter Anderem psychosoziale Bedingungen (z.B. soziale Netzwerke als Quelle von sozialer Unterstützung) eine Rolle bei der Entwicklung von psychischen Krankheiten spielen. Ob jemand nach einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zurück in ein unterstützendes soziales Umfeld kommt oder ganz auf sich alleine gestellt ist, hat eine grosse Auswirkung auf die Entwicklung der Krankheit.

Aus diesem Grund hat die Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) ein Projekt mit Namen *poststationäre Netzwerkkoordination* lanciert. Bei diesem Projekt werden Patienten und Patientinnen über den Austritt hinaus intensiv sozialarbeiterisch begleitet. Dabei wird der Patient oder die Patientin beim Aufbau und Erhalt ihres sozialen Netzwerkes unterstützt. Ziel dieser Unterstützung ist es, die Anbindung an das ambulante Versorgungssystem nach Klinikaustritt sicher zu stellen und Wiedereintritte in die psychiatrische Klinik zu verhindern. Über einen Zeitraum von drei Jahren wird die Wirksamkeit dieser Netzwerkkoordination überprüft.

#### **Ziel der Arbeit**

In meiner Masterarbeit erfasse ich im Rahmen dieser Studie verschiedene Aspekte der Lebensbedingungen der Studiengruppe. Darüber hinaus interessiert es mich, ob und inwiefern sich diese von den Lebensbedingungen „gesunder“ Männer und Frauen unterscheiden. Für diesen Vergleich ist ein Fragebogen zu wahrgenommenen sozialen Unterstützung, der Lebenszufriedenheit und einigen psychosozialen Bedingungen (Zivilstand usw.) auszufüllen. Zusätzlich zu diesem Fragebogen wird die soziale Netzwerkkarte erhoben (soziale Beziehungen in den Sektoren Freunde/Bekannte, Familie, Schule/Beruf und professionelle Beziehungen).

## Anhang E

Befragung im Rahmen der Masterarbeit zu Lebensbedingungen einer nicht klinischen Stichprobe

---

Studien-ID:  Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Diese Daten sind vertraulich und fließen lediglich in meine Masterarbeit ein.

---

## Soziodemografische Informationen

### 1. Personalstand (gesetzlicher Zivilstand)

• ledig/single:  • verheiratet:  • getrennt:  • geschieden:  • verwitwet:  • unbekannt:

2. Haben Sie Kinder (inkl. nicht-leibliche)? • ja:  • nein:

### 3. Aktueller Beschäftigungsstatus

• angestellt oder selbständige Tätigkeit:  • Ehrenamtliche Beschäftigung:   
• Geschützter Arbeitsmarkt:  • Schüler/-in:   
• Student/-in:  • Arbeitslos:   
• Hausfrau/-mann:  • Rentner/in ohne Tätigkeit:   
• Andere:  \_\_\_\_\_

### 4. Derzeitige Lebensumstände

• allein lebend (mit/ohne Kinder):  • Mit Ehepartner/-in (mit/ohne Kinder):   
• mit Partner/-in:  • Mit Eltern:   
• Mit anderen Verwandten:  • Mit anderen:   
• Unbekannt:

### 5. Wie hoch ist ihr Gesamt-Einkommen in sFr. pro Jahr?

(Lohn, Rente, Beitrag von anderen)

• weniger als 35`000:  • zwischen 35001 und 50`000:  • ab 50`001:

Befragung im Rahmen der Masterarbeit zu Lebensbedingungen einer nicht klinischen Stichprobe

## F-SozU K-14 – Fragebogen zur sozialen Unterstützung

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kästchen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts ("trifft genau zu") würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	Trifft zu	trifft genau zu
1.	Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/ Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiss ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Manchester Short Assessment of Quality of Life

Soweit nicht anders angegeben, bitte mit: „1 = sehr unzufrieden“ bis „7 = sehr zufrieden“ antworten.

- |   |
|---|
| 1 sehr unzufrieden<br>2 unzufrieden<br>3 weitgehend unzufrieden<br>4 teilweise unzufrieden/teilweise zufrieden<br>5 weitgehend zufrieden<br>6 zufrieden<br>7 sehr zufrieden |
|---|

		Antwort Bitte Nummer eintragen
1	Wie zufrieden sind Sie im Ganzen mit Ihrem Leben heute?	
2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Beruf (oder der beschützten Beschäftigung oder Ausbildung/Schulung) als Ihrer Hauptbeschäftigung?  Oder, falls Sie <u>arbeitslos</u> oder <u>berentet</u> sind: Wie zufrieden sind Sie damit, arbeitslos/berentet zu sein?	
3	Wie zufrieden sind mit Ihrer finanziellen Situation?	
4	Haben Sie jemanden, den Sie als „enge/engen Freund/in“ bezeichnen würden?	Ja=1 nein=2
5	Haben Sie in der letzten Woche eine/einen Freund/in gesehen? (eine/einen Freund/in besucht, von einer/einem Freund/in besucht worden oder eine/einen Freund/in außerhalb Ihres Zuhauses und Arbeit getroffen?)	Ja=1 nein=2

6	Wie zufrieden sind Sie mit der Anzahl und der Qualität Ihrer Freundschaften?*	
7	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Freizeitaktivitäten?	
8	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnung/Unterkunft?	
9	Wurden Sie im letzten Jahr wegen eines Deliktes angeklagt?	Ja=1 nein=2
10	Wurden Sie im letzten Jahr Opfer physischer (körperlicher) Gewalt?	Ja=1 nein=2
11	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer persönlichen Sicherheit?	
12	Wie zufrieden sind Sie mit den Menschen, mit denen Sie zusammenleben? oder falls <u>Sie alleine leben</u> : Wie zufrieden sind Sie damit, alleine zu leben?	
13	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	
14	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren familiären Verhältnissen?	
15	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit?	
16	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer seelischen Gesundheit?	

**Vielen Dank!**

Falls Sie Interesse an der Arbeit habe, schicke ich sie Ihnen gerne per email zu.

Ihre email-Adresse: \_\_\_\_\_

## Anhang F

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



Studien-ID:

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Messzeitpunkt: t<sub>0</sub> t<sub>1</sub> t<sub>2</sub> t<sub>3</sub> t<sub>4</sub>

### Global Assessment of Functioning

**GAF:** In die Einschätzung sollte die Beurteilung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktion bezogen auf ein hypothetisches Kontinuum psychischer Gesundheit/ Krankheit miteinfließen. Funktionseinschränkungen bedingt durch körperliche - oder umgebungsbedingte Einschränkungen sollten nicht miteinbezogen werden.

---

#### Keine Symptome: 100-91

**Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Probleme im Leben scheinen niemals außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt.**

*Person mit herausragender Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen: 95-100*

*Person mit herausragender Leistungsfähigkeit mit minimalen Problemen in einem Bereich: 91-94*

---

#### Keine oder minimale Symptome: 90-81

**Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Bereichen, zufrieden mit dem Leben; interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum an Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten; nicht mehr als übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit Familienmitgliedern)**

*Person ohne Symptome und Alltagsprobleme: 88-90*

*Person mit minimalen Symptomen oder Alltagsproblemen: 84-87*

*Person mit minimalen Symptomen und Alltagsproblemen: 81-83*

---

#### Einige vorübergehende Symptome: 80-71

**Leichte Symptome liegen vor, diese sind aber nur vorübergehender Natur und zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); leichtgradige Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).**

*Person mit ENTWEDER leichten Symptomen ODER leichtgradiger Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit: 78-80*

*Person mit leichter Beeinträchtigung in mehr als einem Funktionsbereich (sozial, beruflich, schulisch): 74-77*

*Person mit leichten Symptomen UND leichter Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (sozial, beruflich, schulisch): 71-73*

---

#### Einige anhaltende leichte Symptome: 70-61

**Leichte Symptome, die NICHT ausschließlich zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren sind** (z.B. leicht depressive Stimmung und/oder Schlafstörungen). **Einige anhaltende Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit** (z.B. gelegentliches Schulschwänzen, Diebstahl im Haushalt oder wiederholtes Zurückbleiben in der Schule oder Beruf), **ABER hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen**

*Person mit leichten anhaltenden Symptomen ODER leichten Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit: 68-70*

*Person mit leichten anhaltenden Schwierigkeiten in mehr als einem Bereich (sozial, beruflich, schulisch): 64-67*

*Person mit leichten anhaltenden Symptomen UND einigen Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit: 61-63*

---

#### **Mäßig ausgeprägte Symptome: 60-51**

**Mäßig ausgeprägte Symptome** (z.B. häufig depressive Stimmungslage und Schlafstörungen und/oder Grübeln, Zwangssymptome; oder gelegentliche Angstattacken; oder Affektverflachung und umständliche Sprache; oder Eßstörungen und unterhalb des Normalgewichtes ohne Depression); **mäßige Schwierigkeiten bezüglich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit** (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Mitarbeitern, Schulkameraden oder Bezugspersonen)

*Person mit ENTWEDER mäßig ausgeprägten Symptomen ODER mäßigen Schwierigkeiten bezüglich sozialer, beruflicher oder schulischer Leistungsfähigkeit: 58-60*

*Person mit mäßigen Schwierigkeiten in mehr als einem Bereich sozialer, beruflicher oder schulischer Leistungsfähigkeit: 54-57*

*Person mit mäßigen Symptomen UND mäßigen Schwierigkeiten bezüglich, sozialer, beruflicher oder schulischer Leistungsfähigkeit: 51-53*

---

#### **Einige ernste Symptome oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit: 50-31**

**Ernsthafte Beeinträchtigung in Beruf, Schule oder Hausarbeit (bei Hausfrauen/ -männern)** (z.B. unfähig, eine Arbeitsstelle zu behalten oder auf der Schule zu bleiben; Versagen in der Schule, oder Unfähigkeit, für Heim und Familie zu sorgen);

**häufige Konflikte mit dem Gesetz (z.B. wiederholter Diebstahl, Arrest) oder gelegentliches konfliktfreudiges Verhalten;**

**ernsthafte Beeinträchtigungen in Beziehungen zu Freunden** (z.B. sehr wenige Freunde oder meidet die Freunde);

**ernsthafte Beeinträchtigung in Beziehungen zu Familienangehörigen** (z.B. häufiges Streiten mit der Familie/ Familie wird gemieden oder Person hat kein Zuhause);

**ernsthafte Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit** (inkl. Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, Verwirrung, Desorientiertheit);

**ernsthafte Beeinträchtigung des Denkens** (inkl. ständige Beschäftigung mit Gedanken, verzerrten Körperempfindungen, Verfolgungswahn);

**ernsthafte Beeinträchtigung der Stimmung** (inkl. ständig depressive Stimmung sowie Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, Agitiertheit oder manische Stimmungslage);

**ernsthafte Beeinträchtigung durch Ängste** (Panikattacken, überwältigende Angstgefühle);

**andere Symptome: seltene Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder ernste Zwangsrituale; latent suizidale Gedanken**

*Person mit 1 Störungsbereich: 48-50*

*Person mit 2 Störungsbereichen: 44-47*

*Person mit 3 Störungsbereichen: 41-43*

*Person mit 4 Störungsbereichen: 38-40*

*Person mit 5 Störungsbereichen: 34-37*

*Person mit 6 Störungsbereichen: 31-33*

---

#### **Funktionsunfähigkeit in fast allen Bereichen: 30-21**

**Beschäftigung mit Suizidgedanken oder klare Suizidabsichten ODER Verhalten deutlich beeinflusst durch Wahn oder Halluzinationen ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation** (zeitweise inkohärent, verhält sich grob inadäquat oder schwere stuporöse Depression);  
**ernsthafte Beeinträchtigung bei Arbeit, Schule oder Hausarbeit (bei Hausfrauen/ -männern)** (z.B. unfähig, eine Arbeitsstelle zu behalten oder auf der Schule zu bleiben; Versagen in der Schule; Unfähigkeit, sich um Heim und Familie zu kümmern);  
**häufige Gesetzeskonflikte** (z.B. häufige Diebstähle, Arrest) oder gelegentliches konfliktfreudiges Verhalten; ernsthafte Beeinträchtigung in Beziehungen zu Freunden (z.B. sehr wenige oder keine Freunde oder letzte Freunde werden gemieden);  
**ernsthafte Beeinträchtigung in Beziehungen zur Familie** (z.B. häufiges Streiten mit der Familie und/ oder Meiden der Familie oder hat kein Zuhause);  
**ernsthafte Beeinträchtigung des Urteilsvermögens** (incl. Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen, Verwirrtheit, Desorientiertheit);  
**ernsthafte Beeinträchtigung des Denkens** (incl. ständige Beschäftigung mit Gedanken, verzerrten Körperempfindungen, Verfolgungswahn);  
**ernsthafte Beeinträchtigung der Stimmung** (incl. dauerhafte depressive Stimmungslage, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Agitiertheit oder manische Stimmungslage) ;  
**ernsthafte Beeinträchtigung durch Ängste** (Panikattacken, überwältigende Angstgefühle); **andere Symptome: seltene Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder ernste Zwangsrituale; latent suizidale Gedanken**

*Person mit irgendeinem der ersten drei Einzelkriterien: 21*

*Person mit 7 der kombinierten Kriterien: 28-30*

*Person mit 8-9 der kombinierten Kriterien: 24-27*

*Person mit 10 der kombinierten Kriterien: 20-23*

---

#### **Gewisse Eigen- oder Fremdgefährdung: 20-11**

**Suizidversuche ohne eindeutige Todesabsicht** (z.B. leichte Überdosis Tabletten oder Ritzen am Unterarm in Anwesenheit anderer);

**mäßige Gewalttätigkeit oder selbstverletzendes Verhalten;**

**ernsthafte manische Erregtheit oder schwere Agitiertheit und Impulsivität;**

**ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten** (z.B. Durchfall wegen Einnahme von Laxantien oder Schmierens mit Kot);

**Notaufnahme im psychiatrischen Krankenhaus;**

**in körperlicher Gefahr wegen medizinischer Probleme** (z.B. schwere Anorexie oder Bulimie und spontanes Erbrechen oder exzessive Einnahme von Laxantien/ Diuretika, Diätmedikamenten aber ohne ernste Herz- oder Nierenprobleme, ernste Dehydratation oder Desorientiertheit)

*Person mit 1-2 der 6 Störungsbereiche dieser Kategorie: 18-20*

*Person mit 3-4 der 6 Störungsbereiche dieser Kategorie: 14-17*

*Person mit 5-6 der 6 Störungsbereiche dieser Kategorie: 11-13*

---

#### **Anhaltende Eigen- oder Fremdgefährdung: 10-1**

**Schwerer Suizidversuch mit eindeutiger Todesabsicht** (z.B. erstechen, erschießen, erhängen oder Einnahme großer Überdosis Tabletten nicht in Anwesenheit anderer); **häufige ernsthafte Gewalttätigkeit oder Selbstverstümmelung;**

**extreme manische Erregtheit oder extreme Agitiertheit oder Impulsivität** (z.B. lautes Schreien und Zerfetzen der Matratze);

**anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten;**

**Notaufnahme in psychiatrischer Klinik;**

**in akuter/ ernster Gefahr wegen medizinischer Probleme** (z.B. schwere Anorexie oder Bulimie mit Herz-/ Nierenproblemen, spontanes Erbrechen bei JEGLICHER Nahrungsaufnahme oder schwere Depression mit unkontrolliertem Diabetes)

*Person mit 1-2 der 6 Störungsbereiche dieser Kategorie: 8-10*

*Person mit 3-4 der 6 Störungsbereiche dieser Kategorie: 4-7*

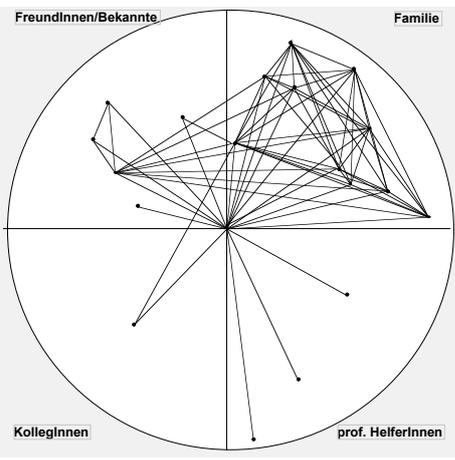
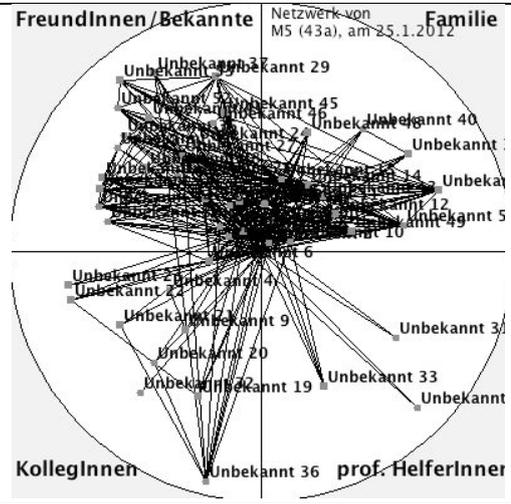
*Person mit 5-6 der 6 Störungsbereiche dieser Kategorie: 1-3*

---

Nach: Hall, R. (1995). Global assessment of functioning: a modified scale; *Psychosomatics*, 36, 267-275.

## Anhang G

1	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	w, 53j. n <sub>total</sub> =7	w, 51j. n <sub>total</sub> =58		
	n	%	n	%
Familie	3	43	19	32.75
FreundInnen Bekannte	2	28.5	26	44.8
KollegInnen	0	0	11	19
prof. HelferInnen	2	28.5	2	3.45
Wahrnehmung soz. Unterst.	2.92		4.46	
Zufriedenheit soz. Unterst.	2		5.75	
Wohnform	mit anderen		mit anderen	
Zivilstand	getrennt		verheiratet	
Elternschaft	ja		ja	
ausserh. Be- schäftigung	ja		ja	
Jahreseink.	weniger als 35000		über 50000	

2	klinische Stichprobe		nicht klinische Stichprobe	
				
	m, 45j. n <sub>total</sub> =19		m, 43j. n <sub>total</sub> =50	
	n	%	n	%
Familie	10	52.6	14	28
FreundInnen Bekannte	5	26.3	23	46
KollegInnen	1	5.3	10	20
prof. HelferInnen	3	15.8	3	6
Wahrnehmung soz. Unterst.	4		4.79	
Zufriedenheit soz. Unterst.	3		6.5	
Wohnform	alleine		mit anderen	
Zivilstand	unbekannt		verheiratet	
Elternschaft	ja		nein	
ausserh. Be- schäftigung	ja		ja	
Jahreseink.	über 50000		über 50000	

3	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	m, 50j. n <sub>total</sub> =10	m, 51j. n <sub>total</sub> =39		
	n	%	n	%
Familie	4	40	11	28
FreundInnen Bekannte	2	20	21	54
KollegInnen	1	10	7	18
prof. Hefel- rInnen	3	10	0	0
Wahrneh- mung soz. Unterst.	2.43		4	
Zufrieden- heit soz. Unterst.	3.5		5.75	
Wohnform	alleine		mit anderen	
Zivilstand	ledig		verheiratet	
Elternschaft	ja		nein	
ausserh. Beschäfti- gung	ja		ja	
Jahreseink.	weniger als 35000		35000-50000	

4	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	w, 51j. n <sub>total</sub> =6	w, 53j. n <sub>total</sub> =51		
	n	%	n	%
Familie	5	83.3	18	35.3
FreundInnen Bekannte	0	0	21	41.2
KollegInnen	0	0	7	13.7
prof. Hefel- rInnen	1	16.7	5	9.8
Wahrneh- mung soz. Unterst.	2.14		4.86	
Zufriedenheit soz. Unterst.	3.5		6.5	
Wohnform	alleine		mit anderen	
Zivilstand	getrennt		verheiratet	
Elternschaft	ja		ja	
ausserh. Beschäfti- gung	nein		ja	
Jahreseink.	über 50000		35000-50000	

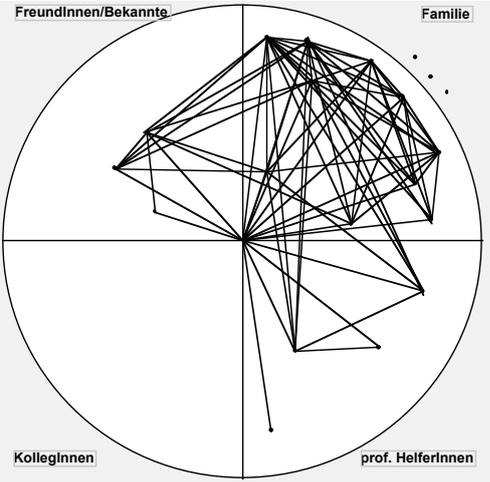
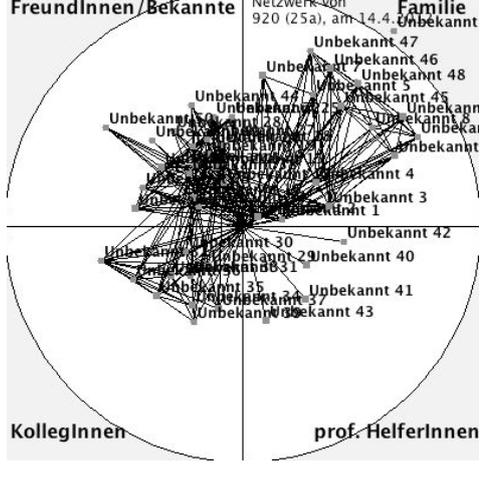
5	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	w, 37j. n <sub>total</sub> =11	w, 36j. n <sub>total</sub> =49		
	n	%	n	%
Familie	3	27.3	20	40.8
FreundInnen Bekannte	3	27.3	25	52
KollegInnen	1	9.1	4	8.2
prof. HelferInnen	4	36.3	0	0
Wahrnehmung soz. Unterst.	3.43		5	
Zufriedenheit soz. Unterst.	4.25		6.25	
Wohnform	alleine		mit anderen	
Zivilstand	geschieden		verheiratet	
Elternschaft	nein		ja	
ausserh. Be- schäftigung	nein		ja	
Jahreseink.	weniger als 35000		über 50000	

6	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	w, 56j. n <sub>total</sub> =21	w, 58j. n <sub>total</sub> =35		
	n	%	n	%
Familie	11	52.4	13	37.1
FreundInnen Bekannte	6	28.6	17	48.6
KollegInnen	1	4.7	5	14.3
prof. HelferInnen	3	14.3	0	0
Wahrnehmung soz. Unterst.	4.7		4.5	
Zufriedenheit soz. Unterst.	4.71		5.5	
Wohnform	alleine		mit anderen	
Zivilstand	getrennt		verheiratet	
Elternschaft	ja		ja	
ausserh. Be- schäftigung	nein		ja	
Jahreseink.	über 50000		über 50000	

7	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	w, 46j. n <sub>total</sub> =14	w, 48j. n <sub>total</sub> =50		
	n	%	n	%
Familie	8	57.2	14	28
FreundInnen Bekannte	3	21.4	19	38
KollegInnen	0	0	15	30
prof. HelferInnen	3	21.4	2	4
.4				
Wahrnehmung soz. Unterst.	4.93		4.36	
Zufriedenheit soz. Unterst.	4.75		6.5	
Wohnform	mit anderen		mit anderen	
Zivilstand	verheiratet		verheiratet	
Elternschaft	ja		nein	
ausserh. Be- schäftigung	nein		ja	
Jahreseink.	-		35000-50000	

8	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	w, 24j. n <sub>total</sub> =9	w, 25j. n <sub>total</sub> =30		
	n	%	n	%
Familie	2	22.2	8	26.6
FreundInnen Bekannte	4	44.5	15	50
KollegInnen	0	0	7	23.4
prof. HelferInnen	3	33.3	0	0
Wahrnehmung soz. Unterst.	2.5		5	
Zufriedenheit soz. Unterst.	2.5		5.75	
Wohnform	-		mit anderen	
Zivilstand	-		ledig	
Elternschaft	nein		nein	
ausserh. Be- schäftigung	nein		ja	
Jahreseink.	35000-50000		über 50000	

9	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	m, 45j. n <sub>total</sub> =17	m, 45j. n <sub>total</sub> =42		
	n	%	n	%
Familie	4	23.5	6	14.3
FreundInnen Bekannte	7	41.2	25	59.5
KollegInnen	0	0	10	23.8
prof. HelferInnen	6	35.3	1	2.4
Wahrnehmung soz. Unterst.	2.07		4.07	
Zufriedenheit soz. Unterst.	2.75		5.75	
Wohnform	allein		mit anderen	
Zivilstand	ledig		ledig	
Elternschaft	nein		nein	
ausserh. Be- schäftigung	nein		ja	
Jahreseink.	weniger als 35000		über 50000	

10	klinische Stichprobe		nicht klinische Stichprobe	
				
	w, 41 j. n <sub>total</sub> =17		w, 42j. n <sub>total</sub> =47	
	n	%	n	%
Familie	10	52	14	30
FreundInnen Bekannte	3	17.5	19	40
KollegInnen	0	0	10	21.5
prof. Hef- erInnen	4	23.5	4	8.5
Wahrnehmung soz. Unterst.	2.29		4.71	
Zufriedenheit soz. Unterst.	3.75		6	
Wohnform	mit anderen		mit anderen	
Zivilstand	verheiratet		ledig	
Elternschaft	ja		nein	
ausserh. Be- schäftigung	nein		ja	
Jahreseink.	keine Angaben		über 50000	

11	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	m, 41j. n <sub>total</sub> =16	m, 43j. n <sub>total</sub> =123		
	n	%	n	%
Familie	3	18.75	33	26.8
FreundInnen Bekannte	9	56.25	58	47.1
KollegInnen	1	6.25	26	21.1
prof. HelferInnen	3	18.75	6	5
Wahrnehmung soz. Unterst.	4.14		5	
Zufriedenheit soz. Unterst.	3.5		7	
Wohnform	alleine		mit anderen	
Zivilstand	ledig		verheiratet	
Elternschaft	nein		ja	
ausserh. Be- schäftigung	nein		ja	
Jahreseink.	weniger als 35000		über 50000	

12	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	m, 48j. n <sub>total</sub> =10	m, 48j. n <sub>total</sub> =80		
	n	%	n	%
Familie	2	20	10	12.5
FreundInnen Bekannte	3	30	48	60
KollegInnen	1	10	22	27.5
prof. Hef- erInnen	4	40	0	0
Wahrnehmung soz. Unterst.	3.93		5	
Zufriedenheit soz. Unterst.	4.5		5.75	
Wohnform	mit anderen		mit anderen	
Zivilstand	geschieden		ledig	
Elternschaft	ja		nein	
ausserh. Be- schäftigung	nein		ja	
Jahreseink.	weniger als 35000		über 50000	

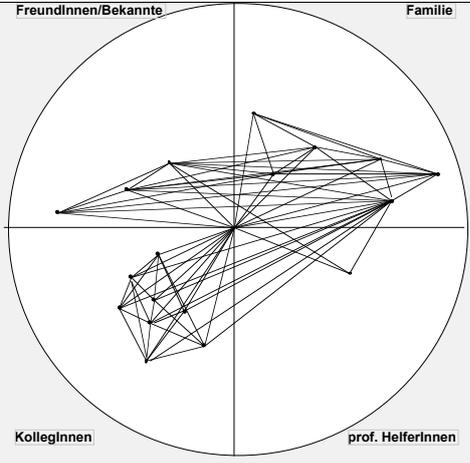
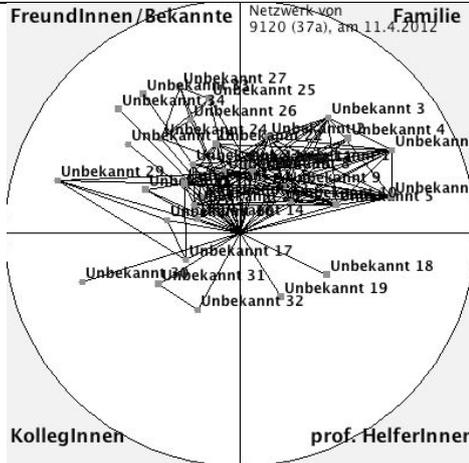
13	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	w, 36j. n <sub>total</sub> =16	w, 35j. n <sub>total</sub> =45		
	n	%	n	%
Familie	7	43.75	13	28.9
FreundInnen Bekannte	2	12.5	21	46.6
KollegInnen	5	31.25	8	17.7
prof. Hef- rInnen	2	12.5	3	6.8
Wahrnehmung soz. Unterst.	3.5		4.71	
Zufriedenheit soz. Unterst.	5.25		6	
Wohnform	alleine		mit anderen	
Zivilstand	ledig		ledig	
Elternschaft	nein		ja	
ausserh. Be- schäftigung	ja		ja	
Jahreseink.	weniger als 35000		üner 50000	

14	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	m, 32j. n <sub>total</sub> =10	m, 32j. n <sub>total</sub> =48		
	n	%	n	%
Familie	3	30	12	25
FreundInnen Bekannte	1	10	29	60.4
KollegInnen	2	20	7	14.6
prof. Hefel- rInnen	4	40	0	0
Wahrnehmung soz. Unterst.	3.5		4.36	
Zufriedenheit soz. Unterst.	3.75		5.5	
Wohnform	mit anderen		mit anderen	
Zivilstand	ledig		verheiratet	
Elternschaft	nein		nein	
ausserh. Be- schäftigung	ja (ehrenamtlich)		ja	
Jahreseink.	weniger als 35000		über 50000	

15	klinische Stichprobe		nicht klinische Stichprobe	
	m, 27j. n <sub>total</sub> =15		m, 29j. n <sub>total</sub> =47	
	n	%	n	%
Familie	6	40	14	29.7
FreundInnen Bekannte	3	20	14	29.7
KollegInnen	4	26.6	17	36.3
prof. Hefel- rInnen	2	13.4	2	4.3
Wahrnehmung soz. Unterst.	4.07		4.71	
Zufriedenheit soz. Unterst.	4		5.5	
Wohnform	alleine		mit anderen	
Zivilstand	ledig		ledig	
Elternschaft	nein		nein	
ausserh. Be- schäftigung	nein		ja	
Jahreseink.	35000-50000		über 50000	

16	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	m, 22j. n <sub>total</sub> =5	m, 22j. n <sub>total</sub> =28		
	n	%	n	%
Familie	2	40	8	28.5
FreundInnen Bekannte	2	40	14	50
KollegInnen	0	0	6	21.5
prof. HelferInnen	1	20	0	0
Wahrnehmung soz. Unterst.	3.43		4.64	
Zufriedenheit soz. Unterst.	3.25		6.25	
Wohnform	mit anderen		mit anderen	
Zivilstand	ledig		ledig	
Elternschaft	nein		nein	
ausserh. Be- schäftigung	nein		ja	
Jahreseink.	weniger als 35000		35000-50000	

17	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
	m, 47j. n <sub>total</sub> =6	m, 47j. n <sub>total</sub> =34		
	n	%	n	%
Familie	2	33.3	9	26.5
FreundInnen Bekannte	0	0	17	50
KollegInnen	2	33.3	6	17.6
prof. HelferInnen	2	33.3	2	5.9
Wahrnehmung soz. Unterst.	2.5		4.07	
Zufriedenheit soz. Unterst.	3		6	
Wohnform	mit anderen		mit anderen	
Zivilstand	geschieden		verheiratet	
Elternschaft	ja		ja	
ausserh. Beschäftigung	ja		ja	
Jahreseink.	weniger als 35000		35000-50000	

18	klinische Stichprobe	nicht klinische Stichprobe		
				
	w, 39j. n <sub>total</sub> =18	w, 37j. n <sub>total</sub> =32		
	n	%	n	%
Familie	6	33.4	11	34.4
FreundInnen Bekannte	3	16.6	15	46.9
KollegInnen	8	44.5	4	12.5
prof. Hefel- Innen	1	5.5	2	6.2
Wahrnehmung soz. Unterst.	4.64		4.79	
Zufriedenheit soz. Unterst.	6.5		5.75	
Wohnform	alleine		alleine	
Zivilstand	geschieden		ledig	
Elternschaft	ja		nein	
ausserh. Be- schäftigung	ja		ja	
Jahreseink.	über 50000		weniger als 35000	

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: