

Lebensbruch oder Krankheit? Eine Untersuchung der Betroffenenensynthese

Hellerich, Gert

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hellerich, G. (1995). Lebensbruch oder Krankheit? Eine Untersuchung der Betroffenenensynthese. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 19(4), 23-32. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266734>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Lebensbruch oder Krankheit?

Eine Untersuchung der Betroffenenensynthese

1. Compliance – Stimmen die Psychiatrie-Erfahrenen mit dem Krankheitsbegriff überein?

Es ist für die Reformpsychiatrie wesentlich, um effizient sein zu können, daß die Patienten Mitarbeiter an ihrem Genesungsprozeß werden. Keine Reform kann erfolgreich sein, wenn die Betroffenen nicht selbst das therapeutische Programm mittragen. Die Beteiligung an den Behandlungsprozessen setzt jedoch Übereinstimmung mit den den Therapien zugrundeliegenden Diagnosen voraus – in der Psychiatrie 'Compliance' genannt. Zwar sind mangelnde Krankheitseinsicht, -bewußtsein und -gefühle nicht direkt gleichzusetzen mit Ablehnung der Behandlung, aber sie korrelieren sehr eng. Sie werden als Bedingungsfaktoren mangelnder Zusammenarbeit des Klienten in dem Behandlungssystem bewertet (vgl. Linden, 1982, S. 93 ff.). Die Krankheitseinsicht oder -uneinsichtigkeit sollen daher sehr konsistente Compliance-Prädiktoren für die Mitarbeit des Klienten an seiner Behandlung sein.

Untersuchungen an der Thematik Krankheitsbewußtsein, -einsicht – und -gefühl kommen zum Teil zu unterschiedlichen Ergebnissen. Eine 1988 veröffentlichte Studie bestreitet die Krankheitseinsicht bei Patienten:

»Bei vielen psychiatrischen Patienten ist jedoch die Krankheitseinsicht nur zeitweise gegeben, nur eingeschränkt vorhanden und zuweilen auch ganz aufgehoben« (Bender, 1988, Geleitwort).

Die in ihrer Recherche mit quantitativen Methoden arbeitende, sie in verschiedene psychiatrische Syndrome und Diagnosen aufgliedernde und ungefähr 500 psychiatrische Patienten im Alter von 15-80 Jah-

ren erfassende Untersuchung kam zu folgenden Schlußfolgerungen: Erstens sind die Patienten mit Depressionen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen signifikant krankheitseinsichtiger als die mit Schizophrenie und Manie. Zweitens korreliert nach dieser Untersuchung der Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung negativ mit Krankheitseinsicht: »Die Patienten zeigen also umso weniger Krankheitseinsicht, je kränker sie sind« (Bender, 1988, S. 84). Obwohl keine signifikante Korrelation zwischen Intelligenz und Krankheitseinsicht besteht, so gehen numerisch geringe Korrelationen am ehesten in die Richtung, daß der intelligentere Patient Fremdbeurteilung akzeptieren kann und behandlungsbereiter ist« (Bender, 1988, S. 85).

Eine andere 1994 veröffentlichte explorative Studie der subjektiven Krankheitstheorien von Patienten, der eine qualitative Forschungsmethodik zugrundelag, kam zu unterschiedlichen Ergebnissen. Statt fehlender Krankheitseinsicht, wie in der oben genannten Studie, fiel bei dieser Untersuchung inhaltlich auf, daß »alle Befragten das jeweilige Problemverhalten eindeutig als »krank« bezeichneten. ... Bei kürzer Erkrankten, wie in der Stichprobe, wird eigentlich noch eine höhere Abwehr vermutet, sich mit der Krankenrolle zu identifizieren ... bis auf eine Ausnahme (bestand) bei keinem Befragten eine explizite Ablehnung der psychiatrischen Terminologie« (vgl. Stark & Stolle, 1994, S. 77 ff.).

Vergleicht man die beiden von unterschiedlichen Methoden (quantitativ versus qualitativ) und einem zum Teil unterschiedlichen Patientenkreis (einerseits erweiterter Krankheitsbereich bis zu Diagnosen und zum anderen Beschränkung auf Psychotiker) ausgehenden Untersuchungen, so fällt eine gewisse Gegensätzlichkeit ins Auge. Während die eine Untersuchung die psychotischen Kranken als krankheitsuneinsichtig beurteilt, bewertet die andere Recherche sie als krankheitseinsichtig. Eine weitere Studie zum Krankheitsbewußtsein und Bewältigungsstrategien von Patienten mit »schizophrenen Psychosen« bestätigt in etwa die von Stark und Stolle erzielten Ergebnisse. Die mit 50 schizophrenen Patienten durchgeführten semistrukturierten Interviews ergaben, daß bei 84 % der Fälle ein Krankheitsbewußtsein vorhanden war, und daß bei 94 % der Patienten das zumindest gelegentliche Auftreten psychotischer Erlebnisweisen eingeräumt wurde (vgl. Dittmann & Schüttler, 1990, S. 318 ff.). Eine Untersuchung, die zum Ergebnis hat, daß sich die Mehrheit

der Befragten im Hinblick auf ihr Krankheitsbewußtsein weder für völlig gesund noch für (psychisch) krank hielten (vgl. Buschmann-Steinhage, 1987), kann sowohl für eine fehlende als auch für eine vorhandene Krankheitseinsicht funktionalisiert werden.

Für uns stellt sich die Frage, ob die Erforschung der Krankheit im psychiatrischen Sinne dem alltagsweltlichen Verständnis von Krankheit entspricht – ob Krankheit gleich Krankheit ist. Interpretieren die Betroffenen nicht Krankheit – wie die Konstruktivisten und Postmodernen betonen – in vielfältigster (und nicht in der psychiatrisch vorgegebenen) Weise? Gehen die Erforschungen der Krankheitseinsicht eventuell gar nicht auf die Bedürfnisse, Vorstellungen und lebensweltliche Kontexte ein, sondern dienen eher professionellen und institutionellen Reform-Interessen?

2. Lebensbruch und/oder Krankheit

Unsere Untersuchung (vgl. Hellerich, 1995) beruhte auf qualitativen Interviews, bezog sich auf 15 Psychiatrie-Erfahrene, die allesamt mit der Krankheitsbezeichnung »Schizophrenie« etikettiert wurden, Klinikaufenthalte zwischen 3 bis 15 Mal aufwiesen und, mit wenigen Ausnahmen des betreuten Wohnens, eine eigene Wohnung mieteten. Sie waren entweder SozialhilfeempfängerInnen oder FrührentnerInnen. Im Gegensatz zu den oben genannten Studien war unsere Untersuchung bei weitem nicht so eindeutig. Mehrere der Befragten lehnten den Krankheitsbegriff ab, eine überwiegende Mehrheit hielt am Krankheitsbegriff fest, jedoch entsprach die Bezeichnung Krankheit oft nicht der medizinischen Konstruktion von psychischer Krankheit. Hier wurden nicht selten Eigenheiten biographischer Interpretationen hineinprojeziert, die den Krankheitsbegriff vielfältig färbten. Gefragt nach der Lebensgeschichte und Krankheit war auffällig, daß bei allen Befragten Brüche bzw. Diskontinuitäten als signifikant für ihr Leben – quasi als Lebenswende oder Wendepunkt – beurteilt wurden, und daß von den meisten in diesen Lebensbrüchen eine direkte Beziehung zur »Krankheitsgeschichte« hergestellt wurde. Für diese überwiegende Mehrheit war die Frage nach dem Lebensbruch viel bedeutungsvoller als die Frage nach Krankheit. Im Einzelnen sahen die Ergebnisse wie folgt aus:

Zur Thematik Krankheit / Nicht-Krankheit: Unter denjenigen, die sich nicht als krank bezeichneten, waren zwei, die sich als verrückt oder irre betrachteten, um sich aus dem medizinischen Kontext herauszulösen; diese lehnten den Krankheitsbegriff ab, weil er aus Menschen hilfsbedürftige medizinische Wesen macht. Ihr Weltbild war ein ganz anderes als das der Normalen: Sie waren gegen Leistungskarriere, Parlamentarismus, Entfremdung, Hierarchien. Einer von ihnen betätigte sich in der Redaktion der Zeitschrift Irrtu(r)m. Zwei weitere Befragte distanzieren sich von dem Begriff krank und gebrauchten Begriffe wie »nervlich angespannt«, »mit den Nerven runter«, »überbelastet«. Eine Person verstand sich als depressiv und nicht als krank, wobei Depression, obwohl generell als Krankheitskategorie konzipiert, ihr nicht so erschien, sondern als Niedergeschlagenheit, Down-Gefühl, Energiearmut. Diejenigen, die sich als krank kategorisierten, hörten Stimmen, halluzinierten, konnten mehrere Tage nicht schlafen, waren von Unruhe geprägt und viele von ihnen hielten sich nicht für arbeitsfähig oder wenn, dann nur beschränkt, oder sie gingen von sich selbst als nicht bzw. wenig belastbar aus. Eine Frau drückte das Krankhafte als etwas, das von einem Besitz ergreift, mit den Worten aus: »Es ist passiert«. Es kam zu einer Körperspaltung, der Körper trocknete aus und sie konnte ihn nicht mehr fühlen. Bei zwei Befragten verschmolzen körperliche Krankheiten (z.B. Epilepsie bei einer Interviewpartnerin und Zuckerkrankheit bei einem anderen Psychiatrie-Erfahrenen) mit seelischen Leiden. Zwei sich als krank bewertende Betroffene erschienen uns denkwürdig mit ihren Aussagen: Der eine betonte, daß er krank sei, sich aber nicht krank fühle. Wie aus dem weiteren Gespräch ersichtlich wurde, wurde er von der Umwelt als krank eingestuft, er selbst aber fühlte sich nicht als hilfsbedürftig und daher nicht als krank. Interessant schien uns auch eine Formulierung einer zweiten Betroffenen, die sich selbst als krank bezeichnete, jedoch großen Wert auf eine Binnendifferenzierung der Krankheit legte. Ihrer Meinung nach ist Krankheit nicht gleich Krankheit, denn es muß unterschieden werden zwischen Krankheit, die von außen her einer Person auferlegt wird, wenn sie »daneben liegt« oder »rausfällt« und Krankheit in Anführungszeichen, als subjektive Befindlichkeit, wenn die leidende Person Grenzerfahrungen der Persönlichkeit, Ausweglosigkeit und Verzweiflung macht.

Uns fiel auf, daß keine der InterviewpartnerInnen eine den anderen Befragten vergleichbare, identische Antwort gab. Die Manifestationen waren partikularistisch, individuell, vielfältig sowohl im Hinblick auf Krankheit als auch Nicht-Krankheit. Es scheint, als ob die lebensweltlichen Äußerungen der Betroffenen viel differenzierter sind als dies eine objektiv ausgerichtete wissenschaftliche Medizin zum Ausdruck bringen könnte.

Auch im Hinblick auf die Ätiologie der Krankheit – Nicht/ Krankheit, fiel uns die Fülle und Varietät möglicher Ursachen ins Auge. Mit den Worten eines Betroffenen möchte ich sie als »Lebensbruch« bezeichnen. In allen Lebensgeschichten wurden diese Brüche, manchmal sogar Zusammenbrüche deutlich, und die Mehrheit der Befragten hat die besonderen Lebensumstände und die Krankheit in ein direktes Verhältnis gesetzt. Die Lebensbrüche reichten von familialen Krisen (Eltern-Kind Beziehungskonflikten), Ehekrisen, (Scheidungen, Partnerverlust), Leistungsproblemen (im Arbeitsbereich und Studium) bis hin zu den sich aus Arbeitslosigkeit ergebenden Lebens- und Alltagsproblemen. Einige Beispiele: Für einen unserer Interviewten war ein klarer Bruch in seinem Leben zu verzeichnen, als er nach mehrjähriger Tätigkeit als Masseur seine Stelle verlor und arbeitslos wurde. Obwohl er schon als Kind unruhig war, diese Unruhe jedoch weder in der Schule noch am Arbeitsplatz zu Problemen führte, ist es durch die Arbeitslosigkeit zu enormen inneren Spannungen gekommen. Er kann nicht lange still sitzen, kann nachts kaum schlafen, raucht ständig. Auch die Klinikaufenthalte und die Medikamente Haldol und Neurozil, die er kontinuierlich einnimmt, haben keine Besserung bewirkt.

Drei unserer Befragten waren ehemalige StudentInnen, bei denen kurz vor dem Abschlußexamen ein Bruch festzustellen war. Sie konnten einfach nicht mehr. Sie waren ausgerastet und angeschlagen und konnten die Belastung nicht mehr ertragen. Häufig kamen noch andere – meist soziale – Probleme hinzu, wie etwa Kontakt- oder Beziehungsprobleme. Einer unserer Interviewpartner hatte Phasen von »Aussetzern« und »Schweben in einer anderen Welt«, flippte aus, zerbrach eine Fensterscheibe im Wohnhaus neben seiner Wohnung und ließ sich von den anrückenden Polizisten kaum bändigen. Statt ihn, wie die Polizisten es vorhatten, über Nacht in Polizeigewahrsam zu nehmen, brachten sie ihn auf Intervention des Vaters in die Klinik.

Im Nachhinein wunderte sich unser Befragter, woher sein Vater wissen wollte, daß er bei diesem ersten »Aussetzer« ein Fall für die Psychiatrie sein sollte.

Eine unserer kontaktierten Personen war Lehrerin; sie hatte 6 Jahre in der Grundschule und 6 Jahre in der Sonderschule gearbeitet, wo sich dann der Lebensbruch offenbarte. Es kam zu einem »extremen psychischen Ausnahmezustand«, den sie als »Notwehrmechanismus des Geistes und des Organismus« bezeichnete. Sie lag »daneben« und wurde vom Amtsarzt als »dienstunfähig« eingestuft. Während ihre Kollegen noch mit Hilfe von Pillen ihre Dienstfähigkeit unter Beweis stellten, gelang es ihr nicht mehr, der täglichen Belastbarkeit in der Schule gewachsen zu sein. Als sie dann dort ausflippte, von der Verwaltung die Polizei gerufen wurde, hatte sie zwei Polizisten umgeworfen; ihre Begründung war, daß sie Angstzustände hatte und der Meinung war, »man greift nach mir«.

Bei mehreren der von uns befragten Psychiatrie-Erfahrenen stellte sich ein Bruch in ihrem Leben auf Grund von Partnerkonflikten ein. Zum Beispiel erzählte uns eine dreißig-jährige Frau, daß sie vor zwölf Jahren in eine Ausnahmesituation hineingeriet, als ihr Partner – ein amerikanischer Staatsbürger – sie und ihre zwei Kinder sitzenließ und nach Amerika zurückging. Das war zuviel für sie; sie konnte es psychisch nicht verkraften. Ihre Liebesgeschichte wurde zur jäh unterbrochenen Leidensgeschichte. Ihre verlorene Hoffnung, ihre Aussichtslosigkeit, ihre stockende Einbildungskraft, ihre Verzweiflung trieben sie in den Wahnsinn. Ihr tiefsitzender Schmerz durchlebte jeden Nerv. Ihre zwei Kinder wurden von einer Pflegefamilie adoptiert. Partnerkonflikte, die letztendlich zu einem Lebensbruch in seiner Lebensgeschichte führten, zeigten sich auch bei einem bei einer großen Tageszeitung arbeitenden Staplerfahrer. Während er zu Tag- und Nachtzeiten Schwerstarbeit verrichten mußte, machte seine Frau hinter seinem Rücken solch hohe Schulden, daß sie über seinen Kopf hinauswachsen. Die Partner-, Finanz- (bzw. Schulden-) und Arbeitsbelastung zusammen genommen, waren für ihn solch eine nervliche Belastung, daß er »mit den Nerven völlig fertig«, ein Fall der Psychiatrie wurde.

Bei vielen unserer InterviewpartnerInnen stellte sich schon sehr früh ein Eltern-Kind Konflikt ein. Das wie brüchiges Eis wahrgenommene Alltagsleben ließ oft jegliche Geborgenheit des Lebens verlo-

rengehen. Einer unserer Befragten, der Älteste von sieben Kindern, dessen Mutter ihm auf rationale und emotionale Weise ihre ungewollte Schwangerschaft mitteilte, erfuhr den Lebensbruch, als er 16 Jahre alt war und von Zuhause wegzog. Die identitätszerstörende Welt der Mutter wiederholte sich bald in Erziehungsheimen und in der Psychiatrie. Seine Mutter umarmte und küßte ihn nie, sondern machte ihm nur ständig Vorwürfe, was im Heim und in der Psychiatrie seine Fortsetzung fand. Er wollte mit dem Leben brechen, machte mehrere Suizidversuche; hat sich jetzt gefangen und versucht, seine Erfahrungen aufzuarbeiten innerhalb eines für ihn wesentlichen gesellschaftlichen Kontextes. Seine Lebensgeschichte lehrte ihn, daß die Familie eine inkompetente, überforderte soziale Zelle ist, die durch die bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse produziert, aber eigentlich, um pathogene Entwicklungen zu verhindern, aufgelöst werden müßte.

3. Lebensbruch: Durchbruch oder Zusammenbruch?

Sympathisch dem Denken Coopers, Laings, Basaglias, Foucaults, Deleuze u.a. gegenüber, haben wir erwartet, daß sich bei der überwiegenden Mehrheit der Psychiatrie-Erfahrenen ein positives Gefühl zum Wahnsinn einstellt, sie den Wahnsinn als Differenz, Anders-Sein und Durchbruch im postmodernen Sinne bejaht, und sie sich im irren Leben frei und schöpferisch entfaltet. Diese Erwartungen trafen nur auf eine Minderheit zu, die die ihnen aufgezwungenen entfremdeten Daseinsformen durch radikal andere Bedürfnisse, Vorstellungen und entnormalisierende Diskurse dekonstruieren konnte. Sie manifestieren sich durch literarisch-künstlerische Produktivität. Es ist auch bezeichnend für die Wenigen, daß sie ein Nacht-Café initiieren wollen, das von Psychiatrie-Erfahrenen verwaltet und organisiert, Krisen auffangen soll. Die Mehrheit dagegen schaffte diesen Durchbruch nicht. Bezeichnend für diese Gruppe ist auch im Gegensatz zu der dem Krankheitsbegriff kritisch gegenüberstehenden Durchbruchgruppe, daß sie den Krankheitsbegriff beibehielten, wenngleich sie ihn unterschiedlich interpretierten. Es erschien uns, als ob die damals erlebten Alltagskrisen (Familialkrisen, Leistungskrisen etc.) so gewaltig auf sie wirkten, daß sie sich mit allen denkbaren und ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln gegen einen erneuten möglichen Lebensbruch aus Angst vor dem

Lebenszusammenbruch schützen wollten. Selbstmedikalisierung, das Einhalten von Grenzen, keine Experimente, kein Wagnis, kein Schritt hinaus ins Unbekannte, waren deren Lebensauffassung.

Einige Beispiele: Einer der Befragten sagte uns: »Wenn ich meine Depot-Spritze nicht bekomme, könnte es mir wieder dreckig gehen.« Hier ist klar und deutlich die Angst vor einem Bruch zu erkennen. Die Unsicherheit vor etwas Neuem manifestiert sich auch in der Aussage eines durch seine Frau betrogenen und in eine Krise hineingeratenen Psychiatrie-Erfahrenen: »Ich habe gute Beziehungen zu meinen Kindern, aber ich will nie und nimmer eine weitere Partnerbeziehung eingehen.« Oder: ein noch betreut Wohnender, als er danach gefragt wurde, ob er sich nicht eine eigene Wohnung suchen wolle, denn er sei ja nun stabilisiert, antwortete: »Dies würde meine Kräfte überschreiten.«

Aus den Interviews ergab sich für uns, daß die sich als Krisen im Alltag eines Menschen einstellenden Lebensbrüche weder pauschal als positiv noch als negativ zu bewerten sind. Zweifelsohne brauchten viele Krisen nicht zu sein, könnten auf Grund anderer gesellschaftlicher Verhältnisse, einer anderen Politik der Familie, eines bedürfnisorientierten Studiums oder einer selbstbestimmten Arbeit und anderer sozial-ökonomischer Veränderungen nicht zu sein. Sie sind unnötig, da sie das Leben hemmen. Obige Beispiele unserer durchgeführten Interviews bestätigen diese These. Doch andererseits sind unter den momentan existierenden gesellschaftlichen Bedingungen Lebensbrüche unabdingbar für eine Differenz; sie beschleunigen nicht selten eine Entwicklung zu einem anderen Leben. Einer unserer Befragten, ein ehemaliger Student, der krisengeschüttelt sein Studium abbrach (Abbruch als Lebensbruch), teilte uns mit, daß er nach seiner Krise, die mehrere Psychiatrie-Aufenthalte zur Folge hatte, sich nun für Sozialhilfe, freie Zeit und künstlerisches Schaffen entschlossen habe. Für die normale Welt des Aufstiegs und der Karriere scheint dieser Lebensbruch schwer verständlich zu sein.

4. Postmoderne Lebenstexte

Unsere Untersuchung kam zu der Schlußfolgerung, daß jede befragte Person ihre eigene, besondere, spezifische, partikuläre Lebensgeschichte und damit verbunden, ihren einmaligen Lebensbruch hatte.

Eine große Theorie über Krankheit tut sich schwer, all die vielfältigen Lebenstexte zu subsumieren. Sicherlich ist jeder individuelle Lebenstext in einem sozialen Kontext verwurzelt, doch das Differenzierende in den Erfahrungswelten ist ins Auge fallend. Die Textualisierung der Psychiatrie-Erfahrenen läßt einen Perspektivenpluralismus und Differenzbildung zu, während die empirischen Untersuchungen zum Krankheitsbewußtsein in der Prozedur des Fragens das Allgemeine dem Textuellen überstülpen wollen. In den Forschungsarbeiten werden Grenzen gezogen, die das Allgemeinbegriffliche bzw. die große Theorie zu Ungunsten des individuell-einmaligen Lebensgeschichtlichen favorisieren. Wir haben erkennen müssen, daß es den Betroffenen bei ihrer Aneignung von Welt um mehr geht, als um klare und eindeutige Begriffe und Kategorien und festgelegte Grenzen krank versus gesund. Der Reform-Diskurs zieht eine Grenze zu gewissen Fragen hin, d.h. er geht auf bestimmte Fragen nicht ein. Aber gerade die sind entscheidend für die Betroffenen.

Krankheit ist der Begriff der Psychiater und für diese Gruppe ist es auch wichtig, mittels empirischer Untersuchungen zu erforschen, ob die von ihnen behandelten Patienten krankheitseinsichtig sind, denn diejenigen, die ein Krankheitsbewußtsein haben, arbeiten eher mit an den diversen Behandlungsschritten, d.h. die Behandlungsresistenz ist gering. Den Psychiatern liegt viel daran, kooperative, also krankheitseinsichtige Patienten zu produzieren. Gewisse Modellprojekte, die in Patientenclubs die Krankheitseinsicht und Compliance bei Betroffenen durch eine gesellige Clubsituation verbessern wollen, gehen in diese Richtung (vgl. Rave-Schwank & Nagel-Schmitt, 1993, S. 114 ff.).

Vereinheitlichen sich auf der einen Seite die Professionellen im Denken, Handeln und in der Forschung mit Hilfe des Krankheitsparadigmas und beißen sich an diesem fest, so wird andererseits um den Lebensbruch herum die Differenz und Heterogenität aktiviert, die sich zwischen den Polen des Lebensfördernden und Lebensverneinenden, zwischen Konstruktion und Destruktion bewegt. Das Differenzdenken, dessen Instrument die Disjunktion (Loslösung vom Krankheitsmodell) ist, entzerrt nicht nur die professionellen Diagnosen – sondern auch die Behandlungspraktiken. Gefragt sind beim Lebensbruch Menschen aller Genres – Professionelle (vom Pädagogen bis zum Soziologen, aber auch Mediziner und Psychiater) und Nicht-

Professionelle (Angehörige, Freunde, Kollegen etc.), die helfend zur Seite stehen können, die Lebensprobleme auffangen können. Postmodern gesehen, wenn die Hilfemöglichkeiten entgrenzt werden, d.h. aus einem bestimmten Berufsfeld herausgenommen werden, können vielfältige Perspektiven der Hilfe entwickelt werden. Andererseits besteht aber – und dies ist nicht zu verneinen – die Gefahr, daß durch die Fragmentierung der Gesellschaft keine Hilfe bei Lebensbrüchen gewährt wird und die Lebenskrisen an die – Gott sei Dank, es gibt sie noch – psychosozialen Berufsgruppen delegiert werden.

Die postmoderne Textualisierung der Welt und der Menschen läßt offene und vieldeutige Interpretationen, kreative Denk-, Handlungs- und Hilfepektiven zu. Nun hängt es vom Einzelnen ab, ob er in seinem Leben – einem Leben mit anderen – die produktive Fürsorglichkeit initiiert und freisetzt.

Literatur

- Bender, W. (1988). Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühle bei psychotischen Patienten. Stuttgart.
- Buschmann-Steinhage, R. (1987). Wenn das Selbst zerbricht ... Selbstkonzept und Einstellung zur Erkrankung bei schizophrenen Patienten. Frankfurt/M.
- Dittmann, J. & Schüttler, R. (1990). Krankheitsbewußtsein und Bewältigungsstrategien von Patienten mit schizophrenen Psychosen. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82 (4), S. 318-322.
- Hellerich, G., Becker, L. & Berger, T. (1995). Das Verschwinden der modernen Psychiatrie in der Postmoderne. Ein durch den Wissenschaftssenator Bremens gefördertes Forschungsprojekt.
- Linden, M. (1982). Die Veränderung von Krankheitsmodell und Compliance bei schizophrenen Patienten. In: H. Helmchen & M. Linden (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie* (S. 93-99). Berlin.
- Rave-Schwank, M. & Nagel-Schmitt, U. (1993). Gesundheitsunterricht im Patientenclub. *Psychiatrische Praxis*, 20 (3), S. 114-115.
- Stark, F.M. & Stolle, R. (1994). Schizophrenie: Subjektive Krankheits-theorien – Eine explorative Studie, Teil I: Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 21, S. 74-78.