

Prof. Dr. Reinhard Lütjen  
FH Kiel

reinhard.luetjen@fh-kiel.de  
Februar 2012

## **Durchführung der Studie**

Die Studie wurde so realisiert, dass strukturierte Gespräche mit psychisch erkrankten Menschen in unterschiedlichen Betreuungssituationen über Aspekte ihrer alltäglichen Lebensführung stattfanden.

Insgesamt hatten sich 22 Klientinnen und Klienten zweier gemeindepsychiatrischer Träger bereit erklärt, an einem solchen Gespräch teilzunehmen. Zustande gekommen ist ein Kontakt letztlich mit 20 Betroffenen. Ihr Leben war, wie im Konzeptions-Teil bereits erwähnt, durch unterschiedliche Typen von Betreuungssituationen gekennzeichnet:

- Stationäre Betreuung im Kontext Wohnhaus/Wohnheim (WH)
- ambulante Betreuung im Kontext „Appartementwohnen“ (AP)
- ambulante Betreuung im Kontext „Einzelwohnen“ (EW)

Die Ergebnisse der Studie werden im folgenden meistens nach diesen unterschiedlichen Betreuungstypen gruppiert, miteinander verglichen oder kontrastiert, Zum Teil gibt es über alle Betreuungstypen ähnliche Tendenzen in den Äußerungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu ihrer Lebensführung, zum Teil zeichnen sich Unterschiede ab.

Es handelt sich um eine rein qualitative Studie. Die Gespräche wurden mit Hilfe eines Diktiergeräts aufgenommen, wogegen nur eine Person etwas einzuwenden hatte – in diesem Fall wurden aber schriftliche Notizen des Interviewers akzeptiert.

Alle Gespräche wurden vom Autor dieser Studie durchgeführt. Die Gespräche wurden in ihren relevanten Antwortteilen transkribiert und in einem vergleichenden Verfahren über alle Interview-Äußerungen zu dieser Frage zu Kategorien zusammengefasst.

Im folgenden wird jetzt die zusammengefasste Analyse der Äußerungen der Gesprächsteilnehmer vorgestellt. Es wird auf alle Fragen eingegangen, die am Ende des Konzeptions-Teils aufgeführt sind. Zum Teil werden sie allerdings in einer etwas anderen Reihenfolge behandelt, da sich so einzelne Zusammenhänge im Lebenskontext der Betroffenen besser darstellen lassen.

## **1. Das Wichtigste im Leben**

In der Einführung wurde die alltägliche Lebensführung als Dualität von Routinen und gewohnten Handlungsstrukturen einerseits und Träumen vom „eigentlichen“ Leben, von der Utopie einer erfüllten Existenz, charakterisiert. Um die Äußerungen und Selbstzeugnisse der Interviewpartner besser danach einordnen zu können, ob sie sich sozusagen auf der Ebene der üblichen Alltagsroutinen oder auf der Ebene eines gewünschten „eigentlichen“ Lebens bewegen, wurde im ersten Teil des Gesprächs die Frage gestellt, was für die Betroffenen das Wichtigste im Leben sei.

Die Ausführungen der Befragten bewegten sich eher auf der Ebene des üblichen Alltags, sie scheinen also die Frage nach den wichtigsten Inhalten des Lebens auf ihr momentanes Leben in Kontakt mit der sozialpsychiatrischen Betreuung bezogen zu haben. – Der Aspekt von erhofften bis utopischen Perspektiven der Lebensführung – also von persönlichen Wünschen, die über die alltägliche Lebensbewältigung hinausgehen, wird aber später bei der Frage nach den „Lebensträumen“ wieder aufgenommen.

In der zusammenfassenden Betrachtung der Äußerungen zu diesem Bereich zeigt sich relativ klar, dass das spezielle Betreuungssetting eher wenig Einfluss darauf zu haben scheint, was als das momentan Wichtigste im Leben angesehen wird. Jedenfalls ergibt sich keine sinnvolle Möglichkeit der Aufteilung der Antworten nach „stationär – nicht stationär“ wie bei anderen Fragen. Diese Frage berührt eine der Kernbereiche persönlicher Lebensgestaltung und Sinnfindung, so dass der Umstand des jeweiligen Betreuungskontextes keine große Rolle spielt. Dass man sich aber zu dem Zeitpunkt, wo man sich mit dieser Frage beschäftigt, in irgendeiner Form sozialpsychiatrischer Betreuung befindet, kann durchaus den Inhalt der Antworten beeinflussen. Die Frage, ob ich meine Identität anders entwerfe, wenn der aktuelle Sachverhalt, dass ich sozialpsychiatrisch unterstützt werde, in den Hintergrund tritt, wird bei den „Lebensträumen“ wieder aufgenommen.

### **1.1. Betreuung und Beschäftigung als das Wichtigste**

Knapp ein Drittel der Befragten, d.h. 6 Personen erwähnen explizit die Betreuung oder aber eine regelmäßige Beschäftigung, die – neben der allgemeinen sozialpsychiatrischen Betreuung – in einer rehabilitativen Einrichtung erfolgt, als das momentan Wichtigste in ihrem Leben:

- Ja, dass ich hier Betreuung habe, wenn's mir schlecht geht, dass ich dann 'n Ansprechpartner habe
- Beschäftigung, dass ich was mach', dass ich den Tag nicht immer rumhäng'
- Dass ich hier Pflichten – also ich mach das freiwillig, aber dass ich das brauche
- Dass ich was zu tun habe, beschäftigt bin, sonst wäre es ein bisschen langweilig
- Therapien und Aufgaben, die das Leben auch noch lebenswert machen
- Die Arbeit ist mir sehr wichtig, dass ich eine Struktur habe

### **1.2. Autonomie und Für-sich sein-können**

Ebenfalls ein Viertel der Befragten betont als das momentan Wichtigste im Leben, dass man ein eigenes Leben führen kann, dass eigene Lebensvollzüge im Alltag spürbar werden:

- Hauptsächlich, dass ich hier alleine leben kann, das ist das Allerwichtigste, das ich selber alles kann
- Ausreichend zur Ruhe zu kommen ... Musik hören ist ein wichtiges Bedürfnis bei mir, auch dass ich zu Fuß hierher kommen kann ...
- Selbstfürsorge, fängt damit an, dass ich versuche, mich regelmäßig zu ernähren, Situationen, wo sich Stress aufbaut, zu entgehen
- Gesundbleiben, dass einem das Essen noch schmeckt, und Freude am Leben haben
- Dass die Stabilität in meinem täglichen Leben mir bleibt

In diesen Antworten spiegeln sich eher als bei den anderen Kategorien dieses Bereichs allgemeinere Aspekte der Lebensführung wider, die sozusagen genauso wichtig sind, wenn man nicht sozialpsychiatrisch betreut wird (Ruhe, Selbstfürsorge, Stabilität, Gesundbleiben). Auch

wenn vorhin gesagt wurde, dass die Antworten eher die Betreuungsformen übergreifen, muss hier angemerkt werden, dass diese Kategorie eher für ambulant Betreute zutrifft, nur ein stationär betreuter Interviewpartner lässt sich dieser Kategorie zuordnen. Dies könnte ein Hinweis sein, dass die stationäre Betreuung die eigene Lebensbetrachtung mehr auf den aktuellen Alltag, so wie er in der Einrichtung gegeben ist, fokussiert und einengt.

### 1.3. Freunde und Familie

Personen bzw. Lebewesen aus dem nahen persönlichen Umfeld werden von 4 Personen (auch hier nur eine aus dem stationären WH-Bereich) als momentan bedeutendster Lebensinhalt genannt. Das heißt, für etwa ein Fünftel der Befragten machen private soziale Kontakte den wichtigsten Bestandteil der täglichen Lebensführung aus. Diese relativ geringe Menge von Nennungen ist ein Hinweis auf das häufig sehr lose oder gar nicht vorhandene soziale Netzwerk von Menschen, die längerfristig psychisch erkrankt sind. Bei einer Befragung in der Allgemeinbevölkerung käme man hier sicherlich zu deutlich höheren Angaben in dem Sinne, dass Freunde und Familie das Wichtigste im Leben sind.

- Menschen überhaupt ...
- Meine Katze und mein Freund
- Mein Sohn
- Freunde sind wichtig

### 1.4. Spezielle Lebensinhalte bzw. Wünsche an das Leben

Die restlichen Antworten verteilen sich auf ganz unterschiedliche sinngebende Perspektiven der Lebensführung von ganz konkret materiell-bedürfnisbetonten („ne Zigarette und `n Kaffee“) über selbst gestaltete Tätigkeit (selbst erteilter Fortbildungsunterricht) bis hin zur religiöser Bindung („meine intakte Beziehung zum Schöpfer“). Daneben werden bisher unerfüllte Wünsche an das Leben geäußert, die in Zusammenhang mit einer intensiven Beziehung zu einem Menschen stehen.

- Das wichtigste fehlt mir in meinem Leben – das wäre ein Mensch, der mich versteht und der mich so wahrnimmt, wie ich bin ...

Damit berührt diese Frage zumindest bei Einzelnen der Befragten auch Sehnsüchte und unausgesprochene Hoffnungen auf ein möglichst normales, sozial eingebundenes Leben ohne psychische Erkrankung. Diese Hoffnung dürfte bei vielen Befragten im Hintergrund stehen, manche äußern sie noch direkter und haben sie noch nicht aufgegeben, andere haben dies wahrscheinlich als unrealistisch abgehakt.

## 2. Der Alltag

Im nächsten Themenkomplex geht es um ein Kernthema sozialpsychiatrischer Betreuung, um die häufig als „Alltagsstrukturierung“ gekennzeichnete Unterstützung, durch die den Betroffenen ermöglicht werden soll, einen mehr oder weniger sinnerfüllten Alltagsvollzug zu erlangen, der ihnen Lebensqualität und mehr psychische Stabilität als in früheren Krisenzeiten vermitteln soll.

In den Abschnitten unter 2.1 wird es um die erlebte Freiheit der Alltagsgestaltung gehen, der Teil 2.2 thematisiert die erlebten Einschränkungen im Alltag.

## 2.1 Freiheit der Alltagsgestaltung

Dieser Bereich wurde mit verschiedenen allgemeinen Fragen erfasst. Ein wichtiger Aspekt von Lebensqualität ist die erlebte Freiheit der alltäglichen Lebensgestaltung. Der in der sozialpsychiatrischen Betreuungssprache übliche Begriff „Alltagsstrukturierung“ beinhaltet eine gewisse Uneindeutigkeit, wer für wen das Alltagsleben in eine Struktur bringt. Sind es die Einrichtung bzw. die Betreuer, die einen Alltag schaffen, wird es den KlientInnen überlassen, wie sie in dem vorgegebenen setting ihren Alltag leben – oder ist es eine Mischung aus diesen Varianten?

### 2.1.1 Alltagsgestaltung im Wohnhaus

Es ist nachvollziehbar, dass KlientInnen in einem stationären Kontext ihre Alltagsfreiheiten anders erfahren als diejenigen, die in ihrer eigenen Wohnung leben. In den Antworten und Einschätzungen der Wohnhaus-Bewohner scheint öfter eine Ambivalenz auf, die für die oben erwähnte Mischvariante aus Vorgegebenheit und Gestaltungsfreiheit des Lebensalltags spricht.

- Meinen Alltag kann ich selber gestalten, Strukturen sind Frühstück und Mittagessen
- Manchmal ist es vorgegeben, manchmal gestalte ich es selbst, Arbeitstherapie ist vorgegeben, die Gartengruppe habe ich mir selbst ausgesucht

Innerhalb vorgegebener Anordnungen (Mahlzeiten, verbindliche Therapieangebote) kann noch freie Wahl stattfinden. Dies wird von manchen als echte freie Wahl empfunden, bei anderen ist diese Wahlfreiheit schon sehr geschrumpft:

- Ich sitze die meiste Zeit alleine, rauche sehr viel und das gestalte ich selbst ... und dann muss ich zum Essen erscheinen

Hier macht das Rauchen den letzten Bereich von Selbstbestimmung aus, es wird exzessiv durchgeführt, so dass man den Eindruck bekommt, je kleiner der objektiv gegebene Handlungsspielraum – wie hier durch eine stark chronifizierte Symptomatik – desto massiver müssen einzelne noch verbliebene Handlungsmöglichkeiten zur Wahrung und Demonstration der Autonomie eingesetzt werden.

### 2.1.2 Alltagsgestaltung im Appartement-Wohnen

Beim AP wird die Darstellung der erlebten Gestaltungsfreiheit schwieriger, weil die Befragten differenzierte Nuancen ihrer Lebenssituation schildern. Zentrale Bedeutung als Zeit- und Orientierungsmarke hat hier das Mittagessen (für das man sich anmelden muss). Bei allen drei Befragten gewinnt man den Eindruck, dass der Tag dadurch ein „zuerst – und dann“ oder ein „vorher – nachher“ bekommt.

- Ich will das so, ich brauch' wirklich Struktur, vormittags Termine, danach mein Mittagessen

Die im Konzept des AP vorgesehene stärkere Selbstbestimmung der Klienten schlägt sich im subjektiven Erleben unterschiedlich nieder. Das Leben in einer attraktiven kleinen Wohnung wird positiv erlebt.

- Ich fühl mich hier wohnlicher – eigenes WC, eigene Küche, hab' zuerst gedacht, die Dusche sieht aus wie im Hotel

In bezug auf die persönliche Lebensführung äußern zwei der drei Befragten Aspekte, in denen ein Vergleich zu ihrer früheren Wohnheim-Situation im Hintergrund mitschwingt:

- Ja, selbst gestalten, meine Wohnung z.B., Sie sehen ja, es ist ziemlich verwahrlost ... ist ja auch nicht der Zwang vorgegeben, ich bin da sehr froh darüber, dass ich die Freiheit habe, in Unordnung zu leben ... ich bin es natürlich auch gewohnt, in Freiheit zu

leben, auf Zwänge reagiere ich allergisch, habe da auch eine Trotzhaltung, eine Totalverweigerhaltung

Diese befragte Person erweckt den Eindruck, dass sie nur dadurch, dass man ihr ihre hier zitierte „Freiheit zur Unordnung“ und ihre „Trotzhaltung“ lässt, ansprechbar bleibt für die Betreuung.

Diese erweiterte Freiheit im AP wird aber nicht ausschließlich positiv erlebt. Gerade die weitergehende „Normalisierung“ der Lebensverhältnisse führt auch zu Nachteilen in der Lebensführung wie sie auch Menschen kennen, die nicht an psychischen Krankheiten leiden.

- Diese Freiheit hat vielleicht auch ihre Schattenseiten: hier hab' ich weniger Geld zur Verfügung als im Heim zuvor – wir sind hier keine Heimbewohner mehr, jeder lebt mehr für sich, es ist anonym, wir müssen auch auskommen mit unserem Geld, für Lebensmittel, alle Kleinigkeiten, Glühbirnen, Heizkosten, das wurde früher alles gestellt, musste ich mich nicht drum kümmern.

Unordnung bis zu verwahrlosten Zuständen (die in diesem Fall aber nach Eindruck des Interviewers nicht gegeben war, es war eher die zu negative Selbsteinschätzung der Person, in der sich aber vielleicht Befürchtungen niederschlugen, wie es zukünftig bei ihr aussehen könne), Anonymität, finanzielle Engpässe – hier im AP „normalisieren“ sich die Alltags-Probleme der psychisch erkrankten Menschen zu allgemeinen Problemen gesellschaftlich benachteiligter Gruppen. Die Tendenz zur „Entpsychiatisierung der Verhältnisse“ im AP bringt also persönliche Belastungen nicht zum Verschwinden, aber das war ja auch nicht zu erwarten.

### 2.1.2 Alltagsgestaltung im Betreuten Wohnen

Die Antworten und Einschätzungen der Klienten von BW, PSK und AHB unterscheiden sich in der grundsätzlichen Ausrichtung wenig. Sehr eindeutig zeigt sich, dass eine Einengung durch die Betreuungssituation nicht berichtet wird. An negativen Aspekten werden umrissene Probleme genannt wie Eingewöhnungsschwierigkeiten, Probleme mit einzelnen Betreuern, die meist durch einen Betreuerwechsel gelöst wurden, unklare Vertretungssituationen. Dies ist auch nicht verwunderlich, denn grundsätzlich schränkt das Setting des Betreuten Wohnens natürlich weniger die Autonomie ein als eine stationäre Betreuung. Da, wo ich nicht wohne, kann ich mich auch immer schneller unangenehmen Situationen entziehen. Typisch sind Äußerungen wie.

- Werde nicht gezwungen, etwas zu machen, sondern ich sage: Könnte ich da und da Unterstützung haben?

Eher die Ausnahme sind erlebte Beeinträchtigungen in der Lebensführung wie folgende:

- Der Betreuer möchte, dass ich noch mehr mache ... ist anstrengend, dass das vorgegeben ist, bedeutet für mich auch ,ne Überwindung zu gucken, wie viel Leute sind da, halte ich das durch ...

#### 2.1.2.1 Zeitmarkierung

Die Markierung von Zeitpunkten, die Aufgliederung von Tag und Woche in unterscheidbare Teileinheiten durch die Betreuungsangebote, scheint ein sehr wichtiger Aspekt zu sein, er wird von fast allen erwähnt.

- Es ist zwischen vorgegeben und selbstgestaltet, ich habe jeden Tag eine Gruppe und einmal in der Woche ein Gespräch mit meiner Bezugsbetreuerin
- Das Gefühl ist relativ positiv, es gibt halt einen festen Termin, einmal pro Woche ganz fest
- Von mo – do bin hier zum Essen, dann mache ich auch die Therapien (d.h. Gruppenangebote), von fr – so habe ich so meinen Privatbereich

- Es gibt bestimmte Punkte, zu denen ich hierher komme: Mo Mittagessen, Di Kreativgruppe, einmal in der Woche ein Gespräch

### 2.1.2.2 Kontaktmöglichkeit

Mehrere KI berichten, wie sehr sie die Einrichtung auch als Möglichkeit schätzen, Kontakt zu anderen Betroffenen zu haben.

- Am Anfang war es schlimm, an den Angeboten teilzunehmen, es war Überwindung, ich habe ja eine Menschen-, also soziale Phobie, jetzt ist es mein Lebensmittelpunkt, mit den Leuten hier, die die gleichen Probleme haben wie ich, mit denen treffe ich mich

Andere betonen hingegen, dass es für sie wichtig ist, nicht nur mit psychisch Erkrankten zusammenzusein, so dient die ambulante Betreuung hier auch zur Schaffung von Differenz zwischen „Betreuungsleben“ unter der Woche und „Privatleben“ am Wochenende

- Am Wochenende habe ich meinen Privatbereich, Freunde, Verwandte, Bekannte, das bekommt mir auch gut, dass ich sagen kann, ich bin nicht nur mit psychisch Kranken zusammen

Letztere Abgrenzungsmöglichkeit erwächst v.a. aus dem Umstand, dass noch ein nicht-psychiatrisches soziales Netzwerk vorhanden ist. Wenn ein Netzwerk nicht mehr vorhanden ist bzw. man wegen seiner psychischen Problematik in seiner Familie oder im Freundeskreis weitgehend auf Ablehnung stößt, dann ist die soziale Teilhabemöglichkeit durch das Einrichtungszentrum die wichtigste verbliebene Möglichkeit zur Alltagsgestaltung.

## 2.2 Einschränkung im Alltag

Die gesonderte Frage, in welchen Bereichen des Alltagslebens man sich eingeschränkt fühlt bzw. wo man sich ausleben kann, berührt das Problem, inwieweit die sozialpsychiatrische Betreuung in die Lebensführung eingreift, so dass es sich für die Betroffenen nicht mehr um einen „natürlichen“, sondern eher um einen „künstlichen“ Alltag handelt. Hier ist zu vermuten, dass diejenigen Betreuten, die in einer eigenen Wohnung leben, sich eher in ihrer Individualität ausleben können als diejenigen, die im stationären Kontext wohnen.

Die Schilderungen der Interviewteilnehmer bestätigen diese Vermutung, wobei darauf hinzuweisen ist, dass insgesamt der Grad der persönlichen Einschränkung als nicht besonders groß oder belastend dargestellt wird. So äußerten sich insgesamt 6 der Befragten gar nicht deutlich zu dieser Frage, weil sie sie für sich als nicht zutreffend empfanden

Drei befragte Personen aus dem WH-Bereich erwähnen Aspekte, die man als persönliche Einschränkung werten kann:

- Eingeschränkt ... dass ich nicht so wegbleiben kann wie ich will, dass ich dann immer meine Tabletten holen muss
- Einschränkung ... eigentlich nicht ... wenn man wegbleibt, muss man natürlich Bescheid sagen
- Kann mich ausleben in meinem Zimmer ... ich wäre manchmal gerne 'n bisschen draußen (d.h. im Gemeinschaftsbereich, RL), aber das traue ich mich nicht

Auch im AP-Bereich werden Aspekte von Einschränkung genannt, jedoch andere als im WH-Bereich. Die Äußerungen von zwei Befragten scheinen wiederum vor dem Hintergrund gemacht worden zu sein, dass sie durch den Wechsel von einer stationären Einrichtung in das AP für sich einen Vergleich zwischen „früher“ und „heute“ anstellen.

- Ich hab' das Gefühl, dass der Standard (in bezug auf Reinlichkeit der Wohnung, RL) immer höher gelegt wird – und ich möchte nicht, dass ich, wenn ich einmal nachlässiger werde, dass die dann gleich denken, der hat ne Krise
- Im früheren Wohnhaus hatten wir ein bisschen mehr Gemeinschaft und das ist in diesem Mietshaus ein Stück weit verlorengegangen ... hier ist märchenhafte Ruhe, insofern ist es gut, dass wir hier sind, verloren ist ein Stück von der Gemeinschaft, das Kochen von Bewohnern und Mitarbeitern ist nicht mehr, Geburtstag wird auch nicht mehr gefeiert ...

Die ersten vier der bis hierhin fünf zitierten Äußerungen der WH- und AP-Klienten berühren den Aspekt, dass man durch die Betreuung sozusagen unter vermehrter Beobachtung steht, was zweifellos als Einschränkung der natürlichen Lebensführung gesehen werden kann. Die letzte Äußerung nimmt dagegen noch einmal bezug auf die Spezifität des Appartementwohnens, dass die weitgehende Normalisierung des Wohnens auch eine vermehrte Konfrontation mit „normalen“ gesellschaftlichen Tendenzen wie zunehmender Anonymisierung bedeutet. Insgesamt gehen die von den Befragten in den Bereichen WH und AP geäußerten Einschränkungen auf Beeinträchtigungen zurück, die direkt durch Gegebenheiten der Betreuungssituation entstehen. Dies ist bei den Schilderungen der Befragten aus den Bereichen der ambulanten Betreuung anders.

Denjenigen der Befragten, die in einer eigenen Wohnung leben und im ambulanten Kontext betreut werden, gelingt es, ihr privates Umfeld als autonomes Feld der Lebensführung zu nutzen, wo sie sich nicht durch die Betreuung beeinträchtigt fühlen. Das, was als Einschränkung erlebt wird, ist die Tatsache der chronischen psychischen Erkrankung – ein Aspekt, der von den Beteiligten aus den Bereichen WH und AP interessanterweise nicht genannt wird.

Typisch für die Gesprächspartner aus dem ambulanten Bereich sind folgende Einschätzungen:

- Dass ich hier eingeschränkt werde, kann ich nicht sagen – wenn ich Kreativ- oder Arbeitstherapie machen würde, das finde ich nicht so normal, jetzt ist es mir einfach zu albern ...
- Ausleben kann ich mich, indem ich hier jetzt alleine bin, mit all den Schwierigkeiten, die ich hinter mir habe, dass ich hier meine Wohnung habe, ich kann tun und lassen ...
- Einschränkung? Eigentlich weniger ... die Stimmen sind einschränkend
- Die Einschränkung hat nichts mit den äußeren Bedingungen zu tun, ich hab Kopfschmerzprobleme und Schlafstörungen, die soll man erst mal in den Griff kriegen ...
- Ausleben kann man sich schon, es gibt auch so etwas wie eine Betreuungspause, da sind wir in die Türkei geflogen
- Eingeschränkt in der Hinsicht, dass da so bestimmte Ängste sind
- Eingeschränkt fühle ich mich unter Leuten, die ich nicht kenne, das ist mein Problem
- Eingeschränkt überhaupt nicht, ist ja keine Bevormundung, es wird nichts getan, was ich nicht will

Die Einschränkung sieht diese Gruppe also meist in engem Zusammenhang mit eigenen psychischen Problematiken, die Einschränkung stammt aus dem innerpsychischen Bereich, der psychischen Erkrankung und den daraus erwachsenden Folgeerscheinungen. Im Bereich von WH und AP hingegen ist die Einschränkung „veräußerlicht“: es sind die Betreuer, bei denen man sich abmelden muss, die zu hohe Forderungen stellen usw.

### 3. Die Betreuung

Auf die Frage, was eine gute und hilfreiche sozialpsychiatrische Unterstützung ausmacht, gibt es eine Unzahl an möglichen Antworten. Es dürfte letzten Endes immer darum gehen, durch eine einfühlsame und anerkennende Unterstützung die Handlungsfähigkeit von psychisch kranken Menschen zu sichern und zu erweitern, sie also in ihrer Lebensführung so zu unterstützen, dass ihre Individualität und persönliche Autonomie sich möglichst gut entwickeln können.

Um ein konkreteres Bild von dem zu bekommen, wie Klientinnen und Klienten die verschiedenen Aspekte von sozialpsychiatrischer Unterstützung erfahren, wurden mehrere Fragen zu dem Bereich gestellt, die hier aber in manchen Punkten zusammengefasst werden können, weil die Antworttendenzen sich häufig überlagern.

Bei den Themenbereichen, die jetzt dargestellt werden sollen, geht es unter 3.1 und 3.2 um das, was an der Betreuung als sinnvoll erlebt wird, unter 3.3 und 3.4 um den Einfluss der Betreuung auf die Zufriedenheit und die allgemeine Befindlichkeit. Im Punkt 3.5 geht es um subjektive Gründe für die Teilnahme an Betreuungsaktivitäten, unter 3.6 wird die Frage behandelt, ob das „Tempo“ der durch die Betreuung stattfindenden persönlichen Veränderung als angemessen empfunden wird.

### 3.1 Sinnvolle Anregungen in der Betreuung

Alle Befragten äußerten sich zu diesem Thema, allerdings in recht unterschiedlicher Konkretheit. Die Antworten lassen sich insgesamt 4 inhaltlichen Kategorien zuordnen:

1. Ansprechmöglichkeit, Spiegelung, Respektierung der Selbstständigkeit durch Betreuungsperson
2. konkrete Anregung von Aktivitäten
3. Unterstützung in Behördenangelegenheiten
4. konkrete Hilfeleistung

Die erste Kategorie („Ansprechmöglichkeit“) bezieht sich auf die Möglichkeit der Betroffenen, sich durch ihre Betreuungsperson eine Einschätzung oder Relativierung in bezug auf konkrete Probleme oder Belastungen einzuholen, z.B.:

- Wenn ich was auf dem Herzen habe, dass mir meine Betreuerin dann hilft und ihre Ansicht darüber mitteilt
- Einfach, dass jemand da ist. Dass ich das weiß. Dass die Mitarbeiterin mir gute Tipps gibt.
- Das ergibt sich im Gespräch, es liegt immer etwas an, so direkt kann ich das gar nicht sagen
- z.B. ist wichtig, dass man eine Beziehung aufbaut zu demjenigen, von dem man betreut wird, dass ist ziemlich wichtig, wenn ich mich nicht aussprechen kann, nützt das alles nichts ...
- die unterstützen auch meine Selbstständigkeit, das das besser wird
- Anregungen gibt's eigentlich nicht so, meist sagen sie, machen wir ... weil ich alles selbst mache, weitgehend selbstständig bin

Während aus den Bereichen WH und AP nur eine Antwort dieser Kategorie zugeordnet werden kann, sind es in den sonstigen ambulanten Bereichen immerhin 8.

Bei der zweiten Kategorie („konkrete Anregung von Aktivitäten“) ist der Wortsinn der Frage eigentlich genauer getroffen, hier geht es primär darum, dass Betreuungspersonen zu bestimmten Formen der Alltagsgestaltung motivieren, also zu etwas anregen, das die Befragten



von sich aus meist nicht in Angriff nehmen, weil sie sich nicht in der Lage dazu fühlen, weil sie befürchten, dass es sie überfordern könnte oder sie es schlichtweg nicht wissen.

- Wenn es z.B. darum geht, ob wir Ausflüge machen und wohin es gehen soll – finde ich gut, solche Anregungen zu besprechen
- Ich lebe das so, dass mir Sachen angeboten werden und dass ich die auch gerne mitmache – wenn es darum geht, da groß mitzumachen, da bin ich im Grunde nicht so aktiv
- Einmal im Monat machen wir einen Termin, da kann ich mir aussuchen, was ich möchte
- Was ich gut fand, dass ich gefragt wurde, ob ich an dem Psychoseseminar teilnehmen will
- Die Angebote, hab schon mehrere Angebote, wie Kunst, Kreativgruppe, Arbeitstherapie .... Würde gerne mehr machen

Diese Kategorie traf insgesamt achtmal zu. Viermal im Bereich WH und AP, viermal in den übrigen ambulanten Bereichen.

Mit aller Vorsicht könnte man – betrachtet man Kategorie 1 und 2 – folgern, dass in den ambulanten Bereichen die Lebensführung am besten dadurch sinnvoll angereichert werden kann, dass eher eine allgemein persönliche Unterstützung durch Gespräche, Mitteilung von Ansichten und Einschätzungen, Respektierung und Wertschätzung der Selbstständigkeit gewünscht wird. Im Bereich WH und AP ist dieser Aspekt auch wichtig, aber hier ist es für eine sinnvolle Erweiterung eingeschränkter Lebensführungsmöglichkeiten genauso wichtig, dass die Unterstützung auch im direkt-handlungsbezogenen Bereich wirksam wird.

Die letzten beiden Kategorien dieses Abschnitts („Unterstützung in Behördenangelegenheiten“ und „konkrete Hilfeleistung“) sind demgegenüber eher untergeordnet zu betrachten: Die dritte Kategorie „Unterstützung in Behördenangelegenheiten“ beschreibt einen klassischen Inhalt sozialpsychiatrischer Dienstleistungen. Der Sinn der Frage nach Anregungen ist hier eigentlich weniger erfüllt, es sind auch nur zwei Befragte, die sich so geäußert haben. Ebenfalls nur zweimal tauchten Äußerungen auf, die der vierten Kategorie der konkreten Hilfeleistung (einmal in bezug auf Medikamente, einmal in bezug auf Backöfen) zugeordnet werden können

### 3.2. Das Sinnvollste an der Betreuung

Mit dieser Frage sollte gegen Ende dieses Gesprächsteils noch einmal eine Art zusammenfassender Bewertung der einzelnen bereits besprochenen Aspekte erhoben werden. Insgesamt wurden allerdings keine wesentlich neuen Gesichtspunkte geäußert. Zwei der 20 Befragten meinten auch, sie hätten diese Frage schon durch die vorangehenden beantwortet.

Die Antworten von 17 der anderen 18 Befragten lassen sich folgenden Kategorien zuordnen:

1. Ansprechpartner und Kontakt, der Sicherheit vermittelt
2. Direkte Unterstützung bei krankheitsbedingten Problemen
3. Alltagsrhythmus

Die ersten beiden Kategorien finden sich schon im vorangehenden Teil über die sinnvollen Anregungen durch die Betreuung. Die Gewährung von Sicherheit durch beständige Kontakt- und Austauschmöglichkeit wird von der Mehrheit, nämlich immerhin 12 Befragten als sinnvollstes Element der Betreuung erlebt. *Wenn es einen gemeinsamen Nenner von positiv er-*

*lebten sozialpsychiatrischen Unterstützungsmöglichkeiten gibt, so scheint dieser der zutreffendste zu sein.* Es sind auch keine Unterschiede zwischen den Betreuungssettings festzustellen.

Die Vermittlung eines Alltagsrhythmus als sinnvollstes Element der Betreuung nannten zwei Befragte aus dem Bereich WH.

- dass man so langsam wieder in geordnete Bahnen gelenkt wird ...
- dass man ein Rhythmus ist, und dieser Rhythmus bringt einen nicht durcheinander

Aus beiden Äußerungen scheint ein Wunsch nach Orientierung oder Lebensausrichtung zu sprechen, die den Betroffenen verloren gegangen ist und den man im Gleichklang mit den Wohnheim-Strukturen wiederzufinden hofft. Befragte aus den anderen Bereichen machten keine dementsprechenden Äußerungen.

Ein Interviewpartner gab eine geistreiche Antwort: „Das Sinnvollste an der Betreuung ist, dass ich mittlerweile gelernt habe, sie in Anspruch zu nehmen“. Er thematisiert damit ein Paradox, das in der Praxis öfter auftauchen dürfte. Eine individuelle sozialpsychiatrische Betreuung als Hilfeleistung in psychosozialen Problemsituationen kann keine sinnvolle Auswirkung auf die Betroffenen haben, solange sie nicht auf einen geeigneten Nährboden fällt, den die Betroffenen zur Verfügung stellen müssen, was ihnen aber häufig schwer fällt. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind durch Scham-, Schuld oder Angstgefühle oft gehemmt, überhaupt Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bei dieser Person scheint die Anbahnung der sozialpsychiatrischen Hilfe sehr gut gelungen zu sein.

### **3.3. Beitrag der Betreuung zur Zufriedenheit im Alltag**

Bei dieser Frage ergaben sich über sämtliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer perspektivisch relativ einhellige Antworten, die sich folgenden drei inhaltlichen Kategorien zuordnen lassen:

1. Regelmäßige unterstützende, spiegelnde und motivierende Gesprächskontakte
2. Ablenkung, Beschäftigung mit therapeutischen Angeboten der Einrichtung
3. direkte Unterstützung bei Alltagsangelegenheiten

Die erste Kategorie, die den kontinuierlich verlässlichen Beziehungsrahmen von Spiegelung und Anerkennung beschreibt und die schon in den Abschnitten 3.1 und 3.2 hervorstach, scheint also auch die stärkste Auswirkung auf eine allgemeine Zufriedenheit mit dem Lebensalltag zu haben. Sie wurde von fast allen Befragten in ihren Antworten berührt, z.B.:

- Gespräche, wenn man mich versteht, dass das irgendjemand mitbekommt, wie es mir geht
- Dass Herr X (Mitarbeiter) mir immer widerspiegelt, dass ich Schritte in die richtige Richtung mache
- Indem sie mich immer wieder puschen, meine Betreuerin hat mich dahin gebracht, dass ich wieder eine Meinung, Geschmack habe
- Die machen mir auch Mut, beruhigen mich
- Erstmal die Rufbereitschaft, das ist ganz toll, dass man sich da jederzeit melden kann, wenn man Probleme hat

Die zweite Kategorie betrifft ebenfalls Aktivitäten der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter, die dazu dienen, die individuelle psychische Problematik zu relativieren und einzugrenzen, sie zeitweise in den Hintergrund treten zu lassen, dadurch, dass man sich mit anderen Dingen beschäftigt, d.h. mit den Angeboten der Einrichtung:

- Ablenken, ablenken von meinen Problemen
- Ich bin froh, die ganzen Therapieangebote in der Woche wahrzunehmen, weil mich das doch ein bisschen ablenkt

Bei diesen ersten beiden Kategorien spielt es keine Rolle, in welchem Betreuungssetting sich die Befragten befinden, sie werden unabhängig davon von fast allen Befragten geäußert. Bei der dritten Kategorie scheint es einen Unterschied zu geben: die direkte Unterstützung bei Alltagsangelegenheiten wird tendenziell von den Bewohnern in den Bereichen WH und AP häufiger genannt – diese Tendenz wurde ebenfalls in 3.1 und 3.2 schon erwähnt.

- Bei der Wäsche helfen, das mag ich nicht so gerne, die Waschmaschine anfassen
- Mein Geld ist unten im Büro eingeteilt, bin vorher nicht klargekommen damit
- Die Hauswirtschaftsleiterin kann ein gutes Mittagessen kochen und wenn es am Wochenende einen guten Kuchen gibt, ist mir damit auch gedient .
- Wenn von außen was kommt, so'n Bösewicht, dann würden die (MitarbeiterInnen) was machen

Insgesamt sind es also eigentlich relativ simple Faktoren, die als zufriedenheitsfördernd erlebt werden: kontinuierliche Gesprächsmöglichkeit, Ablenkung durch sinnvolle Beschäftigung sowie ggf. direkte Hilfen im Alltag. Dies so in die Praxis umzusetzen, dass es von den Individuen dann doch nicht als überfordernd, unzureichend oder banalisierend erlebt wird, ist allerdings schwierig genug.

### 3.4 Einfluss der Betreuung auf die Befindlichkeit

Im Rahmen dieser Studie über die Lebensführung von psychisch kranken Menschen ist es von Interesse, subjektive Zusammenhangsannahmen über das Verhältnis des persönlichen Wohlergehens zu den Einflüssen, die von der Betreuungseinrichtung ausgehen, ausfindig zu machen. Konkret hieß die Frage: „Was meinen Sie, weswegen geht es Ihnen in dieser Einrichtung manchmal besser, manchmal schlechter?“

Diese Frage lässt Antworten in drei Richtungen zu:

1. Es geht mir durch bestimmte Einflüsse der Einrichtung besser
2. Es geht mir durch bestimmte Einflüsse der Einrichtung schlechter
3. Mein Befinden ist mehr durch andere Faktoren, die nichts mit der Einrichtung zu tun haben, beeinflusst

Alle drei Möglichkeiten kamen in den hier insgesamt 16 ausgewerteten Antworten vor – bei den restlichen war keine eindeutige Zuordnung des persönlichen Befindens auf irgendwelche Faktoren erkennbar.

#### 3.4.1 Einrichtung verbessert das Befinden

7 Befragte, davon 4 aus den Bereichen WH und AP, führten Verbesserungen ihrer Befindlichkeit auf die Betreuung in der jeweiligen Einrichtung zurück, die jeweiligen Faktoren tauchen meist schon in den bereits dargestellten Antworten auf, hier einige Beispiele:

- Besser, weil mir geholfen wird bei meinem Reinlichkeitsproblem
- Hier haben wir'n bisschen mehr Freiheit (als im früheren WH), da fühlt man sich doch besser
- Hat viel mit der Betreuung zu tun ... die Betreuerin hilft mir sehr
- Kann ganz hilfreich sein, wenn man in der Krise ist

### 3.4.2 Einrichtung verschlechtert das Befinden

Dass die Einrichtung eher negativen Einfluss auf die Befindlichkeit hat, wurde nur von einer befragten Person deutlich geäußert:

- Das kann ich ganz leicht beantworten, das ist der Stress, der hier manchmal herrscht, man ist hier doch sehr angespannt und unter Druck

### 3.4.3 Befinden ist mehr durch andere Faktoren beeinflusst

Immerhin 8 Befragte äußerten sich in der Richtung, dass die Einrichtung bzw. die dort erfahrene Betreuung nicht der ausschlaggebende Faktor für die jeweilige Befindlichkeit ist. Einige äußerten dies explizit, z.B.:

- Nein, Betreuung hat gar nichts damit zu tun, bin bei der Arbeit gemobbt worden ...
- Ne, hat eigentlich nichts mit der Betreuung zu tun, hat vielleicht damit zu tun, dass ich vergessen habe, ne Tablette zu nehmen, hat mehr mit mir zu tun
- Schlechtergehen ist eigentlich nicht auf die Einrichtung zu beziehen

Andere beschrieben mehr die für sie jeweils wichtigen Faktoren:

- Tagesform
- Das sind eher so andere Aspekte wie die Nachbarn und so
- Hängt sehr mit meinem Gedankengebäude zusammen, in dem ich mich aufhalte

Zusammengefasst betrachtet kann es doch überraschen, dass die Hälfte der Befragten die eigene Befindlichkeit mehr von Faktoren beeinflusst sieht, die nichts mit der Betreuung zu tun haben. Auch hier kann man wieder einen tendenziellen Unterschied zwischen den Bereichen WH und AP einerseits und den ambulanten Bereichen andererseits ausmachen: In der Kategorie 1, bei der die Befindlichkeit deutlich im Zusammenhang mit der Einrichtung gesehen wird, und zwar in positiver Richtung, sind es immerhin 5 Personen aus dem Bereich WH und AP, die sich so äußern, nur 2 aus den anderen Bereichen. Umgekehrt ist es bei Kategorie 3. hier stehen 7 Personen aus den ambulanten Bereichen einer einzigen aus dem Bereich WH und AP gegenüber.

Aus diesen Ergebnissen kann man den Schluss ziehen, dass es falsch wäre, immer ein „Unmittelbarkeitsverhältnis“ zwischen der Betreuung und der individuellen Befindlichkeit der Klientinnen und Klienten herzustellen. Das Wohlergehen und die Lebensführung sind durch sehr viel mehr Faktoren bestimmt als durch die Betreuung. Man würde der sozialpsychiatrischen Unterstützung ansonsten zu viel Einflussvermögen unterstellen. Diesen Sachverhalt sich immer wieder vor Augen zu stellen, kann für die praktisch Tätigen hilfreich zur Einordnung der eigenen Bedeutsamkeit sein: man ist zwar wichtig, vor allem als Sicherheit und Anerkennung vermittelnde Instanz – aber man ist längst nicht allein verantwortlich dafür, ob es den Klientinnen gut oder schlecht geht.

## 3.5. Gründe für die Teilnahme an Betreuungsaktivitäten

Die positiven Gründe, die von den Befragten genannt werden, weswegen sie an Betreuungsaktivitäten teilnehmen, lassen sich, wie bei dieser Frage nicht schwer zu erwarten, drei allgemeinen Kategorien zuordnen:

1. allgemeines Interesse
2. beschäftigt sein
3. Kontakt zu anderen Menschen

### 3.5.1 Bereiche WH und AP

Interessant ist, dass 5 von den 8 Befragten aus den Bereichen WH und AP ihre Teilnahme an den speziellen Gruppenangeboten subjektiv so begründen, wie es die Kategorien 1 und 2 be-

nennen, also entweder mit einem speziellen Interesse an der jeweiligen Gruppenaktivität (z.B. Papierarbeiten in der Arbeitstherapie, Psychoedukation, Schach usw.) oder mit einem allgemeinen Bedürfnis, „etwas um die Ohren zu haben“, d.h. also beschäftigt zu sein, durch eine Tätigkeit in Anspruch genommen zu sein, wobei also der Inhalt des Betreuungsangebotes nicht der allein ausschlaggebende Grund ist.

Ein weiterer Teilnehmer aus dem Bereich AP benennt in negativer Wendung mangelndes Interesse als Grund für seine weitgehende Nicht-Teilnahme. Gruppenangebote werden im Betreuungssetting WH und AP also nicht aus einem Wunsch nach sozialem Kontakt wahrgenommen, was auch naheliegend ist, da vor allem die Betreuungsform WH ja notgedrungen verschiedenste anderweitige soziale Kontaktgelegenheiten impliziert – was für eine weitere Person aus diesem Bereich schon so anstrengend ist, dass sie gerade deswegen nicht an weiteren Angeboten teilnimmt.

### 3.5.2 Betreutes Wohnen

Anders ausgerichtet ist das subjektive Begründungsmuster in den ambulanten Bereichen. Hier konnten insgesamt 10 Antworten ausgewertet werden. 4 nennen ein spezielles Interesse am Betreuungsangebot als Hauptquelle ihrer Teilnahme, bei ebenfalls 4 ist es der Wunsch nach sozialem Kontakt. Die restlichen 2 Personen nennen nur ihre Gründe für die Nicht-Teilnahme, das ist einmal eine allgemeine körperliche Überforderung und einmal ist es wiederum der soziale Kontakt, allerdings in seiner überfordernden Form („sind mir teilweise zu viele Leuten“). Eine andere Person, die zu den genannten 4 Befragten gehört, die sozialen Kontakt als positiven Grund für die Teilnahme angeben, äußert gleichzeitig „zu viele Leute“ als negativen Grund für ihre gelegentliche Nicht-Teilnahme an Betreuungsangeboten.

Bei den Befragten aus dem ambulanten Bereich bewegen sich die subjektiven Begründungsmuster also nachvollziehbarerweise häufig um die Frage, wie viel sozialen Kontakt man eingehen will, zu viel Teilnahme an Therapiegruppen man sich eventuell auch „zwingt“, um unter Leute zu kommen und wann man für sich entscheidet, dass der soziale Kontakt, den die Teilnahme an Betreuungsangeboten mit sich bringt, zumindest momentan zu überfordernd ist weswegen man dann beschließt, zu Hause zu bleiben.

Manche Interviewpartner beschreiben diesen Konflikt sehr anschaulich:

- ... und manchmal fehlt diese Kraft, kann dann nicht mit Leuten reden, keinen small-talk machen, will's auch gar nicht ... Anfangs bin ich mal nicht hingegangen, weil ich's nicht geschafft habe, fand das dann so furchtbar, dass ich's nicht geschafft habe, dass ich ganz abgetaucht bin ... hat länger gedauert, bis ... dass ich das auch darf, mal nicht hinzugehen, aber dann am nächsten Tag wieder hinzugehen.
- Nicht teilnehmen: wenn es mir ganz schlecht geht, das muss ich auch lernen, mich abgrenzen können, mir sagen, heute kann ich nicht, ich geh da nicht hin ... sage dann, heute ist nicht mein Tag, bleibe zuhause', distanzieren mich von allem ....

### 3.6 Schnelligkeit persönlicher Veränderungen durch die Betreuung

Um einen Eindruck davon zu bekommen, wie das „Veränderungs-Tempo“, also die Passung zwischen persönlichem Willen und Fähigkeit, sich zu ändern und weiterzuentwickeln, und dem empfundenen Leistungs- und Anforderungsdruck durch die Einrichtung, empfunden wird, wurde die Frage gestellt, was sich für die Betroffenen in ihrem Leben zu schnell und was zu wenig bzw. zu langsam ändere.

Diese Frage ist in ihrer Zielrichtung nicht eindeutig, wie sich bei der Betrachtung der Äußerungen schon während der Durchführung herausstellte (zum Zwecke der Vergleichbarkeit wurde aber am Wortlaut der Frage festgehalten). Manche der Befragten verstanden die Frage sehr allgemein, so dass sich in ihren Antworten eher eine allgemeine Einschätzung ihres bisherigen Lebensverlaufs ausdrückt. Andere bezogen sich mehr auf „das Leben hier“, gaben also eher eine Einschätzung der zeitlichen Kompatibilität der sozialpsychiatrischen Betreuungsinhalte mit ihrem persönlichen Lebensrhythmus.

Wenn wir zuerst wieder die Bereiche WH und AP analysieren, so zeigt sich – anders als bei den meisten vorangehenden Inhalten – bei der Frage nach der „Schnelligkeit“ von Änderungen ein interessanter Unterschied zwischen den Befragten aus dem Bereich WH und dem Bereich AP.

Drei der 5 WH-Bewohner fanden das Tempo der Veränderungen in ihrem Leben gerade angemessen, die restlichen beiden bezogen die Frage eher allgemein auf die deutlich merkbare Vergänglichkeit der Lebenszeit („das ist das, dass man so schnell älter wird und die Zeit so schnell läuft ...“).

Alle 3 befragten Personen aus dem Bereich AP waren mit dem Thema „Änderungen zu langsam“ beschäftigt, und zwar in dem Sinne, dass ihnen ihre Entwicklung in der Einrichtung zu zögerlich vorangeht („meine Situation hier, die ändert sich furchtbar langsam“).

Vielleicht ist dieser ansonsten nicht so deutlich auftretende Unterschied in den Antwortmustern darauf zurückzuführen, dass die Befragten aus dem Bereich AP vor einigen Jahren aus einem klassischen (meist langjährigen) WH-Setting in das Appartement-Wohnen umgezogen sind und dass dieser Umzug vermehrte Hoffnungen auf eine persönliche Weiterentwicklung oder gar Genesung von der psychischen Erkrankung mit sich gebracht hat. Diese scheint bisher nicht wie gewünscht eingetreten zu sein, so dass die Befragten aus dem Bereich AP zumindest in dieser Antwort deutlich unzufriedener wirken als die Befragten aus dem Bereich WH, die sich eher mit ihrer Situation arrangiert haben.

Die Befragten aus den ambulanten Betreuungssettings zeigen sich gemischt in ihren Äußerungen. 9 Antworten ließen sich eindeutig kodieren, 4 davon fanden das zeitliche Maß von Veränderungen mehr oder weniger passend („finde es eigentlich gerade richtig so“), bei weiteren 4 Befragten zeigte sich eher ein Erlebensmuster wie bei den AP-Befragten, nämlich dass ihnen ihre persönliche Entwicklung in der Einrichtung zu langsam vonstatten gehe („zu langsam eindeutig, dass ich mit meiner Krankheit nicht zurecht komme“). Eine Befragte fühlte sich zeitlich unter Druck gesetzt: „zu schnell: alle wollen immer, das ich schnell arbeiten gehe, das nervt mich, ich möchte Grundstabilität haben ...“).

Wahrscheinlich führt das (manchmal jahrzehntelange) WH-Leben zu einem langfristig angelegten Zeitmaßstab, wodurch eine eher zögerliche persönliche Veränderung dann nicht so sehr zu Unzufriedenheit führt – vielleicht ist dies auch eine Anpassung an ein eben als wenig veränderbar erlebtes Dasein. Alle anderen Betreuungsformen scheinen eher vor Augen zu führen, dass Veränderungen im Leben eigentlich wünschenswert wären, wodurch aber die subjektive Zufriedenheit immer dann sinkt, wenn man merkt, dass man diesen Ansprüchen nicht entsprechen kann.

#### **4. Bedingungen für das Gesundwerden und Leben ohne Betreuung**

Die Themenbereiche, die nun im folgenden behandelt werden, zielen nicht mehr auf die subjektive Bewertung von Aspekten der sozialpsychiatrischen Betreuung ab, sondern eher auf den jeweiligen persönlichen Hintergrund, vor dem die Betroffenen die sozialpsychiatrische

Unterstützung individuell erfahren. Dabei wird davon ausgegangen, dass die subjektive Sinnstiftung, aufgrund derer man sich Aspekte der Betreuung als für sich passend aneignet oder auch nicht aneignet, letztendlich entscheidende Bedeutung dafür hat, wie nützlich sich die Betreuung auswirken kann. Es wird aber nicht der Anspruch erhoben, dass in einem einstündigen Gespräch mit dem Interviewpartner eine solche gemeinsame Basis geschaffen werden kann, dass man all die Aspekte, die die Betroffenen in ihrer Lebensführung als sinnhaft und persönlich wertvoll oder auch als schädlich und identitätsbedrohlich erleben, erfassen könnte. Die Fragen umreißen somit immer nur einzelne Anhaltspunkte für das, was ein Gesprächspartner als wirklich wesentlich für seine Lebensführung angesichts der psychischen Erkrankung erlebt.

#### 4.1. Was müsste passieren, dass Sie sich gesund fühlen

Diese Frage beinhaltet eine gewissen Umkehrung dessen, was wohl viele Klienten in ihren Betreuungsgesprächen erleben, wenn es darum geht, welche ungünstigen Faktoren in ihrem Leben zu einer Krise oder Verschlimmerung der Symptomatik führen. Hier geht es in eher salutogenetischer Perspektive darum, individuell förderliche Faktoren oder Lebenskonstellationen ausfindig zu machen, die den Betroffenen eine stabilere und weniger krankheitsdominierte Lebensführung ermöglichen könnten.

Bei der diesbezüglichen Frage nach der subjektiven Wertung dessen, was die Klientin oder den Klienten „gesund machen“ könnte, fallen die Antworten heterogener aus als bei den meisten vorher aufgeführten Fragen.. Sie wurde von 17 Personen beantwortet, eine ging aber in ihrer Antwort so gut wie gar nicht auf den Inhalt der Frage ein, so dass 16 auszuwertende Antworten verbleiben. Mit aller Vorsicht lassen sich hier folgende Kategorien formulieren:

1. Beruhigung, weniger Belastung
2. Symptommilderung
3. einen Partner finden
4. Akzeptanz der Krankheit
5. anderes

1. 4 der Befragten äußerten sich in dem Sinne, dass weniger Stress, das Ausbleiben von dramatischen Lebensveränderungen und weniger Erwartungsdruck günstigen Einfluss auf ihre Stabilität und eventuelle Genesung haben. Man wünscht sich eine ruhige Normalität, spürt sie zum Teil schon durch die Betreuung, möchte sie aber in noch größerem Ausmaß erreichen.

- Das alles so bleibt wie bisher, dass sich jetzt nichts Dramatisches ändert, dass die Stabilisierung so bleibt ...
- weniger Stress, Stress ist ja allgemein negativ, da leiden ja viele darunter ... weniger uns unter Druck setzen ...

2. Die zweite Kategorie kann man in Zusammenhang mit der ersten sehen, weil es auch hier um den Rückgang von Belastungen geht, hier allerdings direkt auf Symptome der psychischen Erkrankung bezogen. Diesen Bereich nannten ebenfalls 3 Befragte als wichtigste Grundlage für die Gesundung.

- Die Stimmen müssen weg sein, also ich hab ja auch das Gefühl, dass die Stimmen weniger werden ...
- Dass die andauernden, ständig vorhandenen Depressionen, Angststörungen aufhören ...

Diese Antworten können allerdings in gewissem Sinne als tautologisch gewertet werden, weil es selbstverständlich ist, dass man sich gesünder fühlt, wenn sich die Krankheitssymptomatik zurückbildet. Man muss diese Antworten so verstehen, dass in dem erwähnten Stimmenhören, dem Dauererleben von Depressionen oder Ängsten die derzeitige Hauptbeeinträchtigung gesehen wird, die sich wohl zuerst ändern müsste, bevor sich weitere Aspekte der Lebensführung zu mehr Zufriedenheit entwickeln können.

3. Eine Stabilisierungsmöglichkeit dadurch, dass man einen Lebenspartner findet, sehen wiederum 3 Befragte. Hier wird der Wunsch nach einem normalen, sozial integrierten Leben noch deutlicher.

- 'ne Lebenspartnerin, ,ne neue Frau
- Den richtigen Partner, da könnte man auch gut drauf aufbauen, eigene Wohnung, später Familiengründung

Im Gegensatz zu den ersten beiden Kategorien wird hier die Chance auf Gesundung eher extern attribuiert, d.h. von äußeren Veränderungen abhängig gemacht und nicht von positiven Entwicklungen der individuellen Befindlichkeit.

4. Der dritten Kategorie eher entgegengesetzt ist ein mehr resignatives Akzeptieren der psychischen Erkrankung – zwei Betroffene, die schon über 20 Jahre erkrankt sind, äußern dies in wahrscheinlich realitätsangemessener Einschätzung ihrer Lage.

- Ne, gesund fühlen kann ich mich sowieso nicht, erstmal meine psychische Behinderung, dann andere körperliche Sachen ...
- Muss mich damit abfinden, dass ich nicht wieder gesund werde.

Durch ihre Illusionslosigkeit können sie sich allerdings vielleicht auch neue Handlungsfreiräume schaffen, zumindest wird die Wahrscheinlichkeit immer wieder neu auftretender Enttäuschungen, wenn Hoffnungen auf schnelle Änderung der Lage sich (einmal wieder) nicht erfüllt haben, gemindert.

5. In die letzte Kategorie fallen die übrigen, nicht eindeutig zuzuordnenden Äußerungen. Ein Befragter sieht engeren sozialen Kontakt zu anderen Menschen, aber nicht auf einen Lebenspartner bezogen, als entscheidend an. Ein weiterer wünscht sich, dass es endlich eine Fachperson gibt, die sein Problem erkennt, und – im Gegensatz zu seinen bisherigen Erfahrungen – endlich einmal ihm Recht gibt, dass seine Sichtweise die richtige sei.

Zwei Befragte äußern sich relativierend über den Begriff „gesund“ und machen damit die Komplexität der hier thematisierten Problematik deutlich, die in der Art der Fragestellung tatsächlich ja sehr vereinfacht erfolgt ist.

- Ganz banal: ich müsste gesund sein – wahrscheinlich habe ich innerhalb der 24 Jahre, die ich krank bin, auch vergessen, wie es ist, gesund zu sein ...
- Ist ja so unterschiedlich, gibt jetzt schon Bereiche, wo ich mich schon gesund fühle ... irgendwie kann ich mit dem Begriff gesund und krank nicht so richtig ... wann ist man wirklich gesund und wann ist man krank ....

Insgesamt betrachtet ergeben sich also sehr unterschiedliche subjektive Konstruktionen von Gesundwerdung. Das Frappierendste ist vielleicht, dass in keiner einzigen Äußerung die sozialpsychiatrische Betreuung explizit als förderlicher oder hinderlicher Faktor genannt wird. Dies kann sicherlich nicht heißen, dass die sozialpsychiatrische Betreuung für die persönliche Befindlichkeit und Stabilisierung als unwichtig gesehen wird, denn in den vorangehend dargestellten Bereichen wird das ja belegt. Immerhin zeigen die Äußerungen zu dieser Frage aber auch, wie sehr sich die Betroffenen als autonome Subjekte mit jeweils eigenen sinnstiftenden Konstruktionen für ihre weitere Lebensführung zu erkennen geben. Sie haben ihre höchst ei-



gene psychische Grundlage für die Verarbeitung ihrer Krankheit und diese muss respektiert werden, wenn es zu einer förderlichen Betreuungsarbeit kommen soll.

#### **4.2 Wie würde es aussehen, wenn Sie ganz für sich leben würden**

Auch diese Frage versucht, aus einer indirekten Perspektive die Bedeutung der sozialpsychiatrischen Betreuung für die individuelle Lebensführung zu ergründen – einfach dadurch, dass die Betroffenen letztere einfach „wegdenken“ und sich ihr Leben ohne Unterstützung ausmalen.

Wenn aus manchen der bisher dargestellten Fragen der Eindruck entstehen kann, als habe die Betreuung für die Betroffenen nicht immer eine ausschließlich positive Bedeutung, als sei sie angesichts verschiedener subjektiver, krankheitsbedingter Faktoren eine weniger wichtige Quelle für das Wohlbefinden, so sprechen die Antworten bei dieser Frage eine deutliche und ungewöhnlich einhellige Sprache: 15 der 20 Befragten äußern klipp und klar, dass sie sich ein Leben ohne Betreuung derzeit und meist auch längerfristig nicht vorstellen können:

- das wär' nichts, ich hab das mal durchexerziert, das Alleinsein, die Einsamkeit – scheußlich
- Dann wäre ich krank, dann wäre ich noch kranker, dann würde ich eingehen, dann würde ich kein Zeitgefühl haben ...
- Das würde hier nicht gehen und in einer anderen Wohnung auch nicht
- Da wären schwere Krisen, die nicht so abgefangen werden würden, wo ich die Warnsignale eher ignoriere

Bei der Darstellung der fiktiven Situation eines Lebens ohne Betreuung wird entweder direkt betont, dass die Krankheitszeichen sich verschlimmern würden, oder die Betroffenen schildern, dass sie ihren Alltag nicht würden organisieren können, was Hygiene, Lebensmittelversorgung, Behördenangelegenheiten anbelangt. Damit wird die Wichtigkeit noch einmal herausgestellt, die die sozialpsychiatrische Betreuung gerade durch ihre Alltagsorientierung gewinnt: sie sorgt für ruhige und zufriedenstellende Abläufe in der persönlichen Lebensführung und dies hat wiederum positive Auswirkungen auf die Befindlichkeit und die Beeinträchtigung durch die psychische Erkrankung.

Immerhin 5 Befragte äußern sich so, dass für sie ein Leben ohne Betreuung nicht ganz unvorstellbar ist. Eine Person sagt, sie würde sich irgendeine Art von Tätigkeit suchen, eine andere würde vermehrt auf die Eltern zurückgreifen, eine dritte sagt, sie würde sich langweilen, aber nicht grundsätzlich scheitern an einer solchen Situation. Zwei Befragte schienen sich zumindest in der Vorstellung mit einer Lockerung der Betreuung zu beschäftigen und konnten von daher eher auch positive Seiten bei dieser Frage aufzeigen.

Insgesamt veranschaulicht diese Frage, welche lebenswichtige Bedeutung die Betreuung für den Großteil der Befragten hat – egal, in welchem Betreuungssetting sie sich befinden.

#### **5. Derzeitige Lebenssituation, aktuelle Ziele und Lebensträume**

Aus den Forschungen zu Lebenszufriedenheit und zu Lebensqualität ist das Problem bekannt, dass in Befragungen verschiedene Arten von Zufriedenheit erfasst werden, ohne dass im Einzelfall genau sagen könnte, wie im Einzelfall das Zufriedenheitsurteil zustande gekommen ist. So muss man bei Menschen, die schon lange Zeit ihr Dasein in eingeschränkten Lebensver-

hältnissen bewältigen müssen, immer das Phänomen der „resignativen Zufriedenheit“ in Betracht ziehen, das damit zu tun hat, dass die Betroffenen ihre Ansprüche und Erwartungen im Laufe der Jahre so reduzieren, dass keine allzu großen Diskrepanz zu ihren aktuellen Lebensverhältnissen mehr besteht. Deswegen wurden die Gespräche mit den Betroffenen so gestaltet, dass zwar auch direkt nach der momentanen Zufriedenheit gefragt, darüber hinaus aber nach weitergehenden Anhaltspunkten gesucht wurde, wie die Betroffenen ihre aktuelle Lebenssituation bewerten

### 5.1. Derzeitige Zufriedenheit

Die direkte Frage nach der momentanen Lebenszufriedenheit („Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Leben?“) erfolgte aus der Intention, zumindest einen kurzen Anhaltspunkt über die erlebte derzeitige Lebenszufriedenheit zu haben – wohlwissend, dass geäußerte Zufriedenheit ein sehr mehrdeutig interpretierbarer Indikator sein kann

Alle 20 Befragten äußerten sich zu ihrer Zufriedenheit. Da diese Frage erfahrungsgemäß aufgrund ihres umfassenden Charakters auch sehr allgemein beantwortet wird, wurden die Teilnehmer, um zu einem vergleichbaren Maß zu kommen, gebeten, auch eine Einschätzung ihres momentanen Zufriedenheitsgrades auf einer Skala von 0 – 100 vorzunehmen. Dies fiel den meisten leichter, als ihre Zufriedenheit in Worten zu beschreiben. Deswegen erfolgt die Kategorisierung auch primär auf der Basis der geäußerten numerischen Einschätzung.

Das Antwortmuster lässt sich mit drei Kategorien gut abbilden:

1. Unzufriedenheit
2. Relative Zufriedenheit
3. Starke Zufriedenheit

1. Unter den Befragten waren vier Personen, die man als explizit unzufrieden mit ihrem Leben bezeichnen kann, ihre Werte lagen bei 2, 10, 15 und 25. Zwei konkretisierten dies noch:

- 15, weiß nicht, womit ich zufrieden sein soll, lebe in kleiner Einzimmerwohnung, die paar Kontakte, die ich habe ... aber ich war nie glücklich ... ich bin immer so'n Perfektionist über die Menschheit an sich, wie kann man da zufrieden sein ...
- 2, sehr unzufrieden, dass nicht ein Tag vergeht ohne irgendwelche Schwierigkeiten, ganz selten mal'n Tag, wo ich sagen kann, ich bin glücklich

Drei der vier ganz Unzufriedenen leben in ambulanten Betreuungssettings, hier könnte man vorsichtig schlussfolgern, dass durch das „normale“ Lebensumfeld auch die Ansprüche an das Leben höher sind und hier eher das Phänomen der „produktiven Unzufriedenheit“ auftaucht (im Gegensatz zur „resignativen Zufriedenheit“, die bei weitgehender Reduzierung der persönlichen Ansprüche an das Leben sich ausbilden kann).

2. Zur Gruppe der relativ Zufriedenen können 11 Befragte gerechnet werden. Sie betonen in ihren Antworten das „halb und halb“, das „eigentlich ganz zufrieden sein“ und erleben somit insgesamt positive und negative Lebensaspekte in Balance, mit einem leichten Übergewicht der positiven Waagschale – 6 Personen ordnen sich bei etwa 60 zu. Zwei vergleichen ihren jetzigen Zustand mit früheren schlechteren und kommen von daher zu einer leicht positiven Einschätzung, zwei betonen die „Tagesform“, dass also die Zufriedenheit von Tag zu Tag schwanken kann.

3. Fünf Befragte beschreiben sich derzeit als sehr zufrieden mit ihrem Leben, die Werte liegen bei 70, 70-80, 80, 80-85 und 90. Wie die Mehrzahl der Gruppe der Unzufriedenen leben alle

vier der 5 Hochzufriedenen in ambulanten Betreuungssettings, hier scheint also eine Angleichung der Lebensform an die individuellen Ansprüche – oder der Ansprüche an die Lebensform, das ist schwer zu entscheiden – stattgefunden zu haben.

Die Gruppe der WH- oder AP-Betreuten befindet sich also weitgehend (6 von 7) in der Mittelgruppe, hier findet, vielleicht auch durch die stärkere soziale Einbindung des einzelnen in einen Gruppenkontext, eventuell am stärksten eine Kompromissbildung zwischen objektiver Lebenssituation und subjektiven Ansprüchen an das Leben statt, die dann auch in eine resignative Zufriedenheit münden kann.

## 5.2 Wie lange möchten Sie so leben, wie Sie jetzt leben

Dies ist eine Art indirekter Zufriedenheitsfrage, da man davon ausgehen kann, dass eine Unzufriedenheit mit der jetzigen Lebenssituation – was auch Leben mit sozialpsychiatrischer Betreuung, überhaupt Leben mit psychischer Erkrankung heißt – sich auch in dem Wunsch äußert, das man hoffentlich bald sein Leben auf eine andere Art führen kann. So machten 3 der 4 sehr Unzufriedenen auch gleich deutlich, dass diese Frage für sie ungeeignet sei, weil es ja klar sei, dass sie lieber heute als morgen anders leben möchten. Die vierte unzufriedene Person beantwortete diese Frage so, dass sie, weil die Krankheit nicht einfach weggehen werde, sich weiter betreuen lassen möchte, sie hoffe dabei, dass die Betreuung lockerer werden könne.

Man kann die Antworten 4 Kategorien zuordnen:

1. Frage unpassend wegen klarer Unzufriedenheit
2. eher länger so leben wie jetzt
3. eher nur begrenzt so leben wie jetzt
4. keine Angabe zur Dauer

1. s.o.

2. Eher länger ein Leben zu führen wie das derzeitige, stellen sich 7 Befragte vor, immerhin 4 aus dem Bereich WH und 3 aus den ambulanten Betreuungssettings. Hier scheint ein psychisches Arrangement stattgefunden zu haben, dass die psychische Erkrankung als so dauerhaft angesehen wird, dass noch eine lange Zeit, vielleicht eine lebenslange, mit Betreuung bevorsteht – oder aber, dass man sich auch auf kein anderes Leben mehr einrichten möchte.

- Kann ich schlecht sagen – wenn es notwendig ist, so lange wie nötig, wenn es ein Leben lang sein soll, dann muss ich so lange leben mit Betreuung
- Bin den alten Trott so gewohnt und diesen alten Trott möchte ich auch behalten
- Ich kann so weiterleben

3. Als begrenzt sehen 5 Befragte die jetzige Form ihrer Lebensführung an, 2 aus dem Bereich WH und 3 aus den ambulanten Bereichen. Teilweise ist diese Begrenzung mit der Perspektive des Lebens in einer neuen geplanten Einrichtung des Trägers verbunden, teilweise wird einfach gesagt, dass man nicht mehr lange so leben möchte.

- Nicht mehr allzu lange
- Ich möchte mich verändern so schnell wie möglich, möchte wieder weiterkommen

4. Unklarheit in ihrer Einschätzung über ihr weiteres Leben bleiben insgesamt 3 Befragte, sie bringen es dabei in den Zusammenhang mit dem nicht vorhersehbaren Verlauf ihrer Erkrankung:

- Meine Krankheit wird nicht einfach weggehen
- Kann keinen Zeitraum angeben, weil ich nicht weiß, wie mein Körper reagiert

Zumindest die Hälfte der Befragten, die 7 aus der Kategorie 2 und die 3 aus der Kategorie 4 rechnen also nicht damit, dass sich ihre psychische Situation in absehbarer Zeit deutlich bessern wird. – vielleicht auch nicht die 4 aus der Kategorie 1, die es am liebsten hätten, dass ihre Krankheit von heute auf morgen verschwindet, aber unterschwellig sicher auch ahnen, dass sie wahrscheinlich noch länger psychisch beeinträchtigt sein werden. Bei den 5 Befragten, die sich in näherer Zeit eine Veränderung vorstellen können, steht zum Teil das neue Projekt des Trägers im Hintergrund, durch das man sich eine Verbesserung der Lebenssituation erhofft. Es ist also eher ein externer Faktor, der positive Veränderungen mit sich bringt.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Betroffenen die Tatsache ihrer psychischen Erkrankung keineswegs wegblenden, sondern sich realistisch einschätzen, was die Möglichkeiten ihrer Lebensführung angeht. Dies passt zu den weiter oben dargestellten Erkenntnissen, dass man der eigenen psychischen Erkrankung mehr Einfluss auf die persönliche Lebenssituation beimisst als der sozialpsychiatrischen Betreuung. Wichtig ist allerdings, dies nicht als einfache Resignation zu sehen. Die weiter oben dargestellten Äußerungen machten ebenfalls deutlich, dass die Betroffenen sich nicht nur als krankheitsgeschädigt sehen, sondern angesichts dieser Problematik trotzdem Wege zu einer eigenständigen Lebensführung sehen.

### 5.3 Persönliche Ziele ganz unabhängig von der sozialpsychiatrischen Betreuung

Mit dieser Frage sollte näher geklärt werden, ob die Betroffenen „außerhalb“ des Betreuungskontextes noch weitere Aspekte vor Augen haben, die für Ihre Lebensführung von Bedeutung sind. Nun gehört aber die Frage nach Zielen, die man erreichen will, mittlerweile zum Instrumentarium fast jedes Hilfeplanungsinstrumentes. Wahrscheinlich ist der Versuch, zwischen betreuungsimmanenten persönlichen Zielen und anderen, betreuungsunabhängigen Zielen zu trennen, gar nicht möglich, weil er eine künstliche Aufteilung der Lebensorientierung innerhalb und außerhalb der Betreuung impliziert, die einer subjektorientierten Haltung gerade widerspricht.

Immerhin könnte es aber sein, dass es „hinter“ den momentan relevanten und geäußerten Handlungsperspektiven noch weitere, diffusere, „utopischere“ persönliche Ziele gibt, die man direkt gar nicht äußern kann oder will. Deswegen wurde im weiteren noch die Frage 16 nach den Lebensträumen gestellt.

Versucht man, die geäußerten Lebensziele zu kategorisieren, ergeben sich folgende Bereiche:

1. Arbeitsfähigkeit erlangen, Arbeit finden
2. Selbstständigkeit
3. Partnerschaft, sozialer Kontakt
4. Spezielle Ziele

Es gab dabei keine speziellen Häufungen in einzelnen Betreuungssettings. 3 Befragte äußerten als wichtigste Ziele gleichzeitig den Bereich 1 und den Bereich 3. Eine Person meinte, sie habe bereits alles gesagt, und gab zu dieser Frage keine weiteren Auskünfte.

1. Insgesamt 8 Befragte beschreiben als wichtigste Perspektive in ihrer Lebensführung, dass sie gerne wieder einer regelmäßigen Arbeit nachgehen möchten bzw. erst einmal überhaupt Arbeitsfähigkeit wieder erlangen. Einige sagen dazu, dass der erste Arbeitsmarkt wohl für sie nicht mehr erreichbar ist, eine Person äußert explizit, dass sie sich vorstellen könne, eine Stunde pro Woche ehrenamtlich tätig zu sein. 3 Teilnehmer nennen als gleichwertige Ziele, arbeiten zu können und einen Lebenspartner zu finden, dabei stellt einer von ihnen eine Ab-

folge her, weil er sich ohne Arbeit nicht trauen würde, eine längerfristige Partnerschaft aufzubauen.

- Irgendwann mal wieder bei der ...Gärtnerei arbeiten ...
- Den ganzen Tag arbeiten können, eine Frau kennenlernen
- auf jeden Fall ne Beschäftigung, glaube nicht auf dem 1. Arbeitsmarkt
- möchte unbedingt noch mal in meinen Job

2. 6 Befragte setzen den Fokus ihrer Perspektive auf eine Lebensführung in Selbstständigkeit und Handlungsfreiheit, wofür als Voraussetzung eine einigermaßen stabile Befindlichkeit vonnöten ist.

- dass ich gesund bleibe, dass ich meine Verwandten noch besuchen kann, dass ich mich mit Bekannten, die ich von der Arbeit noch kenne, treffen kann
- auf jeden Fall weiter meine Selbstständigkeit, dass ich eigenständig wohnen kann
- möchte jetzt in einen Zustand kommen, wo ich das mache, was sich als sinnvoll anfühlt
- ich möchte das machen, was ich möchte

3. Die 3 Personen, die eine Partnerschaft als Lebensziel formulieren, sind schon im Bereich 1 aufgetaucht. Eine weitere Person möchte „möglichst Kontakte zu Leuten, die auch psychische Probleme haben, bei den sog. Normalen bin ich immer unsicher“.

4. Die restlichen 4 Äußerungen lassen sich nicht unter einen Nenner bringen, außer vielleicht, dass sie im Gegensatz zu den bisher dargestellten Zielen eher „untherapeutische“ Ziele darstellen.

- Eine Person möchte – ohne suizidal zu sein – bald sterben: „nach oben im Himmel, da stelle ich es mir sehr schön vor“.
- Zwei Personen möchten ihre Ruhe haben, fühlen sich durch ihre derzeitige Situation gestresst und haben von daher kein positives Ziel, nur das des persönlichen Friedens.
- Eine Person hofft seit vielen Jahren auf ihre längst fällige „persönliche Rehabilitation“ und grenzt sich stark von „Betreuungszielen“ ab:  
„Persönliche Rehabilitation, das ist für mich eigentlich das Gegenteil von der sozialen Rehabilitation. Die soziale Rehabilitation geht immer davon aus, dass alle Patienten immer ganz normal sind, ganz normale Patienten, keine Ausnahmen, keiner stellt unbequeme Fragen, das sind Patienten, die kann man so einsortieren in bestimmte Fachrichtungen, Gebiete, da kann man was beantragen beim Sozialamt, mein Leben ist so nicht, die Arbeit, die ich geleistet habe, die wird hier nicht verstanden.“

Man kann diese letzten vier Antworten als die interessantesten ansehen, weil sie alle gewissermaßen im Widerspruch zur „Betreuungsideologie“ stehen und eine Art persönlichen Widerstand gegen klassisch therapeutische Ziele verkörpern: nicht mitmachen, nach der mehr oder weniger endgültigen Ruhe streben, sich nicht als „Standardklient“ zu sehen. Hier verwirklicht sich persönliche Autonomie, wie sie von den betreuenden Mitarbeitern vielleicht nicht so gerne gesehen wird.

#### 5.4 „Lebensträume“

Diese Frage zielte darauf, Wünsche und Bedürfnisse, die man vielleicht noch gar nicht so ganz klar und präzise äußern kann, durch eine Art Wunschphantasie zu formulieren. Es geht auch hier noch einmal darum, aufzuspüren, ob und wie groß eine Distanz zwischen dem erlebt wird, wie derzeit das alltägliche Leben aussieht, und dem, was man sich als persönliche Utopie ersehnt.

Das Antwortmuster ist recht heterogen, 3 Beteiligte wollten sich nicht äußern, die anderen 17 Äußerungen lassen sich folgendermaßen ordnen:

1. Leben an einem paradiesischen Ort
2. Partner /Familie
3. Arbeit
4. Keine Träume
5. Sonstiges

1. Es gibt 4 Befragte, 3 davon im Bereich WH, die auf diese Frage mit einer Art persönlichen Utopie antworten, alle anderen Antworten bewegen sich in einem weitaus realistischeren Raum. Es geht eher um ein „Wegträumen“, wobei man sich bewusst ist, dass diese Phantasien nie Wirklichkeit werden. Dies passiert sowohl bei Unzufriedenheit, relativer Zufriedenheit und starker Zufriedenheit.

- Ooh, wenn's danach geht, Paradies – aber ich hab' mehr Alpträume als Träume – was möchte ich – also, dass alles in Ordnung ist und nichts mehr passiert
- Mein Wunschtraum war, dass ich am Pazifik leben möchte, in der schönen Wärme, das blaue Meer, habe ich mir so vorgestellt, dass ich da ins Wasser springe ...

2.3 Befragte (2 Frauen, 1 Mann) wünschen sich einen Partner oder eine Partnerin und eine wohlgeordnete Lebenssituation.

- Noch weitgehender zu genesen, Partnerschaft, Wohnung
- Möchte lieber kein Haus haben wie andere Frauen, möchte schon'n Mann haben oder ,ne eheähnliche Beziehung, möchte ,ne Wohnung haben

3. Ebenfalls 3 Befragte richten ihre Träume auf eine normale Arbeit, die ihnen finanzielle Unabhängigkeit, Autonomie und dann auch genießbare Freizeit beschert.

- Irgendwie ne eigene Firma haben ... ja ... mein eigener Chef sein
- Träume davon, morgens aufzuwachen, 4 Stunden arbeiten zu gehen, dann wieder nach Hause zu kommen, dann sich vielleicht sich ,ne Stunde hinzulegen ... dass ich so'n zufriedenes Leben habe, meine 4 Stunden irgendwo was tue, dann meine Freizeit genießen ...

4. Wurden die Träume in der Abfolge von Kategorie 1 zu Kategorie 3 schon zunehmend realistischer und „nüchterner“, so gibt es darüber hinaus 5 Befragte, die sagten, dass sie keine Träume über ein Wunschleben hätten. 2 von diesen 5 Personen äußern sich eher so, dass sie sich nie in ihrem Leben größere Träume gemacht hätten, die über die derzeitige Realität hinausgehen. Bei den anderen dreien hat die Selbstbeschreibung eher den Charakter des „nicht mehr“, diese 3 scheinen ihre Lebensrealität so einzuschätzen, dass sie sich durch ihre Erkrankung keine Träume mehr erlauben sollten. Für beide ein Beispiel:

- Eigentlich von keinem, weil ich nie so geträumt habe von großer ... so Hollywood-Star oder Millionär ... wollte immer nur normales Lebens führen
- Ich träume nicht mehr, ich bin sehr realistisch geworden.

5. Bei den restlichen 2 Äußerungen ist es schwer, sie irgendwo unterzuordnen. Eine Person träumt davon, dass endlich ein paar ihrer wichtigsten Fragen beantwortet werden, die andere wünscht sich ein entspannteres Verhältnis dazu, dass sie mit staatlichen Geldern unterstützt wird.

Insgesamt kann man wohl nur bei der ersten Gruppe, also bei einem Fünftel der Befragten, davon sprechen, dass sie einen Lebensträume haben, die ziemlich weit jenseits ihrer jetzigen

Lebensrealität liegen. Die psychische Erkrankung scheint beileibe nicht den Effekt zu haben, dass man sich den Alltagsstrukturen durch unrealistische Phantasien entzieht – im Gegenteil, die langjährige psychische Erkrankung hat die meisten in eine nüchterne Realität gezwungen, in der bei den meisten die Wünsche und Träume bescheiden bleiben.

## **6. Persönliche Veränderung durch die Betreuung**

Bei dieser letzten Frage des Gesprächs „Haben Sie sich verändert durch die Betreuung?“ sollte noch einmal resümiert werden, wie sich die Betreuung bisher auf die befragten Personen ausgewirkt hat und wie sich selbst erleben.

Eine befragte Person wollte sich hierzu nicht mehr äußern, 2 Antworten konnten nicht im Sinne der Frage ausgewertet werden. Von den restlichen 17 Befragten meinte nur eine einzige, dass sie sich nicht verändert habe.

Die übrigen 16 Personen beschrieben eine positive Veränderung durch die Betreuung. Diese 16 Antworten kann man noch in folgende zwei Kategorien unterteilen:

### **6.1. Habe mich verändert, bin wieder so wie früher**

Zwei Befragte beschrieben ihren derzeitigen Zustand so, dass sie sich jetzt wieder so fühlten wie früher, als sie noch mehr oder weniger gesund waren. Hier hat die Betreuung also quasi den persönlichen Einbruch, den man durch die psychische Erkrankung erlitten hat, wieder ausgeglichen.

- Bin auf jeden Fall wieder so wie ich früher war, dass ich was zu sagen hatte, wenn ich gefragt wurde, bei mir war's ja so schlimm, dass ich fast überhaupt nichts mehr gesagt habe
- Auf jeden Fall, bin eher wieder so geworden wie früher, habe mich durch Erkrankung und Tabletten verändert, meine ganze Persönlichkeit ist verlorengegangen ... jetzt habe ich mich wiedergefunden, meine alte Form

### **6.2. Habe mich allgemein persönlich verändert**

Immerhin 14 Befragte äußerten eine allgemeine Veränderung ihrer Persönlichkeit zum Positiven hin. Folgende Aspekte wurden u.a. genannt:

- Bin menschlicher geworden
- Ja, so soziale Fähigkeiten, Kommunikationsfähigkeiten sind dadurch besser ausgereift
- Sehr großes Stück erwachsener geworden
- Dass ich erwachsener geworden bin, reifer, älter, bin stabiler geworden
- Kann offener sein
- Versuche, zuverlässiger in Beziehungen zu bleiben
- Dass ich mein ganzes unseriöses Feld geräumt habe

Eine Person äußerte noch eine besondere Art der persönlichen Veränderung:

- Ich bin ziemlich geradlinig meinen Weg gegangen, vielleicht bin ich deswegen meinen Weg gegangen, weil die Mitarbeiter gesagt haben, so gehe es doch nicht – das lasse ich mir nicht gefallen.

Dies könnte man als Veränderung „trotz Betreuung“ beschreiben, wahrscheinlich ist dieser Weg, dass man seine eigene Art der Lebensführung gerade durch Abgrenzung gegen angeratene Möglichkeiten findet, gar nicht so selten – er wird normalerweise wohl wenig thematisiert.

## 7. Fazit

Es ging in dieser Untersuchung um die individuelle Lebensführung angesichts des Umstandes, dass man psychisch erkrankt ist. Es sollten subjektive Hintergründe, Deutungsprozesse und Erlebensmuster im individuellen Kontext erhoben werden. Dies ist etwas anderes, als im Sinne der empirisch orientierten Coping-Forschung standardisierte „Krankheitsverarbeitungsformen“ (Gutknecht 2004) zu analysieren. Es geht hier also nicht so sehr darum, zu klären, welche psychischen Prozesse, Gedanken, Handlungen+, Emotionen im isolierteren Sinne zur Bewältigung von Krankheitserscheinungen genutzt werden, sondern eher darum, wie die persönliche Erfahrung einer psychischen Erkrankung und einer darauf ausgerichteten sozialpsychiatrischen Betreuung in eine als subjektiv sinnhaft empfundene Lebensgestaltung münden kann.

Fünf Punkte sollen noch einmal hervorgehoben werden:

### **Alltag:**

Der Lebensalltag der Betroffenen vollzieht sich in einer Dynamik aus Selbstbestimmung und „Vorgegebenheit“. Das Spüren eines aktiven eigenen Lebensvollzuges kann sich unterschiedlich realisieren: dadurch, dass man jeden Tag etwas zu tun hat (dies können auch die Pflichten in einem Wohnhaus sein), dadurch, dass man die Möglichkeit hat, für sich zu sein oder sich bei Gesprächsbedarf an die geeigneten Gesprächspartner wenden zu können. Bestimmte Vorgegebenheiten, v.a. die täglichen Mahlzeiten im Kontext, scheinen als feste Struktur des Tages von großer Bedeutung zu sein. Interessant ist, dass von den Befragten sich keine einzige Person in größerem Maße eingeschränkt fühlt in ihrer Lebenssituation. Der subjektive Deutungshintergrund scheint hier in großem Maße davon bestimmt zu sein, dass durch die sozialpsychiatrische Betreuung wieder größere Handlungsfreiräume erlangt wurden oder bereits erlangt worden sind

### **Ambulant – stationär:**

Vergleicht man die geschilderte Lebenssituation im stationären und im ambulanten Kontext, so tauchen in manchen Bereichen Unterschiede auf, die allerdings auch wenig überraschend sind. Die Menschen in einer ambulanten Betreuungssituation dürften, gerade weil sie sich ambulant und nicht stationär betreuen lassen, über mehr individuelle Handlungsfähigkeit zur Alltagsbewältigung verfügen. Von ihnen wird daher eher eine allgemein persönliche Unterstützung durch Gespräche, Mitteilung von Ansichten und Einschätzungen durch die betreuende Person, v.a. aber auch Respektierung und Wertschätzung der Selbstständigkeit, gewünscht. Im stationären Bereich des Wohnhauses, aber auch im Appartement-Wohnen ist dieser Aspekt auch wichtig, aber hier scheint es für eine sinnvolle Erweiterung eingeschränkter Lebensführungsmöglichkeiten genauso wichtig, dass die Unterstützung auch im direkt-handlungsbezogenen Bereich wirksam wird.



**Zufriedenheit:**

Vier Fünftel der Befragten beschrieben sich als zufrieden bzw. sehr zufrieden mit ihrem derzeitigen Lebens – ohne sich hier in eine quantitative Datenanalyse begeben zu wollen, ist dies in etwa der Wert, den man in allgemeinen Bevölkerungsstichproben auch findet. Dies könnte wiederum als Beleg dafür genommen werden, dass die persönliche Lebensführung von psychisch kranken Menschen eben nicht durch die dauernde, als negativ erlebte Konfrontation mit der psychischen Erkrankung bestimmt ist, sondern auch sehr „normal“ in dem Sinne ausfallen kann, dass man sich mit bestimmten negativen Aspekten des eigenen Lebens arrangiert und versucht, dem Alltag Positives abzugewinnen. Sie erleben sich nicht nur als krankheitsgeschädigt, sondern finden trotzdem Wege einer befriedigenden Lebensgestaltung.

**Einflüsse auf die individuelle Befindlichkeit**

In verschiedenen Themenbereichen scheinen die Äußerungen der Betroffenen dafür zu sprechen, dass ihre psychische Erkrankung eine solche „Eigendynamik“ im Einfluss auf ihre Befindlichkeit aufweist, dass die positiven Möglichkeiten der sozialpsychiatrischen Betreuung demgegenüber als sehr begrenzt erscheinen. Man sollte aber ohnehin nicht versuchen, ein unmittelbar wirkendes Verhältnis zwischen Befindlichkeit und Betreuung herzustellen. Wohlbefinden und Lebensführung sind auf je individuelle Art durch sehr viel mehr Faktoren beeinflusst als allein durch die Betreuung – und letztere ist immerhin so wichtig, dass die große Mehrzahl sie sich derzeit überhaupt nicht wegdenken kann aus ihrem Leben.

**„Persönliche Veränderung trotz Betreuung“**

In manchen Äußerungen der Gesprächspartner tauchte der Aspekt auf, dass gerade die Möglichkeit, sich gegen Vorschläge von Betreuerinnen oder Betreuern abzugrenzen, indem man sie ablehnt oder gegen sie opponiert, zur Festigung eines eigenen Weges und damit zu einer autonomen Lebensführung beitragen können. In Punkt 6.2 ist dies als „persönliche Veränderung trotz Betreuung“ charakterisiert worden. Wichtig ist dabei aber, dass die sozialpsychiatrische Betreuung, gerade weil sie hier als Gegenpol zu persönlichen Zielsetzungen erlebt wurde, auch zu einer Art Handlungsanregung wurde. Man sieht: sozialpsychiatrische Betreuung kann auf vielfältige Art wirksam sein.