



Soziale Unterstützung als Ressource
Beziehungsverhalten Jugendlicher bzw. junger
Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung –
eine quantitative Studie

DSA Andrea Katharina Pilgerstorfer

Diplomarbeit

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

Erstbegutachterin:

Prof. Dr. Brigitta Perner

Zweitbegutachterin:

Mag^a. (FH) Andrea Viertelmayr

Abstract

Using quantitative methods this empirical research paper deals with the supporting function the social net can provide for young people with psychiatric experience and compares their situation with that of a control group. By means of a questionnaire containing three network sections, i.e. family, friends, and intimate relationship, the differences between the relationships of mentally ill and mentally sane young people can be shown. The experience of social support and a reliable social network exerts a positive influence on both a person's physical and mental health (see Anton-Rupert Laireiter in Lenz/Nestmann 2009:95). For social work in the field of psychiatry it is therefore of great importance to know the characteristics in order to counter efficiently possible risk factors with preventive measures.

The questionnaire, including nine questions, records experienced support, reciprocity, and interaction within relationships. The quality of the relationships is investigated by items for self-assessment, using a scale from 1 (fully true) to 4 (not true at all). People's contact behavior is measured concerning quantity and quality in a period of 14 days. Thus, the quality of relationship and the social functioning can be assured by quantitative methods.

After analyzing the social reality of young people with psychiatric experience compared to those without a mental disease, findings are related to social work practice. Suggestions are made how social workers can support the social functioning as well as the network of those young people. In addition, gaps in the research work in this area are pointed out such as the importance of the relationships between siblings.

Keywords:

*young adults * social support *social functioning* relationship * networking * psychiatry **

Auszug

Vorliegende empirische Forschungsarbeit erfasst mit Hilfe quantitativer Methoden die unterstützende Funktion des sozialen Netzes Jugendlicher bzw. junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung und stellt sie einer Kontrollgruppe gegenüber. Mittels entwickeltem Fragebogen über drei Netzwerkausschnitte (Familie, Freunde, Paarbeziehung) werden Unterschiede zwischen gelebten Beziehungen psychisch kranker junger Erwachsener und denen junger Erwachsener, die keine psychiatrische Diagnose haben, sichtbar. Das Erleben von sozialer Unterstützung und ein tragfähiges soziales Netz haben positiven Einfluss sowohl auf somatische als auch auf psychische Gesundheit (vgl. Anton-Rupert Laireiter in Lenz/Nestmann 2009:95). Es ist daher für die Soziale Arbeit im Bereich der Psychiatrie von Bedeutung die Besonderheiten zu kennen, um möglichen Risikofaktoren mit präventiven Maßnahmen zu begegnen.

Der Fragebogen erfasst in 9 Fragen erlebte Unterstützung, Reziprozität, und Interaktion innerhalb der Beziehungen. Mit Items zur Selbsteinschätzung in einem Skalenniveau von 1 (trifft voll zu) bis 4 (trifft gar nicht zu) wird die Qualität der Beziehungen erhoben. Das Kontaktverhalten wird anhand vergangener 14 Tage nach Art und Ausmaß gemessen. Beziehungen können so quantitativ erfasst werden.

Nach Analyse der sozialen Realität in der sich diese jungen Menschen im Verhältnis zu jungen Menschen ohne psychische Erkrankung befinden, erfolgt ein Praxisbezug zur sozialen Arbeit. Anregungen, sozialarbeiterische Unterstützungsmaßnahmen in Hinblick auf das soziale Netz der Betroffenen abzustimmen, werden gegeben und Lücken in der Forschungstätigkeit in diesem Bereich, z. B. die Bedeutung der Geschwisterbeziehungen, aufgezeigt.

Schlüsselwörter:

*Junge Erwachsene * soziale Unterstützung * Beziehungen * Netzwerkarbeit * Psychiatrie * Beziehungsqualität*

gewidmet meinem Großvater Johann Paier, der mir Zeit meines Lebens vermittelt hat, dass mit Konsequenz und Disziplin Ziele zu erreichen sind! Nur durch Konsequenz und vor allem Selbstdisziplin konnte ich diese Arbeit fertig stellen!

Danken möchte ich meinem Lebensgefährten, Martin Endl, und unseren beiden Kindern, Sophia und Julian, für die Geduld und Ausdauer, die auch sie ihrerseits bewiesen haben!

Ein großes Dankeschön auch an meine Eltern und „Schwiegereltern“, sie haben mir durch ihre tatkräftige Unterstützung ermöglicht benötigte Zeitressourcen zu erhalten.

Meinen Kolleginnen und Kollegen des Referates Psychosoziale Einrichtungen der Caritas St. Pölten und im Speziellen des Psycho Sozialen Dienstes Zentralraum und Mostviertel gebührt Dank und Anerkennung, sie haben die Befragung möglich gemacht!

Abschließend möchte ich mich bei allen Personen meines sozialen Netzes für ihr Verständnis und die emotionale Unterstützung bedanken, die sie alle geleistet haben!

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Theoretische Grundlagen.....	5
2.1	Vorbemerkung zur Theorie	5
2.2	Sozialarbeitstheoretischer Ansatz.....	6
2.3	Forschungsinteresse und Fragestellungen	8
2.3.1	Begriffsdefinitionen	8
2.3.2	Hypothesenbildung.....	21
3	Empirie.....	26
3.1	Datenerhebungsmethode	26
3.2	Untersuchungsverlauf.....	26
3.2.1	Planung der Studie	26
3.2.2	Konzipierung des Fragebogens.....	31
3.2.3	Durchführung der Untersuchung.....	31
3.3	Gewinnung und Beschreibung der Versuchsgruppen.....	32
3.3.1	Beschreibung der Besonderheit der Experimentalgruppe	34
3.4	Operationalisierung.....	35
3.5	Verwendete Verfahren der Datenanalyse	39
3.6	Testgütekriterien	40
3.6.1	Objektivität.....	40
3.6.2	Reliabilität	41
3.6.3	Validität.....	41
4	Darstellung der Ergebnisse.....	43
4.1	Biographische Daten.....	43
4.2	Einschätzung der Beziehungsqualität.....	49
4.3	Unterstützung und Reziprozität.....	52

4.3.1	Erlebte Unterstützung	52
4.3.2	Austausch persönlicher Information.....	55
4.3.3	Gegenseitigkeit der Beziehung.....	56
4.4	Kontakt und Interaktion	58
5	Analyse und Diskussion	64
6	Literatur.....	74
6.1	Bücher	74
6.2	Zeitschriften	76
6.3	Internet.....	76
6.4	Quellenangabe	77
7	Abbildungsverzeichnis	79
Anhang		

1 Einleitung

>> Jeder Mensch ist
untrennbar verbunden
mit der Logik des
menschlichen Zusammenlebens <<

(ALFRED ADLER 1927)

In einer sich rasch wandelnden Epoche, in der Individualisierung als Prinzip an oberster Stelle steht und die Globalisierung durch Mobilität aller Bereiche mehr und mehr Einfluss auf das menschliche Leben ausübt, haben die Menschen eine größere Auswahl an Handlungsressourcen und Handlungsalternativen. Das gilt zumindest für eine gewisse Personengruppe: Für diejenigen, die die Kompetenzen haben, die stetig wachsende Komplexität sozialen Lebens für sich zu nutzen. Die anderen Menschen, die diese Fähigkeit nicht haben – aus welchen Gründen auch immer – erleben und erleiden zunehmend Restriktionen, die ihr Leben einengen (vgl. Hitzler/Buchner/Niederbacher 2005:14). Meiner Ansicht nach ist besagte Kompetenz keine unabänderliche Eigenschaft, die ein Mensch hat oder nicht. Sie ist vielmehr eine prozesshafte Fähigkeit, die gleich einer Welle das Leben jedes Menschen begleitet. Und manchmal, da ist es „windstill“ und es gibt keine Wellen! Als Sozialarbeiterin (seit 2001) habe ich jene Kompetenz-Wellen immer wieder erleben können.

Den „Wind“ für jeden Menschen aufrecht zu erhalten bzw. durch entsprechende Rahmenbedingungen möglich zu machen, dass er bläst und somit Bewegung bringt, erachte ich als großes Ziel der Menschheit! Das stellt hohe Ansprüche an eine zukünftige (Sozial-) Politik. Derzeit verhält sich Soziale Arbeit zur sozialen Gesundheit der Gesellschaft wie die Notfallmedizin zur physischen Gesundheit des Menschen. Großteils handelt es sich um bloße Symptombehandlung, während Prävention vernachlässigt wird. Eine Form der „Gesellschaftlichen Prävention“ ist die Schaffung von Rahmenbedingungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die „Entwicklung“, „Gedeihen“, „Zukunftsperspektiven“, „Optimismus“, „Hoffnung“ etc. möglich machen!

Obenstehende Überzeugung hat die Themenauswahl meiner Diplomarbeit geleitet. Die Eingrenzung und Spezifizierung erfolgte durch meine Tätigkeit beim Psycho Sozialen Dienst der Caritas der Diözese St. Pölten, Dienstort Krems.

Immer wieder leben dessen Kundinnen und Kunden isoliert. Diese Isolation kann räumlicher, personeller und geistiger Natur sein. Die Menschen leben in ihrem Wohnraum, sie haben kaum persönliche Beziehungen und keine der Bezugspersonen kann als geistige Austauschquelle bzw. GesprächspartnerIn herangezogen werden. Nicht selten sind bei den Kundinnen und Kunden des Psycho Sozialen Dienstes die SozialarbeiterInnen die Einzigen, die mit ihnen in Beziehung treten und regelmäßigen Kontakt haben, was auch unlängst eine meiner Kolleginnen in ihrer Diplomarbeit festgestellt hat (vgl. Winkler 2009:43). Soziale Isolation beginnt aber nicht erst mit der tatsächlichen Situation, kaum oder keine sozialen Kontakte zu haben. Einsamkeit und das Gefühl der Isolierung können auftreten, wenn eine Abkapselung der eigenen Personen von den anderen erlebt wird (vgl. Lauth/Viebahn1987:13). Befriedigte Bedürfnisse steigern das Wohlbefinden und Wohlbefinden ist Ausdruck von Gesundheit – mit dem Zustand von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden definiert die WHO den Begriff Gesundheit (siehe auch Seite 9). Es ist nicht verwunderlich, dass ein Zusammenhang zwischen sozialen Kontakten, also persönlichen Beziehungen und Genesung, festgestellt wird (vgl. Lauth/Viebahn1987:205).

Unter anderem werden dem Psycho Sozialen Dienst auch junge Menschen „zugewiesen“ oder suchen diesen selbständig auf. Diese jungen Menschen berichten von erlebter Einsamkeit, da sich ihre sozialen Beziehungen nunmehr auf familiäre Kontakte und eventuell noch auf ein paar wenige Freund- bzw. Bekanntschaften beschränken. Jene Kontakte, die sie vor Akutwerden ihrer Erkrankung hatten, gingen verloren. Es ist davon auszugehen, dass eine Unterstützung oder Stabilisierung der ursprünglichen Kontakte ein Aufrechterhalten derselben ermöglichen könnte, was eine Maßnahme präventiver Natur darstellte und zur Förderung der Gesundheit diene (vgl. Heller/Rook 2001 in Lenz et al 2009:15).

Mit vorliegender empirischer Studie sollen Erkenntnisse über das Beziehungsverhalten junger Menschen mit Psychiatrieerfahrung gewonnen und

dessen spezifische Eigenschaften bzw. Qualitäten erfasst werden. Daraus folgend sollen Anregungen für Interventionsmöglichkeiten in der praktischen Sozialarbeit gefunden und entwickelt werden.

Die schriftliche Arbeit besteht aus vier Teilen, die den Prozess der Studie abbilden und Ergebnisse sowie Schlüsse anführen: der erste Teil (2. Theoretische Grundlagen, Seiten 5 bis 25) stellt das wissenschaftstheoretische Fundament dar, der zweite Teil (3. Empirische Studie, Seiten 26 bis 42) befasst sich mit der Entwicklung und Durchführung der empirischen Studie. Im dritten Teil (4. Darstellung der Ergebnisse, Seiten 43 bis 63) werden die Ergebnisse präsentiert, die dann abschließend in Teil vier (5. Analyse und Diskussion, Seiten 64 bis 73) nach deren Bedeutung untersucht und, wenn auch nur theoretisch, in die Sozialarbeitspraxis integriert werden.

Teil 1: Das Kapitel „2.1 Vorbemerkung zur Theorie“ ist eine Annäherung an sozialarbeitswissenschaftliche Theorie, die dann im Unterkapitel „2.2 Sozialarbeitstheoretischer Ansatz“ aufbereitet wird. Die vorangestellten theoretischen Überlegungen sind die wissenschaftliche Basis vorliegender Diplomarbeit. Im Anschluss werden in „2.3 Forschungsinteresse und Forschungsfrage“ die Forschungsfragen aus den Begriffsdefinitionen (in 2.3.1) heraus aufgebaut und zur allgemeinen Arbeitshypothese H_1 = Zwischen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit psychiatrischer Diagnose oder ohne psychiatrische Diagnose besteht ein Unterschied in ihrem Beziehungsverhalten (entsprechend H_0 = Es besteht kein Unterschied in ihrem Beziehungsverhalten zwischen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit psychiatrischer Diagnose oder ohne psychiatrische Diagnose) zusammengefasst (2.3.2).

Teil 2: Die methodische Aufbereitung und Durchführung der empirischen Studie wird hier dar gelegt. In „3.1 Datenerhebungsmethoden“ wird definiert, wie die Daten gewonnen werden. Das Kapitel „3.2 Untersuchungsverlauf“ ermöglicht eine Rekonstruktion der Studie, es wird sowohl auf die Planung der Forschungsarbeit (in 3.2.1), als auch auf die Konzipierung des Erhebungsinstruments (in 3.2.2) und auch noch auf die Durchführung der Untersuchung (in 3.2.2) speziell eingegangen. Das Kapitel „3.3 Gewinnung und Beschreibung der Versuchsgruppen“ verdeutlicht die Ziehung der Stichproben. In „3.3.1

Beschreibung der Besonderheiten der Experimentalgruppe“ wird auf die Psychiatrieerfahrung dieser Gruppe näher eingegangen. Das Kapitel „3.4 Operationalisierung“ legt den Prozess der Fragebogenerstellung, sowie dahinter liegende theoretische Konstruktionen dar. Das Kapitel „3.5 Verwendete Verfahren der Datenanalyse“ verweist auf die in Statistical Package for the Social Science (SPSS) angewandten Auswertungsverfahren. Eine Diskussion hinsichtlich der Qualität vorliegender Studie wird an Hand der Gütekriterien im Kapitel „3.6 Testgütekriterien“ unternommen, wobei zu jedem Gütekriterium in einem eigenen Unterkapitel Stellung bezogen wird.

Teil 3: Die Präsentation der ausgewerteten Daten erfolgt in diesem Kapitel „4. Darstellung der Ergebnisse“ gemäß der Variablen. Je nach Themenbereich werden die Ergebnisse zu „4.2 Biographische Daten“, „4.2 Einschätzung der Beziehungsqualität“, „4.3 Unterstützung und Reziprozität“ sowie „4.4 Kontakt und Interaktion“ aufgelistet.

Teil 4: Die Ergebnisse werden hier zusammenfassend aufbereitet und analysiert, es erfolgt die Bearbeitung der Forschungsfrage(n) anhand der Auswertungen. Die Hypothesen werden geprüft. Der Bezug zur Sozialarbeitspraxis wird an dieser Stelle verdeutlicht. Offene Fragen und wissenschaftlich relevante Erkenntnisse werden dargelegt. Die eigenen Erfahrungen und gewonnene persönliche Erkenntnisse fließen in das abschließende Kapitel ein.

Im Anhang befinden sich relevante Materialien zur Nachvollziehbarkeit dieser Studie. Der Fragebogen, mit Codierungsplan und die, aus den offenen Fragen gebildeten, Kategorien werden ebenso angeführt, wie zusätzliche Ergebnistabellen der Datenauswertung.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Vorbemerkung zur Theorie

Die Sozialarbeitsforschung gewinnt mit fortschreitender Professionalisierung der Sozialarbeit auch in Österreich immer mehr an Bedeutung. Wissenschaftliche Kriterien und formale Darstellung werden mit dem Streben nach Anerkennung als Disziplin unumgänglich. Es ist aber durchaus nicht so, dass Theorien über Soziale Arbeit und Forschungen der Sozialarbeit ausschließlich eine Erscheinung jüngerer Zeit sind:

„Sie haben alle auf ihre Art dem Anliegen einer wissenschaftlichen Begründung Sozialer Arbeit Rechnung getragen, und zwar im Hinblick auf die sozialen (Armut-) Probleme von Individuen (Ilse Arlt, Jane Addams), die sozialen Problematiken in einem Stadtteil (Addams) und die Management- und Machtprobleme in Organisationen (Mary Parker Follett).“ (Staub-Bernasconi 2007:15)

Es stellt sich die Frage, woher die geringe Beimessung an Bedeutung im wissenschaftlichen Diskurs resultieren könnte. Liegt es daran, dass die Sozialarbeit als Frauenberuf gewachsen ist und die Wissenschaftlerinnen selbst Frauen sind? Erst in jüngerer Vergangenheit, da sich Sozialarbeit zu einer geschlechtlich gemischten, wenn auch unter den so genannten front line workers immer noch weiblich dominierten, Berufs- und Ausbildungssparte entwickelt hat, wird es möglich, an der Positionierung der Sozialarbeit als Profession und Disziplin zu arbeiten, - und so der Sozialarbeit den Platz zuzuerkennen, den sie bereits einnimmt. Wissenschaftliche Theorien, als Basis wissenschaftlicher Forschungsarbeit und als Hintergrund zur sozialarbeiterischen Praxis, finden erfreulicher Weise, wohl auch durch die Aufwertung des Ausbildungsabschlusses, immer mehr Beachtung und werden permanent weiter entwickelt.

„Engelke (1998) gibt einen umfangreicheren Überblick über 24 Theoretiker der Sozialen Arbeit (und weist auf den bemerkenswerten Tatbestand hin, dass nur 5 von ihnen Frauen sind, die Theoriebildung also überwiegend von Männern geleistet wird).“ (Herwig-Lempp pdf.2008:6)

Im ersten Teil meiner Diplomarbeit wird eine theoretische Positionierung vorangestellt, aus der heraus in weiterer Folge die Fragestellung erarbeitet,

geprüft und analysiert wird. Anschließend erfolgt eine Annäherung an die Fragestellungen durch die Definition der zentralen Begriffe. Diese Annäherung mündet in offene Fragen verknüpft mit der eigenen erlebten Praxis, die unter 2.3.2 Hypothesenbildung angeführt werden. Den theoretischen Teil der Diplomarbeit beenden die ausformulierten Hypothesen, sie leiten über zur empirischen Untersuchung.

2.2 Sozialarbeitstheoretischer Ansatz

Die Systemtheorie ist „ein Konzept des Erkennens, eine Methode des gedanklichen Begreifens.“ (Lüssi 2001:56)

Ein systemischer Ansatz als philosophischer Ausgangspunkt beachtet sowohl Individualismus als auch Holismus. Bedient sich die Sozialarbeit des systemischen Denkansatzes, erhält sie weiten Handlungsspielraum. Menschenbilder, die dem Professionisten verinnerlicht sind, haben gravierende Auswirkungen auf die Handlungs- bzw. Wirkungsweise in den Interaktionen, denn die Weltanschauung ist gleichzeitig Steuerungsinstrument und Motivation für menschliches Handeln oder Nichthandeln. Die systemische Denkweise lässt Gestaltungs- und Entfaltungsraum offen, was für gelingende Soziale Arbeit von Vorteil ist (vgl. Staub-Bernasconi 2009:o.S.).

Maßgebend für die Sozialarbeit ist die soziologische Systemtheorie von Talcott Parsons (1976:o.S.). Eine allgemeine Theorie sozialer Systeme hat Niklas Luhmann (1984:o.S.) vorgelegt. Der Mensch als soziales Wesen gehört verschiedenen Sozialsystemen an und spielt darin seine jeweilige Rolle. Gleichzeitig ist er ein Organismus (biochemisch gesteuertes System), eine Persönlichkeit (psychisches System) und ein Kulturteilnehmer (ein durch Ideen und Werte bestimmtes System). Die verschiedenen Systemkategorien sind wechselseitig aufeinander bezogen (z.B. psychosomatisch, psychosozial, soziokulturell). Im sozialen System gibt es verschiedene Ebenen (Makro-, Mikro-, Mesoebene), größere Systeme können kleinere enthalten (Supra- bzw. Subsysteme). Das System, welches jeweils betrachtet wird, wird Referenzsystem genannt, es steht mit einer Vielzahl von Umwelt-Systemen in Beziehung. Die anderen Systemkategorien (Organismus, Persönlichkeit, Kultur) sind für das Sozialsystem „Umwelt“ (vgl. Lüssi 2001:67).

Sozialarbeit als Handlungswissenschaft stützt sich auf biologische, psychische, soziale sowie kulturelle Gegebenheiten als Begründungsbasis und verknüpft Makro- und Mikroebene miteinander, sie ist demnach als transdisziplinär zu verstehen (vgl. Staub-Bernasconi in Engelke 2007:27). Gegenstand der Sozialarbeit ist ein soziales Problem, mit welchem sich die Sozialarbeiterin/der Sozialarbeiter befasst. Umgelegt auf die Sozialarbeitspraxis der extramuralen Einzelfallhilfe im Handlungsfeld Gesundheit, genauer auf die Arbeit mit Menschen, die unter psychiatrischer Erkrankung leiden, heißt das: es geht um eine Verknüpfung der Hilfeleistungen über biologische, psychische und soziale Bereiche hinweg, die sich aus den jeweiligen Anliegen und Fragen der einzelnen AdressatInnen ergeben (vgl. Kleve pdf.2002:3-6). So führt Heiko Kleve zum Beispiel die „Ausstattung mit Wohnraum“ als biologische Frage an, der Mensch erhält Obdach und Schutz vor Witterungsbedingungen. Ausstattung mit Wohnraum hat durchaus auch eine psychologische Komponente, das Gefühl „zu Hause zu sein“, einen Platz zu haben, sich sicher zu fühlen... und auch eine soziale, man denke an die Nachbarschaft!

Nachstehend wird der theoretische Prozess beschrieben, welcher bei Ausübung sozialarbeiterischer Tätigkeit abläuft:

Erklärungswissen aus den verschiedenen Disziplinen ist notwendig, um der Komplexität eines sozialen Problems gerecht werden zu können. Die Kompetenz der Sozialarbeit ist nun aus dem Erklärungswissen, mit Hilfe von Wert- oder Kriterienwissen, Perspektiven und Möglichkeiten aufzuzeigen, damit schließlich dank Verfahrenswissen sozialarbeiterische Methode und Intervention erfolgen können und das soziale Problem gelöst werden kann. Abschließend sollte die systematische empirische Auswertung der Probleme mit Hilfe des Evaluationswissens der Sozialarbeit stattfinden (vgl. Staub-Bernasconi o.J. http://www.unimagdeburg.de/iew/web/studentische_projekte/ss02/seybusch/bernasconiWissen.htm).

Dieses sozialarbeiterische Evaluationswissen befindet sich sowohl in der Praxis als auch in der Theorie noch in den Kinderschuhen. Zu beachten ist auch, dass oben beschriebener Prozess noch ohne die Beteiligung und Wirkung der Klientinnen und Klienten sozialer Arbeit und deren Umfeld dargelegt wird. Eine allumfassende Darstellung wäre in ihrer Komplexität wohl Gegenstand einer eigenen wissenschaftlichen Arbeit.

Soziale Arbeit findet immer im Kontext der Gesellschaft statt und hat „individuelle Ausgangspunkte“. Eine Person oder eine Gruppe wendet sich an die Sozialarbeiterin oder an den Sozialarbeiter. Gesellschaft nach Marcel Mauss ist der oberste institutionelle Rahmen, der territorial gebunden ist bzw. territorial gebunden sein kann. Sie umschließt dauerhaft viele Untergruppen, dem entsprechend ist Gesellschaft das übergeordnete Ganze, welches nach außen autark funktioniert und nach innen eine übergreifende und allgemeingültige Verfassung definiert hat (vgl. Esser 1993:325). Der individuelle Ausgangspunkt der Sozialen Arbeit kann auch sein, dass sich eine Akteurin oder ein Akteur mit mehreren Gesellschaften konfrontiert sieht. Migrantinnen und Migranten, als eine spezielle Untergruppe unserer Gesellschaft, beziehen sich mindestens auf drei Gesellschaften: Herkunftsland, Aufnahmeland und ethnische Gemeinde in der jeweiligen Aufnahmegesellschaft (vgl. Esser 2002:286). Demnach ist soziale Arbeit auch Gesellschaften übergreifend.

2.3 Forschungsinteresse und Fragestellungen

Wie in der Einleitung erwähnt, ist meine Berufspraxis Ausgangspunkt und von zentraler Bedeutung für die vorliegende Diplomarbeit. Durch sie bekam ich primär auch den Zugang zu den Untersuchungspersonen. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen 1.) Jugendliche bzw. junge Erwachsene, die, ungeachtet ihrer kurzen Lebenserfahrung, bereits Erfahrungen im Bereich der Psychiatrie mitbringen und 2.) deren soziales Umfeld bzw. die Beziehungsqualitäten und -interaktionen darin. Zum besseren Verständnis werden zunächst die zentralen Begrifflichkeiten erörtert und determiniert. Die Erörterungen erfolgen unter oben angeführtem sozialarbeitstheoretischem Ansatz. Anschließend wird die Fragestellung weiter dargelegt und in die wissenschaftliche Form, die Hypothese, gegossen.

2.3.1 Begriffsdefinitionen

Jeder Absatz behandelt zusammengehörige und nur in der Komplexität les- und verstehbare Einheiten von Begriffen. Diese sind, zur Wahrung eines Überblicks

auf das „große“ Ganze (ganz im Sinne der Sozialarbeitspraxis), **fett und kursiv** geschrieben (sozusagen als methodisches Handwerkszeug).

Gesundheit, und speziell eingegrenzt psychische Gesundheit, sind wie Lebensqualität und Zukunftsperspektiven grundlegende Begriffe für diese Studie, deren Komplexität sich bereits in den Definitionen widerspiegelt. Sie beinhalten in ihrer Eigenschaft jede der drei Dimensionen – die biologische, psychische und soziale – und fließen ineinander über bzw. bedingen sich gegenseitig.

Gesundheit wird von der World Health Organisation (WHO) in deren Konstitution bereits in den drei Dimensionen definiert: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO 10.2007:1) Bezogen auf den einzelnen Mensch heißt das: Gesund ist jener Mensch, der nicht nur eine Abwesenheit von Leiden und Gebrechlichkeit zeigt, sondern der den Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens aufweisen kann. Demnach setzt sich Gesundheit aus positiv erlebten körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Komponenten zusammen. Der Begriff des Erlebens bringt weitere Komplexität ein. Das Erleben ist ein Begriff, der in der Psychologie verwendet wird, für den es aber keine allgemein anerkannte Definition gibt. (In Meyers großem Taschenlexikon steht knapp: „Erleben, jeder im Bewusstsein ablaufende Prozess“. [1987 Band 6:217]).

Als Ausgangspunkt der Erörterung des Begriffes **Geistige und/oder Psychische Gesundheit**, wird nachstehend die Definition der WHO zitiert:

„Mental health can be conceptualized as a state of well-being in which the individual realizes his own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community.“ (WHO 09.2007:1)

Übersetzt, zusammengefasst und angewandt bedeutet das: von psychischer Gesundheit kann bei einem Menschen dann gesprochen werden, wenn das Wohlbefinden der/des Einzelnen/ Einzelnen der Art ist, dass diese/dieser ihre/seine eigenen Fähigkeiten ausschöpfen und die normalen Lebensbelastungen bewältigen kann. Sie bzw. er ist im Stande produktiv und fruchtbar zu arbeiten und etwas zur Gemeinschaft beizutragen. Diese Erklärung greift ebenfalls über alle Dimensionen: biologisch, psychologisch und sozial. In der Definition wird aber

auch Bezug zu Mikro- bzw. Makroebene genommen. Es wird angeführt, dass seelische Gesundheit einerseits Grundlage für Wohlbefinden und ein wirkungsvolles Funktionieren der bzw. des Einzelnen bietet. Genauso aber ist seelische Gesundheit bzw. der Zustand seelischer Gesundheit innerhalb einer Gemeinschaft Maß für das Funktionieren betreffender Gesellschaft.

Sozioökonomische Wirkungsfaktoren beeinflussen auch die Gesundheit im Allgemeinen und im Speziellen auch die seelische Gesundheit. Sie bedingen vor allem für sozial benachteiligte Menschen erhebliche Mehrbelastungen.

„The greater vulnerability of disadvantaged people in each community to mental health disorders may be explained by such factors as the experience of insecurity and hopelessness, rapid social change, and the risk of violence and physical ill-health.“ (ebenda:1)

In oben stehender Definition steht, dass „normale Lebensbelastungen“ von einer gesunden Person zu bewältigen seien. Es stellt sich die Frage, was unter „normale Lebensbelastungen“ zu verstehen ist – und ob psychische Erkrankungen nicht eine gesunde Reaktion auf belastende bzw. menschenunwürdige Bedingungen darstellen? Gerade im Bereich der Psychiatrie scheint das Gesundheitskonzept stetig an seine Grenzen zu stoßen.

Die Komplexität des Begriffes <seelische Gesundheit> lässt breite Betrachtungen und Diskussionen zu, daher ist untenstehend definiert, was für vorliegende Studie von Relevanz ist, nämlich: Die Fähigkeit innere und äußere Anforderungen zu bewältigen ist Ausdruck psychischer Gesundheit. Einem psychisch gesunden Menschen gelingt es, belastende Faktoren mit Hilfe schützender Faktoren auszubalancieren. Psychische Gesundheit steht immer im Zusammenhang mit der jeweiligen Lebenswelt, Lebenslage und Lebensweise, speziell im Hinblick auf äußere Stressoren (vgl. Schulze-Steinmann 2008:1-3).

Gesundheit und psychische Gesundheit sind mehrdimensionale Begriffe und beinhalten Erklärungswissen aus verschiedenen Disziplinen. Dennoch wird Gesundheit am nächsten der Medizin zugeordnet. In unserer Gesellschaft hat sich offenbar eine naturwissenschaftliche Betrachtungsweise durchgesetzt. Wissenschaftliche medizinische Forschung befasst sich mit den unterschiedlichsten Gebieten körperlicher Gesundheit (physical health), auch im Bereich der Seelischen Gesundheit (mental health) kann ein breites Spektrum an Forschungstätigkeit beobachtet werden (auch wenn viele Forscherinnen und

Forscher einen medizinischen und dadurch wieder körperlichen Zugang wählen). Interessant ist, dass für die dritte Dimension keine eigene eindeutige Definition gefunden werden konnte. Soziale Gesundheit (social health) ist vielschichtig und weit reichend. Sie kann sich auf die Gesellschaft beziehen und auf das Individuum. Gesellschaftlich gesehen kann soziale Gesundheit mit Gerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit in Verbindung gebracht werden. Das Individuum betreffend wird soziale Gesundheit ein noch komplexerer Begriff. Materielle Versorgung, soziale Sicherheit, persönliche Freiheit, zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Unterstützung, soziale Anpassung, sind nur eine kleine Auswahl der Zusammenhänge, die hinsichtlich sozialer Gesundheit genannt werden können (vgl. McDowell Ian o.J.u.S. <http://www.answers.com/topic/social-health>).

Die transdisziplinäre Dimension dieses Begriffes, welche auch noch Makro- und Mikroebene umfasst, macht den Begriff <soziale Gesundheit> zu einer ureigenen Begrifflichkeit der Sozialarbeit. Das <soziale Problem> als Gegenstand sozialer Arbeit und <soziale Gesundheit> als vielleicht messbares Erfolgskriterium.

Im Wörterbuch Soziale Berufe sowie im Lexikon der Sozialwirtschaft konnte keine Definition für <soziale Gesundheit> gefunden werden. Konstitution und Eigenschaft dieses Begriffes genauso wie der Begriff selbst geben der Sozialarbeitswissenschaft den Auftrag, dieses Versäumnis nachzuholen und diese Definition als theoretisches Konstrukt der Sozialarbeit zu Eigen zu machen.

Lebensqualität ist für die Medizin ein wichtiges Erfolgskriterium (vgl. Radoschewski 2000:165). Der Begriff Lebensqualität stammt ursprünglich aus der Politik, zur Argumentation für den Ausbau kultureller und sozialer Angebote in den USA. Für die psychosoziale Versorgung bzw. für die Medizin wird er zum Qualitätskriterium (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005:104).

„Qualität steht... für die Beschaffenheit, die Güte einer Sache ..., die ihren besonderen „Wert“ ausmachen ... Lebensqualität meint in diesem Sinne folglich nicht mehr und nicht weniger als das komplexe, vielschichtige und multidimensionale Gebilde der Spezifitäten und Eigenschaften menschlicher Existenz.“ (Radoschewski 2000:165)

Ein Mensch hat eine hohe Lebensqualität, wenn a) materielle Ressourcen verfügbar sind, wenn b) er oder sie in sozialen Rollen objektiv funktionieren kann und wenn c) subjektive Zufriedenheit erlebt wird (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005:104).

Eng verbunden mit diesem Konzept von Lebensqualität steht das Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1987), wo Krankheit weniger ein spezifischer Vorgang und ein absoluter Zustand ist, sondern das Versagen von Schutzmechanismen und einen fließenden Prozess darstellt (vgl. ebenda:104).

Eine ganze Reihe von Messinstrumenten und diagnostischer Verfahren erheben und messen Lebensqualität. Sowohl Medizin als auch Psychologie beschäftigen sich ausführlich damit. Die physische, psychische und soziale Dimension dieses Begriffes wird in den Erhebungsinstrumenten sichtbar (vgl. Schumacher/Klaiberg/Bräler 2003:25-323) und macht die Schwierigkeiten deutlich diesen Begriff in der gesamten Dimension für den jeweiligen Menschen individuell zu erfassen.

Der Begriff **Zukunftsperspektiven** wird zur Erklärung in seine Bestandteile zerlegt: Zukunft – es findet sich in Meyers Taschenlexikon ein Verweis auf Futur, dieses wird mit Tempus des Verbs beschrieben. Zukunft ist eine Zeit, die auf die Gegenwart folgt. Perspektive – leitet sich aus dem lateinischen <perspicere> ab, es bedeutet mit Blicken durchdringen, deutlich wahrnehmen. Perspektive wird in der Malerei bzw. Geometrie verwendet, um die dreidimensionale Welt auf einem zweidimensionalen Blatt Papier so abzubilden, dass sie die dreidimensionale Optik behält. Die <Zentralperspektive> ist dem Sehprozess nachgebildet, eine waagrechte Höhenebene schneidet die Bildebene im Horizont, je nach Höhe wird von <Frosch-> oder <Vogelperspektive> gesprochen. Vermutlich entwickelt sich daraus die Bedeutung für Standpunkt (vgl. Meyers Taschenlexikon 1987 Band17:8f).

Im Zusammenhang mit dieser Arbeit sei Zukunftsperspektive verstanden als eine Erwartung an die Zukunft aus einem optimistischen Standpunkt heraus. Zukunft als Herausforderung ist Motivation für die Gegenwart und erlebte, positiv angetriebene Gegenwart steigert einerseits das Wohlbefinden und andererseits erweitert sie Möglichkeiten für die Zukunft, was wiederum Zukunftsperspektiven eröffnet.

Ein weiterer Begriff, der für diese Studie von zentraler Bedeutung ist, erklärt sich fast selbst: **Psychiatrie Erfahrung** bedeutet, dass ein Mensch weiß, wie es ist in einer psychiatrischen Anstalt Patientin bzw. Patient zu sein, da sie oder er es

selbst mindestens ein Mal erlebt hat. Eine akute psychische Erkrankung führte dazu, eine **psychiatrische Diagnose** liegt vor.

Psychische Erkrankungen werden von Fachärzten für Psychiatrie nach ICD 10 (International Classification of Diseases, WHO 2006) Kapitel V (F) klassifiziert.

Vorliegende Studie grenzt sich auf zwei Abschnitte aus dem ICD 10 V (F) ein: F2 und F6. Im Abschnitt F20 bis F29 werden Diagnosegruppen der Schizophrenie und schizotype und wahnhaftige Störungen klassifiziert. Menschen, die unter dieser Diagnose leiden, zeigen „grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität...“ (Dilling/Mombour/Schmidt 2008:111) Hervorgehoben unter der Gruppe F20 bis F29 seien noch F22 und F23: Bei einer mit F22 klassifizierten Krankheit leidet der Mensch unter einem lang andauernden Wahn - die paranoide Psychose wird dieser Gruppe zugeordnet (vgl.ebenda:125). Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung mit F23 kodiert wird, leiden unter Psychosen. Bei dieser Erkrankungsgruppe ist ein unbeständiges, wechselndes und vielgestaltiges klinisches Bild charakteristisch. Die Menschen erleben Halluzinationen, Wahrnehmungsstörungen und Wahnphänomene, die sehr rasch wechseln und auch den Gemütszustand beeinflussen können (vgl.ebenda:128).

Der Abschnitt F60 bis F69 beschreibt Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

„Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen.“ (ebenda:244)

F60.31 ist die Klassifikation der psychischen Erkrankungen der in vorliegender Arbeit vorherrschenden psychiatrischen Diagnose: emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ – landläufig als Borderlinepersönlichkeit oder Borderlinepersönlichkeitsstörung oder überhaupt nur Borderliner bekannt. Emotionale Instabilität sowie Unklarheit über das eigene Selbstbild, die Ziele und inneren Präferenzen sind Kennzeichen dieser Erkrankung. Wiederholte emotionale Krisen durch die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen führen zu Suizidandrohungen oder zu selbstschädigenden Handlungen (vgl.ebenda:250), welche als typische Merkmale auch in pädagogischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Fachkreisen allgemein bekannt sind.

Die biologische Dimension ist bei der Definition psychischer Störungen spürbar im Vordergrund, das Bezugswissen stammt aus der Medizin. Nach diesem Modell gibt es geistige und psychische Krankheiten, die genau unterscheidbar sind, deren Ursache vorwiegend hereditäre oder biochemische Anomalien sind. Psychosoziale Perspektiven werden nur als Prädisposition angenommen, spezifische Erfahrungen führen zur Entwicklung bestimmter Symptome (vgl. Benesch 1992 Band 6:99f). Eine ähnliche Beschreibung lässt sich aus der Definition für seelische Gesundheit der WHO herleiten (siehe Seite 9, in diesem Kapitel).

Psychische Störungen haben aber auch eine psychologische Dimension, Erklärungswissen aus der Psychologie liegt ihr zugrunde. Dieses psychologische Erklärungswissen teilt sich in vier Modelle mit jeweils unterschiedlichen Entstehungserklärungen. So sieht das psychodynamische Modell die Ursache psychischer Störung in der Unterdrückung der Impulse und dem daraus resultierendem Schuldgefühl. Im Gegensatz dazu steht das behavioristische Modell, wonach psychische Störungen eine Gegenkonditionierung auf Reizmuster der Umwelt darstellen. Angst bedingt Angst mindernde Verhaltensmuster und diese manifestieren sich durch Wiederholungen bei den jeweiligen Menschen. Humanistische Modelle sehen die Begrenztheit der Selbstverwirklichung als Begründung psychischer Erkrankung, während das Modell der sozialen Deprivation kulturspezifische gesellschaftliche Kräfte als Ursache anführt (vgl. ebenda:101-103).

Die **Jugend** wird in der Jugendforschung als Phase beschrieben und bezeichnet den Lebensabschnitt zwischen Kindsein und Erwachsenenstatus. Die Ansichten über die Jugendzeit sind dem epochalen Wandel unterlegen und ihre Bedeutung variiert in den unterschiedlichen Kulturen und historischen Zeitaltern. Im Mittelalter werden keine Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen mehr gemacht. Die Idee, dass Kindheit und Jugendzeit jeweils eigenständige Lebensphasen darstellen, kehrt erst im 17. Jahrhundert wieder nach Europa zurück. Vorangetrieben durch das Engagement des Pädagogen Johann Amos Comenius, der einen kindergemäßen Unterricht fordert und dem Philosophen John Locke, welcher sich für empirische Studien über Kinder und Jugendliche stark macht. Den Diskurs über menschliche Entwicklung treiben die Pädagogen Jean-Jacques

Rousseau, Heinrich Pestalozzi und Friedrich Fröbel weiter voran. Veränderungen in den gesellschaftlichen Rahmenstrukturen durch die industrielle Revolution ermöglichen schließlich ein Etablieren der Jugendzeit so wie sie heute verstanden wird: ein über einen Zeitraum ausgedehnter Lebensabschnitt, der einen großen Wandel mit sich bringt – biologisch, psychisch und sozial (vgl. Grob/Jaschinski 2003:12-17).

Die körperliche Voraussetzung als Beginn der Jugendzeit und die damit einhergehenden physischen Veränderungen sind mit der Geschlechtsreife von der Medizin genau definiert. Psychologie und Pädagogik befassen sich mit den inneren Abläufen und dem Umgang mit Veränderungen in dieser Entwicklungsphase. Es handelt sich hierbei sowohl um körperliche Veränderungen, als auch um veränderte Erwartungen und Anforderungen, welche an die Jugendlichen gestellt werden. Die Soziologie befasst sich ihrerseits mit den Statusübergängen und den gesellschaftlichen Gegebenheiten.

Der Beginn der Jugend wird aus physiologisch-biologischer Sicht mit dem Beginn der Pubertät definiert. Darüber, wann die Jugendzeit beendet ist, sind sich die wissenschaftlichen Disziplinen nicht einig. Jede determiniert diese Lebensphase aus ihrer speziellen Fokussierung heraus: Das Ausüben eines Berufes, festgelegte Partnerschaft zur Familiengründung, klare Rolle als Konsument und politischer Bürger sind Symbole für das Erreichen des Erwachsenenstatus aus der Sicht der Soziologie. Sind die Entwicklungsaufgaben erfüllt, sehen Psychologen die Jugend als abgeschlossen an (vgl. ebenda:18). Die Notfallmedizin unterscheidet junge Menschen ab etwa 14 Jahren nicht mehr vom Erwachsenen (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2009). Der Staat Österreich staffelt mit seiner Gesetzgebung Rechte und Pflichten in einem Zeitraum ab 14 Jahren (Beginn der Strafmündigkeit) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (vgl. BGBl. I 2002:Nr. 117:1215). Daran angelehnt gilt für die medizinische Versorgung in Österreich: bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden Patientinnen und Patienten auf einer speziell vorgesehenen Kinderstation medizinisch versorgt. Wobei ab einem Alter von 14 Jahren über gewisse Belange selbst, ohne Absprache und Einverständnis der Erziehungsberechtigten, entschieden werden kann (vgl. BGBl. I 2000:Nr. 135:1330).

Schon bei der Beschreibung der Jugend der 90er Jahre wird von einer Akzeleration und einer immer längeren Dauer, ja sogar von <Berufsjugendlichen>,

gesprächen (vgl. Janke/Niehues 1995:12). Diese Zuordnung hat sich inzwischen wissenschaftlich manifestiert. Die so genannte <Postadoleszenz> wird zum Thema gemacht und die Jugendzeit immer weiter nach oben ausgedehnt. Müller-Bachmann (2002:218) spricht vom „altersunabhängigen Lebensstil des Jungseins“ (vgl. Völker 2008:102). Entwicklungs- und Lebensalter sind nicht zwingend kongruent.

Eine einheitliche Eingrenzung von Jugend nach Altersgruppen konnte nicht gefunden werden. Es findet sich viel mehr der Beleg dafür, dass eine solche in der Jugendforschung umstritten ist. Jugendforscher, deren Ausgangspunkt die Sozialwissenschaften sind, tendieren zu einer Definition, die diesen Lebensabschnitt einerseits umspannt und andererseits innerhalb eines übergeordneten Rahmens in drei Untergruppen aufteilt:

Jugendliche sind zwischen 11 und 29 Jahre alt.

- 11 bis 14 jährige werden als <Kids> bezeichnet,
- 15 bis 19 jährige sind <Jugendliche> und
- 20 bis 29 jährige nennt man <junge Erwachsene>

(vgl. Magistrat der Stadt Wien 2002:33).

Für vorliegende Diplomarbeit wird das (Jugend)Alter mit 17 bis 28 Jahren festgelegt. Die untere Grenze liegt bei 17 Jahren, da Diagnosen meist ab diesem Alter gestellt und festgeschrieben werden. Bei jüngeren Patientinnen und Patienten wird vorsichtiger von Tendenzen, von Verhaltenskreativität, von Teilleistungsschwächen, von Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom (ADHS), etc. gesprochen. Bei 28 Jahren wird die Obergrenze gezogen, denn dieses Alter (28 bis 30 Jahre) terminiert allmählich die Jugendzeit, selbst wenn von einer prolongierten Jugendphase ausgegangen wird (vgl. Janke/Niehues 1995:10-13).

Die Personen der jeweiligen Versuchsgruppen (Experimentalgruppe und Kontrollgruppe) werden als <Jugendliche> beziehungsweise <junge Erwachsene> bezeichnet.

Der Begriff **Beziehung** wird im Wörterbuch nicht näher erläutert, es wird auf <Relation> verwiesen. Relation kommt vom lateinischen Begriff <relatio>. Relatio bedeutet das Zurückbringen, es wird mit <Beziehung>, <Verhältnis>, <Zusammenhang> umschrieben (vgl. Meyers Taschenlexikon 1987 Band 18:178).

Diese Beschreibung ist im Zusammenhang vorliegender Arbeit nicht ausreichend. Jede Leserin, jeder Leser kann es lediglich erahnen was Beziehung im Kontext sozialer Arbeit alles bedeuten kann. Obenstehende Erklärung aus dem Lexikon bietet jedoch einen Ausgangspunkt: Die Worte <Zusammenhang>, <Zurückbringen> und <Verhältnis>. Es wird sofort deutlich, dass <Beziehung> um zu existieren mehr als Eines bedarf: Eines ist mit einem Anderen <irgendwie> verbunden. Eines bringt <etwas> zurück, das heißt Eines hat bereits <etwas> - oder <etwas anderes> (im Sinne von Austausch) erhalten. Eines verhält sich <irgendwie> in Bezug auf das Andere oder dem Anderen gegenüber. Verhalten wiederum ist erläutert als „die Gesamtheit aller beobachtbaren (feststellbaren oder messbaren) Reaktionsweisen oder Zustandsänderungen von Materie; insbe. das Reagieren lebender Strukturen auf Reize; i. e. S. die Gesamtheit aller Körperbewegungen, Körperhaltungen und des Ausdrucksverhaltens (Lautäußerung, Setzen von Duftmarken u .a.) eines lebenden tier. Organismus in seiner Umwelt.“ (ebenda Band 23:137)

Das <Eine> und das <Andere> in vorliegender Arbeit können ohne weitere Ausführungen benannt werden: ein Mensch und ein anderer Mensch bzw. eine Gruppe von Menschen. Von Interesse ist <etwas> und <irgendwie>. In nachstehender Erklärung wird versucht, die wesentlichen Merkmale und Eigenschaften zu erörtern, womit ein schemenhafter Überblick über die Komplexität sozialer Beziehungen sichtbar gemacht und abschließend eine – zu mindest für vorliegende Diplomarbeit – eindeutige Definition des Begriffes möglich wird. Die Wörter Beziehung und Relation werden äquivalent verwendet und meinen immer soziale und persönliche Beziehungen.

Theorien über persönliche Beziehungen entwickeln sich stetig weiter, sie werden in vielen wissenschaftlichen Disziplinen thematisiert (vgl. Lenz und Nestmann 2009:10).

<Soziale Beziehung> beschreibt einerseits das Verhalten, andererseits das Erleben zwischen zwei oder mehreren Menschen und weist Dauerhaftigkeit, Interaktionen, gegenseitige Erwartungen und Gefühle als Merkmale auf (vgl. Hofer 2002:7). Beziehungen haben jeweils eigenen Charakter, geprägt durch die Normen und Gewohnheiten zwischen den Beziehungspartnern (vgl. Lenz/Nestmann 2009:51).

Verhalten und Erleben wurden bereits beide in diesem Teil genannt (Erleben siehe Seite 9 und Verhalten Seite 17). Verhalten hinsichtlich Beziehungen betrachtet verändert die Bedeutung der Reaktion auf (beliebige) Reize dahingehend, dass Reize aus dem sozialen Umfeld zentrales Thema sind. Der Mensch als soziales Wesen, welches die meiste Zeit mit seinen Mitmenschen in Interaktion steht, wird in diesem Zusammenhang von Psychologen dahingehend analysiert, dass er „prosoziales“ und „antisoziales“ Verhalten zeigt. Je nach Definitionshintergrund werden Auswirkung bzw. Absicht als Grundlage der Definition verwendet. Die Auswirkung als Basis ist demnach ein Verhalten prosozial, wenn es einem anderen Nutzen bringt und antisozial, wenn es schadet. Betrachtet man die dahinter liegende Absicht, so definiert der Wille desjenigen der sich verhält das Verhalten. Ob die Ursachen für die Form des Sozialverhaltens in der genetischen Veranlagung oder erlernter Natur sind, darüber besteht keine Einigkeit (vgl. Benesch 1992 Band 7:13-29). Diese sozialpsychologische Betrachtungsweise ist nicht ausreichend differenziert, um das Beziehungsverhalten der Menschen zu erfassen. Der Mensch hat unterschiedliche Beweggründe dafür Beziehungen einzugehen, diese werden geleitet von Absichten UND Bedürfnissen. Zu Beginn steht die Möglichkeit versorgt zu werden, die schon beim Säugling ersichtlich ist. Bestätigung des eigenen Wertes und das Erhalten führender Impulse sind wichtige Parameter, die menschliche Entwicklung ermöglichen und den Menschen dazu bringen, mit anderen in Beziehung zu treten. Hilfe geben zu können ist ein menschliches Bestreben genauso wie die Möglichkeit, Macht auszuüben und natürlich das Verlangen nach sexueller Befriedigung bewegen Menschen dazu sich mit und auf andere Menschen einzulassen (vgl. Lauth/Viebahn1987:14).

Eine Beziehung kann nicht gleich gesetzt werden mit einer anderen Beziehung. Persönliche Beziehungen weisen verschiedene Qualitäten auf. Den Unterschied machen Bindungen aus, die zwischen den Menschen bestehen. Theoretische Konzepte über Bindung werden von John Bowlby erstellt (vgl. Klaus E. Grossmann in Ahnert 2004:21). Bindung als emotionales Band zwischen dem Säugling und der Haupt Bezugsperson ist innerhalb der Wissenschaft allgemein akzeptiert. Umstritten ist die normative Wirkung dieser Bindung auf weitere Beziehungen (vgl. Heidi Keller in Ahnert 2004:111). Es gibt jedoch vor allem im angloamerikanischen Sprachraum mit dem „Handbook of Attachment“ (Cassidy/Shaver 1999) einen Beleg dafür, dass sich Bindungsforschung bemüht

über alle Altersstufen hinweg Gültigkeit zu erlangen (vgl. Silke Brigitta Gahleitner in Lenz/Nesmann 2009:145). Unter Bindung wird ein unterschiedlich ausgeprägtes, spezifisches, emotionales Band verstanden, welches kognitiv verankert ist und unabhängig von Raum und Zeit zwischen zwei Menschen besteht (vgl. ebenda:146).

Verbindet man nun die bindungstheoretischen Ausführungen mit dem Begriff persönliche Beziehungen so muss konstatiert werden, dass persönliche Beziehungen durch das Moment der personellen Unersetzbarkeit geprägt sind (vgl. Lenz/Nestmann 2009:10). Beziehung ist ein Phänomen zwischen Menschen, das jeweils einzigartig ist. Beziehung dauert an und beschreibt eine gewisse Gleichmäßigkeit. Persönliches gegenseitiges Wissen führt dazu, dass ein Gefühl der Zusammengehörigkeit entsteht. Aufbauend auf gegen- und wechselseitigen Emotionen besteht zwischen Beziehungspersonen eine Bindung. Hervor zu heben ist, dass die beteiligten Emotionen ambivalent sein können – positiv wie negativ. Menschen, die in Beziehung stehen beeinflussen sich, ihr Verhalten hängt zudem jeweils vom anderen ab (vgl. ebenda:10-12).

Die psychologische Dimension dominiert oben stehende Definition von Beziehung, dabei hat Beziehung auch eine grundlegend soziale Dimension: „...unsere Persönlichkeit in der Bezogenheit auf andere und mit anderen zu entwickeln und unsere Potentiale zu entfalten.“ (ebenda: 9) Beziehungen sind auch mit sozialen Regulationsprozessen und Normierung verknüpft, sie können auch mit Kontrolle, Belastung und Konflikten behaftet sein, oder mit sozialer Unterstützung (vgl. ebenda:14).

Als Schutzfaktor, der ausschlaggebend sein kann für Gesundheit und/oder Krankheit, wird **Soziale Unterstützung** beschrieben (vgl. Silke Brigitta Gahleitner in Lenz/Nesmann 2009: 151). Nach Bliesener (1988) wird soziale Unterstützung in emotionale, instrumentelle oder materielle, informative und bewertende Unterstützung unterteilt (vgl. Kolip 1993:64f). Vier verschiedene Bedeutungsvarianten entsprechend der psychologisch-ideologischen Grundlinie können ausgemacht werden. Ihnen allen liegt die Idee zu Grunde, dass zur Erfüllung der grundlegenden Bedürfnisse des Menschen nach Zuneigung, Sicherheit, Rückhalt, Identität, etc. Beziehungen eingegangen werden und soziale Interaktion stattfindet:

Soziale Unterstützung als Ressource sozialer Güter im Sinne von Rückmeldung und Anerkennung.

Soziale Unterstützung als Quelle der Bedürfnisbefriedigung, wenn das Verhalten, hier im weitesten Sinne zu verstehen, einer Person die Bedürfnisse der anderen befriedigt.

Soziale Unterstützung auf verhaltenstheoretischer Basis: wenn eine Person durch ihr/sein Verhalten zeigt, dass die andere Person bzw. das Verhalten dieser Person respektiert und geachtet wird und soziale Unterstützung durch die Wahrnehmung unterstützt zu sein (vgl. Anton-Rupert Laireiter in Lenz/Nestmann 2009:85f).

Nicht ganz unumstritten ist die Funktion sozialer Unterstützung. ForscherInnen stellen sich die Frage, ob soziale Unterstützung einen direkten Effekt oder einen Puffereffekt auf die Fähigkeit bewirkt Belastungen zu bewältigen. Beides kann belegt werden. So ist soziale Unterstützung sowohl für den Befindlichkeitszustand eines Menschen und seine Stimmung als auch für die Aufrechterhaltung der Gesundheit, in ihrer komplexen dreidimensionalen Definition, relevant. Es ist daher nicht verwunderlich, dass soziale Unterstützung Wirkfaktor für Prävention und Remission psychischer und somatischer Erkrankungen darstellt (vgl. ebenda:91). Karen Rook wirft in ihren Arbeiten die Frage auf, ob Beziehungen nicht auch an sich, durch das Gefühl der Vertrautheit und des Verbundenseins, Gesundheit und Wohlbefinden fördern – ohne eine manifeste soziale Unterstützung (vgl. Lenz/Nestmann 2009:15).

Persönliche Beziehungen sind immer eingebettet in das Beziehungsgefüge einer Person, welches als **Soziales Netz(werk)** verstanden werden kann (vgl. ebenda:13). Egozentrierte soziale Netzwerke bilden die Beziehungen ab, die eine Referenzperson mit anderen Menschen eingegangen ist. Sie beschreiben reale Beziehungen mit unterschiedlichen Verbindungsformen, die durch das Individuum geprägt sind und dieses wiederum prägen (vgl. Anton-Rupert Laireiter in Lenz/Nestmann 2009:79). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass der Begriff Netzwerk in den Wissenschaften unterschiedliche Bedeutung hat und zumeist eher ein methodisches Herangehen repräsentiert als eine reale soziale Eigenschaft (vgl. ebenda: 76). Je nachdem welches Forschungsinteresse hinter der Verwendung des Begriffes steht, differiert sehr wahrscheinlich die Bedeutung. In vorliegender Arbeit bezieht sich das soziale Netzwerk bzw. das soziale Netz

immer auf das Beziehungsgeflecht einer Person. Es beschreibt ihre Eingebundenheit in ihre soziale Wirklichkeit und die Größe wird definiert durch die Anzahl der beteiligten Personen.

Unter **Beziehungsverhalten** werden Verhaltensmuster und Abläufe bzw. Besonderheiten zusammengefasst, die Menschen in ihrer gegenseitigen Interaktion zeigen. Es beschreibt demnach die Gestaltung innerhalb des sozialen Netzes. Strukturelle Unterscheidungen im Beziehungsverhalten werden in der Qualität der Beziehungen, in der Funktion bzw. in der Funktionalität dieser Beziehungen und der Kontaktfrequenz sichtbar.

2.3.2 Hypothesenbildung

Soziale Unterstützung hat einen feststellbaren Einfluss auf die Bewältigung von Belastungen, sie begünstigt die Prävention negativer Belastungsfolgen und bedingt psychische und somatische Gesundheit (vgl. Anton-Rupert Laireiter in Lenz/Nestmann 2009:95). Bei vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychischen Behinderungen zeigen sich sowohl in den quantitativen (Anzahl der Personen, Umfang der Unterstützung) als auch in den qualitativen (Art und Gegenseitigkeit der Unterstützung) Aspekten des sozialen Netzes erhebliche Auffälligkeiten (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005:102). Die Ergebnisse mehrerer Studien zeigen, dass sich mit Hilfe des Konzeptes der sozialen Unterstützung Sachverhalte abbilden lassen, die einen im komplementären Bereich zu hilfreichen Interventionen hinführen. Für ein theoretisches Konstrukt sind die Befunde allerdings noch zu unspezifisch (vgl. ebenda 2005:103). Obenstehende Erkenntnisse der Psychologinnen und Psychologen bzw. der (Sozial-) Medizinerinnen und (Sozial-) Mediziner laden ein, das Phänomen von der sozialen Dimension her zu betrachten.

Im Mittelpunkt des Interesses vorliegender Diplomarbeit steht der soziale Zusammenhang in dem sich junge Menschen mit Psychiatrieerfahrung bewegen.

„L'adolescence représente une ouverture qu'il convient de ne pas manquer.“ (Jeammet Philippe (dir) 1997:9) Frei übersetzt: Das Jugendalter eröffnet Möglichkeiten, die es gilt nicht zu versäumen. Jugendliche stehen in einer Zeit vielfältiger Umwandlungen in mehreren Dimensionen: physisch, psychisch, sozial

und in ihrer Gefühlswelt (vgl. ebenda:11). Nach Hurrelmann (1997:o.S.) können vier Entwicklungsbereiche unterschieden werden: die Entwicklung der Geschlechtsrolle und des sozialen Bindungsverhaltens, die intellektuelle und soziale Kompetenz, eigene Handlungsmuster und das Werte- und Normensystem sowie ein ethisches und politisches Bewusstsein (vgl. Grob/Jaschinski 2003:18). Der Jugendzeit kommt demnach große Bedeutung zu, der junge Mensch muss sich in dieser Zeit in allen Lebensbereichen positionieren.

Gegenstand Sozialer Arbeit und sozialarbeitswissenschaftlicher Forschung ist das soziale Problem. Staub-Bernasconi erörtert eine Vielzahl von Problemen: Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienprobleme (vgl. Staub- Bernasconi http://www.unimagdeburg.de/iew/web/studentische_projekte/ss02/seibusch/bernasconiTheorie.htm) – diese Arbeit befasst sich mit einem Austauschproblem. Fokus ist der Austausch sozialer Beziehungen, im Speziellen interessieren Beziehungen, die soziale Unterstützung bieten.

Jugendliche und junge Erwachsene sind Menschen, die gerade in einer Umbruchphase des Lebens sind. Im Prozess der Identitätsfindung und der Erfüllung genannter Entwicklungsaufgaben sehen sie sich mit Anforderungen der Erwachsenenwelt konfrontiert, mit Erwartungen an sie und neuen Verpflichtungen. Das bietet eine Grundlage zur Annahme, dass nicht alle ihre Bedürfnisse und Wünsche erfüllt werden können. Im Gegenteil, sie sollten unter Umständen noch Bedürfnisse anderer erfüllen können.

Jungen Erwachsenen mit Psychiatrieerfahrung werden allein durch die Definition der Erkrankungen in Abschnitt F2 und F6 Besonderheiten im Sozialverhalten zugeschrieben. Schizophrenie wird in drei Symptom-Dimensionen geteilt, die in Wechselwirkung zueinander stehen und quasi prozesshaft ineinander fließen können: 1.) Halluzination und Wahn, 2.) Negative Symptome (verminderte Sprechaktivität, erhöhte Antwortlatenz, affektive Abstumpfung) und 3.) Desorganisation (desorganisierte Verhaltens- und Sprachsymptome, affektive Inkongruenz). Eine Kombination aus 1.) und 3.) wird auch als Positivsymptomatik bezeichnet, hingegen 2.) analog dazu als Minussymptomatik benannt (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005:273-274). Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und Borderlinepersönlichkeitsstörung im Speziellen werden mit permanenten Anpassungsschwierigkeiten beschrieben. Ein Ungleichgewicht der

Persönlichkeitsmerkmale muss über einen Zeitraum hinweg und unabhängig von der aktuellen sozialen Umgebung bestehen, dieses Merkmal ist einseitig oder extrem ausgeprägt und es führt zu sozialen Entwicklungseinschränkungen (vgl. ebenda:475). Drei Hauptmerkmale werden mit der Borderlinepersönlichkeitsstörung in Zusammenhang gebracht: 1.) emotionale Instabilität, 2.) Gefühl der inneren Leere und Anspannung und 3.) Unsicherheit in Beziehungen, Schwierigkeit mit ambivalenten Affekten (das klassische und unter Fachkreisen allgemein bekannte Schwarz-Weiß-Denken) (vgl. ebenda:489).

Es stellt sich die Frage, ob junge Erwachsene mit Psychiatrieerfahrung im Sinne des Austauschproblems sozialer Güter eine Benachteiligung erleben. Das heißt: Von Interesse ist, ob Jugendliche bzw. junge Erwachsene mit einmal diagnostizierter psychischer Erkrankung ein anderes Beziehungsverhalten (er)leben bzw. ob ihnen die Entwicklung von alternativen Handlungsmöglichkeiten aufgrund fehlender sozialer Unterstützung verwehrt bleibt. Erleben sie eine Isolierung aufgrund des stationären psychiatrischen Aufenthaltes? Bedeutet die Erkrankung, dass sie einen Lebensweg beschreiten werden, der es ihnen nicht möglich macht, „gesunde“ soziale Kontakte zu entwickeln?

Vorliegende empirische Studie versucht das soziale Netz zu erfassen, in dem junge Menschen mit Psychiatrieerfahrung eingebettet sind, soziale Unterstützung quantitativ greifbar darzustellen und in Relation zu stellen zu dem sozialen Netz und der sozialen Unterstützung, welches bzw. welche von junge Menschen er- bzw. gelebt wird, die keine eigenen Erfahrungen mit der Psychiatrie haben.

Die Untersuchungsergebnisse sollen nach der Analyse Antworten geben auf folgende Fragen: Wie zeigt sich die Realität persönlicher Beziehungen mit Psychiatrieerfahrung? Gibt es bedeutende Unterschiede zu jungen Erwachsenen ohne Psychiatrieerfahrung? Müssen spezielle sozialarbeiterische Unterstützungsmaßnahmen gesetzt werden, um den jungen Erwachsenen Hilfestellungen, Perspektiven, Orientierungshilfen oder Ähnliches bereit zu stellen, die mit großer Wahrscheinlichkeit eine „Gesundung“ ermöglichen und zur Folge haben? Was erscheint als wesentlich bei der Hilfeleistungsplanung?

In vorliegender Untersuchung wird von folgender Hypothese ausgegangen:

H0₁: Es besteht kein Unterschied im Beziehungsverhalten zwischen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit psychiatrischer Diagnose oder ohne psychiatrische Diagnose.

H1₁: Zwischen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit psychiatrischer Diagnose und ohne psychiatrische Diagnose besteht ein Unterschied im Beziehungsverhalten.

Hypothese und Gegenhypothese sind sehr allgemein gehalten, sie umschließen mehrere Teilhypothesen:

H0₂₋₁:Familienbeziehungen, H0₂₋₂: Freundschaften und H0₂₋₃: Partnerschaften junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung bieten diesen soziale Unterstützung, die Qualität unterscheidet sich nicht von jungen Erwachsenen ohne Psychiatrieerfahrung.

H1₂₋₁:Familienbeziehungen, H1₂₋₂: Freundschaften und H1₂₋₃: Partnerschaften junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung bieten diesen nicht ausreichend soziale Unterstützung, die Qualität unterscheidet sich von jungen Erwachsenen ohne Psychiatrieerfahrung.

H0₃₋₁:Familienbeziehungen, H0₃₋₂: Freundschaften und H0₃₋₃: Partnerschaften junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung sind reziprok, in ihren Beziehungen haben sie genauso die Möglichkeit etwas zurückzugeben als junge Erwachsene ohne Psychiatrieerfahrung.

H1₃₋₁:Familienbeziehungen, H1₃₋₂: Freundschaften und H1₃₋₃: Partnerschaften junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung weisen geringere Reziprozität auf, in ihren Beziehungen haben sie weniger oft die Möglichkeit etwas zurückzugeben als junge Erwachsene ohne Psychiatrieerfahrung.

Innerhalb von

H0₄₋₁:Familienbeziehungen, H0₄₋₂: Freundschaften und H0₄₋₃: Partnerschaften tauschen junge Erwachsene mit Psychiatrieerfahrung persönliche Informationen aus, die Nähe und Intimität der Beziehungen unterscheidet sich nicht von Nähe und Intimität der Beziehungen junger Erwachsener ohne Psychiatrieerfahrung.

Innerhalb von

H1₄₋₁:Familienbeziehungen, H1₄₋₂: Freundschaften und H1₄₋₃: Partnerschaften tauschen junge Erwachsene mit Psychiatrieerfahrung zurückhaltender persönliche Informationen aus, Distanz und Entfremdung sind Kennzeichen der Beziehungen im Gegensatz zu den Beziehungen junger Erwachsener ohne Psychiatrieerfahrung.

H0₅₋₁:Familienbeziehungen, H0₅₋₂: Freundschaften und H0₅₋₃: Partnerschaften junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung weisen das gleiche Aktivitätsniveau auf wie Beziehungen junger Erwachsener ohne Psychiatrieerfahrung. Regelmäßiger Kontakt ist gegeben und es werden gemeinsame Aktivitäten (Theater, Sport, Urlaub, Ausgehen und der Gleichen) durchgeführt.

H1₅₋₁:Familienbeziehungen, H1₅₋₂: Freundschaften und H1₅₋₃: Partnerschaften junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung weisen ein geringeres Aktivitätsniveau auf wie Beziehungen junger Erwachsener ohne Psychiatrieerfahrung. Regelmäßiger Kontakt und gemeinsame Aktivitäten (Theater, Sport, Urlaub, Ausgehen und der Gleichen) werden weniger oft durchgeführt.

3 Empirie

3.1 Datenerhebungsmethode

Kernstück vorliegender Diplomarbeit bildet ein quantitativer Fragebogen, welcher im Anhang (Seiten II bis V) angeführt ist. Mittels persönlicher Befragung wurden Beziehungen bzw. Beziehungsverhalten über drei Beziehungsbrennpunkte gemessen: Familie, Freundeskreis und gegebenenfalls Paarbeziehung bzw. Partnerschaft. Zur Prüfung der gebildeten Hypothesen war es notwendig, zwei Versuchsgruppen zu bilden: eine Experimentalgruppe mit dem Merkmal „Psychiatrieerfahrung“ und eine Kontrollgruppe ohne das genannte Merkmal.

Die Qualität des Fragebogens wurde einerseits durch einen Pretest und andererseits durch die, für das Wintersemester 2008 eingereichte, Seminararbeit im Modul „empirische Sozialforschung“ für die Lehrveranstaltung „Qualitative Praxisforschung“ geprüft. Der Pretest wurde mit drei Personen durchgeführt, um die Verständlichkeit des Fragebogens zu ermitteln, sowie die Dauer und Durchführbarkeit der Befragung fest zu stellen.

Zusätzlich zu den vorher festgelegten Antwortoptionen beinhaltet der Fragebogen offene Antwortbereiche. Diese werden im Zuge der Auswertung zu Kategorien zusammengefasst und somit quantitativ als auch qualitativ erfassbar.

3.2 Untersuchungsverlauf

3.2.1 Planung der Studie

Die Planung erfolgte nach Genehmigung des Themas durch die Diplomarbeitskommission in Absprache mit Frau Prof. Dr. Brigitta Perner, der Erstbegutachterin vorliegender Diplomarbeit.

Von der Hypothesenbildung bis zur Überprüfung benötigte es einige Eingrenzungen und Konkretisierungen. Die eigenen Erfahrungen, welche Grundlage der Motivation darstellen, mussten sozusagen in Form gegossen werden, um den wissenschaftlichen Ansprüchen und der Studiendurchführbarkeit gerecht zu werden.

Beziehungen als Prozess zwischen zwei Menschen, in jeder erdenklichen Ausprägung, sind nur in Annäherungswerten zu messen bzw. zu verstehen. Belangreich für diese Studie erschien das breite Spektrum, es ergaben sich die drei Brennpunkte oder Dimensionen auf die nachstehend genauer eingegangen wird:

- 1.) Familie
- 2.) Freundeskreis
- 3.) Partnerschaft

Ad 1) Familie erscheint als relevant, da sie einerseits Ausgangspunkt persönlicher Beziehungen darstellt und andererseits im Zusammenhang mit Erkrankungen erfahrungsgemäß wesentliche Pflege- bzw. Versorgungsfunktionen übernimmt. Familienbeziehungen können drei wesentliche Funktionen erfüllen: sie werden dem Bedürfnis nach Geselligkeit gerecht, sie übernehmen nicht nur in problematischen Situationen Beratungsfunktion und sie dienen der Entwicklung der Persönlichkeit (vgl. Hofer/Wild/Noack 2002:11). Speziell in der Jugendzeit sehen sich Familien mit Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die eine Herausforderung darstellen. Es gilt die Verbundenheit zu bewahren, die asymmetrische Beziehungsausrichtung zwischen dem jungen Menschen und den älteren Beteiligten zu adaptieren bzw. aufzulösen und Autonomie zu ermöglichen bzw. (soziale) Kontrolle zu reduzieren (vgl. ebenda:224). Je nach Familienrolle der beteiligten Personen kann weiter spezifiziert werden. Aus gesichteter Literatur kann zusammengefasst werden, dass Besonderheiten der Eltern-Kind-Beziehung (biologischer sowie sozialer Natur) gut erforscht sind. Auch der Paarbeziehung und den Unterschieden hinsichtlich generationsübergreifender Beziehungskonstellationen wurde ausreichend wissenschaftliche Zuwendung zu teil. Fokussiert man die Geschwisterbeziehungen, so kann festgehalten werden, dass sie wohl in Hinblick auf die frühkindlichen Besonderheiten und die Bedeutung der Positionierung im Kindesalter wissenschaftliche Bedeutung erlangt haben, aber ihre Bedeutung für das frühe bis mittlere Erwachsenenalter stark vernachlässigt wurde (vgl. ebenda:283).

In vorliegender Arbeit kann, da in diesem Rahmen die Erfassung der Gesamtsituation Priorität hat, auf die einzelnen Rollen der Personen innerhalb der Beziehungen kaum eingegangen werden, obwohl dies einen interessanten Aspekt darstellen würde.

Ad 2) Die Auswahl des Beziehungsbrennpunktes Freundeskreis erfolgt aus zwei Überlegungen heraus: a) weisen Freundschaften innerhalb der persönlichen Beziehung besondere Merkmale auf, die darauf schließen lassen, dass Freundschaften Quelle sozialer Unterstützung darstellen und b) erhält gerade in der Jugendzeit der Freundeskreis einen speziellen Stellenwert.

Ursprünglich entwickeln sich Freundschaften aus dem Verwandtschaftsverhältnis heraus, werden aber bald aus dem familiären Kontext gelöst. Eine Beschäftigung mit der Sprache zeigt, dass je nach zentralem Aspekt der Beziehung die unterschiedlichen Kulturen die Bezeichnung <Freundin> oder <Freund> unterschiedlich herleiten. So steht beispielsweise die Zuwendung <amicus> im romanischen Sprachraum in Vordergrund, während <tomos>, die Hilfe, im japanischen zentral ist (vgl. Alisch/Wagner 2006:12). Freunde sind zwei Menschen, die freiwillig eine Beziehung aufrechterhalten und nicht miteinander verwandt sind. Freunde hegen wechselseitige Zuneigung zueinander. Umstritten ist, ob Freunde gekennzeichnet sind durch ein Maß an Gleichheit, zum Beispiel in äußeren Merkmalen, Persönlichkeitseigenschaften, Verhalten, Weltanschauungen (vgl. ebenda: 12-13).

Jugendliche verändern ihr Freundschaftsverhalten mit den etwa gleichaltrigen Freunden dahingehend, dass gemeinsames Spielen in den Hintergrund rückt, während der Austausch wichtiger Ereignisse und alltäglicher Probleme zentrale Bedeutung gewinnen (vgl. Grob/Jaschinski :66).

Im Zusammenhang mit Jugendlichen wird oft von *Peer Group* gesprochen, der Gruppe von Gleichaltrigen. Sie hat besondere Funktion für die Entwicklung des jungen Menschen: Emotionale Geborgenheit kann innerhalb der Gruppe gefunden werden. Durch die Konfrontation mit den anderen Werte- und Normsystemen und dem Lebensstil anderer können Jugendliche ihren Egozentrismus überwinden und in der Auseinandersetzung und Diskussion Lösungsstrategien und Handlungsspielräume erschließen. Durch Gleichaltrige wird der Ablösungsprozess vom Elternhaus unterstützt, da die Familie ergänzt wird mit der Peergruppe. Soziale Normen und das Wissen, dass Beziehungen innerhalb der Gruppe nicht unaufkündbar sind, führen dazu, dass Jugendliche ihre Handlungen und Ziele dahingehend prüfen und ihr eigenes Werte- und Normsystem entwickeln können. Für das (Freundschafts-) Beziehungsverhalten im Erwachsenenalter stellen die

Erfahrungen innerhalb der jugendlichen Peer Group zentrale Grundlage dar (vgl. ebenda: 66-68).

Bei jugendlichen Gleichaltrigen Gruppen wird zwischen Freundschaften, Cliques, Crowds und jugendlichen Subkulturen unterschieden. Freundschaften weisen eine enge Verbundenheit meist gleichgeschlechtlicher Beziehungspersonen auf. Cliques sind durch regelmäßige, gemeinsame Aktivitäten von vier bis sechs Jugendlichen definiert. Als Crowds werden größere Gruppen Jugendlicher bezeichnet. Ihre Mitglieder können durch Dritte mit einem Stereotyp zusammengefasst werden. Eine gemeinsame äußere Erscheinung und hohe soziale Kontrolle durch die anderen Mitglieder sind typisch. Ist bei einer Gruppe von Jugendlichen eine Abweichung zur Normen- und Wertestruktur der Gesellschaft zu erkennen, die quasi eine Gegenposition darstellt, so wird von Subkultur gesprochen. Subkulturen haben ihre eigene Weltanschauung und Konzeptionierung der (sozialen) Wirklichkeit, das spiegelt sich in Ritualen, Kleidungsstil etc. wider (vgl. ebenda: 68-71). Szenen sind Netzwerke von Gruppen, die eine gemeinsame Einstellung teilen. Sie fokussieren ein bestimmtes Thema, dem sich das Szenemitglied freiwillig zuwendet – endet diese Zuwendung, so erfolgt auch ein Austritt aus der jeweiligen Szene. Durch die Zugehörigkeit zu einer Szene erfolgt soziale Verortung, es bedarf also auch Außenstehender, die die Inszenierung der Akteurinnen und Akteure zuordnen. Innerhalb der Szenen gelten eigene Regeln, sie haben ihre eigene Kultur. Im Zentrum stehen Kommunikation und Interaktion, welche häufig auch an eigenen Schauplätzen stattfindet (vgl. Hitzler 2005: 19-26).

Derart differenzierte Betrachtung erscheint im Zusammenhang mit der Forschungsfrage lediglich als Hintergrundwissen relevant. Im Mittelpunkt steht die soziale Unterstützung des Freundeskreises und diese scheint in jeder Ausprägung gegeben. Karin Wehner hat sich ausführlich mit dem Thema Kinder- und Jugendfreundschaften beschäftigt und findet in der Forschung den positiven Zusammenhang zwischen Freundschaften und Gesundheit – sie stellt (leider) auch fest, dass in empirischen Studien ein positiver Zusammenhang zwischen der Unterstützung jugendlicher Gleichaltrigenkonstellationen und Risikoverhalten sowie Delinquenz besteht. Diese Erkenntnisse werden aber auch in Forschungskreisen mit der Annahme der Selbstselektion relativiert. Demnach suchen sich Jugendliche mit delinquentem Verhalten einen entsprechenden

Freundeskreis, wohingegen normangepasste ihren Freundeskreis unter nichtdelinquenten Jugendlichen suchen (vgl. Karin Wener in Lenz/Nestmann 2009:409-412). Von Interesse ist, ob derartige Selektion auch generell in Zusammenhang mit abweichendem Verhalten gestellt werden kann. Diese Frage wird in vorliegender Arbeit jedoch offen gelassen. Einerseits aus pragmatischen Gründen und andererseits ist die zentrale Frage die erlebte soziale Unterstützung. Hierbei scheint es primär nicht relevant, ob innerhalb der Unterstützer selbst psychiatrische Diagnosen vorliegen.

Ad 3) Den dritten Referenzrahmen sozialer Unterstützung bietet die Partnerschaft. Der Begriff <Partnerschaft> wurde verwendet, da im täglichen Sprachgebrauch von (Lebens-/abschnitts-) Partnerin bzw. (Lebens-/abschnitts-) Partner gesprochen wird. Streng genommen vermischt diese Bezeichnung eine Formkategorie (Paarbeziehung) mit einem kulturellem Leitbild (dem Prinzip der Gleichberechtigung der Beziehungspersonen) (vgl. Lenz/Nestmann 2009:12). Im Kontext sozialer Unterstützung erscheint eine diesbezügliche Zusammenführung der Formkategorie mit dem Prinzip der Gleichberechtigung als sinnvoll. So ist eine Zweierbeziehung vor allem dann subjektiv als partnerschaftlich zu erleben, wenn durch sie soziale Unterstützung durchaus wechselseitig transportiert wird.

Die Zweierbeziehung im Sinne von Lebensgemeinschaft nimmt eine Art Zwischenposition zwischen Freunden und Familie ein.

Paarbeziehung unterliegt gesellschaftlichen und kulturellen Normen zur Konstituierung und stellt eine (auch) durch Sexualität geprägte Dyade dar (vgl. Günther Burkart in Lenz/Nestmann 2009:222f). Das Paar bietet eine Einheit, Zugehörigkeitsgefühl und Vertrauen kennzeichnen die Paarbeziehung. Es besteht physische, emotionale und verbale Interaktion. Emotionale Basis bietet ein intensives Gefühl der gegenseitigen Zuneigung – Liebe (vgl. Textor 1991:77). Eine Paarbeziehung unterliegt im Groben drei Phasen: Aufbauphase, Bestandsphase und Auflösungsphase. Jede dieser Phasen hat wiederum ihre Besonderheiten (vgl. Karl Lenz/Günter Burkart/Guy Bodenmann in Lenz/Nestmann 2009:189-258). Besonderheiten, die jeder Phase zu Grunde liegen, haben sehr wahrscheinlich unterschiedliche Auswirkungen auf ein Paar. Soziale Unterstützung bzw. emotionale Belastungsmomente als Risikofaktor in so einer Situation wäre ein Thema für spezifische Forschungsarbeiten. In vorliegender Diplomarbeit ist die

Erfassung des sozialen Netzes im Vordergrund. Der erstellte Fragebogen erfasst das Beziehungsverhalten innerhalb angeführter drei Brennpunkte.

Die Ermittlung der Interreziprozität betreffender persönlicher Beziehungen ist von zentraler Bedeutung. Ilse Arlt beschreibt Lebensfreunde in zwei Kernstücken: Hilfe und Gegenleistung (vgl. Pantucek/Maiss 2009:54). Angewandt auf Beziehungstheorien hieße das, die Möglichkeit erhaltene soziale Unterstützung in einer Form auch wieder zurückzugeben, fördert Lebensfreunde. Lebensfreunde kann mit Lebensqualität genauso in Verbindung gebracht werden, wie mit einem angenehmen Gemütszustand.

3.2.2 Konzipierung des Fragebogens

Zur Bearbeitung der Fragestellung wird die Befragung einer Experimentalgruppe (junge Erwachsene mit Psychiatrieerfahrung) und einer Kontrollgruppe (junge Erwachsene ohne Psychiatrieerfahrung) notwendig, denn nur auf diese Weise können Vergleichsdaten erhalten werden. Das Erhebungsinstrument ist ein zu diesem Zweck erstellter Fragebogen, der unter persönliche Anwesenheit der Verfasserin ausgefüllt und besprochen wird. Die Erstellung des Fragebogens nahm besonders viel Zeit in Anspruch. In Anlehnung an Beziehungstheorien und Theorien über social support wurde unter Berücksichtigung der bereits existierenden Messinstrumente ein Fragebogen entwickelt, der alle drei Dimensionen genauso beinhaltet wie einige biographische Daten. Mit Hilfe des Fragebogens können Aussagen über erlebte soziale Unterstützung, Interreziprozität und emotionale Qualität der persönlichen Beziehungen erhoben werden. Zudem ermöglicht jeder Fragebogen auch eine Gegenüberstellung der Beziehungsbrennpunkte und der jeweiligen erlebten sozialen Unterstützung.

3.2.3 Durchführung der Untersuchung

Innerhalb von zwei Monaten wurde die Befragung durchgeführt. Dazu war es notwendig von Amstetten über den Zentralraum Niederösterreichs bis nach Tulln zu „reisen“. Die Erhebungen fanden entweder in den privaten Wohnräumen der Menschen statt oder in von den sozialen Einrichtungen freundlicher Weise zur Verfügung gestellten Büros. Sie wurden immer von derselben Person, der

Verfasserin der Diplomarbeit, gehalten. Von den geplanten 60 Erhebungen mittels Fragebogen, 30 pro Gruppe, konnten nur 50, das heißt 25 pro Gruppe durchgeführt werden.

Der Zugang zur Kontrollgruppe erfolgte relativ rasch. Ausgangspunkt war der eigene Bekanntenkreis und so erweiterte sich der Personenkreis entsprechenden Alters im Schneeballsystem.

Für die Experimentalgruppe gestaltete sich der Zugang nicht so einfach. Mittels offizieller Genehmigung durch die Caritas Bereichsleitung „Psychosoziale Arbeit“ konnten die einzelnen Teammitglieder vor Ort nach Kundinnen bzw. Kunden mit entsprechenden Merkmalen (Alter, psychiatrische Diagnose) befragt werden. Diese wiederum kontaktierten die betreffenden Personen und fragten nach der Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen. Daraufhin wurden die Daten übermittelt und ein Termin für die Befragung konnte vereinbart werden. Es stellte sich bald heraus, dass im kooperierenden Personenkreis des Psycho Sozialen Dienstes, der Caritasheime Schiltern sowie der Arbeitsassistentz Krems nicht genügend Personen rekrutiert werden konnten. Betreute Kundinnen bzw. Kunden waren zu einem Großteil älter als die für die Untersuchung nötige Personengruppe oder sie waren auf Grund der psychiatrischen Erkrankung nicht in der Verfassung den Fragebogen zu beantworten. Ein Ausweichen auf andere Einrichtungen als zusätzliche Zugangsmöglichkeit zu Klientinnen oder Klienten stellte sich nicht ganz unproblematisch dar. Manche Einrichtung „schirmte“ diese ab oder behielt ein „Interviewrecht“ den MitarbeiterInnen vor. Offenbar erleben Fachkräfte ihre Klientinnen und Klienten als seien sie nicht in der Lage selbständig zu entscheiden, ob sie sich befragen lassen wollen oder nicht. In einem Mutter-Kind-Haus und in einer der betreuten Wohneinrichtungen des Vereins Möwe konnten aber dankenswerter Weise weitere Klientinnen bzw. Klienten befragt werden.

3.3 Gewinnung und Beschreibung der Versuchsgruppen

Es wurden insgesamt 50 Interviews geführt, pro Gruppe jeweils 25. Die Personen leben alle in Niederösterreich, regional eingegrenzt von Amstetten bis Tulln. Experimentalgruppe (im Folgenden auch Gruppe A genannt) und Kontrollgruppe (analog dazu Gruppe B) unterscheiden sich in einem Merkmal: der psychiatrischen Diagnose.

Eine Auswahl der Stichproben aus der Grundgesamtheit mittels Zufallsprinzip ist im Rahmen der Diplomarbeit nicht möglich. Die Zugangsmöglichkeiten zu den Grundgesamtheiten sind, wie oben erwähnt, begrenzt. Grundgesamtheit 1: alle jungen Menschen mit Psychiatrischer Diagnose im Raum NÖ – West. Grundgesamtheit 2: alle in diesem Raum lebenden jungen Menschen ohne Diagnose. Im Vorfeld wurde überlegt, den Personenkreis nach Geschlecht zu parallelisieren, sowohl schwierige Zugangsbedingungen und fortgeschrittene Zeit führten dazu, dass eine Annäherung der Geschlechterverhältnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen ausreichend sein muss.

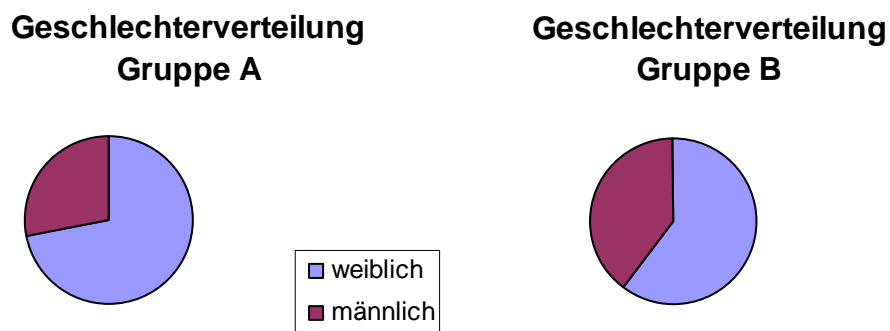


Abbildung 1

In oben stehender Abbildung ist deutlich zu erkennen, dass sich in beiden Gruppen mehr Frauen beteiligten (72% Gruppe A und 60% Gruppe B). Was an der sozialen Bereitschaft teilzunehmen liegen mag, welche bei Frauen höher vermutet wird.

Betrachtet man die allgemeine Bevölkerung in Österreich, so kann festgestellt werden, dass in Österreich geringfügig mehr Frauen leben: „Der Frauenanteil an der Gesamtbevölkerung betrug im Jahr 2006 51%“ (Statistik Austria 2007:4).

Im Jahr 2007 gab es 7.490 Spitalsentlassungen von Akutkrankenhäusern mit den Entlassungsdiagnosen ICD 10 F00-F99, Psychische- und Verhaltensstörungen. 51 % der Erkrankten waren Frauen. Die Angaben beziehen sich auf eine Altersspanne von 15 bis 44 Jahren (vgl. Statistik Austria 2007:o.S.). Selbst auf Anfrage bei Statistik Austria konnten keine Daten ermittelt werden, die mit der Altersspanne vorliegender Studie korreliert.

Das Durchschnittsalter der Gruppe A liegt bei 23,8 Jahren, die Personen der Gruppe B sind durchschnittlich 22,2 Jahre alt.

Alter und Geschlecht sind in beiden Gruppen ähnlich verteilt, das erhöht die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen.

3.3.1 Beschreibung der Besonderheit der Experimentalgruppe

Wie bereits angeführt trägt die Experimentalgruppe, die Gruppe A, ein Merkmal welches sie primär von der Gruppe B unterscheidet: Gruppe A hat Psychiatrieerfahrung. Das bedeutet, es liegt eine psychiatrische Diagnose nach ICD 10 V (F) vor. Die Diagnose wurde von einem Facharzt für Psychiatrie (und Neurologie) gestellt.

Für diese Forschungsarbeit wurden junge Menschen mit den Gruppen F2 und F6 ausgewählt, da diese Diagnosen Besonderheiten im Sozialverhalten mit sich bringen. Der Zugang zur so fokussierten Personengruppe erfolgte im Vorfeld durch die jeweils zuständige Professionistin bzw. den jeweils zuständigen Professionisten.

Im Anschluss an die Befragung wurden die Personen nach der jeweiligen Diagnose gefragt. Für die Interviewerin stellte diese Frage anfangs eine unangenehme Situation dar, wie ein Eingriff in die Privatsphäre des Gegenübers bzw. ein Zuordnen in eine Schublade. Die befragten Menschen nannten, größtenteils scheinbar unbeeindruckt, bereitwillig ihre Diagnose(n). Manche nannten zwei oder mehr Diagnosen, z. B. aus F3 (affektive Störungen) und F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) sowie F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen). Eine Person konnte keine Antwort finden, sie wusste den Namen ihrer Erkrankung nicht mehr. Die Interviewerin ordnet dieser Person die Diagnose „Borderlinepersönlichkeitsstörung“ zu, was in Absprache mit dem für diese Person zuständigen Sozialarbeiter erfolgte. Eine weitere Person der Befragten wollte die Diagnose nicht nennen, durch die zuständige Betreuungseinrichtung war diese jedoch bereits bekannt.

Untenstehende Abbildung zeigt die Verteilung der genannten Diagnosegruppen innerhalb der Gruppe A. Die Zahlen dieser Grafik geben die Anzahl der Personen an, die die betreffende Diagnose genannt haben.

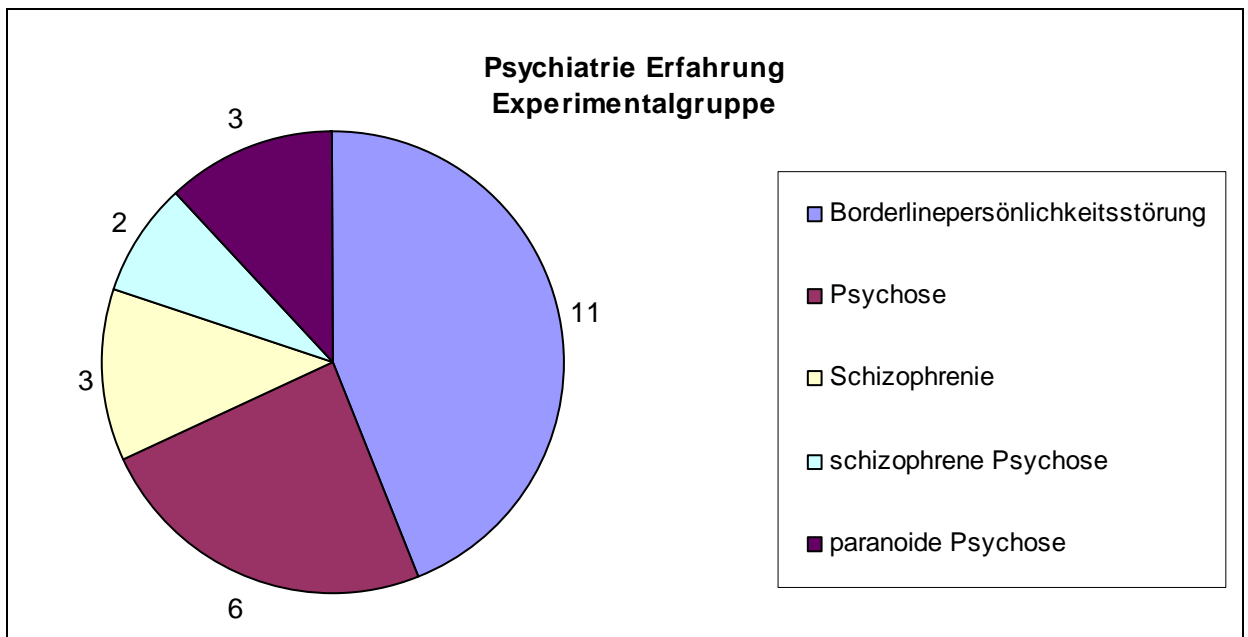


Abbildung 2

Von den 25 befragten Personen nannten 11 Personen, das sind 44%, die Diagnose Borderlinepersönlichkeitsstörung. 24% gaben die Diagnose Psychose an, jeweils 12% sagten sie litten unter Schizophrenie bzw. paranoider Psychose und 8% nannten eine schizophrene Psychose als bei ihnen festgestellte Diagnose.

3.4 Operationalisierung

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen Besonderheiten und Unterschiede im Beziehungsverhalten junger Menschen. Dahinter liegt einerseits die aus theoretischen Überlegungen und in der Literatur bestätigte Annahme, dass eine aktuell nicht erlebte psychische Gesundheit einhergeht mit eingeschränkter oder mangelnder sozialer Unterstützung und andererseits die erlebte Erfahrung in der Sozialarbeitspraxis im Feld, wonach junge Menschen über eine Veränderung bzw. ein Abhandenkommen ihrer sozialen Netzwerkknoten berichten. Zur Überprüfung der Hypothesen wird es notwendig ein Messinstrument zu verwenden, das die Muster innerhalb des Sozialen Netzes sowie die jeweilige Unterstützungsfunktion der Beziehungen und die Fokussierung genannter Beziehungsbrennpunkte (Familie, Freundeskreis, Paarbeziehung) berücksichtigt.

In der Literatur finden sich viele verschiedene Messungen zum Thema Beziehungen, je nach wissenschaftlicher Verankerung rücken sie biologische, psychische oder soziale Faktoren in den Vordergrund. Weiter ausdifferenziert werden diese Messinstrumente durch den gewählten Fokus. So konzentrieren sich einige Forschungsschwerpunkte auf den Bereich der Interaktion zwischen den Beziehungspartnern. Dieser Fokus gekoppelt mit dem Forschungsinteresse im sozialpsychiatrischen Bereich ergibt Erhebungsinstrumente mit Schwerpunkten wie z. B. die Erforschung spezifischer Verhaltensmuster bei eingeschränkter Diagnosegruppe. Um ein Beispiel zu nennen: Bedeutung von Paarbeziehungen bei Depression. Matthias Backenstraß hat sich in einem umfangreichen Werk diesem Thema angenähert. Er verwendet zum Beispiel die „Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens (SASB)“. Für eine Gesamtschau der Funktionen ist dieses Messinstrument zu umfangreich (vgl. Backenstraß 1998:o.S.).

Der „Premorbid Adjustment Scale (PAS)“ von Cannon und Spoor z.B. misst (Fehl-)Anpassung und erhebt Beziehungen im Freundeskreis in verschiedenen Altersphasen (6-11, 12-15 und 16-18). Fragen nach Quantität, gemeinsamen Aktivitäten, Motivation sowie schulische Leistungen bzw. die Anpassungsfähigkeit in sozialen Systemen werden generiert (vgl. <http://faculty.biu.ac.il/~levins/pas/pas22e.pdf>). Für vorliegende Fragestellung ist dieses Messinstrument zu spezifisch, es eignet sich z.B. gut für die Beurteilung der sozialen Situation vor einer Erstdiagnose, für diesen Zweck wird es auch empfohlen.

Im „Quality of Live Scale“ findet sich die Messung sozialer Beziehungen in der zweiten Kategorie „The second category, Interpersonal Relations (items 1-8), relates to various aspects of interpersonal and social experience. Many of the items go beyond rating amount or frequency of social contact to such complex judgments as capacity for intimacy, active versus passive participation, and avoidance and withdrawal tendencies.“ (Douglas/Heinrichs/Hanlon et al 1984:390). Dieses Instrument ist zu spezifisch auf das innerpsychische Phänomen konzentriert.

Der Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD) von Hahlweg (1996) wiederum misst in drei Skalen das Streitverhalten, die Zärtlichkeit und Gemeinsamkeiten unter Paaren, er ist für vorliegende Zwecke zu sehr an der Interaktion orientiert (vgl. Schneewind 1999:170), auch das Familien-APGAR von

Smilkstein (1978), welches das Funktionsniveau von Familien misst, ist mit seinen Items Anpassung oder Problemlösungsfähigkeit, Partnerschaftlichkeit, Wachstum, Zuneigung und Entscheidungsfähigkeit zu konkret auf Interaktion fokussiert.

Die in der Studie „Relational Discourses: Social Ties with Family and Friend“ von Pat O’Conor, Amanda Haynes und A. Ciara Kane (2004) zur Anwendung gekommenen Messinstrumente haben wiederum Texte als Analysebasis und können nicht übernommen werden.

Der RSCM = Relationship social comparison scale, den Lavonia Smith LeBeau und Justin T. Buckingham (2008) in ihrer Studie verwendet haben, misst zwar Qualität, bezieht sich jedoch wiederum vor allem auf die Vergleiche von Paaren mit anderen bei der Beurteilung ihrer Beziehungsqualität. Messinstrumente, die soziale Unterstützung als Fokus haben, konnten auch aus verschiedenen Gründen nicht angewandt werden, beispielhaft sei aus dieser Gruppe noch ein Messinstrument angeführt:

Der IPA = Important People and Activities Instrument von Clifford und Longabaugh (1991) konzentriert sich auf die letzten 12 Monate und dient zur Identifizierung der Menschen mit welchen die meiste Zeit verbracht wurde. Die Befragten werden angehalten, die Beziehungskonstellation sowie gemeinsame Aktivitäten näher zu beschreiben. Dieses Instrument eignet sich z. B. sehr gut um Einflussfaktoren der Bezugspersonen herauszuarbeiten, generiert aber für vorliegende Arbeit ein zu individuelles Bild der sozialen Unterstützung (vgl. Litt/Kadden/Kabel-Cormier et al 2009:4).

Die Suche nach bereits vorhandenen Messinstrumenten zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es eine ganze Reihe von Verfahren gibt, die auf die eine oder andere Art Beziehungsqualität, die Bedeutung von bestimmten Beziehungskonstellationen (Freundschaft, Paare, Familien) und das Verhalten von Menschen in (bestimmten) Beziehungen messen. Keines der gefundenen Messinstrumente ermöglicht eine Gegenüberstellung der drei Beziehungsbrennpunkte. Die Messinstrumente richten sich alle auf einen eingegrenzten Fokus, sodass nur sehr spezifische Ergebnisse erwartet werden können, eine Beantwortung der Fragestellung kann jedoch nicht erwartet werden – es bedarf eines eigenen Messinstrumentes für vorliegende Studie.

Allgemein lässt sich festhalten, dass Messinstrumente zur persönlichen Beziehung entweder auf Basis der Selbsteinschätzung, auf Basis von Fremdeinschätzung oder mittels mehr oder weniger standardisierten Beobachtungen erfolgen, eine subjektive Komponente ist demnach überall gegeben und ist jeweils für die Bereiche Familie, Partnerschaft und Freundschaft zu berücksichtigen.

Auf Basis angeführter Theorien über Beziehungen, soziale Unterstützung und dem Netzwerk ergibt sich die, für diese Arbeit angenommene und als Grundlage der Operationalisierung dienende Definition:

Beziehung ist eine Verbindung zwischen Menschen, sie wird gekennzeichnet durch das Verhalten zueinander, welches über eine bestimmte Zeit hinweg, in einer bestimmten Frequenz stattfindet. Zwischen den Personen besteht eine emotionale Bindung. Erwartungen an den anderen und Gefühle für den anderen beeinflussen grundlegend die Interaktion. Gegenseitiges Vertrauen, gemeinsame Interessen und das Verständnis für den jeweils anderen zeichnen eine unterstützende Beziehung aus.

Beziehung spielt sich innerpsychisch zwischen zwei oder mehreren Menschen ab, sie ist grundsätzlich nicht sichtbar. Beziehung drückt sich jedoch im Verhalten und in der jeweiligen inneren Haltung zueinander aus. Demnach wird Beziehung durch sichtbares Verhalten messbar sowie auf Basis der Selbsteinschätzung.

Vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf die Selbsteinschätzung der Befragten, berücksichtigt und nennt aber auch aktive Handlungen, welche im Sinne von Selbstbeobachtung von den Probanden angeführt werden.

Zur Einschätzung der *Beziehungsqualität* innerhalb der jeweiligen Netzwerkausschnitte (Familie, Freundeskreis und Partnerschaft) werden sechs Items vorgelegt, die „Zustandsaussagen“ darstellen und mit einer vierstufigen Skala beantwortet werden: von 1 = „trifft voll und ganz zu“ bis 4 = „trifft gar nicht zu“, der Pretest hat ergeben, dass noch eine weitere Möglichkeit hinzugefügt wird: 0 = „weiß nicht“. Die Items 1 und 3 beschreiben das subjektiv wahrgenommene Gefühl des Aufgehobenseins im jeweiligen Beziehungsbrennpunkt. Die Items 2 und 6 geben Auskunft über die Bereitschaft, sich anderen mit zu teilen, welche

auch Ausdruck von *Vertrautheit und einem Intimitätsgrad* innerhalb des Netzwerkausschnittes darstellt. Die subjektiv erlebte Belastbarkeit einer Beziehung sucht Item 4 zu ergründen. Item 5 erfasst subjektiv empfundene Gemeinsamkeiten, fokussiert auf das Denken. Subjektiv erlebte *Unterstützung* sowie selbst eingeschätzte *Reziprozität* werden an Hand von konkreten Fragen erhoben, die Antwortmöglichkeit ist jeweils „ja“ oder „nein“. Zur Reziprozität werden auch offene Fragen gestellt, aus denen dann im Zuge der Auswertung Kategorien gebildet werden.

Kontakt und Interaktion bilden eine Gruppe von Variablen, die Aufschluss über die aktivierende und Lebensqualität bringende Funktion der Beziehungen geben soll. Hierbei werden die Probanden gefragt, in welcher Frequenz und in welcher Form sie mit betreffenden Personen in Kontakt treten. Ein bedeutendes Merkmal diesbezüglich ist auch, ob und in welchen Abständen Unternehmungen durchgeführt werden. Als Beispiel werden zur Verdeutlichung folgende Vorschläge gegeben: Urlaub, Sport, Ausgehen. Die Fragen werden mit ja oder nein bzw. der entsprechenden Zahl beantwortet.

Biographische Daten sind zusätzlich von Interesse, sie werden zu Beginn erhoben. Mit Hilfe der biographischen Daten sollen die Lebenssituationen der Befragten veranschaulicht werden, eine Berücksichtigung dieser ist für die Interpretation und in weiterer Folge für die Umsetzung in sozialarbeiterische Praxis nötig. Bedeutende Unterschiede in den Lebenssituationen hinsichtlich der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe sind evident, da Lebensbedingungen das soziale Gefüge einer Person maßgeblich beeinflussen können. Durch die Gegenüberstellung der beiden Gruppen werden Vergleichsanalysen möglich.

3.5 Verwendete Verfahren der Datenanalyse

Die Datenanalyse der Studie erfolgt mittels SPSS (Statistical Package for the Social Science).

Es werden zunächst die Antworten nominaler Daten nach Häufigkeiten ausgewertet, diese Auswertung ist nötig, um ein Bild über das Beziehungsverhalten beider Gruppen zu erhalten. Mit Hilfe der Gegenüberstellung der Häufigkeiten kann die Forschungshypothese bearbeitet werden. Ausgewählte

Situationen werden mittels Kreuztabelle und dem Koeffizienten Phi nach einem Zusammenhang zwischen dem Merkmal und den Ergebnissen getestet.

Bei skalierten Daten wird der Mittelwert der beiden Gruppen verglichen und mittels T-Test eine entsprechende Signifikanz geprüft.

Die Irrtumswahrscheinlichkeit vorliegender Arbeit wird mit $p \leq 0,01$ angenommen, $\alpha=1$ das bedeutet, die Ergebnisse sind sehr signifikant. Eine solch kritische Messung ist als Beweis für verantwortungsbewussten Umgang mit Statistiken und quantitativen Verfahren in den Sozialwissenschaften zu sehen.

3.6 Testgütekriterien

Gütekriterien sind ein Instrument zur Beurteilung der Qualität (vgl. Moosburger/Kleva pdf.:8). Bei empirischen Untersuchungen unterscheidet man nach Lienert (1989) unter Haupt- und Nebengütekriterien (vgl. Stangl pdf.:1).

Im Folgenden wird zu den Qualitätsansprüchen Stellung genommen.

3.6.1 Objektivität

Objektivität bezeichnet die Unabhängigkeit einer Studie. Sie wird unterteilt in Durchführungsobjektivität, Auswertungsobjektivität und Interpretationsobjektivität (vgl. ebenda: 1).

Zur Datenerhebung wird ein Fragebogen verwendet, welcher bei Wiederholung der Datenerhebung zu denselben Ergebnissen kommen kann, da die Versuchsleiterin lediglich für Verständnisfragen zur Verfügung steht. Für die Auswertung wird ein Codierplan erstellt, der im Anhang (Seite VI) angeführt ist, dadurch soll die Auswertungsobjektivität erhöht werden. Die Interpretationsobjektivität fordert, dass die Ergebnisse einer Untersuchung von verschiedenen Personen gleich interpretiert werden, das heißt, verschiedene Leute sollten aus einer bestimmten Arbeit z. B. die gleichen Schlüsse ziehen. Um beim Ergebnis einer bestimmten Person feststellen zu können, ob es über- oder unterdurchschnittlich einzuordnen ist, werden Normtabellen eingesetzt, die einen Vergleich mit der betreffenden Bezugsgruppe bzw. Population ermöglichen.

Für vorliegende Diplomarbeit steht diese Möglichkeit nicht zur Verfügung, da speziell für diese Untersuchung Skalen entwickelt wurden und direkt vergleichbare Daten der entsprechenden Population derzeit nicht verfügbar sind.

Anhand der Untersuchungsergebnisse sowie durch die dargelegte Theorie werden gezogene Schlüsse greifbar und können Grundlage zur weiteren Bearbeitung bieten.

3.6.2 Reliabilität

Reliabilität gibt die Testgenauigkeit an. Zur Feststellung der Retestreliabilität müssten dieselben Personen nach einem zeitlichen Abstand noch einmal den Fragebogen beantworten, die Korrelation zwischen den Ergebnissen der beiden Zeitpunkte müsste berechnet werden (vgl. Moosburger/Kelava pdf:11-13). Eine hohe Korrelation würde auch mit einer hohen Reliabilität der Messung einhergehen. In Bezug auf Selbsteinschätzung von Beziehungsverhalten seien zwei Sachverhalte hervorgehoben: 1.) Handelt es sich bei einer Selbsteinschätzung immer um eine Momentaufnahme und 2.) können Beziehungen einem Wandel unterliegen, welcher auch in Hinblick auf operationalisierte Variablen Einfluss hat. Eine Paralleltest-Reliabilität bezeichnet, dass beide Messverfahren dasselbe Merkmal gleich gut erfassen.

Um für vorliegende Studie eine (zumindest annähernd) parallele Messung zu machen, wäre es möglich, die Fragen umzupolen und nach gegenteiligen Tatbeständen zu fragen. Dadurch könnte dasselbe Merkmal mit einem ähnlichen Messinstrument erfasst werden.

3.6.3 Validität

Als das wichtigste Gütekriterium gibt die Validität den Grad an, mit welcher Genauigkeit eine Untersuchung misst, was sie messen soll. Verschiedene Arten der Validität werden unterschieden: Konstruktvalidität, Kriteriumsvalidität (konvergente, diskriminante, kongruente, vorhersagbare), Inhaltsvalidität, ökologische Validität (vgl. Stangl pdf:1-2).

Von Bedeutung ist für die Inhaltsvalidität: dass tatsächlich Beziehungsverhalten gemessen wird und somit tatsächlich Aussagen über das Soziale Netz und die soziale Unterstützung getroffen werden kann.

Wenn das Testverhalten als repräsentative Verhaltensstichprobe einer Verhaltensgesamtheit betrachtet werden kann, dann liegt Inhaltsvalidität vor. In vorliegender Studie werden befragte Menschen gebeten, Einschätzungen zu treffen. Jede Einschätzung unterliegt einer gewissen subjektiven Verzerrung. Berücksichtigt werden muss auch die Angabe von sozial erwünschtem Verhalten, da gesellschaftliche Normen und Werte über „idealtypische“ Beziehungsmuster und Beziehungsqualitäten existieren. Diese Fehlerquelle kann nicht vermieden werden, doch bei der Analyse der Ergebnisse wird sie berücksichtigt.

4 Darstellung der Ergebnisse

Die ersten Fragen des Erhebungsinstruments konzentrieren sich auf persönliche, biographische Daten. Sie zeigen Unterschiede in den Lebenslagen, die von Bedeutung sind, wenn das soziale Umfeld und die Beziehungen darin erforscht werden. Die Darstellung der Auswertung skaliert Items erfolgt in einer Grafik, welche an Hand der Mittelwerte der beiden Gruppen erstellt wird, sie stellt die subjektive Einschätzung der Beziehungsqualität bildlich dar. Nachstehend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse zu sozialer Unterstützung und Reziprozität der Beziehungen. Die Präsentation dieser Ergebnisse wird in drei Unterkapitel geteilt: 4.3.1 Erlebte Unterstützung, 4.3.2 Austausch persönlicher Information und 4.3.3 Gegenseitigkeit der Beziehung. Abschließend werden das Kontaktverhalten und die Interaktion innerhalb der Beziehungen ausgewertet und die Resultate der Datenbearbeitung angeführt.

4.1 Biographische Daten

Relevant für persönliche Beziehungen sind vor allem Berufstätigkeit und Ausbildung als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme, wie auch die Geschwister und die Reihung innerhalb der Familie als Grundvoraussetzung für Beziehungsverhalten und als erste Möglichkeit soziale Fähigkeiten zu erlangen.

Bei näheren Betrachtungen der Wohnsituation der befragten Personen zeigt sich, ob ein Ablösungsprozess vom Elternhaus erfolgt ist bzw. ob aufgrund der Wohnsituation potenzielle soziale Kontakte gegeben sind.

Wie aus Abb. 3 hervorgeht, zeigen sich deutliche Unterschiede in Bezug auf die Berufstätigkeit. Während der Großteil der Personen der Experimentalgruppe nicht am ersten Arbeitsmarkt tätig ist, gehen die Jugendlichen aus der Kontrollgruppe durchwegs einer Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt nach.

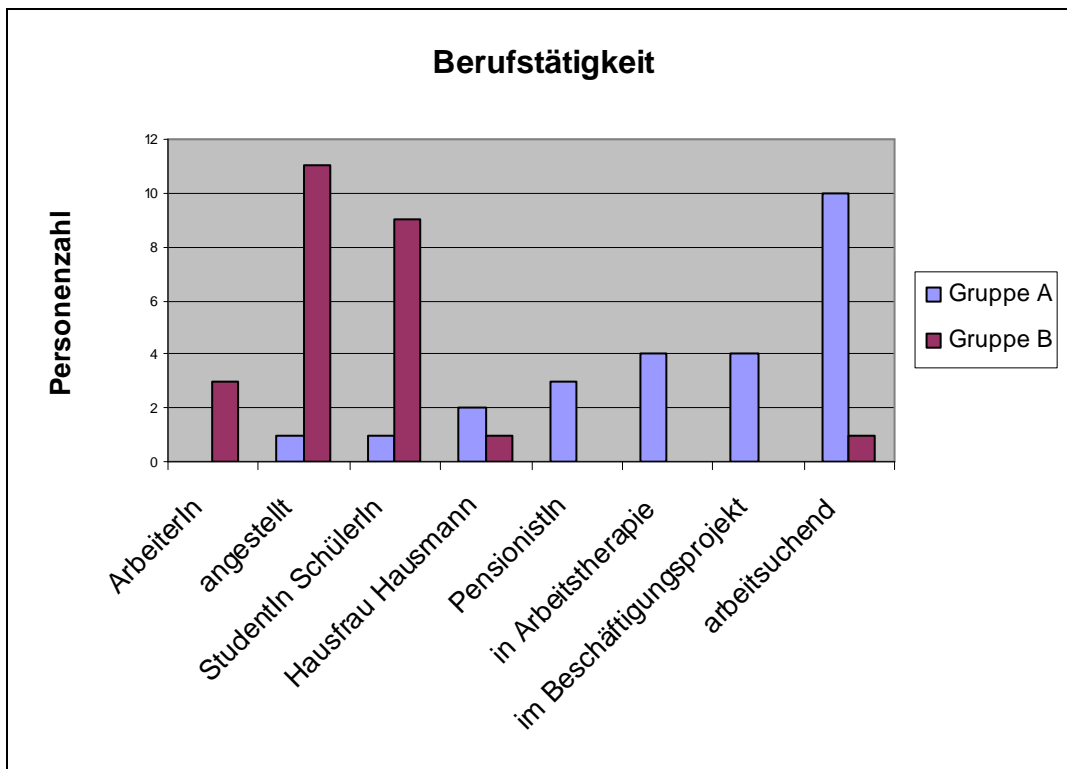


Abbildung 3

Zur Ermittlung des Ausbildungsstandes wurden Pflichtschule, Lehre, AHS, BHS, Akademie, FH, Universität und Sonstiges angeführt. Antwortmöglichkeiten waren: abgeschlossen, abgebrochen oder in Ausbildung. Unter Sonstiges wurden vorwiegend Berufsbildende Schulen wie z. B. die Schule für Gesundheits- und Krankenpflege genannt. Eine genaue Darstellung aller beantworteten Frage findet sich im Anhang, aus dieser Auswertung kann der Bildungsweg der einzelnen Personen abgelesen werden (siehe Seite VIII Abbildungen 1 und 2, sowie Seiten XVII bis XIX, Tabelle 19).

Zusammenfassend lässt sich über den Stand der Ausbildung festhalten, dass alle Personen (bis auf eine aus der Experimentalgruppe/Gruppe A) die Pflichtschule absolviert und abgeschlossen haben. Der weitere berufliche Werdegang der beiden Versuchsgruppen unterscheidet sich deutlicher. Während sich in Gruppe A nicht ganz die Hälfte der befragten Personen für eine Lehre entschieden hat, so sind es in der Kontrollgruppe lediglich 5 Personen. Die Personen der Kontrollgruppe (Gruppe B) haben tendenziell eine höhere Schule (AHS oder BHS) nach der Pflichtschule absolviert. Nur etwa halb so viele junge Menschen der Experimentalgruppe beschließen, eine sonstige Ausbildung zu machen

(weiterführende Schule, berufsbildende Schule etc.). Eine höhere Ausbildung abgeschlossen haben zwei der 25 befragten in Gruppe B, 9 von 25 dieser Gruppe befinden sich aktuell in höherer Ausbildung. In der Gruppe A haben drei Personen eine höhere Ausbildung angegeben, zwei haben diese wieder abgebrochen, eine Person befindet sich noch in universitärer Ausbildung. Vergleicht man die Werte abgebrochen zu abgeschlossen bzw. in Ausbildung, dann kann man weitere Abweichungen in den Gruppen feststellen. Es zeigen sich mehr Ausbildungsabbrüche in der Gruppe A. Bei Prüfung eines Zusammenhangs mittels Kreuztabelle und dem Koeffizienten *Phi* konnte bei einem Signifikanzniveau von 1% kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Die Annahme, dass Menschen mit psychiatrischer Erkrankung weniger häufig eine Ausbildung abschließen, ist somit nicht zulässig (siehe auch untenstehende Tabelle sowie Anhang Seite VII, Tabellen 1 und 2).

Symmetrische Maße zu Ausbildungsabschluss

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	,343	,015
	Cramer-V	,343	,015
	Anzahl der gültigen Fälle	50	

Tabelle 1

28% der Gruppe A haben außer der Pflichtschule keine weitere Ausbildung abgeschlossen. In der Gruppe B hingegen besuchen 84% eine höhere Schule. Diese Gruppe weist außerdem mehr Personen aus, die sich zur Zeit in einer Ausbildung befinden.

Zwischen den Gruppen bestehen Unterschiede bei den Erfahrungen innerhalb der Familie im Geschwisterkreis. In Gruppe A sind 8% Einzelkinder und in Gruppe B sind es doppelt so viele (16%). Die Frage nach der Geschwisterreihenfolge zeigt, dass sich in der Experimentalgruppe deutlich mehr Mittlere-Geschwister-Kinder befinden als in der Kontrollgruppe. Auf die Rangfolge innerhalb der Mittleren-Geschwister-Kinder wird an dieser Stelle nicht mehr genauer eingegangen. Die prozentuellen Unterschiede in dieser Rubrik entstehen vorwiegend zu Gunsten der

jüngsten Kinder der Gruppe B, hier sind es 40%, in Gruppe A hingegen geben nur 24% an, das jüngste Kind der Familie zu sein. Alles in Allem kann gesagt werden, dass in beiden Gruppen vorwiegend die ältesten Geschwister befragt wurden (siehe Abbildung 4, auch Anhang Seiten XV und XVI, Tabelle 18).

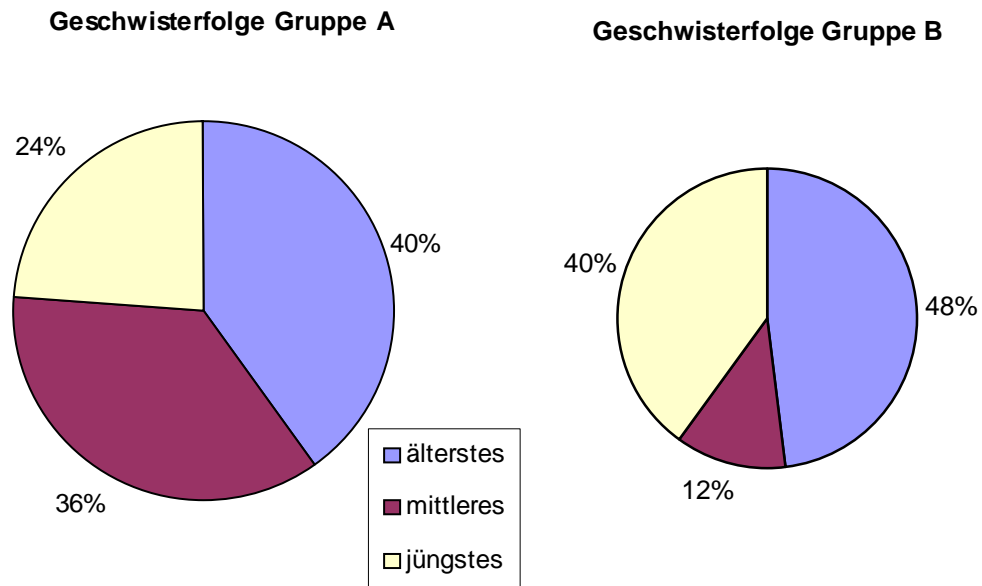


Abbildung 4

Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Wohnsituation (siehe Abbildung 5). Knapp die Hälfte der Personen mit Psychiatrieerfahrung haben auch Erfahrungen im institutionalisierten Wohnbereich. Dieses Phänomen erklärt sich auch aus den Zugangsmöglichkeiten für vorliegende Studie, schließlich wurden die befragten Personen aus einem institutionellen Kontext gewonnen. Ansonsten ergab die Befragung, dass 40% der Kontrollgruppe (roter Balken) mit einer Partnerin bzw. mit einem Partner zusammenleben und fast gleich viele Personen leben noch bei den Eltern. 45% der Gruppe A (blauer Balken) leben, wie bereits erwähnt in einer Institution, gefolgt von 23% alleine wohnender Menschen, 13% leben bei den Eltern. Zurück zu den Eltern ist eine Person dieser Gruppe gezogen, eine weitere hat keine Angaben gemacht.

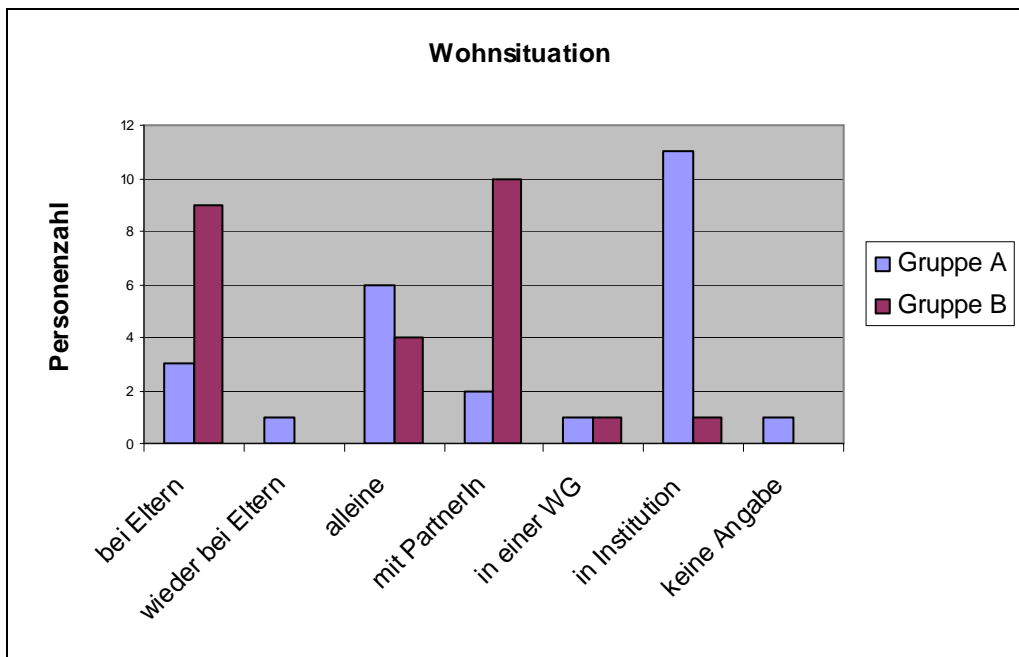


Abbildung 5

Die Auswertung der Frage nach dem Familienstand der Eltern leitet mit anschließender Frage nach dem Kontakt mit den Eltern von den biographischen Daten über zum Beziehungsverhalten.

Ein Großteil der Eltern in beiden Gruppen ist verheiratet. Eltern der Gruppe A zeigen unbeständigere Partnerschaften auf, 36 % sind geschieden oder getrennt. Bei den Eltern der Gruppe B ist das nur bei 16 % der Eltern der Fall (siehe auch Abbildung 3, Anhang Seite VIII).

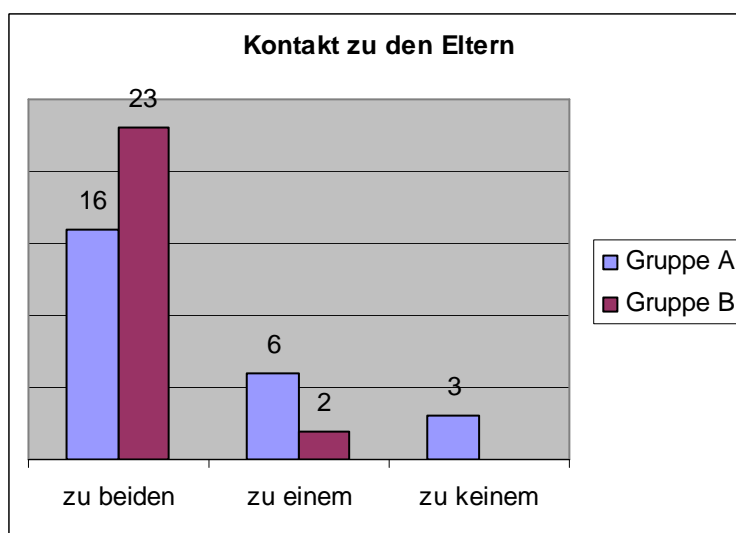


Abbildung 6

Oben angeführtes Diagramm zeigt wie viel Personen aus den jeweiligen Gruppen Kontakt zu beiden, einem oder keinem Elternteil haben. Es fällt auf, dass deutlich

mehr Kontakt genannt wird, wenn es sich um Gruppe B handelt, daraus einen Zusammenhang zu ziehen wäre jedoch zu voreilig. Nach Prüfung der Ergebnisse mittels Korrelation nach Spearman (für 2*3 Tabellen) kann festgestellt werden, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen einer psychiatrischen Diagnose und geringerem Kontakt zu den Eltern gibt.

Korrelationen zu Kontakt

			Kontakt zu den Eltern	Gruppe
Spearman-Rho	Kontakt zu den Eltern	Korrelationskoeffizient	1,000	.
		Sig. (2-seitig)	.	.
		N	25	25
	Gruppe	Korrelationskoeffizient	.	.
		Sig. (2-seitig)	.	.
		N	25	25

Tabelle 2

Ein schon während der laufenden Befragungen auffälliger Unterschied der beiden Gruppen stellt die Beantwortung der Frage nach einem Partner dar. 36% der Befragten aus der Gruppe A (Experimentalgruppe) sind momentan in einer Partnerschaft, hingegen haben 80% der Befragten der Gruppe B (Kontrollgruppe) eine Partnerin oder einen Partner (siehe Tabelle 3).

Kreuztabelle zur Partnerschaft

		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
PartnerIn	ja	9	20	29
	nein	16	5	21
	Gesamt	25	25	50

Tabelle 3

Mittels Kreuztabelle und *Phi*-Koeffizient wurde bei einem Signifikanzniveau von 1% überprüft, ob Menschen mit psychischer Erkrankung tendenziell eher keine

Partnerschaft führen. Es wurde ein Zusammenhang festgestellt, der mit dem Wert ,002 signifikant ist (siehe folgende Tabelle 4).

Symmetrische zu Maße PartnerIn

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	-,446	,002
	Cramer-V	,446	,002
	Anzahl der gültigen Fälle	50	

Tabelle 4

4.2 Einschätzung der Beziehungsqualität

Im folgenden Abschnitt werden die Fragen mit der metrischen Skalenantwort herausgearbeitet und miteinander verglichen. Untenstehendes Diagramm (Abbildung 7) zeigt die errechneten Mittelwerte der beiden Gruppen, die blaue Linie stellt die Angaben der Experimentalgruppe dar, die rotfarbene Line die der Kontrollgruppe.

Untenstehende Aussagen werden jeweils für den Bereich Familie, Freundeskreis und gegebenenfalls Partnerschaft zur Einschätzung angeführt. Die Skala verläuft von 1 = trifft voll und ganz zu bis 4 = trifft gar nicht zu, 0 wird zur Auswahl gestellt, wenn keine Einschätzung getroffen werden kann.

- 1) Ich fühle mich von mindestens einer Person verstanden
- 2) Meine Träume und Wünsche bespreche ich zumindest mit einer Person
- 3) Ich weiß es ist jemand für mich da
- 4) Ich möchte nicht mit meinen Problemen belasten
- 5) Es gibt mindestens eine Person, die ähnlich denkt
- 6) Private, intime Themen bespreche ich nicht

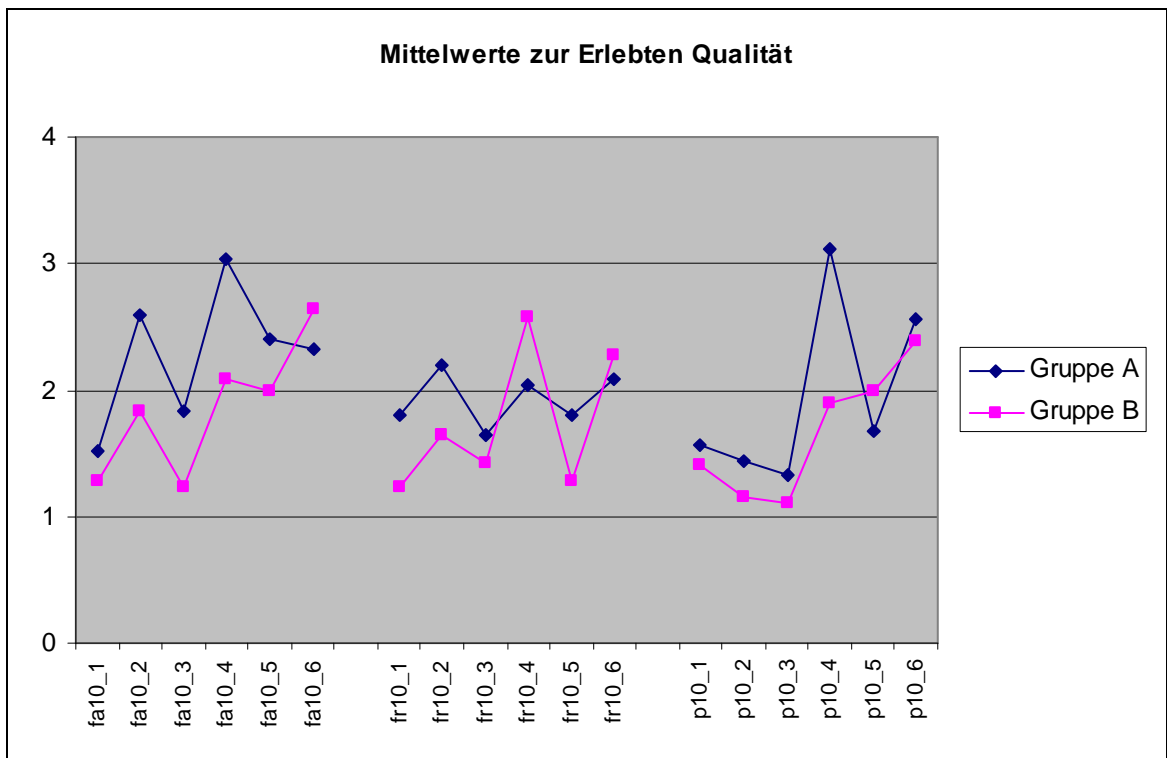


Abbildung 7

Abbildung 7 stellt einen Vergleich der beiden Gruppen bildlich dar. Fa10_1 bis fa10_6 sind angeführte Aussagen die Familie betreffend, Fr10_1 bis fr10_6 bewerten den Freundeskreis und p10_1 bis p10_6 geben Aufschluss über die Beziehung zu einer Partnerin bzw. einem Partner.

Die Linien weisen einen geringfügig unterschiedlichen Verlauf auf, tendenziell positiver bewertet Gruppe B die Beziehungen. Je geringer der angegebene Wert, desto besser wird die Qualität der Beziehung beurteilt.

Festzuhalten ist, dass von der Gruppe A (Experimentalgruppe) Familie, Freundeskreis und Partnerschaft in aufsteigender Reihenfolge Bedeutung haben wohingegen sich für die Gruppe B (Kontrollgruppe) ein eher konstanter Mittelwert aller oben genannten Bereiche ergibt.

Die Fragen 1 und 3 beschreiben das Aufgehobensein in dem jeweiligen Netz bzw. in der Partnerschaft, bei beiden weist der Mittelwert der Gruppe B einen niedrigeren Wert auf. Das heißt, diese Gruppe fühlt sich besser aufgehoben als die andere.

Frage 2 und 6 misst die Bereitschaft Persönliches mitzuteilen. Frage 6 ist negativ gestellt, zur Auswertung wurde eine Wertkorrektur vorgenommen. Die Auswertung

ergibt bei der Gruppe A einen Mittelwert von 2,6 und 2,32 für Familie, 2,2 und 2,08 für den Freundeskreis und 1,44 und 2,56 für die Partnerschaft. Die errechneten Mittelwerte der Gruppe B stellen sich wie folgt dar: 1,84 und 2,64 für Familie, 1,64 und 2,28 für den Freundeskreis und 1,15 und 2,39 für die Partnerschaft.

Träume und Wünsche werden tendenziell mehr besprochen in der Gruppe B. Private und intime Gespräche werden bis auf den familiären Bereich ebenfalls von der Kontrollgruppe eher besprochen.

Frage 4 ist ebenfalls negativ gestellt und entsprechend umgepolt. Sie gibt Auskunft darüber, ob die Beziehung als stabil und belastbar erlebt wird. Die Mittelwerte der beiden Gruppen betragen 3,04 (Gruppe A) und 2,08 (Gruppe B) für den familiären Bereich, 2,04 (Gruppe A) und 2,58 (Gruppe B) für die Freundschaftsbeziehungen und innerhalb einer Partnerschaft 3,11 (Gruppe A) und 1,9 (Gruppe B). Es lässt sich auch hier die Tendenz ablesen, dass Personen der Gruppe B die Beziehungen als belastbarer erleben als Personen der Gruppe A. Ein deutlicher Unterschied liegt die Partnerschaft betreffend vor. Offenbar erleben befragte Menschen mit psychiatrischer Erkrankung ihre Partnerschaft als weniger belastbar.

Frage 5 bezieht sich auf das Empfinden, dass eine Person ähnlich denkt wie man selbst, der Mittelwert der Gruppen beträgt 2,4 (Gruppe A) und 2 (Gruppe B) für das familiäre Netz, während er im Freundeskreis 1,8 (Gruppe A) und 1,28 (Gruppe B) ausmacht. Für die Partnerschaft beträgt der Mittelwert 1,67 (Gruppe A) und 2 (Gruppe B). Das heißt, bei beiden Gruppen trifft ein ähnliches Denken eher im Freundeskreis als im familiären Umfeld zu. Bei der Experimentalgruppe wird auch die Partnerin oder der Partner als ähnlich denkend erlebt, dies trifft bei der Kontrollgruppe nicht im selben Ausmaß zu.

4.3 Unterstützung und Reziprozität

4.3.1 Erlebte Unterstützung

Bei der Befragung nach dem Erlebnis von Unterstützung von mindestens einer Person jeweils innerhalb der drei Bereiche (Familie, Freundeskreis, Partnerschaft) ergab sich folgendes Bild:

Kreuztabelle Erlebte Unterstützung

		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Familie	ja	22	24	46
	nein	3	1	4
	Gesamt	25	25	50
		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Freunde	ja	16	24	40
	nein	8	1	9
	Gesamt	24	25	49
		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
PartnerIn	ja	8	20	28
	nein	1	0	1
	Gesamt	9	20	29

Tabelle 5

22 Personen der Experimentalgruppe fühlen sich von zumindest einer Person innerhalb der Familie unterstützt. Von diesen erwarten sich auch 21 Personen die Bereitschaft, materielle Hilfeleistungen in Form von Geld zu geben. In der Kontrollgruppe fühlen sich 24 Personen unterstützt und alle (25) erwarten sich auch, dass ihnen jemand aus der Familie bei finanziellen Schwierigkeiten aushelfen wird.

Eine Unterstützung innerhalb des Freundeskreises erleben 16 Personen der Gruppe A, 8 erleben keine Unterstützung und einer beantwortete diese Frage nicht. 11 Personen gehen davon aus, dass jemand aus dem Freundeskreis bereit wäre, ihnen finanziell auszuhelfen (2 Personen gaben keine Antwort auf diese Frage). Die Gruppe B fühlt sich mit überwiegender Mehrheit unterstützt, lediglich eine Person gibt an keine Unterstützung zu empfinden. 20 der 25 Befragten geben an, dass ihre Freunde ihnen auch mit Geld aushelfen würden.

9 Personen der 25 Befragten aus Gruppe A haben im Moment eine aufrechte Partnerschaft, von diesen 9 erleben 8 die Partnerin/den Partner als Unterstützung. Bei Geldnot nehmen 7 Personen an, Hilfe zu bekommen. Bei der Kontrollgruppe liegen 20 aktive Partnerschaften vor, die alle als unterstützend erlebt werden. Ebenso erwartet sich jede Person, dass ihnen bei Geldnot die Partnerin oder der Partner aushelfen wird.

Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse zeigt, dass die von beiden Gruppen erlebte familiäre Unterstützung sowie die erlebte Unterstützung durch die Partnerin bzw. den Partner lediglich geringfügige Differenzen aufweist. Betrachtet man jedoch den Freundeskreis, so fällt auf, dass hier Jugendliche mit psychischer Erkrankung weniger Unterstützung erleben als Jugendliche, bei denen keine psychiatrische Diagnose vorliegt. Durch Prüfung des Zusammenhangs mittels Kreuztabelle und dem Koeffizienten Phi, lässt sich ein Zusammenhang feststellen. Die Tabelle ist untenstehend angeführt. Das Signifikanzniveau liegt bei 1%, die errechnete Signifikanz erreicht einen Wert von 0,008.

Symmetrische Maße zu Unterstützung im Freundeskreis

	Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß Phi	,379	,008
Cramer-V	,379	,008
Anzahl der gültigen Fälle	49	

Tabelle 6

Im Fragebogen „Familie“ wurden die Personen ersucht anzuführen, von welcher Person bzw. von welchen Personen sie Unterstützung erleben.

Um eine quantitative Verarbeitung der Daten zu ermöglichen, wurden aus den Nennungen Kategorien gebildet: Mutter, Vater, Großmutter, Großvater, Onkel/Tante, Geschwister und andere.

Bei der Auswertung der Frage ergab sich, dass sich 88% der Gruppe A und 96% der Gruppe B seitens der Familie unterstützt fühlen. Als Unterstützerinnen und Unterstützer werden auch mehrere Personen angeführt. In Summe weisen die Gruppen 109 Unterstützerinnen und Unterstützer auf, 38 Personen davon unterstützen die 25 Personen der Experimentalgruppe und 71 Personen die 25 Personen der Kontrollgruppe.

20 Mal nannte die Experimentalgruppe einen der Elternteile, 40 Mal erfolgte diese Nennung bei der Kontrollgruppe. Die Eltern stehen bei beiden Gruppen an erster Stelle.

Bei der Experimentalgruppe bilden die Geschwister, die am zweithäufigsten genannte UnterstützerInnengruppe: 6 Personen der Gruppe A gaben die Geschwister an. Die Großeltern bilden die am zweithäufigsten genannte UnterstützerInnengruppe der Kontrollgruppe: 11 Mal gaben Befragte der Gruppe B diese an.

An dritter Stelle stehen die Großeltern bzw. die Geschwister. 9 Personen der Gruppe B führen die Geschwister an bzw. nannten 5 Mal die Befragten der Gruppe A einen der Großeltern als unterstützend.

Onkel/Tante wurden mit 4 Personen seitens Gruppe A und 9 Personen seitens Gruppe B genannt, sie stehen damit für die Experimentalgruppe an vierter Stelle und teilen sich in der Kontrollgruppe mit gleichhäufiger Nennung den dritten Platz.

Andere Verwandte wurden von 3 (Gruppe A) bzw. 2 (Gruppe B) auch noch angeführt.

In 36% der Fälle werden Personen der Experimentalgruppe von der Mutter unterstützt. Jeweils 16 % der Unterstützungsleistung für diese Gruppe (A) erfolgt seitens des Vaters oder der Geschwister. An der Spitze genannter Unterstützerinnen und Unterstützer der Kontrollgruppe sind Mutter und Vater zu

annähernd gleichen Teilen, 29% und 27% (Grafiken mit Prozentzahlen sind im Anhang Seite IX Abbildung 4 und Seite X Abbildung 5 zu finden).

4.3.2 Austausch persönlicher Information

Auf zweierlei Weise wurde nach dem Informationsaustausch gefragt, erstens war an einer Skala zu beantworten, ob Personen Träume und Wünsche innerhalb der jeweiligen Beziehungsbrennpunkte besprechen und ob private und intime Themen angesprochen werden. Zweitens wurden die Probanden der beiden Gruppen danach gefragt, ob sie sich vor Entscheidungen besprechen.

Kreuztabelle/Besprechen von Entscheidungen

		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Familie	ja	20	22	42
	nein	5	3	8
	Gesamt	25	25	50
		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Freundeskreis	ja	15	19	34
	nein	9	5	14
	Gesamt	24	24	48
		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
PartnerIn	ja	8	20	28
	nein	1	0	1
	Gesamt	9	20	29

Tabelle 7

Aus der Kreuztabelle wird ersichtlich, dass sich 20 Personen der Experimentalgruppe und 22 Personen der Kontrollgruppe mit jemand aus der Familie besprechen. In den Zeilen darunter wird der Freundeskreis angeführt. 15

Personen der Experimentalgruppe antworteten mit ja. 19 Personen der Kontrollgruppe besprechen sich mit Personen aus ihrem Freundeskreis. Innerhalb der Partnerschaft weisen beide Gruppen die Tendenz auf, sich mit ihrem Partner zu besprechen. Eine Prüfung der Signifikanz mittels Kreuztabelle und Koeffizient Phi wurde an dieser Stelle zwar gemacht, doch (wie erwartet) konnte keine Signifikanz festgestellt werden (siehe Anhang Tabellen 5 bis 7, Seiten X und XI).

Führt man die Ergebnisse der erlebten Unterstützung und einer erfolgten Besprechung vor Entscheidungen zusammen, dann wird ersichtlich, dass innerhalb der Familie sowie innerhalb der Partnerschaft bei beiden Gruppen näherungsweise gleich viele Personen als Unterstützung erlebt werden, wie Besprechungen vor Entscheidungen erfolgen.

Den Freundeskreis herausgegriffen ist das nur bei der Experimentalgruppe der Fall. Gruppe B erlebt von mehr Freunden eine Unterstützung, als sie sich mit diesen vor einer Entscheidung bespricht.

4.3.3 Gegenseitigkeit der Beziehung

Einigkeit besteht bei beiden Gruppen darüber, dass sie selber den Menschen in ihrer Familie, genauso wie innerhalb des Freundeskreises und der Partnerschaft helfen würden, sollten diese in Probleme geraten.

Die Frage nach Beispielen ergab, neben kreativen Äußerungen wie z. B.: „überall, wo es mir möglich ist“ oder „wenn es meine Grenzen nicht überschreitet“ von Personen aus der Experimentalgruppe aufgeschrieben, folgende Kategorien:

- ❖ gesundheitliche Probleme
- ❖ zwischenmenschliche Konflikte
- ❖ Dienstleistungen
- ❖ technische Hilfsdienste
- ❖ persönliches Wohlbefinden
- ❖ finanzielle Hilfe

Die Gegenseitigkeit der Beziehung wird auch an Hand der Frage gemessen, ob die UntersuchungsteilnehmerInnen erleben, dass sie von Personen der jeweiligen Beziehungsbrennpunkte um Rat gefragt werden.

Unten stehende Tabelle listet die gegebenen Antworten auf:

Kreuztabelle zur Ratsuche

		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Beratung für Familie	ja	12	21	33
	nein	13	4	17
	Gesamt	25	25	50
		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Freunde suchen Rat	ja	18	24	42
	nein	6	1	7
	Gesamt	24	25	49
		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
ParterIn fragt um Rat	ja	8	20	28
	nein	1	0	1
	Gesamt	9	20	29

Tabelle 8

Es wird ersichtlich, dass 12 der befragten Personen der Experimentalgruppe von jemandem aus ihrer Familie um Rat gefragt werden und 13 Personen nicht. Für die Kontrollgruppe stellt sich die Gegenseitigkeit innerhalb der Familie anders dar: 21 der befragten 25 jungen Erwachsenen werden um Rat gefragt, lediglich 4 verneinen dies. Auch im Freundeskreis zeigt sich ein ähnliches Bild: 18 Personen der Gruppe A gaben an, um Rat gefragt zu werden. Für 24 Personen der Gruppe B trifft dies ebenfalls zu.

Steht die Partnerschaft im Blickwinkel der Betrachtungen kann aus der Auswertung entnommen werden, dass nahezu alle Personen beider Gruppen von der Partnerin oder dem Partner um Rat gefragt werden.

Bei Prüfung der Signifikanz dieser Differenzen im Brennpunkt „Familie“ konnte bei einem Signifikanzniveau von 1% festgestellt werden, dass ein Zusammenhang mit einem Signifikanzwert von 0,007 besteht. Das bedeutet, dass die Aussage: Junge Erwachsene mit Psychiatrieerfahrung werden von Personen ihrer Familie weniger häufig um Rat gefragt als junge Erwachsene ohne eine solche Erfahrung zutrifft (siehe Tabelle 9).

Symmetrische Maße zu seitens der Familie

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	-,380	,007
	Cramer-V	,380	,007
	Anzahl der gültigen Fälle	50	

Tabelle 9

Bei einem Signifikanzniveau von 5% konnte zusätzlich auch im Bereich des Freundeskreises eine Signifikanz im Wert von 0,036 gemessen werden. Diese Messung ergibt, dass Menschen mit psychiatrischer Erkrankung weniger häufig von ihrer Familie und von ihren Freunden um Rat gefragt werden.

Mittels quantitativer Verfahren bleibt offen, ob die Befragten das nun so erleben oder ob es tatsächlich so ist, dass sie nicht um Rat gefragt werden.

4.4 Kontakt und Interaktion

Gefragt wurde, wie oft und in welcher Art der Kontakt zu Familie bzw. Freundeskreis innerhalb der letzten 14 Tage erfolgt ist. Die Partnerschaft wurde gesondert behandelt, da die gleichen Fragen nicht sinnvoll erscheinen. Die Ergebnisse stellen sich wie folgt dar:

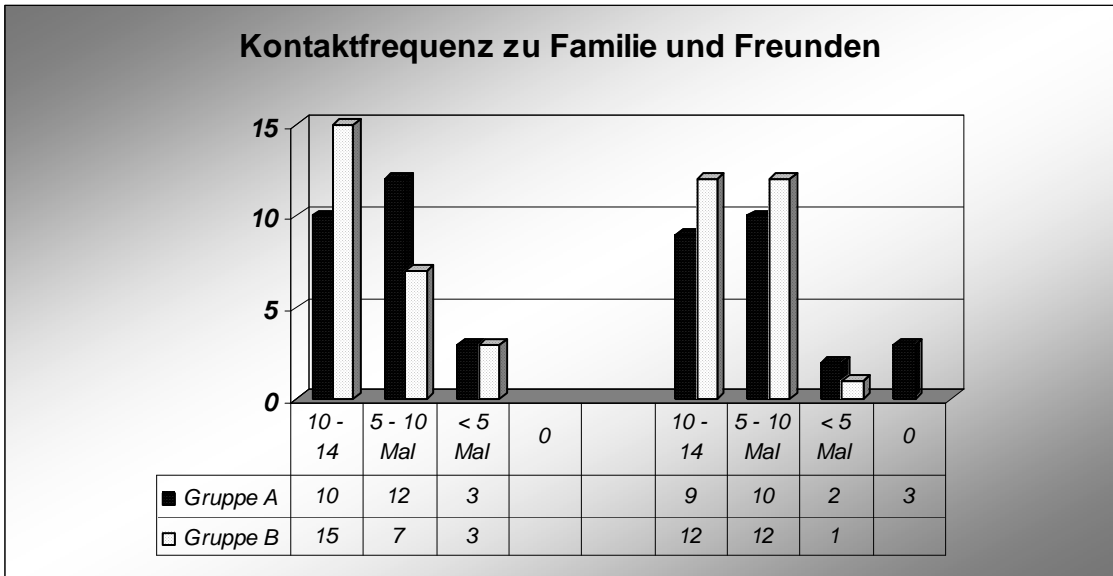


Abbildung 8

Das Diagramm zur Kontaktfrequenz zeigt, wie oft die beiden Gruppen mit Personen der Familie (siehe Balkenreihe links) und dem Freundeskreis (siehe Balkenreihe rechts) innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt hatten. Mit Personen aus der Familie hatten beide Gruppen Kontakt, wobei die Kontrollgruppe häufigeren Kontakt aufweist. Mit Personen des Freundeskreises wird auch seitens beider Gruppen reger Kontakt gepflegt. Untenstehendes Diagramm führt die Art der erfolgten Kontakte an:

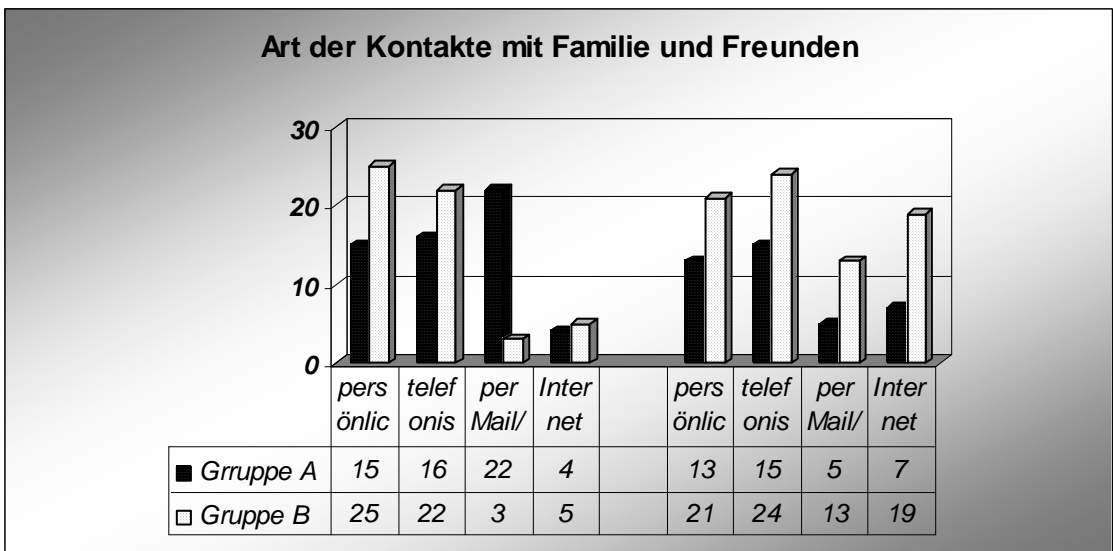


Abbildung 9

Zusätzlich zur Kontakthäufigkeit mit dem sozialen Netz ist auch von Interesse, ob gemeinsame Aktivitäten unternommen werden, als Orientierung wurden bei der Fragestellung Beispiele vorgegeben: Urlaub, Theater, Sport, Ausgehen...

Innerhalb der Familie unternehmen 20 von 25 Personen der Experimentalgruppe etwas, innerhalb der Kontrollgruppe zeigt sich ein vergleichbares Bild: 22 von 25 unternehmen etwas gemeinsam mit ihren Verwandten.

Deutlich unterschiedlich erfolgten die Angaben gemeinsame Aktivitäten innerhalb des Freundeskreises betreffend: 16 der befragten 25 Personen der Gruppe A gaben an, etwas zu unternehmen, innerhalb der Gruppe B wurde dies von allen (25) mit „ja“ beantwortet.

Innerhalb der Paarbeziehung gaben 8 Personen (von 9 – Gruppe A) und 20 Personen (von 20 – Gruppe B) an mit ihrer Partnerin, ihrem Partner etwas zu unternehmen.

Die gleich ins Auge stechenden Unterschiede des Aktivitätsverhaltens im Freundeskreis wurden bei einer Prüfung der Signifikanz und einem Signifikanzniveau von 1% bestätigt (siehe Tabelle 10). Demnach unternehmen Jugendliche mit Psychiatrieerfahrung weniger mit Freunden, als Jugendliche ohne Psychiatrieerfahrung.

Symmetrische Maße zu Unternehmungen mit den Freunden

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	,451	,002
	Cramer-V	,451	,002
	Anzahl der gültigen Fälle	49	

Tabelle 10

Zur weiteren Prüfung des Interaktionsverhaltens hinsichtlich gemeinsamer Aktivitäten wird die Frequenz, mit der junge Menschen innerhalb des Freundeskreises Unternehmungen tätigen gemessen und bildlich dargestellt (siehe folgende Abbildung 10):

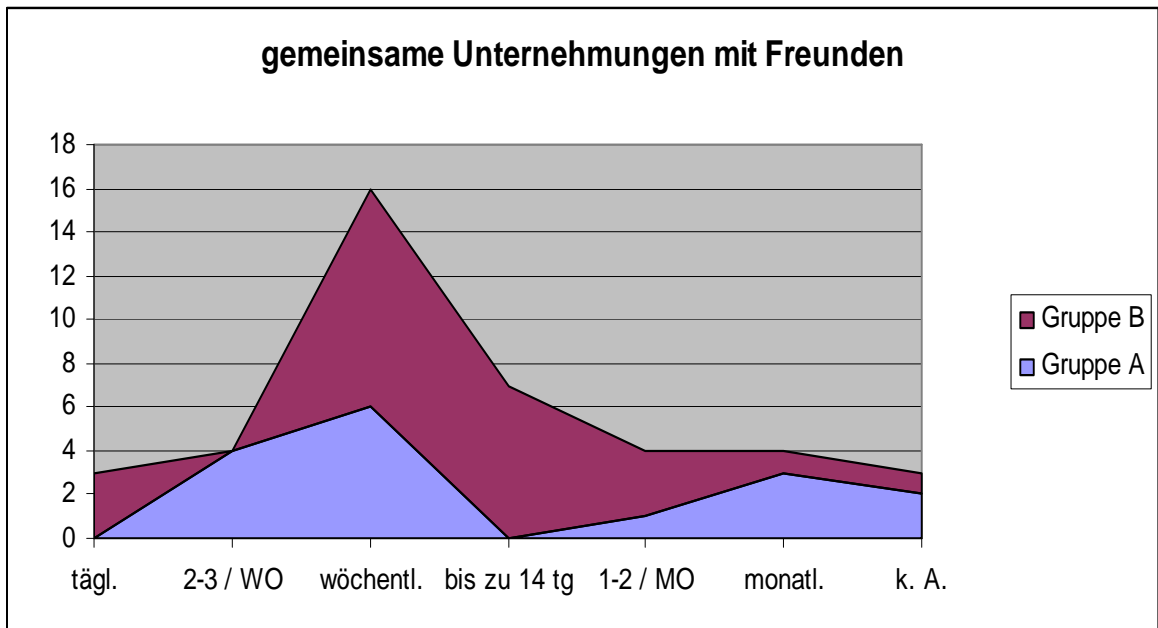


Abbildung 10

Rote Fläche stellt die Summe der angegebenen Antworten innerhalb der Kategorien: täglich, 2-3 Mal die Woche, wöchentlich, bis zu 14-tägig, 1-2 Mal pro Monat und monatlich dar, letzte Position steht für keine Angabe. Die Anzahl befragter Personen liegt bei 16 Personen der Experimentalgruppe und bei 25 Personen der Kontrollgruppe.

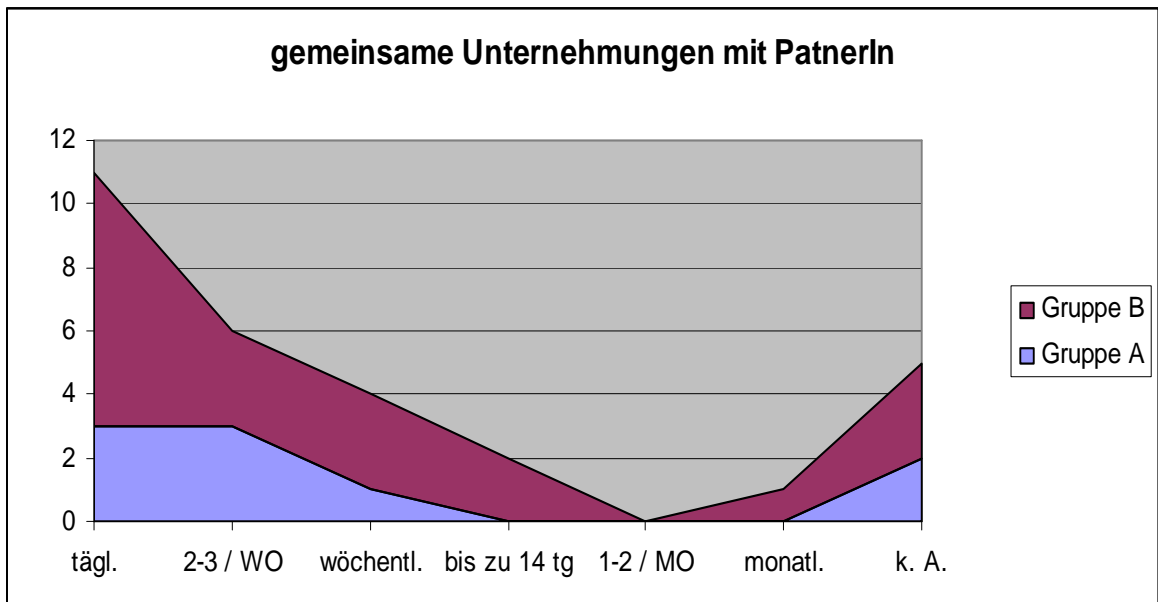


Abbildung 11

Die Personen wurden gefragt, ob sie selber eine Aktivität initiieren. Die Auswertung hat ergeben, dass 13 Personen der Gruppe A die Familie zu

gemeinsamen Aktivitäten einladen und 12 nicht. In der Gruppe B zeigt sich, dass 17 Personen die Familie aktivieren und 8 nicht. Die Partnerin oder den Partner animieren 8 (von 9) Personen der Experimentalgruppe und 19 (von 20) Personen der Kontrollgruppe. Diesbezüglich lassen sich keine besonderen Abweichungen feststellen. Wird aber die Initiative im Freundeskreis betrachtet, so wird ersichtlich, dass innerhalb der Experimentalgruppe 18 und innerhalb der Kontrollgruppe 25 von jeweils 25 Personen einen aktivierenden Part in der Freundschaftsbeziehung übernehmen.

Bei Prüfung der Signifikanz, mit einem Signifikanzniveau von 1%, liegt eine Signifikanz von 0,008 vor (siehe Tabelle 11). Dieses Ergebnis bedeutet, dass davon auszugehen ist, dass junge Menschen mit psychischer Erkrankung weniger oft die Initiative innerhalb ihres Freundeskreises übernehmen als Jugendliche ohne diese Erfahrung.

Symmetrische Maße zu Initiative im Freundeskreis

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	-,381	,008
	Cramer-V	,381	,008
	Anzahl der gültigen Fälle	49	

Tabelle 11

Werden lediglich die Fälle herausgefiltert, bei denen die Frage nach Unternehmungen mit „ja“ beantwortet wird, relativiert sich die Signifikanz auf einen Wert von 0,070, und kann unter Berücksichtigung eines Signifikanzniveaus von 1% nicht angenommen werden. Das heißt, Jugendliche mit psychischer Erkrankung, die in ihrem Freundeskreis Aktivitäten ausführen, haben diese nicht signifikant weniger oft initiiert (siehe Tabelle 12 und 13).

Kreuztabelle Initiative/Unternehmungen

Anzahl		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Initiative	ja	14	25	39
	nein	2	0	2
	Gesamt	16	25	41

Tabelle 12

Symmetrische Maße Initiative /Unternehmungen

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	-,283	,070
	Cramer-V	,283	,070
	Anzahl der gültigen Fälle	41	

Tabelle 13

5 Analyse und Diskussion

In diesem letzten Abschnitt der Diplomarbeit werden die Ergebnisse zusammengefasst und in Hinblick auf die Forschungsfrage interpretiert. Generell ist festzuhalten, dass eine Interpretation mit dem Anspruch allgemeiner Gültigkeit bei einer derartig kleinen Versuchsgruppe nicht zulässig ist. Die Antworten können durch sozial erwünschtes Verhalten bzw. Wertvorstellungen über eine soziale Einbettung verzerrt sein.

Aus vorliegender empirischer Untersuchung können Tendenzen und Muster im Beziehungsverhalten der Untersuchungsgruppen abgelesen werden. Das Wissen über diese Muster könnte der klinischen aber vor allem der extramuralen Sozialen Arbeit im Bereich der Psychiatrie Anregung zu Interventionsmöglichkeiten hinsichtlich der Förderung sozialer Unterstützung und der Aufrechterhaltung bestehender Beziehung bieten.

H₀₁: Es besteht kein Unterschied im Beziehungsverhalten zwischen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit psychiatrischer Diagnose oder ohne psychiatrische Diagnose.

H₁₁: Zwischen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit psychiatrischer Diagnose und ohne psychiatrische Diagnose besteht ein Unterschied im Beziehungsverhalten.

Obenstehende Hypothese, als übergeordnete Frage zur Untersuchung, konnte bestätigt werden: es bestehen Unterschiede im Beziehungsverhalten der beiden Gruppen. Allerdings ist damit lediglich bestätigt, was Alltagswissen vermuten lässt. Mit Hausverstand kann geschlussfolgert werden, dass, sobald sich unterschiedliche Menschen auf Beziehungen einlassen, diese auch verschieden gestaltet sind. Im Folgenden werden die Unterschiede herausgearbeitet, welche sich aus den untergeordneten Hypothesen, die die Spezifität der Untersuchung ausmachen, ergeben.

Zunächst wird das soziale Netz bzw. die Beziehungsqualitäten junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung beschrieben, wobei auf jeden der drei Brennpunkte (Familie, Freundeskreis und Paarbeziehung) gesondert eingegangen und der Kontrollgruppe gegenüber gestellt wird.

Wird das Beziehungsgefüge der Experimentalgruppe innerhalb der **Familie** betrachtet, so zeigt sich, dass junge Erwachsene mit psychischer Erkrankung weitgehend von zumindest einer Person Unterstützung erleben. Häufig konzentriert sich diese Unterstützung auf eine einzige Person. Diese helfende Funktion übt meist die Mutter aus. Auffallend ist, dass diese Funktion oft auch den Geschwistern zukommt. Die Bedeutung der Rolle von Geschwistern in diesem Zusammenhang ist noch wenig untersucht. Es wäre von Interesse, diese Lücke zu füllen und die Besonderheiten, die sich für helfende Geschwister ergeben, wissenschaftlich zu erfassen. Geschwister psychisch erkrankter Jugendlicher, die ihrerseits selber den Prozess des Erwachsenwerdens erlebt haben, erleben oder bald erleben werden, sind einerseits mit dem Erfüllen ihrer Entwicklungsaufgaben beschäftigt und nehmen andererseits zumindest in Teilbereichen die Rolle der Versorgerinnen bzw. Versorger ein. Zudem sind sie Teilbereich des Familiensystems und sahen sich schon längere Zeit, auch vor Akutwerden der Erkrankung einer Schwester bzw. eines Bruders, mit den vorangegangenen Symptomen konfrontiert. Es stellt sich die Frage, ob nicht spezielle präventive Maßnahmen zu ihrer Unterstützung nötig sind.

Jugendliche ohne psychiatrische Diagnose erleben familiäre Unterstützung, zumeist stehen ihnen mehrere Personen zur Verfügung. Viele führten generationsübergreifende Unterstützungsbeziehungen oder gleich die ganze Familie an.

H1₂₋₁: Familienbeziehungen, junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung bieten diesen nicht ausreichend soziale Unterstützung, die Qualität unterscheidet sich von jungen Erwachsenen ohne Psychiatrieerfahrung.

Obenstehende Hypothese H1₂₋₁ kann nur eingeschränkt bestätigt werden, Qualitätsunterschiede liegen vor, liefern aber nicht zwingend weniger soziale Unterstützung.

Der **Freundeskreis** junger Erwachsener mit oder ohne psychiatrische Diagnose weist Qualitätsunterschiede auf. Eine unterstützende Funktion der Freunde kommt bei ersteren in geringerem Maße vor als bei jungen Erwachsenen ohne eine solche Erkrankung. Weniger gemeinsame Aktivitäten werden unternommen. Die Psychiatrieerfahrung beeinflusst demnach das Beziehungsverhalten im Freundeskreis. Anzunehmen ist, dass der Aufenthalt in der Psychiatrie und die „gestellt bekommene“ Diagnose einen Einschnitt im Leben dieser jungen Menschen darstellt. Die Dauer der Aufenthalte ist ebenfalls von Bedeutung. Menschen werden aus dem Alltag heraus gerissen und, trotz Dezentralisierung der Kliniken, räumlich von ihrer Lebenswelt getrennt. Jugendliche erleben in der Phase des Erwachsenwerdens veränderte Beziehungen zu Gleichaltrigen, sie erkennen, dass Freundschaften (im Gegensatz zu Verwandtschaften) aufkündbar sind. Die Abwesenheit von den Freunden bzw. die momentane Veränderung des Erlebens und Verhaltens, welches Bestandteil psychischer Erkrankung ist, verunsichert und löst ein zusätzliches kritisches Moment für die Betroffene bzw. den Betroffenen aus.

Quantitative Verfahren stoßen an die Grenzen der Forschungsmethode, wenn beschriebene Annahmen wissenschaftlich aufgearbeitet werden sollen. Die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden könnte Aufschluss über spezifische Gegebenheiten zu diesem Thema liefern. Das bestätigt sich auch durch die Gespräche, welche sich während der Befragung ergaben. Betroffene schildern zum Beispiel, dass sie bis vor der akut aufgetretenen Psychose einen funktionierenden Freundeskreis hatten, welcher sich im Laufe der Psychiatrieerfahrung immer mehr dahingehend verlagerte, dass außerfamiliäre Bezugspersonen selbst Patientinnen und Patienten der Psychiatrie sind .

Es wurde kein Item entwickelt, welches dieses Phänomen der Veränderung innerhalb des Freundeskreises quantifizierbar macht. Die Frage, woher sich die Freunde kennen, hätte erfassen können, ob und in welcher Signifikanz sich ein soziales Netzwerk von Patientinnen und Patienten bildet.

Mit gewählter quantitativer Methode konnte durch die Verdichtung der Daten nicht auf die Besonderheit des Individuums eingegangen werden. So zeigt sich zum Beispiel bei einzelnen Personen, dass sie zu keinem anderen Menschen in Kontakt stehen außer vielleicht zu einigen wenigen Verwandten. Andere wiesen

das Gegenteil auf, eine Person gab z. B. bis zu 30 Freunde an. Eine mögliche Isolierung durch die Erkrankung oder das Erleben von Vereinsamung konnte nicht eindeutig erhoben werden. Erklärungsmodelle, die darüber Aufschluss geben können, sind durch qualitative Studien möglich.

H1₂₋₂: Beziehungen unter Freunden junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung bieten diesen nicht ausreichend soziale Unterstützung, die Qualität unterscheidet sich von jungen Erwachsenen ohne Psychiatrieerfahrung.

Die unterstützende Qualität von **Partnerschaften** ist in beiden Gruppen gegeben. Auffallend ist jedoch, dass junge Erwachsene mit Psychiatrieerfahrung weniger Paarbeziehungen leben als Jugendliche der Vergleichsgruppe. Das könnte auch in Zusammenhang mit der Borderlinepersönlichkeitsstörung (F60.31) stehen, denn auffälliges Beziehungsverhalten ist Bestandteil dieser Diagnose. F60.31 ist bei dem Großteil der Experimentalgruppe diagnostiziert worden.

H1₂₋₃: Die Paarbeziehung junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung bietet diesen nicht ausreichend soziale Unterstützung, die Qualität unterscheidet sich von jungen Erwachsenen ohne Psychiatrieerfahrung.

Gegenseitigkeit stellt bei engeren Beziehungen ein zentrales Kriterium dar. Handelt es sich um Beziehungen zu Menschen mit psychiatrischer Erkrankung wird die Gegenseitigkeit nicht immer gelebt. Mögliche Begründung liegt darin, dass von einer belasteten Person keine Hilfe erwartet wird oder, dass diese Person vor weiteren Belastungen geschützt werden soll. Hier könnte in Anlehnung an Ilse Arlt argumentiert werden, dass gerade die Möglichkeit etwas zurückzugeben Lebensfreude bringen kann (vgl. Pantucek/Maiss 2009:54). Die Bereitschaft anderen Personen aus den Beziehungsbrennpunkten bei ihren Problemen zu helfen ist in beiden Gruppen nahezu zu 100% gegeben. Vielleicht könnte ein Annehmen dieser Hilfsbereitschaft seitens der Bezugspersonen zur Genesung beitragen. Die Person wird als Mensch wahrgenommen und nicht mehr als zu umsorgendes Wesen. Die Gefahr, dass unbeabsichtigt bevormundet wird, sinkt.

Untenstehend wird im Detail jede Hypothese, bezogen auf die unterschiedlichen Beziehungsbrennpunkt, geprüft:

H1₃₋₁: Familienbeziehungen junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung weisen geringere Reziprozität auf, in ihren Beziehungen haben sie weniger oft die Möglichkeit etwas zurückzugeben als junge Erwachsene ohne Psychiatrieerfahrung.

Die Hypothese H1₃₋₁ wird mit einer Signifikanz von 0,007 bestätigt.

H1₃₋₂: Freundschaften junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung weisen geringere Reziprozität auf, in ihren Beziehungen haben sie weniger oft die Möglichkeit etwas zurückzugeben als junge Erwachsene ohne Psychiatrieerfahrung.

Es kann nicht eindeutig gefolgert werden, dass junge Erwachsene mit Psychiatrieerfahrung seltener eine unterstützende Funktion in ihrem Freundeskreis einnehmen, die Tendenz dahingehend ist jedoch errechnet worden mit einem Wert von 0,036. [nähme man die Irrtumswahrscheinlichkeit bei $p \leq 5$ an, so wäre das bereits signifikant]

H1₃₋₃: Partnerschaften junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung weisen geringere Reziprozität auf, in ihren Beziehungen haben sie weniger oft die Möglichkeit etwas zurückzugeben als junge Erwachsene ohne Psychiatrieerfahrung.

Diese Hypothese wird verworfen, H0₂₋₃ angenommen.

Wichtig in der Beziehung zwischen Menschen ist die Information. Gemeinsames Wissen schafft Nähe und Vertrautheit. Der Austausch der Information kann Orientierungshilfe bieten.

Entscheidungen werden von allen Gruppen innerhalb der Beziehungspunkte besprochen, es lässt sich diesbezüglich keine Abweichung feststellen. Mit dieser Ausgangsbasis erfolgt unten stehend die Hypothesenprüfung:

Innerhalb von

H1₄₋₁: Familienbeziehungen tauschen junge Erwachsene mit Psychiatrieerfahrung zurückhaltender als persönliche Informationen aus, die Distanz und Entfremdung ist Kennzeichen der Beziehungen im Gegensatz zu den Beziehungen junger Erwachsener ohne Psychiatrieerfahrung.

Es ist zu differenzieren zwischen Träumen und Wünschen, den innersten Gedanken, und alltagsbezogenen oder handlungsorientierten Themen. Ersteres wird zurückhaltender von der Experimentalgruppe besprochen. Die Kontrollgruppe zeigt sich eher bereit ihre inneren Beweggründe und Gedanken zu teilen. Die Unterschiede weisen jedoch keine Signifikanz auf. Die Hypothese kann nicht ausreichend bestätigt werden.

Innerhalb von

H1₄₋₂: Freundschaften tauschen junge Erwachsene mit Psychiatrieerfahrung zurückhaltender persönliche Informationen aus, die Distanz und Entfremdung ist Kennzeichen der Beziehungen im Gegensatz zu den Beziehungen junger Erwachsener ohne Psychiatrieerfahrung.

Träume und Wünsche teilt die Experimentalgruppe, so fern ein Freundeskreis vorhanden ist mit diesem, genauso wie die Kontrollgruppe. Demnach kann gefolgert werden: BESTEHT ein Freundeskreis, so weicht dessen Intimitätsgrad der beiden Gruppen kaum voneinander ab. H1₄₋₂ ist (mit der Einschränkung, dass eine Bedingung daran geknüpft ist) verworfen und H0₄₋₂ bestätigt.

Innerhalb von

H1₄₋₃: Partnerschaften tauschen junge Erwachsene mit Psychiatrieerfahrung zurückhaltender persönliche Informationen aus, die Distanz und Entfremdung ist Kennzeichen der Beziehungen im Gegensatz zu den Beziehungen junger Erwachsener ohne Psychiatrieerfahrung.

Diese Hypothese kann wie voran gestellte Hypothese behandelt werden. H_{14-3} wird mit der Bedingung, dass eine Partnerschaft besteht verworfen und H_{04-3} bestätigt.

Es sei hervorgehoben, dass 8 von 25 Personen der Experimentalgruppe und 20 von 25 Personen der Kontrollgruppe eine Partnerschaft führen, diese Differenz weist eine Signifikanz von 0,02 auf.

Zur Übersicht und Verdeutlichung der Hypothesenprüfung H_{15-1} bis $5-3$ wurde folgendes Diagramm erstellt:

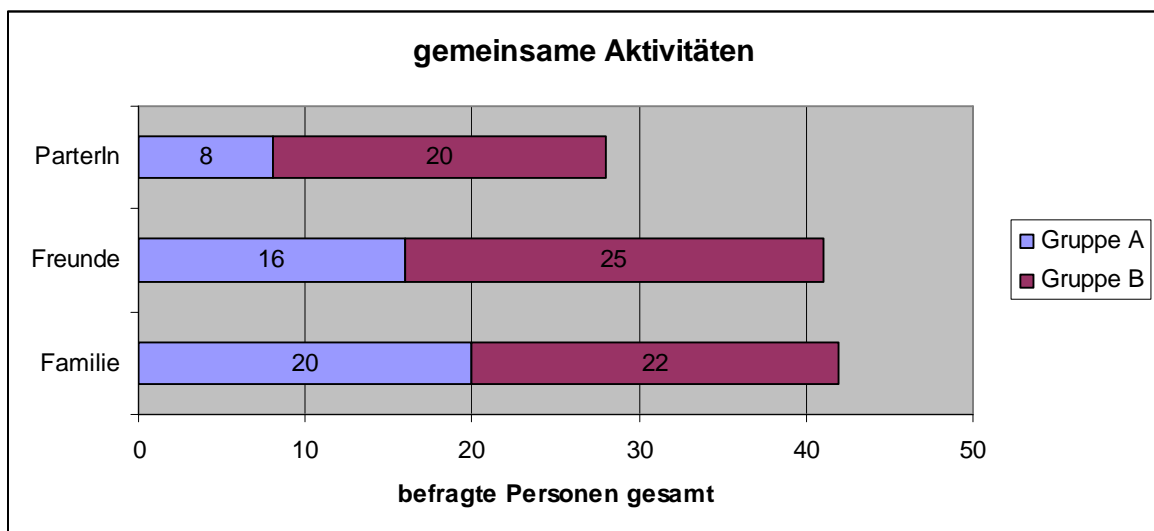


Abbildung 12

Abbildung 12 ist zu entnehmen, dass tendenziell mehr von der Gruppe B gemeinsam unternommen wird. Zu beachten bei der Interpretation ist, dass der Personenkreis innerhalb der jeweiligen Beziehungsbrennpunkte in der Kontrollgruppe (Gruppe B) größer ist.

Thema der sich während der Befragung ergebenden Gespräche war das zum Teil sehr umfangreiche und regelmäßig zu konsultierende HelferInnensystem: niedergelassene/r Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie, SozialarbeiterIn des Psycho Sozialen Dienstes, Fachärztin/Facharzt des Psycho Sozialen Dienstes, PsychotherapeutIn, Beraterinnen und Berater der Arbeitsassistentz, gegebenenfalls Wohnbetreuung, etc. Mit Hilfe einer quantitativen Studie könnte an dieser Stelle erforscht werden, in wie weit das HelferInnennetz einem aktiven sozialem Netz der Klientinnen und Klienten auch im Weg stehen kann und Eigeninitiative und –engagement unmöglich macht.

H1₅₋₁: Familienbeziehungen junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung weisen ein geringeres Aktivitätsniveau auf als Beziehungen junger Erwachsener ohne Psychiatrieerfahrung. Regelmäßiger Kontakt und gemeinsame Aktivitäten (Theater, Sport, Urlaub, Ausgehen und der Gleichen) werden weniger oft durchgeführt.

H1₅₋₁ kann nicht eindeutig belegt werden, H0₅₋₁ kann jedoch auch nicht übernommen werden.

H1₅₋₂: Freundschaften junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung weisen ein geringeres Aktivitätsniveau auf als Beziehungen junger Erwachsener ohne Psychiatrieerfahrung. Regelmäßiger Kontakt und gemeinsame Aktivitäten (Theater, Sport, Urlaub, Ausgehen und der Gleichen) werden weniger oft durchgeführt.

H1₅₋₂ kann mit der Bedingung widerlegt werden, dass die Tatsache, dass weniger Freunde existent sind, Voraussetzung ist für den Vergleich.

H1₅₋₃: Partnerschaften junger Erwachsener mit Psychiatrieerfahrung weisen ein geringeres Aktivitätsniveau auf als Beziehungen junger Erwachsener ohne Psychiatrieerfahrung. Regelmäßiger Kontakt und gemeinsame Aktivitäten (Theater, Sport, Urlaub, Ausgehen und der Gleichen) werden weniger oft durchgeführt.

H1₅₋₃ kann eindeutig widerlegt werden, H0₅₋₃ wird bestätigt.

Pragmatische Überlegungen führten dazu, dass nicht alle Möglichkeiten der Analyse erfolgt sind, es musste eine Auswahl getroffen werden, die sich strikt an den Hypothesen orientiert hat.

Geschlechtsspezifische Besonderheiten wurden z. B. nicht herausgearbeitet. die Prüfungen der Fragen, die mit „ja“ bzw. „nein“ zu beantworten waren, könnten noch dahingehend behandelt werden, dass sie jene herausfiltert, die angaben, dass Unterstützung bzw. keine Unterstützung besteht. Mittels des Skalenniveaus (jeweils Fragen 10_1 bis 10_6) könnte man, nach erfolgter Eichung, ein schnell zu

ermittelndes Manual zur Testung einer unterstützenden Beziehung erhalten. Der Wert 6 entspräche dem Idealtyp und der Wert 24 dem Gegenpool dazu.

Vorliegende empirische Studie bringt Erkenntnisse über das Beziehungsverhalten und die „Netzwerklandschaft“ junger Menschen mit Psychiatrieerfahrung. Erfasste spezifische Eigenschaften bzw. Qualitäten liefern Anregungen für Interventionsmöglichkeiten in der praktischen Sozialarbeit:

Im Theorie Teil unter 2.3.2 „Hypothesenbildung“ wird auf Seite 22 Bezug darauf genommen, dass Beziehungen und deren Beschaffenheit ein soziales Austauschproblem darstellen, soziale Unterstützung soll ausgetauscht werden. Mittels der Erhebungen kann festgestellt werden, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrung nicht per se von diesem Austauschproblem in allen Netzwerkausschnitten (Familie, Freundeskreis und Partnerschaft) betroffen sind, sie stellen aber eine Risikogruppe dar. Präventive Maßnahmen sind nötig!

Spezielle sozialarbeiterische Unterstützungsmaßnahmen sind vor allem in Hinblick auf das Erhalten bestehender Beziehungen zu setzen. Es könnte z. B. schon innerhalb der Klinik der Kontakt zu Freunden unterstützt werden. Im extramuralen Bereich sollten diese auf jeden Fall berücksichtigt werden. Hier sind sie auch auf Grund räumlicher Nähe gut zu erreichen. Die Ressourcensuche innerhalb der bestehenden Kontakte darf sich nicht auf den familiären Rahmen beschränken. Menschen müssten bestärkt werden im Sinne psychoedukativer Interventionen mit ihrem Freundeskreis in Kontakt zu treten und mögliche Hemmschwellen und Barrieren, die durch die Psychiatrieerfahrung zwischen ihnen stehen, zu überwinden.

Unterstützung der Gestaltungsmöglichkeiten von Beziehungen, die jeder Mensch hat, könnte Inhalt von Beratungsgesprächen sein. Handlungsmöglichkeiten zur (Re-) Aktivierung sozialer Kontakte können mit der Klientin oder mit dem Klienten erarbeitet werden.

Der Grundsatz: „weniger ist mehr“ könnte als Leitmotiv stehen und den Klientinnen und Klienten Zeitressourcen eröffnen, die sie mit ihrem sozialen Netz verbringen

könnten. Gleichzeitig könnten Ideen der Gestaltung dieser gewonnenen Zeit bei Bedarf in den Beratungsgesprächen entwickelt werden.

Es stellt sich die Frage, in wie weit sich die Psychiatrie zu einem Ambulanzbetrieb öffnen kann bzw. in wie weit weiter eine Dezentralisierung verfolgt werden kann, um nicht für längere Zeit zur Distanz, welche durch die Erkrankung erlebt wird, auch noch räumliche Distanz zu schaffen.

Akzentuieren möchte ich, dass der Fokus der Angehörigenarbeit weg von der Familie, hin zu den anderen Beziehungsbrennpunkten und vor allem zu den Freunden erfolgen sollte.

Die Freunde stellen in der Jugendzeit eine wichtige Basis der gesunden Identitätsentwicklung und dienen der Ablösung vom Elternhaus, gerade in der Arbeit mit jungen Erwachsenen könnten Wege gefunden werden, diese Ressource mit ein zu beziehen.

Innerhalb der Familie ist aufschlussreich, dass unterstützende Funktion häufig von Geschwistern übernommen wird und zumeist eine zentrale Person den Großteil dieser Funktion ausübt. Der Entwicklung spezieller Angebote für Geschwister kommt mehr Bedeutung zu. Die Geschwister sollten von Fachkräften einerseits als Ressource aber andererseits auch als Risikogruppe wahrgenommen werden.

6 Literatur

6.1 Bücher

Alisch Lutz-Michael / Wagner Jürgen (Hg) 2006: Freundschaften unter Kindern und Jugendlichen. Interdisziplinäre Perspektiven und Befunde. Weinheim. München.

Ahnert Lieselotte (Hg) 2004: Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München.

Backenstraß Matthias 1998: Depression und partnerschaftliche Interaktion. Münster. New York. München. Berlin.

Benesch Hellmuth (Hg) 1992: Grundlagen der Psychologie. Studienausgabe. Band 1 bis 7. Weinheim.

Chassé Karl August / von Wensierski Hans-Jürgen (Hg) 2004, 3. Auflage: Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim. München.

Deger-Erlenmaier Heinz (Hg) 1992: Wenn nichts mehr ist, wie es war... Angehörige psychisch kranker Menschen bewältigen ihr Leben. Bonn.

Dilling Horst / Mombour W / Schmitz M. H. (Hg) 2008, 6. Auflage: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern.

Engelke Ernst / Maier Konrad / Steinert Erika / Borrmann Stefan / Spatscheck Christian (Hg) 2007: Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung. Freiburg im Breisgau.

Esser Hartmut 1993: Soziologie. Allgemeine Grundlagen. Frankfurt am Main.

Esser Hartmut 2002: Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 2. Die Konstruktion der Gesellschaft. Frankfurt am Main.

Greve Nils / Keller Thomas (Hg.) 2002: Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg.

Grob Alexander / Jaschinski Uta 2003: Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Weinheim. Basel. Berlin.

Hitzler Ronald / Buchner Thomas / Niederbacher Arne 2005, 2. Auflage: Leben in Szenen. Formen jugendlicher Vergemeinschaftung heute. Wiesbaden.

Janke Klaus / Niehusen Stefan 1995: Echt abgedreht. Die Jugend der 90er Jahre. München.

Jeammet Philippe (dir) 1997: Adolescence. (Transformations, Besoins, Confrontations, Générations, Troubles, Amours, Communication, Maladies). Repères pour les parents et les professionnels. Paris.

Kreft Dieter / Mielenz Ingrid 1996, 4. Auflage: Wörterbuch Soziale Arbeit. Weinheim. Basel.

Kolip Petra 1993: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung. Weinheim. München.

Lauth Gerhard W. / Viebahn Peter 1987: Soziale Isolierung. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. München. Weinheim.

Lamnek, Siegfried 2005, 4. Auflage: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim.

Lenz Karl / Nestmann Frank (Hg) 2009: Handbuch Persönliche Beziehungen. Weinheim. München.

Lüssi Peter 2001, 5. Auflage: Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung. Bern. Stuttgart. Wien.

Maelicke Bernd (Hg) 2008, 1. Auflage: Lexikon der Sozialwirtschaft. Baden-Baden.

Pantucek Peter / Maiss Maria (Hg) 2009: Die Aktualität des Denkens von Ilse Arlt. Wiesbaden.

Rahn Ewald / Mahnkopf Angela 2005: Lehrbuch Psychiatrie für Studium & Beruf. Bonn.

Schneewind Klaus A. 1999: Familienpsychologie. Stuttgart. Berlin. Köln.

Schumacher Jörg / Klaiberg Antje / Bräler Elmar 2003: Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle.

Staub-Bernasconi Silvia 2007: Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - ein Lehrbuch. Stuttgart.

Textor Martin R. 1991: Familien: Soziologie, Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau.

Völker Mathias 2008: Krawall, Kommerz und Kunst. Jugendkulturen im 20. Jahrhundert. Marburg.

6.2 Zeitschriften

Braksch Gudrun / Eike Werner 2009: Menschen mit Behinderung und psychisch Kranke: Wie wollen wir die Zukunft gemeinsam leben?. In Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. 2/2009;(60. Jahrg.);Nr.:2; Seiten 90-98.

Fischl Markus / Rittmannsberger Hans 2008: Psychoedukation für Angehörige schizophrener Patienten. In Gemeindenahe Psychiatrie;2/2008;(29.Jahrg.); Nr.:98; Seiten 51-58.

Heinrichs Douglas W. / Hanlon Thomas E. / Carpenter William t. jr 1984: The quality of life Scale: An Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome in Schizophrenia Bulletin Vol. 10; NO. 3; pages 388-398.

Radoschewski Michael 2000: Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. In Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2000;43; Seiten 165-189.

Riedler-Singer Renate: Ideale und meine eigene Familie. Veränderungen im Zuge einer psychischen Erkrankung. In Kontakt Zeitschrift 2008;5;Seiten 4-9.

6.3 Internet

Cannon Spoor: The Premorbid Adjustment Scale (PAS). Structured Interview Shedule. <http://faculty.biu.ac.il/~levins/pas/pas22e.pdf>
25.06.2009

Herwig-Lempp Johannes: Welche Theorien braucht Soziale Arbeit.
<http://209.85.129.132/search?q=cache%3AheyAa7VdFDsJ%3Awww.herwig-lempp.de%2Fdaten%2Fveroeffentlichungen%2F0302TheorieSozArbJHL.pdf+welche+Theorien+brauch+Soziale+Arbeit&hl=de>
18.08.2009

Kleve Heiko 2002: Die postmoderne Theorie Sozialer Arbeit. Ein möglicher Blick auf die real- und theorie-historische Entwicklung der Sozialarbeit/Sozialpädagogik.
<http://66.102.1.104/scholar?q=cache:25JJtuzCzNgJ:scholar.google.com/+staub+bernasconi+theorie&hl=de>
18.08.2009

Meeus Wim H. J. / Branje Susan J. T. / van der Valk Inge / de Wied Muriel 2007: Relationship with intimate partner, best friend, and parents in adolescence and early adulthood: A study of the salience of the intimate partnership. In International Journal of Behavioral Development 2007;31;569.
<http://jbd.sagepub.com/cgi/content/abstract/31/6/569>
26.05.2009

Moosburger Helfried / Kelava Augustin: Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test.(Testgütekriterien).
http://psychiatrische-pharmakotherapie.de/images/testtheorie_und_fragebogenkonstruktion/Probekapitel_2.pdf

23.04.2009

O'Connor Pet / Haynes Amanda / Kane And Ciara 2004: Relational Discourses: Social Ties with family and Friends. In Childhood 2004; 11; 361.

<http://chd.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/3/361>

26.05.2009

Smith LeBeau Lavonia / Buckingham Justin T. 2008: Relational social comparison tendencies, insecurity, and perceived relationship quality. In Journal Of Social and Personal Relationships 2008;25;71.

<http://spr.sagepub.com/cgi/content/abstract/25/1/71>

26.05.2009

Stangl Werner: [werner stangl]s arbeitsblätter. Gütekriterien empirischer Forschung.

<http://arbeitsblaetter.stangl->

[taller.at/FORSCHUNGSMETHODEN/Guetekriterien.shtml](http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/FORSCHUNGSMETHODEN/Guetekriterien.shtml)

25.04.2009

Stub-Bernasconi Silvia: Sozialarbeitswissenschaft

http://www.unimagdeburg.de/iew/web/studentische_projekte/ss02/seibusch/bernasconiTheorie.htm

18.08.2009

Wunderink Lex / Sijmema Sjoerd / Nienhuis Fokko J. / Wiersma Durk 2008:

Clinical Recovery in First-Episode Psychosis. In Schizophrenia Bulletin; vol. 35 no. 2 pp. 362-369. Advance Access publication

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.0/uk/>

6.4 Quellenangabe

Bundesgesetzblatt. I – Ausgegeben am 29. Dezember 2000 – Nr. 135

Bundesgesetzblatt. I – Ausgegeben am 9. August 2002 – Nr. 117

Litt Mark D. / Kadden Roland M. / Kabela-Cormier Elisa / Petry Nancy M. 2009:

Changing Network Support for Drinking: Network Support Project Two-Year Follow-up. NIH Public Access Author Manuscript. Published in final edited form as: J Consult Clin. Psychol. 2009 April; 77(2):229-242.

Magistrat der Stadt Wien 2002: Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002. Wien.

Meyers Grosses Taschenlexikon in 24 Bänden 1987 2. Auflage. B.I.-Taschenbuchverlag. Mannheim. Wien. Zürich.

Österreichisches Rotes Kreuz 2009: Rettungssanitäter Lehr- und Lernbehelf. Wien.

Statistik Austria, Bundesanstalt Statistik Österreich 2007: Männer und Frauen in Österreich. Statistische Analyse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden. Wien.

Statistik Austria, Bundesanstalt Statistik Österreich 2007: Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten nach Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Standort der Krankenanstalten - Niederösterreich.Wien.

Staub Bernasconi Silvia 2009: INDOSOW Worksheet 1-7. Intensive Programme. Doctoral studies in social work and social policy. Ankaran.

Staub Bernasconi Silvia (Ed) 2009: Student Reader Module II. Theories of Social Work and Social Policy – international perspectives. Intensive programm: doctoral studies in social work and social policy: teaching comparative perspectives within an international context. INDOSOW

Winkler Annemarie 2009: Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit im Rahmen der Psycho-Sozialen Dienste der Caritas St. Pölten. Diplomarbeit eingereicht zur Erlangung des Grades Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe an der Fachhochschule St. Pölten. St. Pölten.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Geschlechterverteilung.....	33
Abbildung 2 Psychiatrie Erfahrung Experimentalgruppe.....	35
Abbildung 3 Berufstätigkeit.....	44
Tabelle 1 Symmetrische Maße zu Ausbildungsabschluss	45
Abbildung 4 Geschwisterfolge.....	46
Abbildung 5 Wohnsituation	47
Abbildung 6 Kontakt zu den Eltern	47
Tabelle 2 Korrelationen zu Kontakt	48
Tabelle 3 Kreuztabelle zur Partnerschaft	48
Tabelle 4 Symmetrische Maße zu PartnerIn	49
Abbildung 7 Mittelwerte zur Erlebten Qualität	50
Tabelle 5 Kreuztabelle Erlebte Unterstützung.....	52
Tabelle 6 Symmetrische Maße zu Unterstützung im Freundeskreis	53
Tabelle 7 Kreuztabelle zu Besprechen von Entscheidungen	55
Tabelle 8 Kreuztabelle zur Ratsuche	57
Tabelle 9 Symmetrische Maße zu seitens der Familie.....	58
Abbildung 8 Kontaktfrequenz zu Familie und Freunden.....	59
Abbildung 9 Art der Kontakte mit Familie und Freunden.....	59
Tabelle 10 Symmetrische Maße zu Unternehmungen mit den Freunden	60
Abbildung 10 gemeinsame Unternehmungen mit Freunden	61
Abbildung 11 gemeinsame Unternehmungen mit PartnerIn.....	61
Tabelle 11 Symmetrische Maße zu Initiative im Freundeskreis	62
Tabelle 12 Kreuztabelle Initiative/Unternehmungen.....	63
Tabelle 13 Symmetrische Maße Initiative/Unternehmungen.....	63
Abbildung 12 gemeinsame Aktivitäten	70

ANHANG

Übersicht

Fragebogen

Codierungsplan

Ausgewertetes Datenmaterial

(Der Übersichtlichkeit halber und um Platz zu sparen sind die Schriftgrößen stellenweise entsprechend angepasst und verkleinert)

Interviewnummer: _____ (fortlaufend von 1-50) Gruppe: A / B

Herzlichen Dank! dass Sie sich zu diesem Interview bereiterklärten! Ihre Angaben werden anonymisiert und vertraulich behandelt, sie dienen lediglich meiner Diplomarbeit an der Fachhochschule St. Pölten, Studiengang Sozialarbeit 2008/2009.

Bitte vervollständigen Sie unten angegebenen Text:

Ich bin ____ Jahre alt, meine derzeitige Berufstätigkeit ist _____

Ich habe ____ Geschwister bzw. ____ Halbgeschwister, ich bin das _____ Kind in unserer Familie.

Zutreffendes bitte Ankreuzen (auch Mehrfachantworten):

w m

meine Eltern sind ... verheiratet

geschieden

in Lebensgemeinschaft

getrennt

sonstiges _____

(b1): ich habe... zu beiden Kontakt

zu einem Kontakt

zu keinem Kontakt

(b2): Ich wohne... bei meinen Eltern... ich habe zuvor bereits alleine gewohnt

alleine

mit Partner/Partnerin

in einer Wohngemeinschaft

in einer Institution (Heim, WG, betreute Wohnung)

(b3_1) Pflichtschule abgebrochen abgeschlossen in Ausbildung

(b3_2) Lehre abgebrochen abgeschlossen in Ausbildung

(b3_3) AHS abgebrochen abgeschlossen in Ausbildung

(b3_4) BHS abgebrochen abgeschlossen in Ausbildung

(b3_5) Akademie abgebrochen abgeschlossen in Ausbildung

(b3_6) FH abgebrochen abgeschlossen in Ausbildung

(b3_7) Universität abgebrochen abgeschlossen in Ausbildung

(b3_8) Sonstiges _____

abgebrochen abgeschlossen in Ausbildung

Beantworten Sie bitte folgende Fragen über Ihrer FAMILIE mit JA oder NEIN und ergänzen Sie gegebenenfalls in eigenen Worten:

(fa1) Haben Sie in Ihrer Familie Personen, die Sie als Unterstützung erleben? ja nein

Wenn ja, wer ist die Person (sind die Personen)

(fa2) Besprechen Sie sich mit jemand aus Ihrer Familie, wenn sie vor einer Entscheidung stehen? ja nein

(fa3) Unternehmen Sie mit einer oder mehreren Personen Ihrer Familie etwas (Urlaub, Theater, Sport, Ausgehen) ja nein

(fa4) Wenn Sie in Geldnot geraten, würde Ihnen jemand aus Ihrer Familie aushelfen? ja nein

(fa5) Wenn jemand aus Ihrer Familie Probleme hat, können Sie sich vorstellen dann zu helfen? ja nein (fa5_1bis6) wenn ja, welche Probleme könnten das sein?

(fa6) Erleben Sie, dass jemand aus Ihrer Familie Sie um Rat fragt? ja nein

(fa6_1bis8) Können Sie ein Beispiel anführen _____

(fa7) Rufen Sie jemanden aus Ihrer Familie an, wenn Sie etwas unternehmen wollen? ja nein

(fa8) Glauben Sie, dass sie jemand aus Ihrer Familie bei einem Spitalsaufenthalt besuchen würde? ja nein (fa9) Würden Sie das wünschen? ja nein

Geben Sie bitte an wie oft und welchen Kontakt Sie ca. in den letzten zwei Wochen mit jemandem aus ihrer Familie hatten:

(fa11)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 10 – 14 Mal | (fa12_1) <input type="checkbox"/> persönlich |
| <input type="checkbox"/> 5 - 10 Mal | (fa12_2) <input type="checkbox"/> telefonisch |
| <input type="checkbox"/> weniger als 5 Mal | (fa12_3) <input type="checkbox"/> per Mail/Brief |
| <input type="checkbox"/> keinen Kontakt | (fa12_4) <input type="checkbox"/> Internet (Chat/Forum...) |

Kreisen Sie bitte zu folgenden Aussagen die für Sie stimmige Zahl ein

0 = weiß nicht 1 = trifft voll zu 2 = trifft zu 3 = trifft eher nicht zu 4 = trifft gar nicht zu

(fa10_1) Ich fühle mich von mindestens einer Person meiner Familie verstanden 0 1 2 3 4

(fa10_2) Meine Träume und Wünsche bespreche ich in meiner Familie 0 1 2 3 4

(fa10_3) Wenn ich an meine Familie denke, weiß ich, es ist jemand für mich da 0 1 2 3 4

(fa10_4) Ich möchte meine Familie nicht mit meinen Problemen belasten 0 1 2 3 4

(fa10_5) Es gibt in meiner Familie mindestens eine Person, die ähnlich denkt 0 1 2 3 4

(fa10_6) Private, intime Themen bespreche ich nicht mit Personen meiner Familie 0 1 2 3 4

Beantworten Sie bitte folgende Fragen zu Ihrem FREUNDESKREIS mit JA oder NEIN und ergänzen Sie gegebenenfalls in eigenen Worten:

(fr1) Haben Sie in ihrem Freundeskreis Personen, die Sie als Unterstützung erleben? O ja O nein

(fr1_1) wie viele..... (fr1_2)Haben Sie eine beste Freundin/einen besten Freund? O ja O nein

(fr2)Besprechen Sie sich mit jemanden aus Ihrem Freundeskreis, wenn sie vor einer Entscheidung stehen? O ja O nein

(fr3) Unternimmt jemand oder unternehmen mehreren Personen Ihren Freundeskreises regelmäßig etwas mit Ihnen (Urlaub, Theater, Sport, Ausgehen) O ja O nein (fr3_1)wenn ja, in welchen Abständen ca.?

(fr4) Wenn Sie in Geldnot geraten, würde Ihnen jemand aus Ihrem Freundeskreis aushelfen? O ja O nein

(fr5) Wenn jemand aus Ihrem Freundeskreis Probleme hat, können Sie sich vorstellen dann zu helfen? O ja O nein (fr5_1bis6) an welche Probleme denken Sie?_____

(fr6) Erleben Sie, dass jemand aus Ihrem Freundeskreis Sie um Rat fragt? O ja O nein

(fr6_1bis8) Können Sie dafür ein Beispiel anführen? _____

(fr7) Rufen Sie jemanden aus Ihrem Freundeskreis an, wenn Sie etwas unternehmen möchten? O ja O nein

(fr8) Glauben Sie, dass Sie jemand aus Ihrem Freundeskreis bei einem Spitalsaufenthalt besuchen würde? O ja O nein (fr9) Würden Sie das wünschen? O ja O nein

Geben Sie bitte an wie oft und welchen Kontakt Sie ca. in den letzten zwei Wochen mit jemandem aus ihrem Freundeskreis hatten:

(fr11)

- 10 – 14 Mal (fr12_1) persönlich
- 5 - 10 Mal (fr12_2) telefonisch
- weniger als 5 Mal (fr12_3) per Mail/Brief
- keinen Kontakt (fr12_4) Internet (Chat/Forum...)

Kreisen Sie bitte zu folgenden Aussagen die für Sie stimmige Zahl ein

0 = weiß nicht 1= trifft voll zu 2 = trifft zu 3 = trifft eher nicht zu 4 = trifft gar nicht zu

(fr10_1)Ich fühle mich von mindestens einem Freund/einer Freundin verstanden 0 1 2 3 4

(fr10_2)Meine Träume und Wünsche bespreche ich mit meinen Freunden 0 1 2 3 4

(fr10_3)Wenn ich an meine Freunde denke, weiß ich, es ist jemand für mich da 0 1 2 3 4

(fr10_4)Ich möchte meine Freunde nicht mit meinen Problemen belasten 0 1 2 3 4

(fr10_5)Mindestens eine Person meines Freundeskreises, denkt ähnlich wie ich 0 1 2 3 4

(fr10_6)Private, intime Themen bespreche ich nicht mit meinen Freunden 0 1 2 3 4

(p0) Haben Sie momentan einen Partner/eine Partnerin?

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen zu Ihrer PARTNERSCHAFT mit JA oder NEIN und ergänzen Sie gegebenenfalls in eigenen Worten:

(p1) Erleben Sie ihren Partner/ihre Partnerin als Unterstützung? O ja O nein

(p2) Besprechen Sie sich mit ihrem Partner/ihrer Partnerin, wenn sie vor einer Entscheidung stehen? O ja O nein

(p3) Unternehmen Sie regelmäßig etwas mit ihrem Partner/ihrer Partnerin (Urlaub, Theater, Sport, Ausgehen) O ja O nein (p3_1) wenn ja, in welchen Abständen ca.?.....

(p4) Wenn Sie in Geldnot geraten, würde Ihnen Ihr Partner aushelfen? O ja O nein

(p5) Wenn ihr Partner/ihre Partnerin Probleme hat, können Sie sich vorstellen dann zu helfen?

O ja O nein (p5_1 bis 6) an welche Probleme denken Sie? _____

(p6) Erleben Sie, dass ihr Partner/ihre Partnerin Sie um Rat fragt? O ja O nein

(p6_1 bis 8) Können Sie ein Beispiel anführen? _____

(p7) Rufen Sie ihren Partner/ihre Partnerin an bzw. initiieren Sie, wenn Sie etwas unternehmen möchten? O ja O nein

(p8) Glauben Sie, dass Sie Ihr Partner bei einem Spitalsaufenthalt besuchen würde? O ja O nein

(p9) Würden Sie das wünschen? O ja O nein

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an:

Mit meinem Partner/meiner Partnerin...

(p11) wohne ich zusammen (p12_1) telefoniere ich täglich

(p12_2) treffe ich mich täglich

(p12_3) treffe ich mich mehr als 3 Mal die Woche

(p12_4) treffe ich mich jedes Wochenende

Kreisen Sie bitte zu folgenden Aussagen die für Sie stimmige Zahl ein

0 = weiß nicht 1 = trifft voll zu 2 = trifft zu 3 = trifft eher nicht zu 4 = trifft gar nicht zu

(p10_1) Ich fühle mich von meinem Partner/meiner Partnerin verstanden 0 1 2 3 4

(p10_2) Meine Träume und Wünsche bespreche ich mit meinem Partner/meiner Partnerin 0 1 2 3 4

(p10_3) Wenn ich an meinen Partner/meiner Partnerin denke,

weiß ich, es ist jemand für mich da 0 1 2 3 4

(p10_4) Ich möchte meinen Partner/meine Partnerin nicht mit meinen Problemen belasten 0 1 2 3 4

(p10_5) Mein Partner/meine Partnerin denkt ähnlich wie ich 0 1 2 3 4

(p10_6) Private, intime Themen bespreche ich nicht mit meinem Partner/meiner Partnerin 0 1 2 3

DANKE für Ihre Mitarbeit!

Int. Nr.: 1 – 25 Gruppe B (Kontrollgruppe) B=2; Int. Nr.: 25-50 Gruppe A (Experimentalgruppe) A=1

Aller

Beruf: 1 = ArbeiterIn; 2 = Angestellte/r; 3= StudentIn/SchülerIn; 4= Hausfrau/Hausmann;
5= PensionistIn;6= in Arbeitstherapie;7= im Beschäftigungsprojekt;8= arbeitsuchend

[Zahl] Geschwister / Halbgeschwister / Reihe

Sex: m= 2 ;w= 1

Eltern: 1=verheiratet; 2=geschieden;3=in Lebensgemeinschaft; 4=getrennt; 5=sonstiges

b1:1= zu beiden Kontakt;2 = zu einem Kontakt;3 = zu keinem Kontakt

b2:1=Eltern; 2=Eltern, zuvor alleine gewohnt;3=alleine; 4=mit Partner/Partnerin; 5=WG; 6=
Institution

b3_1 bis b3_8: 1=abgebrochen; 2= abgeschlossen; 3=in Ausbildung

fa1/fa2/fa3/fa4/fa5/fa6/fa7/fa8/fa9/fr1/fr2/fr3/fr4/fr5/fr6/fr7/fr8/fr9/p0/p1/p2/p3/p4/p5/p6/p7/p8/p9/:

ja=1; nein=2

fa1_1 bis fa1_8:

1=Mutter;2=Vater;3=Großmutter;4=Großvater;5=Tante;6=Onkel;7=Geschwister;8=andere

fa5_1 bis fa5_6 und fr5_1 bis fr5_6 und p5_1 bis p5_6:

1= gesundheitliche Probleme;2= zwischenmenschliche Konflikte;3= Dienstleistungen;4= technische
Hilfsdienste;5=persönliches Wohlbefinden;6=finanzielle Hilfe

fa6_1 bis fa6_8 und fr6_1 bis fr6_8 und p6_1 bis p6_8

1= Entscheidungen;2= Erziehungsfragen;3= persönliche Probleme;4= Geldangelegenheiten;
5= Technik/Elektronik;6= Beziehungsfragen;7= Arbeitssituation;8= allgemeine Beratung

fa10_1 bis fa10_6 und fr10_1 bis fr10_6 und p10_1 bis p10_6

0 = weiß nicht - 1 = trifft voll zu - 2 = trifft zu - 3 = trifft eher nicht zu - 4 = trifft gar nicht zu

fa11 und fr11:

1=10 – 14 Mal

2=5 - 10 Mal

3=weniger als 5 Mal

4=keinen Kontakt

fa12_1/fr12_1 persönlich

1=ja 2=nein

fa12_2/fr12_2 telefonisch

fa12_3/fr12_3 per Mail/Brief

fa12_4/fr12_4 Internet (Chat/Forum...)

p11:1=ja 2=nein

p12_1 telefoniere ich täglich

1=ja 2=nein

p12_2treffe ich mich täglich

p12_3treffe ich mich mehr als 3 Mal die Woche

p12_4treffe ich mich jedes Wochenende

Ausgewertetes Datenmaterial

Abgebrochene Ausbildung * Gruppe Kreuztabelle

Anzahl		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Abgebrochene Ausbildung	Ausbildung abgebrochen	12	4	16
	Ausbildung nicht abgebrochen	13	21	34
	Gesamt	25	25	50

Tabelle 1

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- Nominalmaß	bzgl. Phi	,343	,015
	Cramer-V	,343	,015
	Anzahl der gültigen Fälle	50	

Tabelle 2

Es wird ersichtlich, dass bei einem Signifikanzniveau von 5%, bereits eine Signifikanz bestünde.

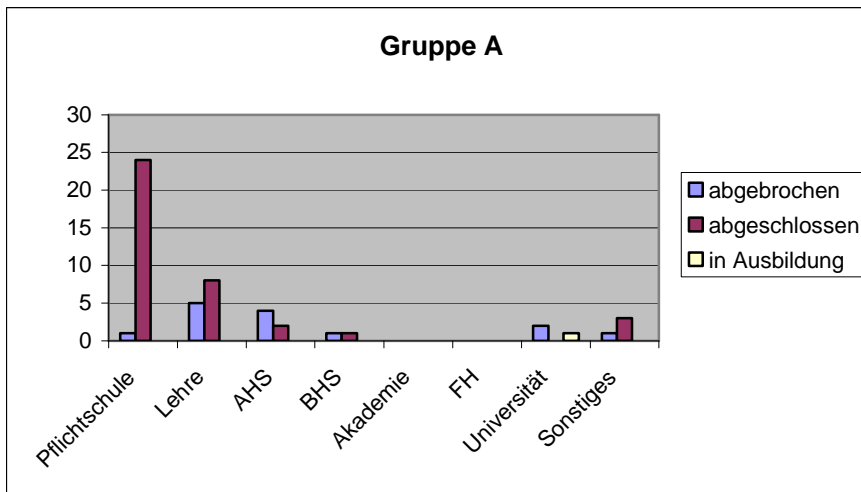


Abbildung 1

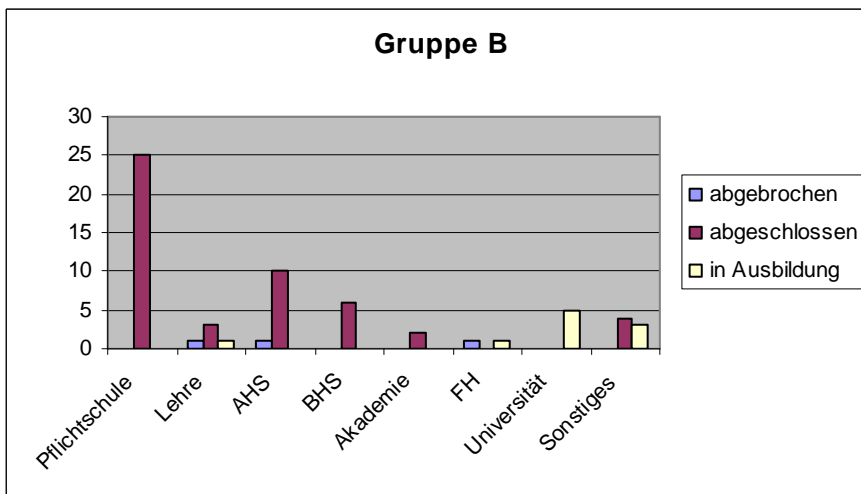


Abbildung 2

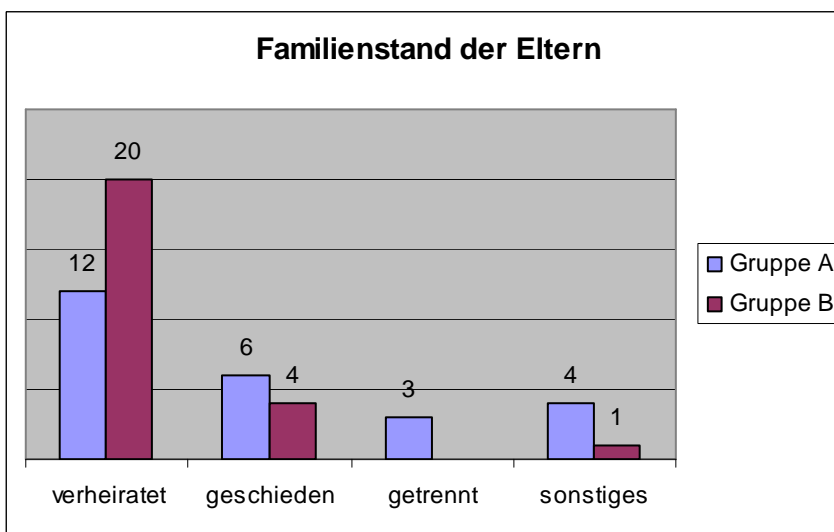


Abbildung 3

Symmetrische Maße zur Unterstützung seitens der Familie

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- Nominalmaß	bzgl. Phi	,147	,297
	Cramer-V	,147	,297
	Anzahl der gültigen Fälle	50	

Tabelle 3

Symmetrische Maße Unterstützung durch Partnerschaft

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- Nominalmaß	bzgl. Phi	,282	,129
	Cramer-V	,282	,129
	Anzahl der gültigen Fälle	29	

Tabelle 4

unterstützende Personen (A)

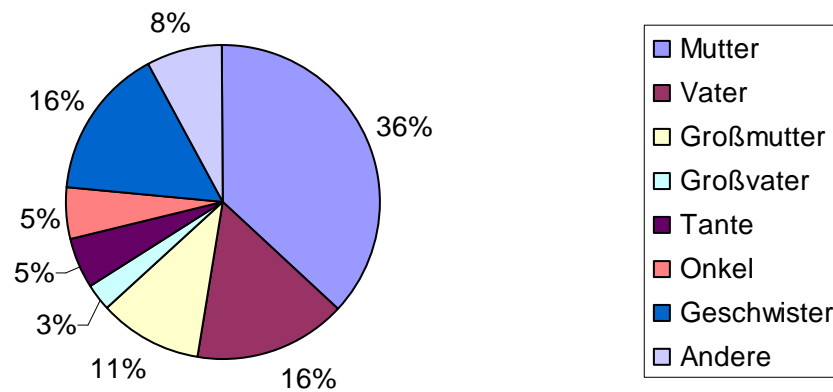


Abbildung 4

unterstützende Personen (B)

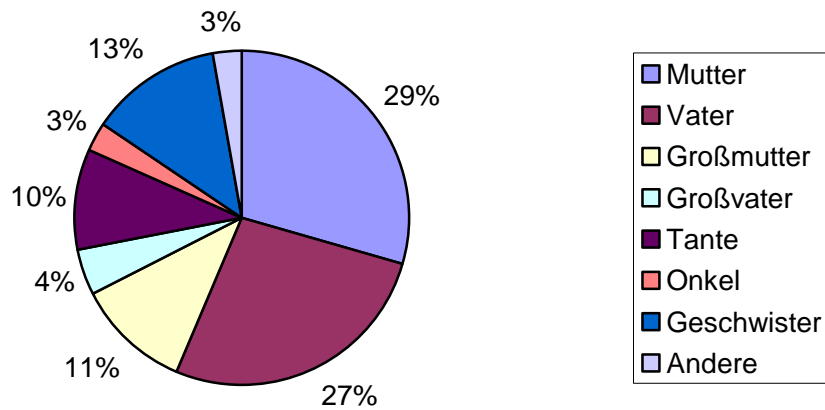


Abbildung 5

Symmetrische Maße Besprechen von Entscheidungen/Familie

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- Nominalmaß	bzgl. Phi	,109	,440
	Cramer-V	,109	,440
	Anzahl der gültigen Fälle	50	

Tabelle 5

Symmetrische Maße Besprechung von Entscheidungen/Freunde

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- Nominalmaß	bzgl. Phi	,183	,204
	Cramer-V	,183	,204
	Anzahl der gültigen Fälle	48	

Tabelle 6

Symmetrische Maße Besprechen von Entscheidungen/PartnerIn

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- Nominalmaß	bzgl. Phi	-,282	,129
	Cramer-V	,282	,129
	Anzahl der gültigen Fälle	29	

Tabelle 7

Symmetrische Maße Ratsuche seitens der Freunde

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- Nominalmaß	bzgl. Phi	-,300	,036
	Cramer-V	,300	,036
	Anzahl der gültigen Fälle	49	

Tabelle 8

Symmetrische Maße Ratsuche seitens der Partnerin/des Partners

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- Nominalmaß	bzgl. Phi	-,282	,129
	Cramer-V	,282	,129
	Anzahl der gültigen Fälle	29	

Tabelle 9

Kategorien aus den gegebenen Beispielen von Ratsuche:

- ❖ Entscheidungen;
- ❖ Erziehungsfragen;
- ❖ persönliche Probleme;
- ❖ Geldangelegenheiten;
- ❖ Technik/Elektronik;
- ❖ Beziehungsfragen;
- ❖ Arbeitssituation;
- ❖ allgemeine Beratung

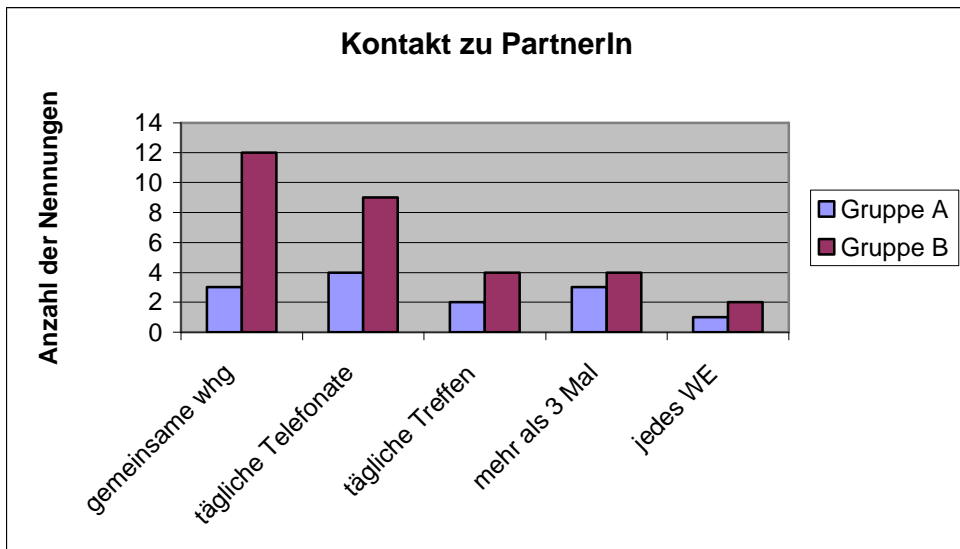


Abbildung 6

Kreuztabelle Unternehmungen mit Familie

Anzahl		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Unternehmungen	ja	20	22	42
	nein	5	3	8
	Gesamt	25	25	50

Tabelle 10

Symmetrische Maße Unternehmung/Familie

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	-,109	,440
	Cramer-V	,109	,440
	Anzahl der gültigen Fälle	50	

Tabelle 11

Symmetrische Maße Unternehmungen/Paarbeziehung

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	-,282	,129
	Cramer-V	,282	,129
	Anzahl der gültigen Fälle	29	

Tabelle 12

Kreuztabelle Unternehmungen Paarbeziehung

Anzahl		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Unternehmungen	ja	8	20	28
	nein	1	0	1
	Gesamt	9	20	29

Tabelle 13

Kreuztabelle Unternehmungen im Freundeskreis

Anzahl		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Unternehmungen	ja	16	25	41
	nein	8	0	8
	Gesamt	24	25	49

Tabelle 14

Kreuztabelle Initiative

		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Initiative In Familie	ja	13	17	30
	nein	12	8	20
	Gesamt	25	25	50

		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Initiative bei Freunden	ja	18	25	43
	nein	6	0	6
	Gesamt	24	25	49

		Gruppe		
		Gruppe A	Gruppe B	Gesamt
Initiative ParterIn	bei ja	8	19	27
	nein	1	1	2
	Gesamt	9	20	29

Tabelle 15

Symmetrische Maße Initiative/Familie

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	-,163	,248
	Cramer-V	,163	,248
	Anzahl der gültigen Fälle	50	

Tabelle 16

Symmetrische Maße Initiative/Paarbeziehung

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	-,112	,548
	Cramer-V	,112	,548
	Anzahl der gültigen Fälle	29	

Tabelle 17

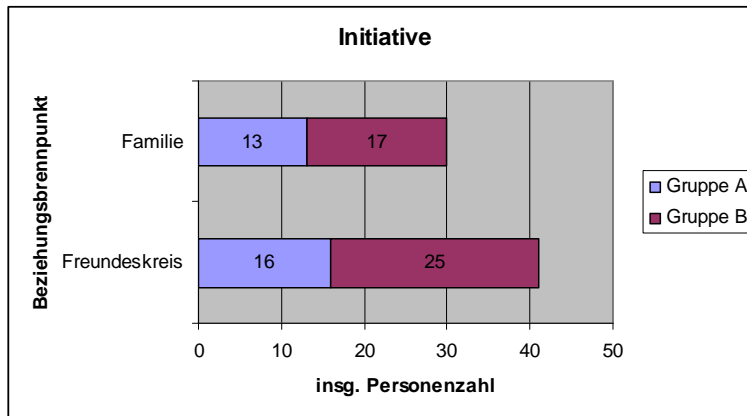


Abbildung 7

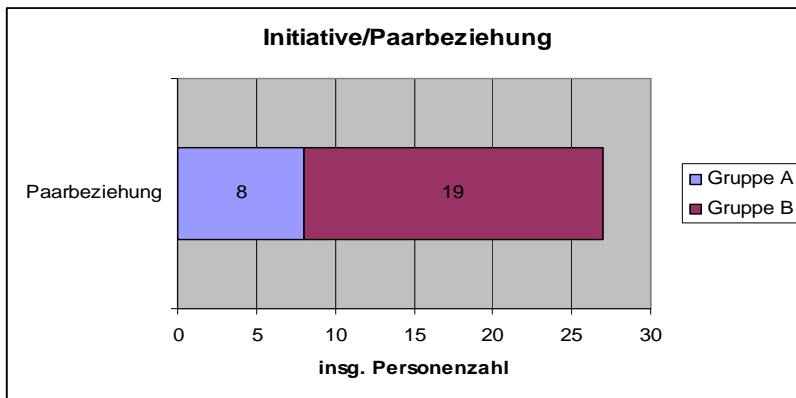


Abbildung 8

Untenstehende Zusammenfassung zeigt, wer wie viele Geschwister hat und an welcher Stelle sie oder er in der Reihe der Geschwister steht:

Zusammenfassung von Fällen^a

Int. Nr.		Geschwister	Halbgeschwister	Geschwisterfolge
Gruppe A	1	0	1	1
	2	2	0	2
	3	1	0	2
	4	1	0	2
	5	2	0	1
	6	3	1	3
	7	1	0	1
	8	4	0	4
	9	0	0	1
	10	3	0	4
	11	1	2	1
	12	1	0	1
	13	1	2	2
	14	2	0	3
	15	3	0	2
	16	0	1	1
	17	2	4	3

	18	2	1	3
	19	2	0	2
	20	2	0	3
	21	0	3	1
	22	1	0	2
	23	0	0	1
	24	2	1	2
	25	0	1	1
	Insgesamt	25	25	25
Gruppe	1	0	0	1
B				
	2	1	1	1
	3	1	0	1
	4	1	0	1
	5	1	0	1
	6	2	0	3
	7	2	0	3
	8	0	0	1
	9	0	2	3
	10	0	1	2
	11	1	0	2
	12	2	1	2
	13	1	0	1
	14	1	0	1
	15	1	0	1
	16	3	0	2
	17	2	0	3
	18	1	1	3
	19	0	0	1
	20	1	0	2
	21	1	0	2
	22	2	0	2

	23	0	0	1
	24	1	0	1
	25	1	0	2
	Insgesamt	N	25	25
Insgesamt		50	50	50

a. Begrenzt auf die ersten 100 Fälle.

Tabelle 18

Zusammenfassung von Fällen^a

		Pflichtschule	Lehre	AHS	BHS	Akademie	FH	Universität	Sonstiges
Gruppe	Gruppe A	abgeschlossen	.	abgebrochen	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	.	.	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	.	.	.	.	.	.	.
		abgebrochen	.	.	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	abgebrochen	.	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	abgeschlossen	abgebrochen	.	.	.	.	abgebrochen
		abgeschlossen	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	.	abgebrochen	.
		abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	.	in Ausbildung	.
		abgeschlossen	.	abgebrochen	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	.	.	.	.	.	.	abgeschlossen
		abgeschlossen	.	.	.	.	.	.	abgeschlossen
		abgeschlossen	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	.	.	.	.	.	.	.
		abgeschlossen	abgebrochen	.	.	.	.	.	abgeschlossen
		abgeschlossen	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.

	abgeschlossen	abgebrochen	.	.	.	.	.	.
	abgeschlossen	abgebrochen	abgebrochen	.	.	.	.	.
	abgeschlossen	.	.	abgebrochen	.	.	.	.
	abgeschlossen	abgebrochen	.	.	.	.	.	.
	abgeschlossen	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.
	abgeschlossen	.	.	abgeschlossen	.	.	abgebrochen	.
Gruppe B	25	13	6	2			3	4
	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	in Ausbildung	.	.
	abgeschlossen	in Ausbildung	.	.	.	.	.	.
	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.	in Ausbildung
	abgeschlossen	abgebrochen	.	.	.	.	.	abgeschlossen
	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	.	in Ausbildung	.
	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.	abgeschlossen
	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	abgebrochen	.	.
	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	.	.	.
	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	.
	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	.
	abgeschlossen	.	.	abgeschlossen	.	.	.	in Ausbildung
	abgeschlossen	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.
	abgeschlossen	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.

	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	.	in Ausbildung	.
	abgeschlossen	.	.	abgeschlossen	.	.	in Ausbildung	.
	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	.	.	in Ausbildung
	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	.	in Ausbildung	.
	abgeschlossen	.	.	abgeschlossen	.	.	.	.
	abgeschlossen	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.
	abgeschlossen	.	.	abgeschlossen	.	.	.	.
	abgeschlossen	.	abgebrochen	.	.	.	.	abgeschlossen
	abgeschlossen	.	.	.	.	.	.	abgeschlossen
	abgeschlossen	.	.	abgeschlossen	.	.	in Ausbildung	.
	abgeschlossen	.	abgeschlossen	.	.	.	.	.
	abgeschlossen	.	.	abgeschlossen	.	.	.	.
	25	5	11	6	2	2	5	7
Insgesamt N	50	18	17	8	2	2	8	11

a. Begrenzt auf die ersten 100

Fälle.