UNIVERSITÄT AUGSBURG
Universitätsbibliothek

OPEN ACCESS
OPUS AUGSBURG

Belastungen und Bewältigungsstrategien von erwachsenen Töchtern in der häuslichen Pflege von körperlich und geistig kranken Müttern und Vätern

Melanie Deutmeyer

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Deutmeyer, Melanie. 2006. "Belastungen und Bewältigungsstrategien von erwachsenen Töchtern in der häuslichen Pflege von körperlich und geistig kranken Müttern und Vätern." Augsburg: Universität Augsburg.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:
Deutsches Urheberrecht
Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:
https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/

Belastungen und Bewältigungsstrategien von erwachsenen Töchtern in der häuslichen Pflege von körperlich und geistig kranken Müttern und Vätern

Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.

Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Augsburg

vorgelegt von
Dipl.oec. (Univ.) Melanie Deutmeyer

2006

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl
Zweitgutachter: PD. Dr. Armin Günther

Tag der mündlichen Prüfung: 17. Februar 2006

Inhalt

Einleitung **7**

1 Häusliche Pflege: Strukturen und Folgen der Pflegesituation alter und betagter Menschen in Deutschland und Bewältigungsstrategien pflegender Angehöriger **9**
1.1 Daten und Fakten zur häuslichen Pflege 9
1.2 Pflegeaufwand und Belastungsprofile 11
1.3 Konsequenzen der häuslichen Pflege für die Gesundheit der Pflegepersonen 12
1.4 Bewältigung der Pflegebelastungen im Rahmen der häuslichen Pflege 14

2 Psychotraumatische Phänomene und andere kritische Ereignisse **17**
2.1 Kritisches Lebensereignis, negatives Ereignis, Trauma: Ein und dasselbe oder unterschiedliche Phänomene? 18
2.2 Ein kurzer Abriss zur Geschichte der Psychotraumatologie und der PTB 20
2.3 Was macht ein Ereignis traumatisch? 22
2.3.1 Ereignisabhängige Faktoren - Charakteristika traumatisierender Ereignisse 24
2.3.2 Ereignisunabhängige Faktoren der Lebensgeschichte und Disposition 27
2.4 Klinische Folgen traumatischer Erfahrungen: Posttraumatische Belastungsstörungen 35
2.4.1 Beschreibung der posttraumatischen Belastungssymptome 35
2.4.2 Epidemiologie, Verlauf und zur Nosologie der PTB 37
2.5 Offene Fragen und weiteres Vorgehen 38

3 Theorien kognitiver Reorganisation nach stressreichen Ereignissen: Standortbestimmung und offene Fragen zu den Theorien von Shelley E. Taylor und Ronnie Janoff-Bulman **41**
3.1 Die kognitive Adaptationstheorie: Shelley E. Taylors Illusionstheorie 41
3.2 Die initiierende Studie 43
3.3 Das Illusionsphänomen 44
3.4 Grundlegenden Thesen der kognitiven Adaptationstheorie 50
3.5 Positive Illusionen und psychische Gesundheit 55
3.6 Die Abwesenheit positiver Illusionen und psychische Gesundheit 58
3.7 Der Ursprung adaptiver Illusionen 59
3.8 Die Illusionstriade: Illusionen des positiven Selbst, Kontroll- und Zukunftsillusionen 60
3.8.1 Illusion des positiven Selbst 61
3.8.2 Kontrollillusionen 63
3.8.3 Zukunftsillusion oder der unrealistische Optimismus 64
3.9 Mechanismen im Dienste der positiven Illusionen 65
3.10 Funktionales Maß positiver Illusionen 67
3.11 Viktimisierung 68
3.12 Theoretischer Erklärungsansatz für traumatisierende Ereignisse 73
3.13 Deviktimisierung - Bewältigung traumatischer Ereignisse 74
3.13.1 Strategien der Deviktimisierung 77
3.13.1.1 Intrapsychische Bewältigung: Selektive Selbstevaluierungen 77
3.13.1.2 Interindividuelle Bewältigung: Soziale Unterstützungsleistungen 86
3.14 Fragestellungen und methodische Aspekte der Taylorschen Illusionsforschung 89
3.14.1 Das von Taylor eingesetzte standardisierte Instrumentarium 91
3.14.2 Kritische Anmerkungen zum Nachweis des adaptiven Nutzens positiver Illusion 93

3.15 Die Kontroverse um die positiven Illusionen 94
3.15.1 Positive Illusionen: Adaptiver Nutzen eines normalen Phänomens oder Zeichen narzisstischer Tendenzen 95
3.16 Zusammenfassende Einschätzung der Illusionskontroverse 104
3.17 Einige kritische Anmerkungen zum Beitrag der positiven Illusionen zur Anpassung an traumatische Ereignisse 105
3.17.1 Selbstvergleiche zur Anpassung an traumatische Ereignisse 105
3.17.2 Positive Illusionen: Bewältigung oder Outcome eines Anpassungsprozesses? 107
3.17.3 Zeitlicher Rahmen für die Untersuchung von positiven Illusionen nach traumatischen Ereignissen 108
3.17.4 Haben Frauen und Männer gleiche und gleich viele positive Illusionen? 109
3.17.5 Nutzen und Grenzen der kognitiven Adaptionstheorie für die Untersuchung subjektiven Erlebens traumatisierter Personen 110

4 Cognitive Processing Modell: Janoff-Bulmans assumptive world theory 112
4.1 Die grundlegenden Annahmen der assumptive world theory 112
4.2 Die Kernüberzeugungen 117
4.2.1 Benevolence of the world – der Glaube an eine wohlwollende Welt 119
4.2.2 Meaningfulness of the world – der Glaube an eine sinn- und bedeutungsvolle Welt 119
4.2.3 Self-worth - der Glaube des Menschen, er sei ein guter Mensch 120
4.2.4 Quelle der Kernüberzeugungen 123
4.2.5 Der illusionäre Charakter der Kernüberzeugungen 123
4.3 Die Erschütterung der Kernüberzeugungen nach traumatischen Ereignissen 125
4.3.1 Charakteristika traumatische Ereignisse 125
4.3.2 Der Terror der Verwundbarkeit 126
4.4 Reaktionen auf die Erschütterungen der Kernüberzeugungen: Die Rekonstruktion der inneren Welt 127
4.4.1 Automatische Routinen 128
4.5 Die Wiederherstellung erschütterter Kernüberzeugungen 132
4.5.1 Sozialer Vergleich 132
4.5.2 Die Überprüfung der eigenen Rolle bei der Viktimisierung 132
4.5.3 Kognitive Umdeutungen des Traumas: Meaning-making 135
4.5.3.1 Die Neubewertung des Lebens 137
4.5.3.2 Die Neubewertung des Selbst: Die Entdeckung eigener Stärken 138
4.5.3.3 Die Neubewertung sozialer Beziehungen und die Rolle reziproker Wertschätzungen 139
4.5.3.4 Selbstkomplexität als Korrelat erfolgreicher Bewältigung 140
4.5.4 Interaktion mit der persönlichen Umgebung 140
4.6 Die fundamentale Ambivalenz nach traumatisierenden Ereignissen 142
4.7 Die Kernüberzeugungen und Reaktionen auf deren Erschütterungen im Gendervergleich 143
4.8 Zum Nachweis der Kernüberzeugungen 143
4.9 Nutzen, Grenzen und Weiterentwicklungen der assumptive world theory 147
4.10 Grenzen der assumptive world theory 147
4.10.1 Zur Prämisse schemabasierter Kernüberzeugungen 148
4.10.2 Zur Prämisse inkongruenter Traumainformationen 151
4.10.3 Die Anwendung der assumptive world theory in der klinischen Praxis 152
4.10.4 Weiterentwicklungen des Konzptes 153

4.10.5 Die Erschütterung der Kernüberzeugungen in Abhängigkeit von psychischen Bedürfnissen 156
4.10.6 Nutzen der assumptive world theory 157

5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Theorien von Taylor und Janoff-Bulman 157

6 Belastungen und Bewältigungsstrategien von erwachsenen Töchtern in der häuslichen Elternpflege - empirische Untersuchung 161
6.1 Zentrale Fragestellungen 161
6.2 Untersuchungsdesign 162
6.2.1 Einzelfallanalysen 163
6.2.1.1 Methoden der Einzelfallanalysen 163
6.2.1.2 Datenmaterial und Stichprobe 163
6.2.1.3 Qualitativer Zugang 164
6.2.1.4 Quantitativer Zugang: Messinstrumente 169
6.2.2 ExpertInnenbefragung: Validierung der Einzelfallstudien 177
6.2.2.1 UntersuchungsteilnehmerInnen und Methode 177
6.2.2.1 Messinstrument 178

6.3 Ergebnisse: Traumatisierungspotenziale in der häuslichen Angehörigenpflege 180
6.3.1 Frau Kristo: „Pflege ist Friedensarbeit“ 180
6.3.1.1 Pflegemotive: Dankbarkeit und Einhaltung eines Versprechens 181
6.3.1.2 Selbst- und Weltbilder und deren Verteilungsprinzipien 184
6.3.1.3 Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung 190
6.3.1.4 Ereignisabhängige Traumafaktoren 190
6.3.1.5 Ereignisunabhängige Traumafaktoren 198
6.3.1.6 Zusammenfassende Bewertung 209

6.3.2 Frau Gallo „Eigentlich ist pflegen gar nicht schlimm“ 210
6.3.2.1. Das Pflegemotiv 211
6.3.2.2 Selbst- und Weltbild 213
6.3.2.3. Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung 215
6.3.2.4 Ereignisabhängige Traumafaktoren 216
6.3.2.5 Ereignisunabhängige Faktoren 221
6.3.2.6 Zusammenfassende Bewertung 228
6.3.3 Frau Seida: „Pflege heißt sich bereit zu machen“ 229
6.3.3.1 Das Pflegemotiv: Verpflichtung 230
6.3.3.2 Selbst- und Weltbild 232
6.3.3.3 Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung 234
6.3.3.4 Ereignisabhängige Traumfaktoren 234
6.3.3.5 Ereignisabhängige Faktoren 243
6.3.3.6 Zusammenfassende Bewertung 250

6.3.4 Frau Schneck: „Pflegen heißt sich sorgen und aushalten“ 251
6.3.4.1 Pflegemotiv 251
6.3.4.2 Selbst- und Weltbild 252
6.3.4.3 Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung 254
6.3.4.4 Ereignisabhängige Traumfaktoren 254

6.3.4.5 Ereignisunabhängige Faktoren 260
6.3.4.6 Zusammenfassende Bewertung 267

6.3.5 Frau Merlin: „Pflege heißt, das Leben aufgeben müssen“ 268
6.3.5.1 Pflegemotiv 269
6.3.5.2 Ereignisabhängige Traumfaktoren 270
6.3.5.3 Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung 275
6.3.5.4 Ereignisunabhängige Faktoren 275
6.3.5.4 Selbst- und Weltbild 290
6.3.5.5.Zusammenfassende Bewertung 295

6.3.5 Traumatisierungspotenziale in der Elternpflege: Eine zusammenfassende Bewertung der Interview- und Validierungsstudie 296
6.3.6.1 Ereignisabhängige Traumafaktoren bei der häuslichen Pflege eines Elternteils 297
6.3.6.2 Ereignisabhängige, spezifische Traumafaktoren der häuslichen Elternpflege 305

7 Ausblick **310**

Literaturverzeichnis **311**

Einleitung

Viele Studien belegen die überproportionale Zunahme alter Menschen an der Gesamtgesellschaft. Daher wird zu Recht eine „Kultur des Alters“ gefordert, die die Entwicklung zu einer altersgerechten Gesellschaft unterstützt (BMFSFJ, 2002). Die Herausforderungen bestehen darin, die alten und betagten Menschen am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen, und die physisch und psychisch erkrankten, alten Menschen adäquat zu versorgen. Das erfordert, die Bedeutung der veränderten Alterspyramide dialogfähig zu machen und die Phänomene der Hochaltrigkeit nicht nur auf der Ebene der Forschung zu verstehen, sondern auch ein Bewusstsein für die Normalität des Alters zu schaffen.

Es darf bei den Betrachtungen der Hochaltrigkeit aber nicht vergessen werden, dass die Politik die pflegerische Versorgung dieser betagten Menschen als private Aufgabe annimmt, die zumeist, ganz entsprechend tradierter, aber gültiger Vorstellungen im Verantwortungsbereich der Frauen liegt. Damit ist eine weitere Dimension der altersgewandelten Gesellschaft angesprochen: Die weitgehend weiblichen privaten und großenteils unentgeltlichen Leistungen der privaten Altenpflege. Auf gesellschaftlicher Ebene ist sie von großem monetären und auch psychischen Nutzen, weil mit ihr ein offener Dialog des Themas verhindert wird. Auf individueller Ebene, aus Sicht der Pflegenden, sind damit aber nicht selten hohe physische und psychische Kosten verbunden, die in der Wissenschaft als „Syndrom der häuslichen Angehörigenpflege“ diskutiert werden (z.B. Zeman, 2005). Entsprechend liegen viele Untersuchungen, insbesondere zu den gesundheitlichen Belastungen vor (z.B. Gräßel, 1998a). Weniger bekannt ist, welche Strategien die pflegenden Angehörigen (außer den bekannten instrumentellen Unterstützungsleistungen) nutzen, um die nicht selten über Jahre hinweg dauernden Belastungen zu bewältigen. Genau an diesem Punkt setzt diese Arbeit an.

Ausgehend von der Annahme, dass die Pflege eines Angehörigen mit Bruder (1988) gesprochen ein kritisches Ereignis ist, sollen Bewältigungsstrategien für die erlebten Belastungen nachvollzogen werden. Denn trotz der zum Teil extremen Pflegebelastungen gelingt es nicht wenigen Pflegenden, die pflegerischen Herausforderungen ohne dauerhafte gesundheitliche, insbesondere psychischen Schäden zu „meistern“. Daher ist zunächst zu fragen, wie diesem Phänomen näher gerückt werden kann. In der aktuellen Forschung liegen verschiedenen Theorien vor, die die erfolgreiche Bewältigung nach kritischen oder traumati-

sierenden Ereignissen erklären. Diese werden im Kontext extremer Ereignisse wie Naturkatastrophen, Gewalt u.ä. diskutiert. Zwei herausragende Theorien beschäftigen sich mit der kognitiven Reorganisation nach solchen Ereignissen. Dies ist zum einen die kognitive Anpassungstheorie von Shelley E. Taylor (1983, 1989) und die assumptive world theory von Ronnie Janoff-Bulman (1992). Beide Theorien gehen davon aus, dass schwerwiegende Ereignisse besser bewältigt werden können, wenn es den betroffenen Personen gelingt, dem Ereignis einen subjektiven Sinn zuzuweisen. Allerdings unterscheiden sich die Theorien hinsichtlich des angenommenen Bewältigungserfolgs. Während Taylor unterstellt, vielen Menschen gelänge es, das Ereignis vollständig zu bewältigen, konstatiert Janoff-Bulman partielle Bewältigungserfolge. Unabhängig davon scheinen beide Theorien geeignet, um Daten aus Einzelfallstudien und ExptertInnenbefragungen zu den erlebten Pflegebelastungen und Bewältigungsstrategien von Frauen verstehen zu können, die ihre betagten, geistig und körperlich kranken Mütter und Väter pflegten.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich wie folgt: Zunächst wird die aktuelle Pflegesituation in Deutschland vorgestellt, um einen ersten Überblick über die Belastungsprofile der Pflegenden Angehörigen zu schaffen. Weil bisher vorliegende Untersuchungen nur unzureichend Aufschluss darüber geben, ob es sich bei der häuslichen Angehörigenpflege, wie im Konzept Bruders (1988) angenommen, um ein kritisches Ereignis oder Trauma handelt, sind zunächst relevante Kriterien zu explizieren, die eine Einschätzung des Traumapotenzials häuslicher Pflege ermöglichen. Diesem Anliegen wird im zweiten Teil mit einer Darstellung und Strukturierung psychotraumatischer Phänomene Rechnung getragen.

Um die Situation pflegender Frauen anhand der Theorien nachzuvollziehen, werden im dritten Teil die Theorien von Taylor (1983, 1989) und Janoff-Bulman (1992) vorgestellt. Dabei scheint eine ausführliche Rekonstruktion der Theorien notwendig, weil die Autorinnen diese über viele Jahre entwickelten, eine zusammenfassende Darstellung bis heute jedoch fehlt.

Auf Basis dieses Vorwissens erfolgt im empirischen Teil die Darstellung der Untersuchungsmethoden und -ergebnisse. Gegenstand der Untersuchung sind Frauen, die einen betagten und kranken Elternteil gepflegt hatten. Sie wurden einige Monate nach dem Tod des Elternteils interviewt und schriftlich befragt, um die bis dahin geleistete kognitive Bewältigung bzw. subjektiven Sinnkonstruktionen über die geleistete Pflege zu erfassen. Zentral ist dabei die Frage, ob es den Frauen gelingt, wie die oben genannten Autorinnen der zugrunde

gelegten Theorien behaupten, den Pflegeerfahrungen subjektiven Sinn zuzuweisen, der nach Vorstellung der Frauen zu ihrer persönlichen Entwicklung beigetragen hat - ein Phänomen, das in der Psychotraumatologie als „persönliches Wachstum“ bezeichnet wird. Denn dieses wird als wichtiges Kriterium für die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit nach schwerwiegenden Ereignissen verstanden.

Zur Validierung der Ergebnisse aus den Einzelfallanalysen dient eine Befragung von ExpertInnen der häuslichen Angehörigenpflege. Solche ExpertInnen sind die in der professionellen Betreuung und in der Laienhilfe tätigen LeiterInnen von Gesprächskreisen und Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige, von denen angenommen werden kann, dass sie aufgrund ihrer Tätigkeit über umfassendes (Erfahrungs-)Wissen verfügen.

So gesehen thematisiert die vorliegende Arbeit eine pflegesoziologische Fragestellung zu deren Erklärung zwei sozial- und gesundheitspsychologische Theorien herangezogen werden. Der Nutzen dieser Arbeit liegt nicht zuletzt darin, Erkenntnisse zu gewinnen, welche Faktoren trotz der teilweise immensen Pflegebelastungen eine Kontinuität in der Lebensführung der pflegenden Frauen begünstigen.

1 Häusliche Pflege: Strukturen und Folgen der Pflegesituation alter und betagter Menschen in Deutschland und Bewältigungsstrategien pflegender Angehöriger

Häusliche Pflege ist in Deutschland überwiegend privat organisiert. Eine Vielzahl von Angehörigen erklärt sich bereit, die Pflege und Betreuung eines alten Menschen zu übernehmen, ohne die Bedeutung und die gesundheitlichen Folgen einschätzen zu können. Sie tun dies, weil es sich einerseits um eine gesellschaftlich begründete Norm handelt und andererseits als private Aufgabe gesetzlich verankert ist. .

1.1 Daten und Fakten zur häuslichen Pflege

Die aktuelle und zukünftige Versorgungssituation hochaltriger, pflegebedürftiger Personen ist eine große gesellschaftliche Herausforderung. Einerseits ist die Familie die zentrale Einrichtung für die Unterstützung älterer Menschen, deren Verfügbarkeit jedoch zunehmend weniger wird, weil die Geburtenzahlen rückläufig sind, traditionelle Familiestrukturen erodieren und die Bereitschaft der Frauen sinkt, eine Pflegerolle zu übernehmen, weil damit berufliche Nachteile verbunden sein können (Rosenkranz & Schneider, 1997). Andererseits nimmt die Zahl der pflegebedürftigen Hochaltrigen aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und damit verbundenen multimorbiden Krankheitsgeschehen deutlich zu, so dass die

Pflege eines hochaltrigen Menschen in der Familie keine Ausnahme, sondern „erstmals in der Geschichte zu einem erwartbaren Regelfall des Familienzyklus geworden ist“ (BMFSFJ, 2002: 194). In der Folge wird sich eine Versorgungslücke auftun, die innovative Lösungen hervorbringen muss, wenn ein „häuslicher und familialer Pflegenotstand“ vermieden werden soll.

Für die Notwendigkeit innovativer Lösungen sprechen auch die statistischen Zahlen: Im Dezember 2003 waren nach Angaben des statistischen Bundesamtes (2005) 2,08 Mio. Menschen in Deutschland gemäß Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) pflegebedürftig. 81% der Pflegebedürftigen war 65 Jahre und älter, 32% waren 85 Jahre und älter. Der Anteil der Frauen unter den Pflegebedürftigen betrug 68%. Von den Pflegebedürftigen wurden 1,44 Mio. (69%) in der häuslichen Umgebung versorgt. Insgesamt 987.000 (48%) Pflegebedürftige wurden alleine durch ihre Angehörigen gepflegt, also ohne professionelle Unterstützung. 450.000 (22%) Pflegebedürftige lebten zu diesem Zeitpunkt in Privathaushalten, wurden dort allerdings zum Teil oder überwiegend von ambulanten Pflegediensten versorgt. 640.000 Menschen (31%) würde in Pflegeheimen gepflegt. Gegenüber dem Jahr 2001 sank die Zahl der alleine durch Angehörige gepflegten Personen um mehr als 1% von 70,4% auf 69,2% (Statistisches Bundesamt, 2005).

Bei den Pflegepersonen handelt es sich in nahezu 90% aller Fälle um nahe Angehörige, selten um Freunde, Nachbarn und Bekannte (Ferber, 1993). Ca. 20% der Pflegebedürftigen werden von einer Partnerin und 12% von einem Partner gepflegt. Ein weiteres Drittel der Pflegenden stellen die Töchter (23%) und Schwiegertöchter (10%). Und: Ca. 80% der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Kruse (1994: 42) schreibt zu Recht, dass die Angehörigenpflege „Frauenpflege“ ist. Bei der von Frauen geleisteten Pflege steht die Konstellation „Tochter pflegt Mutter“ an erster Stelle, gefolgt von „Frau pflegt Ehemann“ und „Frau pflegt Schwiegermutter“ (Fuchs, 1998). Ursache hierfür ist eine Verlagerung der Pflegesituation mit fortschreitendem Alter. Während bei den 60 – 65jährigen der Anteil der Partnerpflege bei 56% und nur zu 13% bei den Kindern liegt, verschiebt sich die Pflegeversorgung kontinuierlich zu den Kindern. 80 bis 85jährige Pflegebedürftige werden nur noch zu 2% von den PartnerInnen und zu 65% von den Kindern, insbesondere Töchtern, gepflegt (Statistisches Bundesamt, 2005).

Zu bedenken ist, dass dieser hohe Anteil familialer Pflegeversorgung gesetzlich verankert ist. Denn das Sozialgesetzbuch XI betrachtet die Pflegeleistungen der Pflegeversicherung als Ergänzung privater Pflege: „Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiale, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung“ (§ 4 Abs. 2 SGB XI). So wird die Behandlungspflege nur angeboten, „soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann“ (§ 37 Abs. 3 SGB V). Damit wird die Verantwortung für die Pflege und Betreuung hochaltriger Menschen der Gesellschaft bzw. den Familien übergeben (wenngleich ohne expliziten Auftrag im Grundgesetz, wie dies bei der Kindererziehung der Fall ist).

1.2 Pflegeaufwand und Belastungsprofile

Der für die Pflege eines Angehörigen zu leistende Aufwand ist enorm. So stehen 80% der Hauptpflegepersonen ganztägig zur Verfügung. Bei ständigem Pflegebedarf sind das sogar 92% (Boeger & Pickartz, 1998; Gräßel, 1998a; Schneekloth, Potthoff, Piekara & Rosenbladt, 1996). Die Pflege- und Betreuungsleistungen gehen dabei über rein instrumentelle Pflegeleistungen im Sinne täglicher Körperpflege, basale Mobilität, Ernährung, Behandlungspflege und Haushaltsführung weit hinaus. Sie umfassen auch die Aufrechterhaltung der Sozialkontakte, Behördengänge, den Schriftverkehr, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und darüber hinaus den emotionalen Beistand und Zuspruch (Schneekloth, Potthoff, Piekara & Rosenbladt, 1996; Wand, 1986).

Die Dauer hauswirtschaftlicher Unterstützungsleistungen liegt im Durchschnitt bei ca. 10 Jahren, während die pflegerischen Hilfen im engeren Sinn acht Jahre dauern (Schneekloth & Leven, 2003).

Die überwiegend weiblichen Pflegepersonen sind nicht nur zeitlich stark beansprucht, sondern auch aufgrund der beruflichen und familiären Mehrfachbelastungen (vgl. hierzu auch Schneekloth & Leven, 2003). Diese Belastungsprofile werden durch Befunde gestützt und als „Syndrom der häuslichen Angehörigenpflege“ beschrieben (Zeman, 2005: 250; vgl. auch Bracker, 1990), das die durch die Pflege verursachten physischen und psychischen Überforderungen, psychosomatische Erkrankungen, selbstschädigendes und pflegerisch destruktives Verhalten umfasst. Konkret entstehen die Belastungen für pflegende Angehörige durch

- die hohe zeitliche Inanspruchnahme durch die Pflege (Boeger & Pickartz, 1998; Gräßel, 1998a; Schneekloth, Potthoff, Piekara & Rosenbladt, 1996) und das ständige Angebundensein (BMFSFJ, 2002),
- Störungen des Tag-/Nachrhythmus (Gräßel, 1998a),
- Hilflosigkeit, Unsicherheiten und Angst in verschiedensten Pflegesituationen (Zeman, 2005),
- fehlendes Fachwissen für die Behandlungspflege (Zeman, 2005),
- Persönlichkeitsveränderungen und Verhalten des zu Pflegenden (Kruse, 1994),
- Gefühle der Entfremdung und emotionale Distanz zum gepflegten Angehörigen (Bracker, 1990; Gräßel, 1998a; Kruse, 1994),
- Abnehmende soziale Kontakte bis hin zu sozialer Isolation der Pflegepersonen (BMFSFJ, 2002; Kruse, 1994; Zeman, 2005) und
- Veränderungen der persönlichen Lebenssituation (berufliche Einschränkungen, Reduzierung verwirklichter Interessen, Krisen und Konflikte in der Ehe, geringe familiäre Unterstützung bei der Pflege, mangelnde Zukunftsperspektiven, erlebte Unveränderbarkeit der Situation; BMFSFJ, 2002; Kruse, 1994).

Freilich ist dabei zu bedenken, dass das Ausmaß erlebter Belastungen (auch) vom zeitlichen Aufwand und dem Schweregrad der Erkrankung der Gepflegten abhängig ist (Kruse, 1994).

Angesichts dieser Datenlage ist zu fragen, welche Bedeutungen und (gesundheitlichen) Auswirkungen die Pflege eines Angehörigen für die Pflegenden hat.

1.3 Konsequenzen der häuslichen Pflege für die Gesundheit der Pflegepersonen

Die Gesundheit der pflegenden Angehörigen wird durch die mit der Pflege verbundenen Anstrengungen negativ beeinflusst. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung haben Angehörige signifikant mehr körperliche Beschwerden (Gräßel, 1998a; Grond 1994). Nichtprofessionelle Pflegepersonen erleben häufig pflegebedingte körperliche, soziale und psychische Beeinträchtigungen (Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996, Gräßel 1998a). Die gesundheitliche Beeinträchtigungen sind besonders bei Frauen ausgeprägt: Drei Viertel der pflegenden Frauen erkrankt an mindestens einer Krankheit (Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996). Es wundert daher nicht, dass Meneses und Burgess-Perry (1993) die häusliche Pflege als Risiko für die Pflegeperson bezeichnen, selbst zu erkranken.

Etwa 40% der Pflegenden leiden unter *körperlichen bzw. psychosomatischen Erschöpfungssymptomen* und Symptomen im Bereich des Muskel- und Skelettsystems sowie Magen- und Herzbeschwerden (Adler, Gunzelmann, Machold, Schuhmacher & Wilz, 1996; Gräßel, 1998b; Kruse, 1994). Bedenklich ist, dass sich der chronische Pflegestress nicht nur negativ auf das kardiovaskuläre, sondern auch auf das endokrine und immunologische System auswirken kann (Kiecolt-Glaser 1999; Vitaliano, Zhang & Scanlan 2003).

Für pflegende Angehörige sind *soziale Beeinträchtigungen* beobachtbar. Im Vordergrund stehen hier Einschränkungen der Freizeitaktivitäten wie auch eine Verringerung sozialer Kontakte bis hin zu sozialer Isolation (Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996; Grond, 1994; Halsig 1994). Aber auch mangelnde Anerkennung für die erbrachten Pflegeleistungen und berufliche Einschränkungen gelten als Stressoren (Görres, 1993; Grond 1994, Gräßel 1998a, b).

Zu den psychischen Beeinträchtigungen pflegender Angehöriger gehören Depressionen mit Traurigkeit und Pessimismus, besonders wenn diese Demente pflegen (Adler, 1996; Eccles, 1998; Kiecolt-Glaser, 1999). Besonders ausgeprägt sind die Depressionen bei Frauen, die ihre Ehemänner pflegen. Sie leiden signifikant häufiger als andere Pflegende an schweren Depressionen (Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996). Pflegende Töchter sind deutlich weniger von Depression betroffen. Typisch sind zudem Konflikte in der Pflegesituation, die sich in unkontrollierten Wutausbrüchen mit anschließenden Schuldgefühlen entladen (Freye, 1998). Konflikte enden nicht selten in gegenseitigen gewaltvollen Übergriffen von Pflegebedürftigen und Pflegenden, die aus der psychischen Erschöpfung und Verzweiflung resultieren (Swagerty & Takahashi, 1999).

Zu emotionalen Belastungs- und Erschöpfungserscheinungen gehören auch Ohnmachtgefühle, der gepflegten Person nicht mehr helfen zu können, Schuld und Versagensgefühle sowie Enttäuschung über eigenen Grenzen und Undankbarkeit des Kranken stehen dabei im Vordergrund (Grond 1994, Halsig 1994, 1998).

Die Wahrscheinlichkeit, aufgrund der Pflege Schaden an der Gesundheit zu erleiden, steigt mit zunehmenden Pflegebelastungen. Als weitere, nicht beeinflussbare Prädikatoren gelten höheres Alter der Pflegeperson, deren Geschlecht und Motiv für die Pflegeübernahme sowie Art der Erkrankung des Pflegebedürftigen. Frauen fühlen sich insgesamt stärker durch die Pflege belastet als Männer. Sie leiden unter größeren körperlichen Erschöpfungs-

erscheinungen, ausgeprägten Rollenkonflikten und veränderter Selbstwahrnehmung (Gräßel, 1998a). Männer dagegen grenzen sich eher von der Pflege ab und setzen ihre Belastungsgrenzen früher (Lutzky & Knight, 1994). Andere, veränderbare Prädikatoren sind die Pflegesituation (z.B. Nachtschlaf, pflegegerechte Wohnung), die psychische Verfassung der Pflegebedürftigen sowie die Beziehung zu diesen (Adler, 1996; Bösch, 1988; Freye, 1998; Gräßel, 1998; Grond, 1994). Pflegende Angehörige neigen überdies dazu, ihre Fähigkeiten und Ressourcen zu überschätzen und nur in Extremsituationen fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen (Zeman, 2005).

1.4 Bewältigung der Pflegebelastungen im Rahmen der häuslichen Pflege

Boeger und Pickartz (1998) berichten, dass mit zunehmender Pflegedauer und Beanspruchung die depressiven Symptome abnehmen (vgl. auch Gräßel & Leutbecher, 1993). Deshalb liegt die Vermutung nahe, dass pflegende Personen im Verlauf der Betreuung und Pflege Strategien entwickeln, die im Sinne einer Anpassungsleistung belastungsreduzierend wirken. Auch die Untersuchung von Mattmüller (1995) zeigte, dass zwar 7% der pflegenden Angehörigen sehr hohe und 39% mittel stark ausgeprägte, aber 30% keine Burnoutsymptome zeigten.

In der Literatur werden im Kontext häuslicher Pflege als entlastende Strategien der Pflegenden die Inanspruchnahme professioneller Hilfe, nachbarschaftlicher Unterstützung, Kurzzeitpflege und technische Hilfsmittel (Hedtke-Becker & Schmidtke, 1985) sowie die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit genannt (Reichert, 1996; zu negativen Auswirkungen der Erwerbstätigkeit während der Pflege vgl. Beck, 1997; Naegele, 1997; Reichert, 1996).

Für pflegende Frau besonders entlastend wirkt die instrumentelle Unterstützung durch die Partner (Beck, 1997) wie auch deren emotionale Unterstützung (Boeger & Pickartz, 1998; Bracker, Dallinger, Karden, Tegethoff, 1988; Hedtke-Becker & Schmidtke, 1985). Die Haltung des Partners zur Pflege ist dabei von zentraler Bedeutung: Steht er der Pflege positiv gegenüber, fühlt sich die pflegende Frau ermutigt, die Pflege fortzuführen. Fühlt sich der Mann vernachlässigt, kommt es nicht selten zu Eheproblemen oder zur Beendigung der Pflegesituation (Wand, 1986). Zudem machen Ehepartner ihre Frauen auf Überforderungen aufmerksam, was bedeutend ist, da diese nicht selten ihre eigenen Bedürfnisse und Belastungsgrenzen kaum mehr erkennen (Hedtke-Becker & Schmidtke, 1985). Aber auch die emotionale

Unterstützung enger Freunde und die Integration in einem sozialen Netzwerk tragen zur Lebenszufriedenheit bei (Suitor & Pillemer, 1996; Wand, 1986).

Weitere Anpassungsleistungen liegen vermutlich auch in kognitiven Umdeutungen, so dass neben den Pflegebelastungen zugleich ein positiver, sinnstiftender Nutzen in der Pflege des Angehörigen wahrgenommen wird (Andren & Elmstahl, 2005; Mattmüller, 1995, Schulz, 2001). Diskutiert wird beispielsweise, dass pflegende Angehörige die Pflege als Möglichkeit verstehen, dem Gepflegten auf der Beziehungsebene sehr nahe zu sein und das als Gegengewicht zu den erlebten Pflegebelastungen verstehen (Walker, Martin & Jones, 1992).

Unglücklicherweise fokussiert die Mehrzahl der Studien die Belastungen durch die Pflege und daraus resultierende psychische und physische Einschränkungen der Pflegenden und dies auch nur während der Pflegephase und nicht nach Abschluss der Pflege. Die oben angesprochenen positiven Aspekte dagegen wurden bislang kaum beachtet. Das ist besonders erstaunlich, weil die Befunde zeigen, dass die Belastungen durch die häusliche Pflege zwar groß sind und zugleich (abgesehen von pflegenden Ehefrauen) eine Vielzahl der Pflegenden aber nicht wie oben dargelegt z.B. unter depressiven Folgen dieser Belastungen leidet. Die Schlussfolgerung liegt daher nahe, dass mit wahrgenommenen pflegebedingten (narzisstischen) Gewinnen die Pflegebelastungen bewältigt werden (z.B. aufgrund der Nähe zum Gepflegten oder der Hoffnung auf Anerkennung durch die Gepflegten). Solche kognizierten Pflegegewinne erhalten möglicherweise die Gesundheit der Pflegenden aufrecht und verhindern Burnoutsymptome. Dass diese Aspekte für die häusliche Pflege bislang vernachlässigt wurden, mag dadurch verursacht sein, dass die „positive“ kognitive Bewältigungsforschung ihren Fokus auf traumatische Ereignisse eingeengt hat. Im Falle traumatisierender Ereignisse werden kognitive Umdeutungen als wichtige Ressource zur Aufrechterhaltung psych(osomat)ischer Gesundheit nach schwerwiegenden Ereignissen beschrieben und dafür verantwortlich gesehen, dass die meisten Menschen nach traumatischen Erfahrungen trotz negativer Traumaeffekte gesund bleiben (Gräßel, 1998a). Dass diese theoretischen Erklärungsansätze bislang nicht auf weniger extreme, aber dennoch schwerwiegende Ereignisse angewendet wurden, ist vermutlich damit zu begründen, dass lange Zeit traumatisierende Ereignisse als plötzliche und unerwartete Ereignisse, wie Naturkatastrophen, kriminelle Übergriffe, plötzlicher Tod eines nahe stehenden Menschen, definiert wurden (vgl. Kap. 2). Erst langsam setzt sich die Erkenntnis durch, dass auch erwartete, schwerwiegende Ereignis-

se Traumatisierungspotenzial haben können. Eine Überprüfung der Theorien auch für nicht traumatisierende, aber schwerwiegende aversive Ereignisse steht daher noch aus.

Gerade weil die häusliche Pflege für die Pflegepersonen jahrelange gravierende Belastungen bedeutet, die aber keineswegs immer zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, ebenso die Mehrzahl traumatisierter Personen keine Belastungsstörungen entwickelt, ist die Anwendung solcher Traumatheorien, insbesondere der Fokussierung auf die positiven Umdeutungen schwieriger Ereignisse für die Erklärung der Bewältigung häuslicher Pflege nicht abwegig.

Zwischen den immensen Belastungen für pflegende Angehörige und deren Bewältigungsfähigkeiten, die ganz offensichtlich in vielen Fällen eine Beeinträchtigung der Gesundheit verhindern, tut sich also eine Erklärungslücke auf.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die häusliche Pflege nicht unerhebliche Konsequenzen für die Gesundheit der Pflegepersonen haben kann. Dies trifft insbesondere Frauen, die nicht nur den Löwenanteil der privaten Altenpflege leisten, sondern auch, weil das weibliche Geschlecht einen Risikofaktor für gesundheitliche, pflegebedingte Belastungen darstellt. Die häufigste Pflegekonstellation ist, wie oben dargestellt, die Elternpflege durch die Töchter. Trotz der nachgewiesenen pflegebedingten Konsequenzen, erlebt ein Großteil der pflegenden Töchter keine gesundheitsrelevanten Auswirkungen durch die Pflege. D.h., dass pflegende Frauen über belastungsreduzierend wirkende Bewältigungsstrategien verfügen. Daher werden in der empirischen Untersuchung Frauen befragt, die einen betagten Elternteil gepflegt haben.

Für soziale, instrumentelle und emotionale Unterstützungsleistungen liegen umfangreiche Untersuchungen vor (z.B. Gräßel, 1998a). Bisher nicht untersucht und nachgewiesen wurden spezifische intrapsychische Ressourcen im Kontext häuslicher Pflege. Hier besteht also Klärungsbedarf. Insbesondere die derzeit in der Literatur viel beachteten kognitiven Anpassungsmechanismen (z.B. Janoff-Bulman, 1992, 1997; Taylor, 1983, 1989; Tedeschi & Calhoun, 1995; Tedeschi, Park & Calhoun, 1998) könnten nutzbringend sein. Diese gesundheitspsychologischen Theorien wurden zur Erklärung der Anpassungsleistung von Opfern extremer Belastungssituationen entwickelt (z.B. Vergewaltigung, existenzbedrohende Erkrankungen, Naturkatastrophen, kriminelle Gewalt), bislang aber nicht auf weniger extreme, aber dennoch kritische Ereignisse und Situationen angewendet. Mit diesen Theorien besteht

die Möglichkeit, die Bedeutung der Pflege für die Pflegeperson und deren Bewältigung besser zu verstehen.

Um an dieser Fragestellung weiter arbeiten zu können, ist zunächst nachzuvollziehen, was unter traumatischen bzw. kritischen oder schwerwiegenden Ereignissen zu verstehen ist, bevor der Versuch unternommen wird, die häusliche Pflege in dieses Forschungsfeld einzuordnen.

2 Psychotraumatische Phänomene und andere kritische Ereignisse

Die Befundlage zu den Auswirkungen der Pflege eines Angehörigen macht deutlich, dass die Pflegepersonen aufgrund der jahrelangen Pflege erheblichen Belastungen ausgesetzt sind. Diese erheblichen Belastungen veranlassen verschiedene AutorInnen, die pflegenden Angehörigen als „hidden patients“ oder „hidden victims“ zu bezeichnen (Zarit, Orr & Zarit, 1985; vgl. auch Kruse, 1994: 42; vgl. auch Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whithlatch, 1995). Noch deutlicher bringt das Konzept der „filialen Reife“ (Blenker, 1965) zum Ausdruck, dass die Pflege eines Angehörigen für die Pflegeperson ein kritisches Ereignis ist. Das Konzept der „filialen Reife“ wurde von Bruder (1988) erweitert. Bruder beschreibt darin das Selbsterleben erwachsener, pflegender Kinder, insbesondere Töchter. Nach Bruders Auffassung führt die Verinnerlichung zentraler Persönlichkeitsanteile eines Elternteils bei den Kindern zu einer Bedrohung der eigenen Identität, wenn der Person auch als Erwachsener keine „innere“ Ablösung von den Eltern gelingt. Für diesen Fall postuliert er die „filialen Krise“, die durch die Abhängigkeit von den Eltern und die fortdauernder Sehnsucht nach Anerkennung durch die Eltern, die Unfähigkeit, eigene Belastungsgrenzen zu setzen, und durch Schuldgefühle sowie permanente Unzulänglichkeitsgefühle kennzeichnet ist. Für die meisten pflegenden Angehörigen scheint diese Krise vorprogrammiert zu sein, weil es den wenigsten Eltern und Kindern gelingt, sich von der jahrzehntelangen gemeinsamen Geschichte zu lösen, was in der Pflegesituation zu einer kritischen Größe wird (Schütze, 1997:108). Mit diesem Ansatz zur „filialen Reife“ wird zum ersten Mal in der Literatur die Pflege eines Elternteils explizit als mögliches Krisenereignis bezeichnet.

enn nun die Pflege eines Angehörigen, hier im Besonderen die Pflege eines Elternteils ein kritisches Ereignis im Leben der Pflegeperson darstellt, ist zunächst nachzuvollziehen, was unter einem solchen „kritischen“ Ereignis zu verstehen ist. Dies gilt insbesondere, weil die zugrunde gelegten Theorien von Taylor (1983, 1989) und Janoff-Bulman (1992) die Bewälti-

gung schwerwiegender und traumatischer Ereignisse erklären. Darüber hinaus bezeichnen die Begriffe „kritisches“ oder „schwerwiegendes“ Ereignis, für die aktuell regelmäßig der Begriff „Trauma“ verwendet wird, ein Phänomen, das derzeit keineswegs konsensuell beschrieben wird. Daher scheinen zunächst einige einführende Bemerkungen zur begrifflichen Nutzung, zur Geschichte der Psychotraumatologie[1] und eine Darstellung der mit dem Trauma bezeichneten Belastungsstörungen sinnvoll, um ein besseres Verständnis für die aktuellen Entwicklungen dieser Disziplin zu ermöglichen, und eine Einschätzung der Pflegesituation in der empirischen Untersuchung vorzubereiten.

2.1 Kritisches Lebensereignis, negatives Ereignis, Trauma: Ein und dasselbe oder unterschiedliche Phänomene?

In der Literatur besteht ein großes Interesse an Ereignissen, deren Stresspotenzial groß genug ist, das es die Betroffenen veranlasst, das eigene Erleben und Verhalten nach solchen Ereignissen zu überdenken und anzupassen, und in extremen Fällen sogar pathogene Wirkungen nach sich zieht.

Betrachtet man die Konzepte und Forschungen zu diesem Thema, ist ein begrifflicher Wandel zu beobachten, der einerseits für die mangelnde Präzisierung des Phänomens und andererseits für den Einfluss der Psychiatrie und der klinischen Psychologie spricht. Im Kontext der klinischen Psychologie wurden im Zusammenhang mit schwerwiegenden Ereignissen in den 70ern zunächst Begriffe wie „life change“ (Sarason, Johnson & Siegel, 1978), „life stress“ (Gunderson & Rahé, 1974) oder „kritische Lebensereignisse“ (Filipp, 1981) geprägt. Beispiele für so bezeichnete Ereignisse sind der Tod eines nahen Angehörigen, der Eintritt in den Ruhestand, Scheidung und Unfälle, aber auch Erdbeben, schwere Erkrankungen, um nur einige zu nennen. Zu dieser Zeit herrschte weder ein begrifflicher Konsens noch führte eine ausreichende Konzeptualisierung zu einer Präzisierung des Phänomens. Konsens herrschte zu dieser Zeit aber darüber, dass verschiedene schwerwiegende Ereignisse Störungsbilder auslösen können, die mit typischen Symptomen einhergehen. Infolgedessen wurden diese Störungsbilder ab den 80er Jahren in die einschlägigen Diagnoseschemata (z.B. Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen) übernommen und als traumatisch be-

[1] In dieser Arbeit wird der Begriff Psychotraumatologie verwendet, der „die Untersuchung und Behandlung seelischer Verletzungen und ihrer Folgen“ beschreibt (Fischer & Riedesser, 2003:18) und sich damit deutlich von der medizinischen Traumatologie abgrenzt, die z.B. Körperverletzungen und chirurgische Eingriffe umfasst (vgl. hierzu z.B. Donovan, 1991).

zeichnet. Der Begriff des Traumas setzt sich darauf hin mehr und mehr durch[2]. Mit diesem Trend setzte allerdings eine undifferenzierte Nutzung des Begriffs ein. Oben genannte Begriffe wurden ohne diese zu präzisieren, unter das Phänomen Trauma subsumiert. So gab beispielsweise Filipp 1981 ein Buch mit dem Titel „Kritische Lebensereignisse“ heraus, in dem sie explizit schwere Erkrankungen als kritisches Ereignis bezeichnet (Filipp, 1981: 4). In einer Veröffentlichung aus dem Jahr 2000 (Ferring & Filipp, 2000: 161) bezeichnet sie Krebserkrankungen dann als traumatische Ereignisse. Auch bei den hier als Rahmenkonzepte zugrunde gelegten Theorien werden verschiedene Begriffe verwendet. So spricht Taylor 1983 noch von „threatening events“, den sie regelmäßig zur Bezeichnung existenzieller Erkrankungen nutzt. Auch Begriffe wie „negative events“ (Taylor, 1991), „adversity“ (Taylor & Armor, 1996) oder „stressful life events” (Taylor, 1989) werden verwendet. In neueren Veröffentlichungen taucht plötzlich, ganz dem mainstream folgend, der Begriff “traumatic events” auf (Updegraff & Taylor, 2000). Eine Abgrenzung der Begriffe oder ein Hinweis auf synonyme Verwendung fehlt.

Ähnliches gilt für die zweite in dieser Arbeit zugrunde gelegte Theorie: Janoff-Bulman (1992) veröffentlicht ihre Theorie der „shattered assumptions“ mit dem Untertitel „Towards a new psychology of trauma“. In früheren Veröffentlichungen ist dagegen die Rede von „victimization“ (z.B. Janoff-Bulman, Hanson Frieze, 1987).

Diese undifferenzierte Begriffsverwendung birgt natürlich die Gefahr, die unterschiedlichen Traumatisierungspotenziale schwerwiegender Ereignisse zu übersehen, die die Bewältigung eines Traumas vermutlich aber beeinflussen. Daher wird in diesem Kapitel ein genauerer Blick auf das Phänomen „Trauma“ gerichtet, zumal die Theorien von Taylor und Janoff-Bulman diesen auch vorgeben.

Weil der Ursprung der Traumaforschung am ehesten in der psychiatrischen Disziplin zu suchen ist, wird zunächst das Trauma aus dieser Perspektive verfolgt. Über die klinische Perspektive hinausgehend werden daran anschließend weitere, das Trauma kennzeichnende Eigenschaften sowie Einflussfaktoren diskutiert, die die Wahrscheinlichkeit traumatischer Belastungen erhöhen. Mit der Darstellung posttraumatischer Belastungsstörungen, die die

[2] Für diesen Trend spricht die Anzahl der Veröffentlichungen, die im Titel den Begriff Trauma entsprechen. So liegen in der Datenbank PsycINFO (APA) aus den Jahren 1972-1982 *150,* 1983-1988 *298*, 1989-1991 *284*, 1992-1994 *437*, 1995-1997 *753*, 1998-2000 *874*, 2001-2003 *1094* und 2004 bis Dez. 2005 *918* Veröffentlichungen mit dem Begriff Trauma im Titel vor.

pathologischen Folgen traumatisierender Ereignisse beschreiben, wird die Absicht verfolgt, Kriterien zu explizieren, die als Grundlage zur Einschätzung des Schweregrades der Pflegesituation dienen. Diese Kriterien dienen zudem im empirischen Teil der Arbeit der Operationalisierung des subjektiven Erlebens der Pflegesituation, wie sie von den Frauen, die ihre Eltern gepflegt haben, erzählt werden. Damit kann nachvollzogen werden, wie schwerwiegend die interviewten Frauen, die Pflegesituation selbst einschätzen.

2.2 Ein kurzer Abriss zur Geschichte der Psychotraumatologie und der PTB

Dass bei der Genese psychiatrischer Probleme Traumata eine Rolle spielen können, ist keine neue Erkenntnis. Schon sehr früh wurden in der Literatur, wie etwa bei Homer, Gedächtnisstörungen und Vermeidungssymptome beschrieben (für einen geschichtlichen Abriss vgl. van der Kolk, Weisaeth & van der Hart, 1996). In der psychiatrischen Disziplin dagegen gab es eine ambivalente Beziehung zu der Vorstellung, dass sich die menschliche Psychologie und Biologie unter dem Einfluss verschiedenster schwerwiegender Ereignisse verändern kann. Entsprechend ist die Geschichte der Psychiatrie von Phasen des Zweifelns an den Berichten von Opfern genauso wie von der Faszination über Traumareaktionen gekennzeichnet (ebd.).

Das wissenschaftliche Interesse an den psychischen Folgen traumatisierender Ereignisse entstand aus historischen Anlässen. Das Konzept einer „traumatischen Neurose“ wurde im 19. Jahrhundert entwickelt und infolge der Weltkriege erweitert. Mit seinem klassisch zu bezeichnenden Beitrag trieb Abram Kardiner (1941) den Erkenntnisfortschritt in der Traumatologie maßgeblich voran (vgl. auch Figley, 1993; Kolb, 1993). In einer sorgfältigen Analyse beschrieb er die von ihm so bezeichnete „Physioneurose“ (Kardiner, 1941) als häufiges Leiden der Kriegsveteranen mit Symptomen eines extremen Erregungsniveaus, das Kardiner auf die auszuhaltenden extremen Temperaturen, die Schmerzen infolge von Verletzungen und anderen extreme Stimuli zurückführte. Zahlreiche US-amerikanische Studien zu den Folgewirkungen kriegerischer Erfahrungen von Soldaten des ersten und zweiten Weltkrieges sowie eine Fülle von Forschungsarbeiten zu den Erfahrungen US-amerikanischer Soldaten im Vietnamkrieg folgten. Als Symptome kriegstraumatischer Störungen wurden innere Unruhe, Aggressionen, Depressionen, Gedächtnisstörungen, Überaktivität, Gedächtnisstörungen, Alkoholismus, Alpträume und Phobien diagnostiziert und mit Begriffen wie „Kriegsneurose“, „Frontneurose“, „Gefechtsneurose“, „Schützengrabenneurose“, „Granatenschock“ oder

„Physioneurose“ betitelt. Sie alle beschreiben Aspekte das heute als „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTB) zusammengefasste Syndrom.

In den 50er und 60er Jahren standen die psychischen Folgen von Natur- und Industriekatastrophen (Brände, Erdbeben, Tornados etc.) im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. In den 70er Jahren lenkte die feministische Erstarkung in den Vereinigten Staaten das öffentliche und wissenschaftliche Interesse auf sexuellen Kindesmissbrauch und Vergewaltigungen von Frauen, deren Symptomatik der traumatisierten Kriegsveteranen ähnlich zu sein schien. Später wurden auch schwere Erkrankungen wie maligne Tumore, HIV, Querschnittlähmung als Trauma anerkannt, die zuvor als schwerwiegende oder kritische Ereignisse bezeichnet wurden (für eine Übersicht vgl. z.B. Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Green, 1990; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003).

Die Diagnose „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTB; engl. „posttraumatic stress disorder“, PTSD) wurde 1980 aufgrund von US-amerikanischen Studien mit Vietnamkriegsteilnehmern (und auch auf Verlangen des einflussereichen Psychonanalytikers und Traumatheoretikers Mardi Horowitz) in das amerikanische Diagnoseschema DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, American Psychiatric Association, 1980) aufgenommen (für eine Übersicht zur Geschichte der Klassifikation der PTB vgl. Brett, 1996). Posttraumatisch meint dabei einen Zustand nach einer schweren (seelischen) Verwundung (griech, τράυμα: Wunde). Im ICD-10 (International Classification of Diseases), der internationalen Klassifikation der Erkrankungen der World Health Organization, findet sich dieses Störungsbild unter dem Schlüssel „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (WHO, 2000).

Die theoretischen Ansätze zur Ätiologie der PTB reichten und reichen von rein neurologischen (Oppenheim, 1888), über psychobiologische (Foa & Kozak, 1986; Foa & Riggs, 1993; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989; Foa, Zinbarg & Rothbaum, 1992) bis zu hin vorwiegend psychologischen Erklärungsmodellen (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989; Horowitz, 1976; Janoff-Bulman, 1992; Taylor, 1983; für eine Übersicht zu den Erklärungsmodellen vgl. z.B. Steil & Ehlers, 1998). Entsprechend unterschiedlich wurde und wird auch die Rolle des traumatisierenden Stressors gedeutet. Während einige AutorInnen in ihm einen traumatischen Reiz erkennen, der neurophysiologische Veränderungen und psychische Symptombildung

bewirkt (z.B. Kolb, 1987), sehen andere AutorInnen den traumatischen Reiz als Auslöser für bereits latent vorhandene psychische Störungsbilder oder auch als überwältigenden Stressor, der zumindest unmittelbar im Anschluss an ein erlebtes Trauma die psychologische Anpassungsfähigkeit eines Individuums überfordert (Horowitz, 1976). In die letztgenannte Gruppe sind auch die dieser Arbeit zugrunde gelegten Adaptationstheorien von Taylor (1983, 1989) und Janoff-Bulman (1992) einzuordnen.

Die Traumageschichte durchlebte also unterschiedliche Strömungen, die in starkem Maße von unterschiedlichen gesellschaftspolitischen Hintergründen bestimmt waren und das Interesse an unterschiedlichen Traumaarten stark beeinflussten. Nur sehr zaghaft und nicht zuletzt durch den Einfluss der positiven Illusionstheorie von Taylor wurde anerkannt, dass traumatische Erfahrungen nicht nur Belastungen, sondern auch Chancen beinhalten, das eigene Leben zu überdenken und neue Deutungen und Sinnbezüge zu finden. Deren Erforschung mag auch wichtige Hinweise für den aktuellen „Erklärungsnotstand" liefern, dass sich die überwiegende Zahl der Menschen ohne Folgeschäden von traumatischen Ereignissen erholt, während wenige andere psychiatrische Störungsbilder entwickeln (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Insofern ist also zu fragen, was ein Ereignis überhaupt traumatisch macht, welche Mechanismen und Bewältigungsstrategien möglicherweise der Genesung von traumatischen Ereignissen dienen und welche Störungen resultieren, wenn die Bewältigungsstrategien nicht greifen bzw. welche Faktoren die Traumagenesung negativ beeinflussen.

2.3 Was macht ein Ereignis traumatisch?

Um zu klären, ob dem hier zu untersuchenden Gegenstand, nämlich die Pflege eines Elternteils, traumatisierendes Potenzial innewohnt, ist zunächst festzustellen, was unter einem Trauma zu verstehen ist und welche Kriterien für eine Operationalisierung geeignet sind.

Die wohl bekanntesten Traumadefinitionen stammen aus den Diagnoseklassifikationen. Die US-amerikanische psychiatrische Gesellschaft beschreibt im Diagnostisch-Statistischen Manual das Trauma wie folgt wie folgt (DSM-IV, APA, 1994):

(1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
(2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Das zweite medizinische Klassifikationsschema ist die International Classification of Diseases (ICD-10, F 43.1; WHO, 2000), das von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wird. Zum Trauma ist darin folgendes nachzulesen:

> Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.

Beide Diagnoseschemata beschreiben als Traumastressor ein oder mehrere extrem bedrohliche Ereignisse, die regelmäßig affektive Traumareaktionen hervorrufen. Ganz dieser Definitionen entsprechend, werfen Fischer und Riedesser (2003: 61) eine zentrale Frage auf: „Ist ‚Trauma' nun eigentlich ein Ereignis oder ein Erleben?" Wenn ein Trauma ein Ereignis ist, dann handelt es sich um einen objektiv nachvollziehbaren Vorgang. Handelt es sich um ein Erlebnis, wird es auf die subjektive Ebene reduziert und läuft Gefahr, willkürlich und beliebig zu sein (ebd.). Die Autoren schlagen deshalb eine Traumadefinition vor, die diese Problematik integriert und die zudem die in der Psychotraumatologie diskutierten grundlegenden Elemente beinhaltet und deshalb für eine erste Annäherung an das Trauma geeignet scheint. Sie definieren ein Trauma als ein

> „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt" (Fischer & Riedesser, 2003: 82).

Diese Definition beschreibt eine Beziehung zwischen situativen Bedingungen und der subjektiven Wahrnehmung dieser, wobei die Diskrepanz aus der subjektiven Ressourceneinschätzung der Person resultiert. Die Hilflosigkeit und schutzlose Preisgabe beziehen sich auf einen extremen Kontrollverlust der Person. Vital ist das Diskrepanzerlebnis, weil aufgrund der Lebensbedrohlichkeit und der Unerwartbarkeit bisherige Bedeutungen und Attributionen ihre Gültigkeit verlieren. Vor allem beinhaltet diese Definition aber über die Beschreibungen der diagnostischen Manuals hinausgehend, das Ergebnis eines Traumas. Mit einem Trauma werden Selbst- und Weltvorstellungen dauerhaft erschüttert (Fischer & Riedesser, 2003: 82-91; vgl. auch Janoff-Bulman, 1992).

Wie aber können die in den angebotenen Definitionen genannten Traumamerkmale einer empirischen Überprüfung zugeführt werden? Hierzu schlagen Fischer und Riedesser (2003) die Unterscheidung von objektiven und subjektiven Faktoren vor. Zu den objektiven Faktoren zählen sie beispielsweise den Schweregrad eines Ereignisses, Häufung traumatischer Ereignisse, die mittelbare und unmittelbare Betroffenheit und andere Dispositionen. Protek-

tive Faktoren (z.B. Bewältigungsfähigkeiten) und Risikofaktoren (z.B. Geschlecht) sind für die Autoren subjektive Größen.

Ein andere Systematisierung von Traumata, die einer Überprüfung zugrunde gelegt werden könnte, liegt von Foa und ihren KollegInnen vor (Foa & Meadows, 1998; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998). Sie plädieren für eine Zuordnung verschiedener Faktoren in Subgruppen: Prätraumatische Faktoren, peritraumatische Faktoren sowie posttraumatische Faktoren. Zu den prätraumatischen Faktoren zählen z.B. die psychiatrische Krankheitsgeschichte, familiäre Dispositionen. Traumafaktoren sind beispielsweise der Verlust des Sicherheitsgefühls und die Lebensbedrohung. Als posttraumatische Faktoren werden z.B. Bewältigungsfähigkeiten und soziale Unterstützungsleistungen genannt.

Die Systematisierungsversuche zielen darauf ab, Traumatisierungspotenziale zu bestimmen. Sie basieren auf korrelativen Zusammenhängen zwischen den Traumakriterien und der Wahrscheinlichkeit, nach dem Trauma posttraumatische Belastungsstörungen zu entwickeln. Allerdings stellen weder Fischer und Riedesser noch Foa und ihre KollegInnen einen Zusammenhang zwischen Traumakriterien und die durch das Trauma möglicherweise erschütterten Selbst- und Weltbilder her, die aber Erkenntnisse über das subjektive Erleben und der wahrgenommenen Bedrohung eines Traumas liefern könnten.

Nun besteht ein Ziel dieser Arbeit darin, analog zur vorgestellten Traumadefinition das Diskrepanzerleben zwischen situativen Bedingungen und subjektiven Bewältigungsressourcen sowie Zusammenhang zu einer möglichen Erschütterung der Selbst- und Weltbilder anhand eines ausgewählten Beispiels nachzuvollziehen. Daher ist es notwendig, zunächst die situativen Bedingungen zu beschreiben, und, anders als es die Systematisierungsversuche vorschlagen, eine Einteilung in ereignisabhängige (z.B. erlittene Verlust) und ereignisunabhängige Faktoren (z.B. individuelle Dispositionen) vorzunehmen. Erst eine solche Einteilung ermöglicht in der empirischen Untersuchung, das Traumapotenzial zu bestimmen und

2.3.1 Ereignisabhängige Faktoren - Charakteristika traumatisierender Ereignisse

Im Folgenden werden Faktoren besprochen, die in der Traumaliteratur als relevant angesehen werden, und dem traumatisierenden Ereignis als solches zuordenbar sind. Daran anschließend werden diejenigen Faktoren besprochen, die nicht das Ereignis selbst betreffen, jedoch gemäß der aktuellen Traumadiskussion den Schweregrad des Traumas bzw. das subjektive Erleben eines Traumas beeinflussen.

Todesnähe

Die Todesnähe meint eine existenzielle Bedrohung des Lebens, die gemäß DSM-IV (APA, 1994) sowohl die Bedrohung des eigenen Lebens als auch die Beobachtung der Bedrohung des Lebens einer anderen Person umfassen kann und zu Todesängsten führt. Die Lebensbedrohlichkeit erhöht die Wahrscheinlichkeit posttraumatischer, pathologischer Symptombildung (z.B. Foy, Sipprelle, Rueger & Carroll, 1984).

Verlust

Eine Traumatisierung ist immer ein Verlustereignis (Taylor, Wood & Lichtman, 1983). Solche Verluste können materieller Art sein, wie z.B. der Verlust eines Hause nach einer Naturkatastrophe, aber auch der Verlust eines nahe stehenden Menschen, der mit dem Gefühl verbunden ist, einen Teil des Selbst verloren zu haben und zu vereinsamen (Parkes, 1972). Verluste und die Trauer über den Verlust beeinflussen den Schweregrad und die Chronifizierung posttraumatischer Belastungen (z.B. Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis & Andreski, 1998; Green, Grace, Lindy, Titchener & Lindy, 1983; Joseph, Yule, Williams & Hodgkinson, 1994; Parkes & Weiss, 1983).

Bedrohlichkeit traumatischer Ereignisse

Im ICD-10 wir ein abstrakter Schweregrad des Ereignisses bestimmt. Ein traumatisches Ereignis wird als „katastrophenähnlich“ bezeichnet. Ähnlich unspezifisch ist bleiben die Ausführungen im DSM-IV. Entsprechend wird auch heute noch gerne die im DSM-III aus dem Jahr 1980 aufgeführte Einschätzung des Schweregrades von Belastungsfaktoren zitiert. Hierin wird das Trauma noch als ein Ereignis außerhalb des gewöhnlichen Erfahrungsbereiches definiert. Die dort aufgeführten Ereignisse (z.B. Scheidung, schwere chronische Erkrankungen) sind heute, also 25 Jahre nach Erscheinen der Liste allerdings keineswegs mehr als außergewöhnliche Ereignisse zu bezeichnen, gelten aber nach wie vor als traumatisierend. Es wundert daher nicht, dass im aktuellen DSM auch gewöhnliche Ereignisse als traumatisierend angenommen werden. Hierfür sprechen auch die Befunde von Solomon und Canino (1990), wonach gewöhnliche, stressreiche Ereignisse (z.B. Umzug, finanzielle Probleme), die sogar längerfristig vorbereitet werden können, durchaus stärkere posttraumatische Belastungsstörungen hervorrufen können als außergewöhnliche und unerwartete Ereignisse wie z.B. Überflutungen und Erdbeben. Die Ursache hierfür wird im DSM-IV wird deutlich hervorgehoben. Dass nämlich der Schweregrad des Traumas von der subjektiv wahrgenommenen

Bedrohung des Ereignisses abhängt. Dabei ist die Bedrohung umso größer, je mehr Angst und Entsetzen erlebt wird.

Polytraumatische Erfahrungen

Im Unterschied zu einem einmaligen traumatischen Ereignis sind Polytraumatisierungen über einen längeren Zeitraum anhaltende traumatische Situationen, die gleichzeitig oder nach und nach stattfinden und die Folgewirkungen für die betroffene Person vervielfältigen. Unterschieden wird zwischen kumulativen und sequenziellen Traumatisierungen.

Masud Khan (1963) beschreibt *kumulative Traumatisierung* als eine Abfolge traumatischer Situationen, die für sich genommen unterschwellig sind, durch ihre Häufung in zeitlicher Abfolge aber traumatisch wirken, da die Erholungsphasen immer wieder unterbrochen werden. Die ständigen Wiederholungen durchbrechen schließlich die Abwehr und verändern die Persönlichkeit.

Hans Keilson (1979) hat in seiner bahnbrechenden Arbeit über Verfolgungswellen durch die deutschen Nationalsozialisten in Holland zuerst die *sequenzielle Traumatisierung* beschrieben. Sehr klar stellt er dar, dass das wiederholte Erleben traumatischer Sequenzen für den Verfolgten eine kohärente Verlaufsgeschichte ergibt und immer wieder alte Wunden aufreißt.

Im Zusammenhang mit der Erschütterung der Kernüberzeugungen ist zu bedenken, inwiefern mit einem erneuten Trauma mögliche frühere (noch nicht verarbeitete) Erschütterungen aktualisiert werden, also alte Wunden aufgerissen werden bzw. Mehrfachtraumatisierungen die Bewältigungsprozesse „durchbrechen“.

Direkte versus indirekte Betroffenheit

Direkt betroffen sind beispielsweise Personen, die ihr Haus infolge einer Flutkatastrophe verlieren (zum Kriterium direkter Betroffenheit vgl. Janoff-Bulman, 1992). Indirekt betroffen dagegen sind Angehörige oder auch HelferInnen oder TherapeutInnen, die emotionale Belastungen durch die Betreuung einer traumatisierten Person erleben und aufgrund dessen selbst traumatische Symptome entwickeln. Gerade in Bezug auf die HelferInnen wurde für diese indirekte Traumatisierung der Begriff „stellvertretende Traumatisierung“ (Figley, 1995) geprägt.

Unerwartet und plötzlich versus erwartet und langsam eintretendes Ereignisses

Janoff-Bulman (1992) charakterisiert Traumata als plötzlich und unerwartet auftretende Ereignisse (vgl. z.B. auch McCann & Pearlman, 1990: 10). Das impliziert, dass es keine Möglichkeit gibt, sich auf das Ereignis vorzubereiten, und es deshalb besonders bedrohlich wirkt. Allerdings ist hierbei bedenken, dass selbst erwartete Ereignisse vermutlich nicht grundsätzlich adäquat vorbereitet werden können, da die Vorbereitung von den Ressourcen und die Fähigkeiten abhängt, über die ein Individuum verfügt. Viele Situationsfaktoren sind zudem nicht beeinflussbar, so dass auch bestimmte erwartete Ereignisse bedrohlich sein dürften

Täter-Opfer Beziehung

Besonders komplexe Traumareaktionen sind zu erwarten, wenn Täter und Opfer in engen Beziehungsverhältnissen leben (Herman, 1992). Solche Beziehungstraumata werden insbesondere für misshandelte Kinder, Opfer sedeise resultierende spezifische Folgewirkungen. So mag akuter Stress weniger ausgeprägte posttraumatische Belastungen nach sich ziehen als anhaltender Stress, der möglicherweise zu zusätzlichen psychischen, z.B. depressiven Störungen führt (McFarlane & de Girolamo, 1996)

2.3.2 Ereignisunabhängige Faktoren der Lebensgeschichte und Disposition

Frühere Traumata

Insbesondere Kindesmisshandlungen und -missbrauch sowie die Ähnlichkeit eines aktuellen Traumas zu einem früheren Trauma scheinen das Erleben eines neuerlichen Traumas stark zu beeinflussen. Personen, die bereits frühere Traumata erlitten, haben ein deutlich höheres Risiko für posttraumatische Entwicklungsstörungen als nach einer ersten Traumatisierung (Shalev, 1996). Breslau, Davis, Andreski und Peterson (1991) fanden, dass eine frühe Trennung von einem oder beiden Elternteilen, Armut und geringe Bildung der Eltern sowohl das Risiko eines Traumas wie auch das Risiko posttraumatischer Belastungsstörungen erhöht (z.B. Andrews, Brewin, Rose & Kirk, 2000; Bremner, Southwick, Johnson, Yehuda, et al.1993; Davidson, Hughes; Blazer & George, 1991; Green, Grace, Lindy, Gleser & Leonhard, 1990).

Psychiatrische Krankengeschichte und familiäre Dispositionen

Psychiatrische Krankengeschichten und familiäre Dispositionen sind ereignisunabhängige Faktoren, die sehr unterschiedlich eingeschätzt werden. So belegen zahlreiche Studien einen

Zusammenhang zwischen posttraumatischen Symptomatiken und früheren psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Atkeson, Calhoun, Resick & Ellis, 1982; Bremner, Southwick, Johnson, Yehuda & Charney, 1993; Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Hough, Vega, Valle, Kolody, Griswald del Castillo & Tarke, 1990; Lopez-Ibor, Soria, Canas & Rodriguez-Gamazo, 1985; McFarlane, 1989; North, Smith & Spitznagel, 1994) wie auch familiären Dispositionen (Andrews, Brewin, Rose & Kirk, 2000; Bremner, Southwick, Johnson, Yehuda, R. et al., 1993). Der Zusammenhang zwischen psychiatrischer Erkrankung bzw. familiärer Disposition und den Traumarekationen bleibt aber umstritten, da verschiedene andere Studien denselben nicht belegen konnten (Kilpatrick, Veronen & Best, 1985; Madakasira & O'Brien, 1987; Solkoff, Gray & Keill, 1986; Speed, Engdahl, Schwartz & Eberly, 1989).

Persönliche Eigenschaften

Neurotizismus, Introversion und andere persönliche Eigenschaften sowie frühere psychische Beeinträchtigungen können das Risiko posttraumatischer Belastungsstörungen erhöhen (Breslau, Davis, & Andreski, 1995; für Übersichten vgl. Clark, Watson, & Mineka, 1994; Yehuda, 1999). Neurotizismus scheint ein Risikofaktor für Angst- und Depressionssymptome mit schlechten Prognosen zu sein, wogegen Extraversion weniger mit Angst als mit Depressionen einherzugehen scheint (anders hierzu vgl. Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991). Ein pessimistischer Attributionsstil (Peterson & Seligman, 1984) wurde für verschiedene Traumaopfer als Risikofaktor für Depressionen nachgewiesen (z.B. Vietnamverteranen: McCormick, Taber & Kruedelbach 1989; Kinder: Wolfe, Gentile & Wolfe, 1989, Studierende: Falsetti & Resick, 1995). Ein solcher pessimistischer Attributionsstil beinhaltet internale Attribuiierungen für negative Ereignisse (vgl. auch Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988; Weiss, Marmar, Metzler & /Ronfeldt, 1995).

Zu gute und zu schlechte Kindheit

Eine „zu gute Kindheit" (too good childhood, Rando 2002) behütet und schützt das Kind vor negativen Erfahrungen und verhindert eine notwendige Desillusionierung seiner Omnipotenzvorstellungen (Winnicott, 1988). Damit erhält das Kind zu wenige Chancen, Mechanismen für den Umgang mit negativen Erfahrungen zu entwickeln. Im Gegenteil dazu steht negatives elterliches Verhalten, dass die Kinder zu früh und zu stark mit negativen Erfahrungen belastet (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991). Beide Varianten führen zu einem höheren PTB-Risiko.

Ebenfalls die Kindheit betreffend beschreiben Fischer und Riedesser die Über- und Untersozialisation als Einflussfaktor für das Traumaerleben. Die *Übersozialisation* in Form eines „übermäßig, strengen, rigiden und einengenden Erziehungsstil“ (Fischer & Riedesser, 2003: 19), unterdrückt die Vitalität der Persönlichkeit. Die kindliche Entwicklung wird aufgrund von Trieb- und Phantasieunterdrückungen gehemmt. Solche Erziehungsstile finden sich in traditionellen Erziehungsmustern (z.B. Bravheit, Sittsamkeit, Altruismus und Unterordnung bei Mädchen) wie auch in modernen, stark leistungsorientierten Sozialisationsmustern (Konkurrenz und Wettbewerb). Die *Untersozialisation* als Gegenstück hierzu bezeichnet die Laisser-faire-Erziehung mit zu geringer oder einseitiger Normenstruktur, die zu einem Mangel an sozialen Fertigkeiten und empathischen Fähigkeiten führen kann. Sowohl die Über- als auch Untersozialisation erschweren die Anpassung und Bewältigung an traumatische Ereignisse (ebd.).

Gender

Von besonderem Interesse für diese Arbeit ist der „Risikofaktor Geschlecht“ (Breslau & Davis, 1992; Cottler, Nishith, Compton, 2001), da die empirische Untersuchung die private Pflegearbeit fokussiert, bei der es sich um eine überwiegend weibliche Tätigkeit handelt (z.B. Rieder, 2002). Insofern wird diesem Faktor mehr Aufmerksamkeit geschenkt als den weiter oben angesprochenen.

Derzeit besteht ein Streit zwischen denjenigen AutorInnen, die von einer höheren „weiblichen Vulnerabilität“ bei Traumatisierungen ausgehen (Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson & Lucia, 1999; für eine Übersicht vgl. Brewin, Andrews & Valentine, 2000) und anderen AutorInnen, die annehmen, dass weniger das Geschlecht als vielmehr die Art des Ereignisses einen Risikofaktor für psychopathologische Symptombildung darstellt (Wolfe & Kimerling, 1997). Ursache für diese unterschiedlichen Auffassungen sind nicht nur unterschiedliche Befundlagen, sondern auch methodische Zugänge.

So zeigen eine Vielzahl von Studien deutlich höhere Risiken für Frauen als für Männer posttraumatische Belastungsstörungen zu entwickeln. Brewin, Andrews und Valentine (2000) berichten in ihrer Metaanalyse von 77 Artikeln (n=[1.149; 11.000]) von einem konstanten Phänomen, dass wenn Frauen und Männer in derselben Studie verglichen werden, Frauen häufiger posttraumatische Belastungsstörungen entwickeln und zwar unabhängig von der Art des Traumas. Unklar bleibt in diesen Studien aber, so das Ergebnis der Metaana-

lyse, ob andere Faktoren wie z.B. eine höhere Bereitschaft, über die Belastungen zu sprechen, diesen weiblichen Vulnerabilitätseffekt moderieren (vgl. hierzu z.B. Wolfe & Kimerling, 1997). Auch sind Effekte aufgrund unterschiedlicher Studiendesigns nicht auszuschließen. Brewin, Andrews und Valentine (2000) fanden, dass sich die nachgewiesenen Risiken an posttraumatischen Belastungsstörungen zu erkranken für Frauen mit unterschiedlichem Studiendesign verändern. Studien mit retrospektivem Design fanden höhere Risiken als Studien mit prospektivem Design. Höhere Risiken wurden darüber hinaus in Interviewstudien im Vergleich zu Fragebogenerhebungen gemessen (ebd.).

Auch die Studie von Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson und Lucia (1999) spricht für eine geschlechterspezifische Symptombildung. Die AutorInnen kamen aufgrund einer Untersuchung mit 2.181 Frauen und Männern zu dem Schluss, dass Frauen nach unterschiedlichen Traumata mehr als doppelt so häufig posttraumatische Belastungsstörungen im Vergleich zu Männern entwickeln (vgl. auch Breslau, 2001;Maes, Delmiere, Schotte, Janca, Creten, Mylle et al., 1998) und länger an posttraumatischen Symptomen leiden als Männer (Breslau, Chilcoat, Kessler & Davis, 1999). Aus gutem Grund wurden sexuelle Übergriffe und Traumata von Soldaten für den Geschlechtervergleich ausgeschlossen, denn die geringen Fallzahlen für das jeweils andere Geschlecht hätten einen Vergleich kaum zugelassen. Andererseits erscheint dadurch das Ergebnis nur bedingt aussagekräftig, weil geschlechterspezifisch bedeutsame Traumata und Belastungsstörungen ausgeklammert wurden. Denn in der Tat sind Traumata durch kriegerische Kämpfe typisch „männliche“ Traumata und sexuelle Übergriffe typisch „weibliche“ Traumata (Brewin, Andrew & Valentine, 2000), die das unterschiedliche Risiko für Männer und Frauen, Opfer verschiedener Traumata zu werden, widerspiegeln und zugleich extreme Belastungen hervorrufen (vgl. z.B. Breslau, 2001).

Gegen die weibliche Vulnerabilität und für eine traumaspezifische Vulnerabilität argumentieren Wolfe und Kimerling (1997). Sie geben zu bedenken, dass Frauen in ihrer Kindheit und im Erwachsenenalter häufiger sexuell missbraucht werden und dies das Risiko späterer posttraumatischer Entwicklungsstörungen mitbestimmen kann. Der sexuelle Missbrauch in der Kindheit führt zu einem deutlich erhöhten Risiko traumatisierender Erfahrungen im Erwachsenenalter (Koss & Harvey, 1991; für eine Übersicht vgl. Sedaat & Stein, 2003). Außerdem entwickeln mehrfach traumatisierte Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit Alexithymien, dissoziative Symptome, Drogensucht und führen häufiger Selbstmordversuche durch als Frauen, die als Kind nicht sexuell missbraucht wurden (Cloitre, Scarvalone & Difede, 1997;

Roberts, Lawrence, Williams & Raphael, 1998). Brewin, Andrew und Valentine (2000) bestätigen in ihrer Metaanalyse, dass epidemiologische Studien, die posttraumatische Belastungsstörungen infolge traumatischer Ereignisse in der Kindheit berücksichtigen, stärkere Effekte für Frauen bescheinigen (vgl. auch Breslau, Chilcoat, Kessler & Davis, 1999; Green, Epstein, Krupnick & Rowland, 1997; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; King, King, Fairbank, Keane & Adams, 1998).

Bei der Betrachtung von Geschlechterdifferenzen sind auch geschlechtsspezifische Risikofaktoren zu bedenken, wie beispielsweise Depressionen, Drogenkonsum oder Gesundheitsprobleme (Pimlott-Kubiak & Cortina, 2003). Allerdings sind solche Studien derzeit rar. Eine diesbezügliche Studie mit 211 Traumaopfern von Shalev, Freedman, Peri, Brandes, Shar, Orr und Pitman (1998) zeigte keinen Unterschied in der posttraumatischen Entwicklung schwerer Depressionen zwischen Männern und Frauen. In einer umfassenderen Studie von Pimlott-Kubiak und Cortina (2003) wurden 8.000 weibliche und 8.000 männliche Traumaopfer untersucht. Die Autorinnen kamen zu dem Ergebnis, dass sich die Geschlechter weder hinsichtlich der Entwicklung posttraumatischer Depressionen noch hinsichtlich ihres Alkoholmissbrauchs unterschieden. Vielmehr scheinen Drogenkonsum und Depressionen mit dem Ausmaß interpersoneller Gewalt zu steigen (vgl. auch Seedat & Stein, 2003; Stein, Boshoff, Abrahams, Daniels, Traut, de Bruyan et al. 1997). Zwar variierten die Formen traumatischer Erfahrungen nach Geschlecht, wirkten sich aber nicht geschlechtsspezifisch auf die posttraumatische Gesundheit aus. Entsprechend kommen Pimlott und Cortina zu dem Schluss, dass

> „instead of a feminine vulnerability, situational vulnerability may be the more appropriate conceptualization of risk" (Pimlott-Kulmiak & Cortina, 2003: 537).

Die beiden Autorinnen reihen sich damit in die Position „traumaspezifischer Vulnerabilität" ein.

Welche Ergebnisse sind zu erwarten, wenn das Geschlecht selbst als moderierende Variable untersucht wird, also kein Geschlechtervergleich zugrunde liegt? Brewin, Andrews und Valentine (2000) fanden, dass in Studien mit Männern ein *geringeres Alter zum Zeitpunkt des Traumas*, der *sozioökonomische Status* und ein *Minoritätenstatus* größere Effekte auf die Traumatisierung haben als in frauenspezfischen Studien (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Allerdings sind diese Effekte möglicherweise auf den Status der untersuchten Perso-

nen zurückzuführen, denn an den Frauenstudien nahmen nur zivile Frauen teil, dagegen bezogen sich die Männerstudien auf Angehörige des Militärs.

Epstein, Saunders und Kilpatrick (1997) untersuchten 3220 Frauen und fanden, dass *frühere affektive Störungen* sowie *frühere Angststörungen* und *familiäre psychische Störungen* ein besonderes Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen darstellen.

Trotz der zum Teil widersprüchlichen Untersuchungsergebnisse im Geschlechtervergleich zeigt sich zumindest in der Tendenz, dass für Frauen frühere Traumata und affektive Störungen eine bedeutsame Rolle für posttraumatische Belastungen spielen.

Soziale Unterstützungsleistungen

Ebenfalls zu den ereignisunabhängigen Variablen zählen soziale Unterstützungsleistungen. Personen, die gute soziale Unterstützungsleistungen erhalten, genesen schneller und zeigen weniger Symptome nach Traumata als Personen mit geringer sozialer Unterstützungsleistung (z.B. Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Burgess & Holmstrom, 1978).

Bedeutungszuweisungen und interpretatorische Ressourcen

Für die posttraumatische Genesung ist u.a. die Fähigkeit entscheidend, ein Ereignis zu deuten. In der Attributionsforschung konnte gezeigt werden, dass zwischen der internalen Kontrolle und dem Gesundheitsstatus eine positive Beziehung besteht (z.B. Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fiflied & Rowe, 1987; Baum, Fleming & Singer, 1983; Tennen & Affleck, 1990, 1998; Timko & Janoff-Bulman, 1985). Nicht alle Studien bestätigen allerdings den Zusammenhang von positiven Bedeutungszuweisungen und besserer Gesundheit (Joseph, Brewin, Yule & Williams, 1991, 1993).

Interessant sind auch Ergebnisse aus Studien, die sich mit negativen Bedeutungszuweisungen beschäftigen. So untersuchten Dunmore, Clark und Ehlers (1999) negative Bedeutungszuweisungen und fanden, dass Personen, die in Interaktionen mit Anderen ihre traumatischen Symptome negativ bewerten, mit negativen Reaktionen des sozialen Umfeldes rechnen müssen. Die negativen Rückmeldungen wiederum erhöhen die Wahrscheinlichkeit posttraumatische Belastungsstörungen. Darüber hinaus scheinen auch häufig wechselnde Traumabedeutungen das Risiko posttraumatischer Störungen zu erhöhen (vgl. auch Dunmore, Clark & Ehlers, 2001, Ehlers, Clark, Dunmore, Jaycox, Meadows, Foa, 1998; Ehlers, Maercker, Boos, 2000).

Des Weiteren sind interpretatorische Fähigkeiten nicht nur posttraumatisch bedeutsam. Dunmore, Clark und Ehlers (1999; vgl. auch Ehlers, Maercker & Boos, 2000) konnten zeigen, dass „mental confusion“ bzw. „mental defeat“ zum Zeitpunkt des Traumas mit schlechten Prognosen für die Symptombildung einhergehen. Ähnliches gilt für peritraumatische Dissoziationen (z.B. Ehlers, Mayou & Bryant, 1998; Koopman, Classen & Spiegel, 1994; Murray, Ehlers & Mayou, 2002; Shalev, Peri, Canetti & Schreiber, 1996).

Im Rahmen der interpretatorischen Ressourcen spielen religiöse Überzeugungen bezüglich der kognizierten Inhalte eine wichtige Rolle, da Religionen sinnstiftende Funktionen übernehmen. Nicht selten gehen mit traumatischen Ereignissen verschiedene Sinnkonstruktionen verloren, so dass Menschen sich „gottverlassen“ fühlen (z.B. Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith, 1989). Im anderen Extrem wenden sich traumatisierte, vorab nicht religiöse Personen einer Religion zu (Carmil & Breznitz, 1991)[3].

Falsetti, Resick und Davis (2003) untersuchten 120 Personen, die unterschiedliche Traumata erlebt und professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten. Es zeigte sich, dass nach einem ersten Trauma viele Personen gleich bleibende oder zunehmende religiöse Überzeugungen berichteten, die Mehrzahl sich jedoch als weniger religiös einschätzte. Aufgrund nicht signifikanter Effekte religiöser Überzeugungen auf die Bewältigung traumatischer Ereignisse schließen die Autorinnen, dass vermutlich weitere Variablen (wie z.B. traumaspezifische Variablen und familiäre Unterstützung) darüber entscheiden, ob sich eine Person einer Religion eher zu oder abwendet.

Unklar, so die Autorinnen ist auch, ob posttraumatische Belastungsstörungen zumindest teilweise aus einer Veränderung religiöser und anderer Glaubensüberzeugungen resultieren oder posttraumatischen Belastungsstörungen die Veränderungen bewirken (Falsetti, Resick & Davis, 2003). Die Ursache-Wirkungsrichtung ist aber maßgeblich. Denn, wenn es einer Person gelingt, die Traumainformationen zu integrieren (so die Theorie Janoff-Bulmans), bleibt eine Erschütterung der Glaubenssysteme aus, so dass vermutlich keine posttraumatischen Symptome entwickelt werden. Verursachen dagegen posttraumatische Belastungsstörungen

[3] Freilich müsste zwischen verschiednen religiösen Angeboten unterscheiden werden, weil diese sich vermutlich unterschiedlich auf die Traumawahrnehmung auswirken. So beinhalten westliche Religionen beispielsweise, dass der Mensch sein Schicksal (durch gute Taten) mitbestimmen kann. Im Hinduismus und Islam herrscht eher die Vorstellung, dass sich der Mensch dem ihm auferlegten Schicksal beugen muss. Systematische Forschungen hinsichtlich der Auswirkungen unterschiedlicher religiöser Überzeugungen sind jedoch kaum vorhanden (McFarlane & van der Kolk, 1996).

eine Erschütterung der Glaubensvorstellungen, muss die Person verschiedenste Strategien anwenden, die erschütterten Glaubenssysteme zu rekonstruieren oder zu modifizieren. Während im ersten Fall die Glaubensvorstellungen sogar zur Bewältigung des Traumas verhelfen können, müssen im zweiten Fall Bewältigungsstrategien gefunden werden, die die Rekonstruktion oder Veränderung der Glaubensvorstellungen ermöglichen. Die Auswirkungen sind weitreichend, weil im ersten Fall die kognitiven Leistungen auf das Ereignis selbst gerichtet sind, während im zweiten Fall z.B. die therapeutischen Interventionen neben der Bearbeitung des Traumas vor allem die Glaubenssysteme fokussiert werden müssen.

Eine Reihe weiterer Faktoren werden diskutiert. So spielen auch neuroendokrine Risikofaktoren, wie z.B. geringe Cortisol-Ausschüttung bei Stress eine wichtige Rolle (z.B. Yehuda, Bierer, Schmeidler, Aferiat, Breslau & Dolan, 2000, Yehuda, Southwick, Krystal, Bremner, Charney & Mason, 1993). Auch genetische Bedingungen erklären posttraumatische Belastungssymptome (z.B. True, Rice, Eisen Heath, Goldberg, Lyons & Nowak, 1993). Solche *biologischen und genetischen Faktoren* bleiben in dieser Arbeit aufgrund der Fokussierung auf die kognitive Reorganisationen nach schwerwiegenden Ereignissen jedoch unberücksichtigt (für eine Übersicht zu biologischen Risikofaktoren vgl. Yehuda, 1999, für eine geschlechtertypische Betrachtung von biologischen Risikofaktoren vgl. Rasmusson & Friedman, 2002).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine Reihe ereignisspezifischer Faktoren wie auch individuelle Dispositionen, das Traumaerleben und dessen Schweregrad beeinflussen. Unklar bleiben der Einfluss einzelner Faktoren und mögliche Faktorkombinationen. Damit bleibt freilich auch die Frage, was ein Ereignis nun traumatisch macht, weitgehend unbeantwortet. Sinnvoller ist es deshalb vermutlich, ein Ereignis zunächst nicht als Trauma zu bezeichnen, sondern eher von einem Traumapotenzial, das solchen innewohnt und durch die angeführten spezifischen Merkmale gekennzeichnet ist, die durch individuelle Dispositionen begünstigt werden können. Je nach Schweregrad und damit vermutlich auch der Zahl der erfüllten Traumafaktoren wäre dann zwischen minoren Ereignissen mit geringerem Traumapotenzial und majoren Ereignissen mit großem Traumapotenzial zu unterscheiden. Dagegen sollte von einem Trauma gesprochen werden, wenn eine Person ein Ereignis mit Traumapotenzial traumatisierend erlebt hat. Eine Person ist dann traumatisiert, wenn sie an Traumasymptomen als Folge des traumatisierend erlebten Ereignisses leidet. Solche werden in den

schon angesprochenen Diagnoseschemata klassifiziert. Im Folgenden werden diese traumabedingten Störungen vorgestellt. Die Darstellung erfolgt nicht nur der Vollständigkeit halber, sondern besonders, weil in der empirischen Untersuchung gängige, im Kontext der Traumaforschung eingesetzte Befragungsinstrumente eingesetzt wurden, die als weiteres Instrumentarium zur Einschätzung der Pflege eines betagten Elternteils aus der Perspektive pflegender, erwachsener Töchter dienen.

2.4 Klinische Folgen traumatischer Erfahrungen: Posttraumatische Belastungsstörungen

Als psychotraumatologische Symptome und Syndrome wurden auf einer verallgemeinernden Ebene Taxonomien entwickelt, die als Orientierung für die klinische Praxis, aber auch für die Traumaforschung von großer Bedeutung sind. Die bekannten klinischen Klassifikation sind das „*posttraumatische Stresssyndrom*“ (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD; DSM-IV, APA, 1994) und die „*posttraumatische Belastungsstörung*“, wie traumabedingte Störungen im ICD-10 (F43.1, WHO, 2000) genannt werden.

2.4.1 Beschreibung der posttraumatischen Belastungssymptome

Die Festlegung der Diagnose „posttraumatische Belastungsstörungen“ in den Diagnoseschemata impliziert, dass es sich um eine *generalisierte Reaktion* auf Ereignisse mit Traumapotenzial handeln muss. Tatsächlich besteht in der Traumaliteratur Konsens darüber, dass die Ähnlichkeiten der Traumareaktionen deren Verschiedenheiten überwiegen (Blank, 1993). Übereinstimmend legen die einflussreichen Diagnoseschemata fest, dass es sich bei den Traumareaktionen um kognitive, behaviorale und affektive Reaktionen auf überwältigenden Stress handelt. Allerdings wird im IDC-10 (WHO, 2000) die akute Belastungsstörung als anfänglicher Schockzustand definiert. Spätere pathologische Symptome werden posttraumatischen Störungsbildern zugeordnet. Das DSM klassifiziert akute Belastungsstörungen im Sinne eines kontinuierlichen Prozesses, als „normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis“, das (innerhalb von vier Wochen) zur Genesung führt. Nichtadaptives Verhalten dagegen kann zur Chronifizierung der Symptome führen (vgl. Flatten, 2003). Gemeinsam ist beiden Schemata, dass sie generalisierte Symptomgruppen für posttraumatische Belastungsreaktionen beschreiben. Diese sind die Intrusion, die Vermeidung oder Verleugnung und die Übererregung.

Intrusion

Die Intrusion (Wiedererleben) meint wiederkehrende, aufdringliche und belastende Erinnerungen an das Ereignis. Solche Erinnerungen können in Form von Flashbacks, belastenden Träumen oder intensiven Reaktionen bei der Konfrontation mit an das Trauma erinnernden Reizen auftreten. Intrusive Gedanken sind gemäß dem Diagnoseschema nur dann erfüllt, wenn sie häufig auftreten.

Vermeidungssymptome

Sie beinhalten die Versuche, traumabezogene Gedanken und Gefühle, Gespräche, Orte und Aktivitäten zu vermeiden, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Typisch ist zudem die Empfindungslosigkeit, die sich in einem geringem Aktivitätsniveau und einem Gefühl des Losgelöstseins von anderen Menschen sowie einem Mangel an emotionaler Ausdrucksfähigkeit bis hin zur Unfähigkeit, bestimmte Aspekte des Traumas zu erinnern, äußert.

Hyperarousalsymptome

Übererregung oder Hyperarousal äußern sich in Konzentrationsschwierigkeiten, übermäßiger Wachsamkeit, erhöhte Reizbarkeit sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Traumatisierte Menschen zeigen ausgeprägte Schreckreaktionen, ohne sich an die wiederholenden Reize zu gewöhnen.

Mittlerweile liegen zahlreiche Befunde vor, die belegen, dass auch *dissoziative Störungen* zu den Traumareaktionen zu zählen sind. Dissoziationen beinhalten den teilweisen oder vollständigen Verlust der normalen Integration, also den „Zerfall“ zusammengehöriger Denk- und Handlungsmuster oder Verhaltensabläufe (Fröhlich, 2000). Typische peritraumatische Dissoziationen tauchen in Erzählungen von Betroffenen in Ausdrücken wie „Das war alles wie im Film“, „Es war als wäre ich gar nicht anwesend gewesen“ auf und werden deshalb auch als Tunnelblicke bezeichnet.

Problematisch an dieser Symptomfestlegung ist, dass zumindest gemäß DSM-IV und ICD-10 für die Störungsdiagnose sowohl die Verleugnungs- als auch Vermeidungssymptome vorhanden sein müssen, die aber zeitlich alternierend auftreten können (Everly & Lating, 1995).

Die Festlegung dieses Symptomkomplexes in den Diagnoseschemata ist darüber hinaus auch kritisch, weil sie auch außerhalb psychiatrischer Disziplinen zu einer „Autorität des DSM“ (McFarlane & de Girolamo, 1996: 137) führtet, aufgrund derer viele Themen unberücksichtigt blieben. Lange Zeit vernachlässigt wurden beispielsweise komorbide Störungsbilder (vgl. hierzu Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Southwick, Yehuda und Giller, 1993), aber auch Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht und andere soziodemographische Variablen (z.B. Brett, 1996). McFarlane und de Girolamo (1996) bemängeln außerdem die Überbetonung des Zusammenhangs von Umweltfaktoren und posttraumatischen Belastungsstörungen im DSM, die die individuelle Vulnerabilität weniger wichtig erscheinen lässt. Auch bleibt im DSM unberücksichtigt, dass eine posttraumatische psychiatrische Störung selbst zu einer sekundären Traumatisierung führen kann (ebd.).

Vor allem aber lenkte die Konzentration auf die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung von der Tatsache ab, dass die Mehrzahl derjenigen Personen, die ein Trauma erleben, keine pathologischen Symptome im Sinne des DSM und ICD entwickelt. Diesen Unterschied zu erklären, werden derzeit überwiegend die weiter oben vorgestellten ereignisunabhängigen Faktoren, wie familiäre psychiatrische Dispositionen, soziodemographische Variablen und die Traumareaktionen, insbesondere die Fähigkeit, ein Ereignis zu deuten diskutiert. Sie sagen die Wahrscheinlichkeiten für posttraumatische Störungen bzw. eine wahrscheinliche Symptomfreiheit voraus (für eine Übersicht vgl. Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey& Weiss, 2003; Yehuda, 1999).

2.4.2 Epidemiologie, Verlauf und zur Nosologie der PTB

Einige Befunde epidemiologischer Studien geben interessante Hinweise für die empirische Untersuchung.

Als erstes ist zu nennen, dass unmittelbar nach einem Trauma fast alle Betroffenen typische posttraumatische Symptome erleben, die aber nach wenigen Tagen oder Wochen abklingen. Nur eine relativ kleine Gruppe von ca. 7% derjenigen Personen, die ein Trauma erleben, entwickeln posttraumatische Belastungsstörungen (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Für diese Gruppe berichten Steil und Ehlers (1998), dass in 40% bis 50% der Fälle die posttraumatischen Belastungssymptome chronifizieren (Steil & Ehlers, 1998). Ein

Geschlechterunterschied ist beachtenswert: Frauen entwickeln drei bis vier Mal häufiger als Männer chronische Symptome (Norris, Foster & Weisshaar, 2002)[4].

Zweitens ist ein Befund aus der Studie von Norris, Foster und Weisshaar (2002: 31f.) zu nennen. Sie führten eine Metaanalyse epidemiologischer Studien unter besonderer Berücksichtigung des Risikofaktors „Geschlecht" durch und fanden, dass das größere Risiko der Frauen, eine PTB zu entwickeln, generell für alle Population gilt, im Besonderen aber für Gesellschaften, in denen traditionelle Geschlechterrollen gelebt werden.

Diese, in epidemiologischen Studien nachgewiesen Geschlechterdifferenzen wie auch die Tatsache, dass nur wenige, besonders weibliche Personen tatsächlich an posttraumatischen Belastungssymptomen erkranken, verweisen auf möglicherweise notwendige geschlechterspezifische Interventionen, vor allem aber auf den theoretischen Erklärungsbedarf.

2.5 Offene Fragen und weiteres Vorgehen

Zur Überprüfung der Frage, ob der Pflege eines betagten Menschen Traumatisierungspotenzial innewohnt, und damit in die Kategorie schwerwiegender Ereignisse, wie Scheidungen, schwere Erkrankungen eingereiht werden kann, wurden dem aktuellen Stand der Traumaforschung entsprechend, Kritierien aufgezeigt, anhand derer der Schweregrad der Pflege in der empirischen Analyse eingeschätzt werden kann. Zudem kann anhand der vorgestellten posttraumatischen Belastungsstörungen (Intrusion, Vermeidung und Übererregung) eine Einschätzung der Folgewirkungen der Pflege vorgenommen werden. Hierzu werden gängige, in der klinischen Psychologie verwendete Instrumente herangezogen, die diesen Symptomkomplex messen (z.B. IES-R, Maercker & Schützwohl, 1998; vgl. Kap. 6.2.1.4).

Nun ist die Tatsache erklärungsbedürftig, dass sowohl diejenigen Menschen, die extreme Traumata erleben, wie auch Personen, die Angehörige pflegen, regelmäßig zumindest keine dauerhaften gesundheitlichen Einbußen erleiden, obwohl die physischen, psychischen und sozialen Kosten immens sind. Auch für die Pflege ist das höchst erstaunlich, wenn man bedenkt, dass sich die Pflegezeit häufig über viele Jahre erstreckt, und sich in dieser Zeit viele „Mikrotraumata" (Gräßel, 1998b: 61) aneinanderreihen. Es ist also anzunehmen, dass die

[4] Gemäß DSM-IV gilt eine posttraumatische Belastungsstörung als akut, wenn sie kürzer als drei Monate und chronisch, wenn sie länger als drei Monate dauert. Von einem verzögerten Beginn wird gesprochen, wenn die Störung frühestens nach sechs Monaten einsetzt.
Im ICD-10 wird ebenfalls zwischen einer akuten und chronischen Störung unterschieden. Eine akute Belastungsstörung wird durch Symptome definiert, die unmittelbar nach einem Trauma oder in den nächsten Tagen auftritt. Chronisch, nach ICD, ist eine Belastungsstörung, wenn Symptome wie sozialer Rückzug und Entfremdung, die zugleich mit Persönlichkeitsveränderungen einhergehen und dann der Kategorie „andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung" zugeordnet werden.

betroffenen Personen über gute Bewältigungsmechanismen verfügen, die die Genesung von diesem Ereignis und die Aufrechterhaltung der Gesundheit unterstützen. Während die gesundheitlichen Belastungen der Pflege gut untersucht sind, ist wenig darüber bekannt, wie es den Pflegepersonen gelingt, gesund zu bleiben bzw. die Strapazen der Pflege gut bewältigen. Zwar wurden die interindividuellen Bewältigungsressourcen (z.B. soziale Unterstützung) untersucht, die intrapsychischen Mechanismen dagegen vernachlässigt.

Zu solchen intrapsychischen Mechanismen zählt die kognitive Reorganisation nach schwerwiegenden Ereignissen wie sie von Taylor (1983, 1989) und Janoff-Bulman (1992; vgl. auch Horowitz, 1976) beschrieben wurden. Diese Theorien scheinen als Bezugstheorien vielversprechend zu sein, weil sie Auskunft über den Umgang mit erlebten Bedrohungen geben, die besonders bedeutend sind, weil diese die individuelle Vulnerabilität fokussieren, die, wie McFarlane und de Girolamo (1996) behaupten, das Traumaerleben mitbestimmt und aufgrund der Autorität der klinischen Perspektive bisher vernachlässigt wurde.

Wie kann die individuelle Vulnerabilität erklärt und ggf. überprüft werden? Eben aufgrund dieser Frage wurden die beiden noch vorzustellenden Bezugstheorien von Taylor (1983, 1989) und Janoff-Bulman (1992) gewählt, die einen Ansatz vorschlagen, wonach Menschen nach schwerwiegenden Ereignissen versuchen, das Ereignis positiv zu deuten. Mittels solcher kognitiver Reorganisationen gelingt es diesen Menschen, so die Autorinnen, die negativen Effekte solcher Ereignisse zu reduzieren oder gar zu minimieren. Diese Ansätze könnten also geeignet sein, die (intrapsychische) Bewältigung der pflegenden Töchter nachzuvollziehen. Beide Autorinnen erheben zudem den Anspruch, mit ihren Theorien das Traumaerleben erklären zu können. Damit geben die Autorinnen die vorangestellte Rekonstruktion des Traumadiskurses und die Einschätzung des Traumatisierungspotenzials des in dieser Arbeit untersuchten Gegenstandes vor. Darüber hinaus ist in Bezug auf die Theorien zu fragen, welche Annahmen die Autorinnen treffen und ob diese für den untersuchten Gegenstand zutreffen und geeignet sind, die Bewältigung der Elternpflege zu erklären.

Auch wenn die Autorinnen selbst nicht überprüfen, ob ihre Theorien tatsächlich solche schwerwiegenden Ereignisse erklären können, die die aufgezeigten voraussetzungsvollen Kriterien für traumatische Ereignisse erfüllen, scheinen sie als Rahmenkonzepte für die Überprüfung der Bewältigung der Pflege eines Elternteils dennoch vielversprechend, weil sie den Anspruch erheben, diejenigen Mechanismen zu erklären, die eine Pathologisierung

schwerwiegender Ereignisse verhindern und zudem das subjektive Erleben und die individuelle Vulnerabilität betrachten.

3 Theorien kognitiver Reorganisation nach stressreichen Ereignissen: Standortbestimmung und offene Fragen zu den Theorien von Shelley E. Taylor und Ronnie Janoff-Bulman

3.1 Die kognitive Adaptationstheorie: Shelley E. Taylors Illusionstheorie

Anfang der 80er Jahre entwickelt die Sozialpsychologin Shelley E. Taylor ihre Illusionstheorie, die die kognitive Anpassung an das alltägliche Leben und die Reorganisation der Kognitionen nach traumatischen und anderen schwierigen Ereignissen beschreibt. Darin unterstellt sie, dass Menschen die Realität systematisch, aber moderat zugunsten eines positiven Selbstbildes verzerren. Taylor selbst bezeichnet ihre Illusionstheorie als „kognitive Adaptationstheorie“ (theory of cognitive adaptation, Taylor, 1983)[5]. Dieser ersten Veröffentlichung zur Illusionstheorie folgt 1988 eine noch heute viel beachtete gemeinsame Publikation mit Brown (Taylor & Brown, 1988), in der unter Berücksichtigung von Befunden aus der klinischen Psychologie das Illusionsphänomen verdichtet wird. 1989 erscheint eine Monographie, in der Taylor die kognitive Adaptionstheorie erweitert, ergänzt und durch Forschungsergebnisse angrenzender Phänomene untermauert[6]. Schließlich folgt 1996 ein gemeinsamer Buchbeitrag mit Armor (Tayor & Armor, 1996), in dem die wesentlichen Aussagen der Theorie wiederholt werden und versucht wird, die Gültigkeit der Annahmen durch neuere Untersuchungen von Taylor und ihren KollegInnen sowie anderen AutorInnen zu belegen. Wenngleich es sich bei den genannten Publikationen um die zentralen Veröffentlichungen zur Illu-

[5] Zu den kognitiven Theorien der Sozialpsychologie gehören Theorien, die sich mit Wahrnehmungs- und Denkstrukturen und sozialen Urteilsbildungen beschäftigen. Gegenstand dieser Theorien sind insbesondere nicht direkt beobachtbare, „innere“ menschliche Prozesse und Strukturen (vgl. Frey, 1997: 50). Innerhalb der kognitiven Theorien haben sich zwei Denkrichtungen entwickelt. Zur ersten zählen motivationale Theorien, die auf der Annahme basieren, dass von bestimmten Kognitionen motivationale Wirkung ausgeht, und diese zu bestimmtem Verhalten führt. Bedeutende Theorien dieser Denkrichtung sind beispielsweise die Dissonanztheorie (Festinger, 1957; Aronson, 1969; Irle, 1991) und die Gerechtigkeitstheorien (für eine Übersicht vgl. z.B. Maes, 1996; Müller & Hasserbrauck, 1993). Die zweite Denkrichtung konzentriert sich auf informationsverarbeitende Prozesse und lässt motivationale Aspekte unberücksichtigt. Im Zentrum dieser Theorien stehen Informationsprozesse und Strukturen, die z.B. Selbst- und Fremdwahrnehmung, die Wahrnehmung der sozialen Welt und Attributionsprozesse erklären (für Übersichten vgl. z.B. Meyer & Försterling, 1993; Frey & Irle, 2002). Die Theorie Taylors beinhaltet Elemente beider Denkrichtungen.

[6] Die 1989 im englischsprachigen Original erschienene Auflage „Positive Illusions. Creative Self-Deception and the Healthy Mind“ kam im Jahr 1993 als deutschsprachige Übersetzung mit dem Titel „Positive Illusionen. Produktive Selbsttäuschung und seelische Gesundheit“ auf den Markt. In der zweiten deutschen Auflage (1995) wurde der Titel umbenannt in „Mit Zuversicht. Warum positive Illusionen für uns so wichtig sind“. Dieser Arbeit wird jedoch aufgrund einiger ungenauer Übersetzungen ausschließlich die englischsprachige Version zugrunde gelegt. Um nur ein Beispiel für diese sprachlichen Ungenauigkeiten zu nennen: In der deutschen Version wird der Begriff „sense of mastery“ (Taylor, 1989: 193) mit „Überlegenheitsgefühl“ (Taylor, 1993: 283) übersetzt, das fälschlicherweise als Überlegenheit, z.B. gegenüber anderen Personen, verstanden werden kann. Tatsächlich sind damit aber Kontrollvorstellungen gemeint.

sionstheorie handelt, beziehen sich doch insgesamt mehr als 120 Artikel von Taylor und ihren KollegInnen auf das Illusionsphänomen, die die theoretischen Annahmen ergänzen und weitere Hypothesen beinhalten. Allerdings gelingt es Taylor nicht, ihr Werk im Sinne einer klar umrissenen Theorie mit einem axiomatischen oder taxonomischen System von Aussagen zu strukturieren (zur Theoriebildung vgl. z.B. Braithwaite, 1953; Nagel, 1961, Chalmers, 1990, 1999; Esser, Klenovits & Zehnpfennig, 1977a,b). Denn eine Theorie beinhaltet Definitionen, die dem Anspruch gerecht werden sollten, Begriffe zu explizieren. Zu diesen Begriffen werden allgemeine Hypothesen und deren Zusammenhänge formuliert (zur Begriffsexplikation vgl. z.B. Carnap, 1959: 12ff; zur Hypothesenbildung vgl. z.B. Carnap, 1959; Kuhn, 1967; Lakatos, 1970/1974; Popper, 1935). Schließlich gehört zur Theoriebildung die Ableitung spezieller Aussagen, die aus den allgemeinen Hypothesen abgeleitet werden (Herkner, 2001; zur Deduktion vgl. z.B. Seiffert, 1996)[7]. Ziel solcher taxonomischer Systeme ist es, Erklärungen und Voraussagen für das zu bestimmende Phänomen zu machen.

Damit weisen Theorien drei verschiedene Bestandteile auf (Deutsch & Krauss, 1997: 1-13): (1) Ein *abstraktes Kalkül* oder logische Gerüst der Theorie, das erste begriffliche Klärungen vornimmt. (2) Ein oder mehrere *theoretische Konstrukte* beschreiben die Beobachtungen und Annahmen zu einem Phänomen und dessen Eigenschaften sowie die Beziehungen zwischen den Konstrukten. (3) Und schließlich *Korrespondenzregeln*, die eine Überprüfung der theoretischen Konstrukte und des Kalküls ermöglichen.

In der Konzeption Taylors sind weder die verwendeten Begrifflichkeiten expliziert, noch wird ein System von Annahmen axiomatisiert. Lediglich eine, einem englischsprachigen Wörterbuch entnommene Illusionsdefinition wird vorgestellt, die aber weder zum inhaltlichen Verständnis beiträgt, noch die essentiellen Merkmale oder Eigenschaften des Phänomens (vgl. Hempel, 1974) erklärt (vgl. zu Taylors Illusionsdefinition Kap. 3.3). Die verschiedenen Hypothesen und Schlussfolgerungen werden aus anderen theoretischen Konzeptionen und sozialpsychologischen Forschungsbefunden abgeleitet und zum Teil für das kognitive „Illusionsphänomen“ reformuliert. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Theorien und Hypothesen der *Selbstwerterhöhung* und des Selbstwertschutzes (Allport, 1937; Greenwald, 1980), der *kognitiven Kontrolle* (White, 1959; DeCharms, 1968; Langer, 1975; Thompson,

[7] Solche Deduktionen folgen in der Sozialpsychologie weniger den streng definierten Deduktionsregeln als vielmehr einer „Syntax der Alltagssprache“, weshalb sie für gewöhnlich an Eindeutigkeit und strikter Logik einbüßen. Anstelle dessen beruhen sie vielmehr auf Plausibilität und Vernunft (Deutsch & Krauss, 1997:7).

1981; Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982), des *Optimismus* (Scheier & Carver, 1985, 1987, 1992; Carver & Scheier, 2003; Seligman, 1990; Schneider, 2001), der *kognitiven Dissonanz* (Festinger, 1957) und der *Attributionen* (Heider, 1958; Kelley, 1967; Weiner, 1976, 1990). Insofern ist Taylors Theorie[8] großenteils ein Konglomerat an Teilkonzepten, Reinterpretationen und Reformulierungen etablierter Konzepte, die zum Illusionsphänomen in Beziehung gesetzt werden. Es handelt sich aber auch um Interpretationen und Mutmaßungen, die aus mehr oder weniger exakten (auch von Taylor selbst durchgeführten) Untersuchungen und Experimenten abgeleitet werden. Gerade weil es sich bei Taylors Theorie um ein Konglomerat handelt, ist es notwendig, die einzelnen, nicht selten unzusammenhängenden Puzzleteile (vgl. American Psychologist, 1997) zusammenzufügen und aus ihren mehr als 120 Publikationen die wesentlichen Annahmen und Teilkonstrukte zu explizieren und zu einem nachvollziehbaren Ganzen zusammenzufügen. Denn schließlich ist ein Ziel dieser Arbeit, den Nutzen der Illusionstheorie für den empirischen Teil der Arbeit herauszufiltern.

3.2 Die initiierende Studie

Den Beginn der Taylorschen kognitiven Adaptationstheorie bildet eine von Taylor durchgeführte Felduntersuchung und ihre kritische Lektüre zu kognitiven Wahrnehmungsverzerrungen sowie deren Wirkungen auf die psychische Gesundheit. Beide bündelt sie in einer, wenn man so will, „metatheoretischen Perspektive“ (Taylor, 1983: 1171) zur kognitiven Adaptationstheorie.

Bei der initiierenden Untersuchung handelt es sich um eine Interviewstudie mit 78 an Brustkrebs erkrankten Frauen, in der Taylor und ihre Kolleginnen Rosemary Lichtman und Joanne Wood (1984) der Frage nachgingen, welche Überzeugungen (beliefs) die Frauen über Gesundheit und Krankheit vertreten und welchen Beitrag diese subjektiven Krankheitstheorien für deren psychische Gesundheit leisten.

Zu ihrem Erstaunen fanden Taylor, Lichtman und Wood (1984), dass diese Frauen berichteten, seit ihrer Erkrankung habe sich vieles verändert und einiges zum Besseren. Die befragten Frauen berichteten über intensivere soziale Beziehungen, neue Prioritäten, die sie seit der Erkrankung gesetzt hatten und darüber, dass sie mehr auf sich selbst achteten. Erstaunlich war auch der Glaube einiger Frauen, die Krebserkrankung kontrollieren und einen erneu-

[8] Auch wenn der Ansatz von Taylor streng genommen nicht als Theorie bezeichnet werden darf, wird im weiteren Verlauf von der Illusionstheorie oder der kognitiven Adaptionstheorie gesprochen, da diese Bezeichnung für ihren Ansatz in der Literatur gängig ist.

ten Ausbruch verhindern zu können. Andere Frauen meinten geheilt zu sein, obwohl die medizinischen Daten eine fortschreitende Erkrankung diagnostizierten. Zugleich schienen diese Frauen nicht unter psychischem Distress zu stehen, sondern psychisch gesund zu sein. Darüber hinaus gab es keine Hinweise, dass diejenigen Frauen, die sich in ihren Vorstellungen überschätzt hatten, einen Nachteil für ihre psychische Gesundheit erlitten, wenn sie sich ihrer überschätzten Kontrolle und ihres unrealistischen Optimismus gewahr wurden (z.B. Taylor, 1983). Taylor schloss aus diesen Beobachtungen, dass diesen positiven Sichtweisen ein kognitiver Anpassungsprozess zugrunde liegen muss, durch den negative Informationen positiv umgedeutet werden.

Die Studie kann als paradigmatisch für die Adaptationstheorie angesehen werden, die zusammen mit den konzeptionellen Überlegungen zu positiven Wahrnehmungsverzerrungen und Selbstüberschätzungen (insbesondere Taylor, 1983, Taylor& Armor, 1996; Taylor & Brown, 1988) die „positive Illusionsposition“ (positive illusion position, Taylor, Lerner, Sherman, Sage & McDowell, 2003a) dokumentiert. Taylor will mit ihrer Illusionstheorie vor allem zeigen, dass der Mensch selbst im Angesicht schwieriger Ereignisse in der Lage ist, einen Nutzen aus diesen zu ziehen.

> „Cognitive adaptation theory, then, is proposed as an alternative model of the disconfirmation process, […] because it offers a very different view of the human organism than do currently available models. It views people as adaptable, self-protective, and function in the face of setbacks” (Taylor, 1983: 1170).

Mit dieser Auffassung widerspricht Taylor der bis dahin weit verbreiteten Auffassung, akkurate Wahrnehmung sei das kritische Kriterium psychischer Gesundheit (z.B. Jahoda, 1958). Entsprechend provozierte sie mit ihrer Sichtweise eine hitzige Debatte, wie adaptiv positive Illusionen sind (vgl. Kap. 3.15; Asendorpf & Ostendorf, 1998; Colvin & Block, 1994; Colvin, Block & Funder, 1995, 1996; Shedler, Mayman & Manis, 1993, 1994; Taylor & Brown, 1994a, b).

3.3 Das Illusionsphänomen

Für das von Taylor beschriebene Phänomen selbstwertdienlicher Wahrnehmungsverzerrungen wählt sie bereits in ihrer ersten diesbezüglichen Veröffentlichung (1983) die Bezeichnung „Illusion“. Nach einer, den wissenschaftlichen Anforderungen entsprechenden eigenständigen Definition des Begriffs sucht man in dieser Veröffentlichung vergeblich. Einige Jah-

re später (Taylor & Brown, 1988) wird eine Begriffsdefinition nachgeliefert, die dem *Random House Dictionary of the English Language* entnommen ist. Darin heißt es:

> „[An illusion is, M.D.] a perception that represents what is perceived in a way different from the way it is in reality. An illusion is a false mental image or conception which may be a misinterpretation of a real appearance or may be something imagined. It may be pleasing, harmless, or even useful" (Random House Dictionary of the English language, ed. by Stein, 1982: 662, zitiert nach Taylor & Brown, 1988: 194).

Angesichts des anspruchsvollen Phänomens, das die Definition erklären soll, mutet die Definition zunächst wenig hilfreich und einfach an. Folgende Kritikpunkte zur Definition sind festzuhalten:

1. Schon die erste Feststellung, Illusionen repräsentierten eine von der Realität verschiedene Wahrnehmung, scheint sowohl aufgrund der allgemeinen Formulierung „Wahrnehmung" als auch aufgrund der undifferenzierten Feststellung einer Abweichung von der Realität sehr vage. Denn mit der Wahrnehmung werden neuronale Prozesse beschrieben, die dem Erkennen dienen (Wahrnehmen, Denken, Erinnern usw.). Weicht die Wahrnehmung von der Realität ab, wie dies die Definition ausgesagt, liegt eine Täuschung vor. Offen bleibt, ob es unterschiedliche Ausprägungen gibt und welcher Art diese Ausprägungen sind. Weil die Definition keine Täuschungen ausschließt, umfasst sie „Täuschungen aller Art" (Günther, 2001: 238), also auch Sinnestäuschungen, wie z.B. optische Täuschungen, die aber nicht Gegenstand der kognitiven Adaptationstheorie sind. Bleibt demnach die Frage offen: Was sind *keine* Illusionen?

2. Mit dem zweiten Satz der angegebenen Definition scheint das Illusionsphänomen weiter eingegrenzt zu werden. Während im ersten Satz die Illusion noch allgemein als Wahrnehmung bezeichnet wird, erfolgt im zweiten Satz die Bestimmung einer Illusion als „falsche Vorstellung". Eine Vorstellung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie mit Erfahrungen in Zusammenhang steht und daher einen als „zusammenhängendes Ganzes erlebten Bewusstseinsprozess" darstellt (Fröhlich, 2000: 467). Ein in diesem Sinne genutzter Illusionsbegriff geht über die reine Wahrnehmung weit hinaus, weil eine Vorstellung das Ergebnis von Interpretationen der Wahrnehmung ist. Damit wird die Illusion auch zu einer subjektiven und kulturell überformten Leistung. Wodurch diese interpretative Leistung motiviert ist, bleibt in der verwendeten Definition offen. Freilich klingt es wenig einleuchtend, wenn zunächst behauptet wird, eine Illusion sei eine Wahrnehmung (und nicht etwa „beruht auf einer Wahrnehmung"), wenn im zweiten Satz die Bestimmung folgt, eine Illusion ist eine falsche Vorstellung.

Problematisch ist aber vor allem die Kennzeichnung der Illusionen als eine *falsche* geistige Vorstellung (false mental image). Diese Beschreibung erinnert nicht nur an die ursprüngliche Bedeutungen des Illusionsbegriffes[9], sondern impliziert zugleich, dass die „falsche Vorstellung" oder Illusion durch „wahre", akkurate Wahrnehmungen kontrastiert werden könnte. Mangels anderer, im Taylorschen Ansatz definierter Kriterien zur Operationalisierung des Illusionsphänomens werden positive Illusionen dann auch entsprechend des Akkuratheitskriteriums gemessen. Mit der Fokussierung auf dieses Kriterium gerät die Überprüfung des Phänomens in einer leidenschaftlich geführten Debatte in eine Sackgasse, weil die Differenzierung zwischen Wahrheit und Akkuratheit mangels Möglichkeiten eines empirischen Zugangs zum Scheitern verurteilt ist, die hitzige Illusionsdebatte aber eine Auseinandersetzung mit anderen Illusionsmerkmalen verhinderte.

3. Bedenkt man, dass die Kritik an der Illusionstheorie insbesondere das Akkuratheitskriterium betrifft, wenn die Kritiker bemängeln, dass falsche geistige Vorstellungen oder Fehlinterpretationen eher pathologische als selbstwertdienliche Erscheinungen seien, dann scheint es ein wenig bizarr, dass Taylors angebotene Definition auf einer falschen Lesart des Wörterbuches beruht. Denn gemäß den lexikalischen Angaben zum Stichwort „Illusion" im Random House Dictionary finden sich dort insgesamt sechs eigenständige Bedeutungspositionen zum betreffenden Lexem. Die erste und originäre Bedeutung wird mit „something that deceives by producing a false impression" angegeben. An vierter Stelle und als Bestandteil der psychologischen Fachsprache gekennzeichnet, folgt die von Taylor zugrunde gelegte Beschreibung „a perception that represents what is perceived in a way different from the way it is in reality". Im Anschluss an die Bedeutungen findet man einen Absatz, in dem Synonyme („-Syn.") zum besseren Verständnis und zur Einordnung der vorher genannten Bedeutungen

9 Strube (1971, 1976) erklärt in seiner Analyse zum Illusionsbegriff des 17. und 18. Jahrhunderts die Verwendung des Illusionsbegriffs im Kontext seiner ursprünglichen ästhetischen sowie metaphysik- und/oder religionsbezogenen Bedeutungen. In der Ästhetik wird der Begriff „Illusion" gleichbedeutend mit Sinnestäuschung und Trugwahrnehmung angewendet. Grundlegendes Interesse gilt der (ästhetischen) Wirkung in der bildenden Kunst und der Rhetorik. Wenn Kunst wirksam sein soll, muss sie die Wirklichkeit so getreu nachahmen, dass der Betrachter das Dargestellte als wirklich wahrnimmt, also von ihr getäuscht oder illudiert wird.
In der Sprache der Metaphysik und der Religionskritik werden Illusionen als Vorstellungen gedeutet, die aufgrund von Gemütszuständen (Hoffnung, Angst, Verliebtheit) falsch sind. Solche Vorstellungen gelten als falsch, weil es sich um ein vermeintliches Für-Wahr-Halten handelt, dessen Ursache im begrenzten menschlichen Verstand liegt. Anstelle rationaler Überprüfung wird der Mensch von seiner Einbildungskraft und seinen Leidenschaften zu Illusionen verleitet (ebd.).
In der Psychoanalyse wurden Illusionen lange Zeit nach Maßgabe der Vernunft und der Erfahrung bewertet. Gemäß Freud (1927) sind Illusionen religiöse u.a. Vorstellungen, die als dogmatische Lehrsätze den Menschen für Triebverzichte entschädigen. Allerdings bietet die Religion gemäß Freud keine hinreichende Entschädigung für Triebverzichte.

aufgeführt sind. In diesem Absatz finden sich die beiden Sätze „An illusion is a false mental image or conception which may be a misinterpretation of a real appearance or may be something imagined. It may be pleasing, harmless, or even useful". Nun wurde von Taylor und Brown (1988) offensichtlich übersehen, dass sich diese ergänzende Angaben nicht auf die psychologische Bedeutungsposition beziehen, sondern auf die erste, originäre Bedeutung. Das wird durch die der Ergänzung zugeordneten Ziffer deutlich, die laut Benutzungshilfe (Random House Dictionary of the English Language, 1982: xxxi) auf die betreffende Bedeutungsposition verweist. Tatsächlich bezieht sich die Beispielparaphrase „a false mental image" auf die erstgenannte Bedeutung einer Illusion als „false impression" und nicht auf die Bedeutung der Illusion als „a perception that represents what is perceived in a way different from the way it is in reality". Anders gesagt, fasst Taylor als Illusionsdefinition nicht zusammengehörige Beschreibungsbestandteile zu einer Definition zusammen, die dadurch in sich unpräzise, wenn nicht gar widersprüchlich wird, da eine von der Realität abweichende Wahrnehmung (was schließlich für alle Wahrnehmungen zutrifft) mit einer falschen Vorstellung gleichgesetzt wird. Sie hat darüber hinaus auch wenig gemeinsam mit dem Phänomen, das Taylor in ihrer initiierenden Untersuchung vorgefunden hat, nämlich die flexible Anwendung von Illusionen je nach situativen Erfordernissen.

4. In späteren Veröffentlichungen (z.B. Taylor, 1989; Taylor & Armor, 1996) konkretisiert Taylor zwar den Begriff der Illusionen in der Art, dass sie die Illusion als psychische Ressource beschreibt, die dann wirksam wird, wenn sie die Realität so zu verzerren in der Lage ist, wie eine Person sie braucht. Eine explizite Korrektur der vorherigen und unzulänglichen Beschreibung findet aber ebenso wenig statt, wie die neuere Aussage keine Verbesserung für den empirischen Zugang darstellt. Schließlich sind auch selbstmotivierte Selbsttäuschungen empirisch kaum nachweisbar.

Mit diesen Kritikpunkten wird deutlich, dass die von Taylor zugrunde gelegte Illusionsdefinition für die Adaptationstheorie weder inhaltlich geeignet ist, noch den wissenschaftlichen Ansprüchen an formale Überprüfbarkeit, Konsistenz und Exaktheit genügt (zu den Anforderungen an Definitionen vgl. z.B. Esser, 1977a).

Freilich ist diese vage Definition für Taylor aber durchaus von Nutzen, weil sie es zugleich ermöglicht, verschiedene psychologische Phänomene (z.B. Attributionen, Selbstwerterhöhungen) im Sinne ihrer Adaptationstheorie zu interpretieren. Die zugrunde gelegte Definiti-

on wie auch die in der kritischen Auseinandersetzung auf wenige Punkte der Illusionstheorie reduzierte Kritik unterstützen einmal mehr die Forderung nach einer Zusammenführung der von Taylor postulierten Annahmen und Reinterpretationen, um den Kern der Theorie nachvollziehen und damit deren Nutzen einzuschätzen zu können.

In den genannten Veröffentlichungen wird das Illusionsphänomen eben im Widerspruch zur zugrunde gelegten Definition nicht als einfache Wahrnehmungsverzerrung, sondern als kognitive Anpassung erklärt, die auf einer menschlichen Fähigkeit beruht, Kognitionen so zu verändern und in einem günstigeren Licht erscheinen zu lassen, dass negative Informationen ihre Bedrohlichkeit verlieren und Stress reduzieren. Diese Annahme kognitiver Anpassungsprozesse konstituiert den Kern der Taylorschen Theorie, also das „abstrakte Kalkül" (Deutsch & Krauss, 1997). Zwei weitere Annahmen schließen daran an: Entgegen der Auffassung, eine möglichst realitätsnahe Wahrnehmung des Selbst und der Umwelt sei notwendige Voraussetzung für psychische Gesundheit (z.B. Fromm, 1955; Jahoda, 1958), vertritt Taylor die hierzu konträren Thesen,

(1) *Wahrnehmungsverzerrungen sind nicht nur normal*,

(2) *sondern auch die psychische Gesundheit aufrechterhaltend* oder sogar fördernd (z.B. Taylor 1989; Taylor & Brown, 1988).

Dem Illusionsphänomen liegen demnach Wahrnehmungsverzerrungen zugrunde, die allein das Phänomen aber noch nicht ausmachen. Die Illusionen sind besonders durch Anpassungsprozesse gekennzeichnet, die Wahrnehmungen so verändern, dass sie die Realität in eine positive Richtung verzerren. Taylor konzentriert sich damit auf positive Realitätsverzerrungen, die das alltägliche Leben kennzeichnen. Positive Illusionen leisten darüber hinaus auch angesichts bedrohlicher und traumatisierender Ereignisse einen Beitrag zur Aufrechterhaltung, Verbesserung und/oder Wiederherstellung psychischer Gesundheit (z.B. Taylor & Armor, 1996). Dabei liegen den kognitiven Anpassungsprozessen drei Leitmotive zugrunde:

(1) Die *Suche nach Erklärungen und Bedeutungen* für bestimmte Ereignisse und Zustände (search for meaning),
(2) die *Einschätzung eigener Kompetenz und Machbarkeit* (sense of mastery) und
(3) die *Aufrechterhaltung, Verteidigung und Verbesserung eines positiven Selbstbildes* (positive sense of self).

Sie sind Ausdruck des Bedürfnisses nach *Selbsterhöhung* (self-enhancement), *personaler Kontrolle* (personal control) und *optimistischen Zukunftserwartungen* (to be optimistic about the future). Eigene Erfahrungen werden so gedeutet und interpretiert, dass sie diese Bedürfnisse erfüllen und im Zuge dessen zu überhöhten Einschätzungen des Selbst, der Zukunft und der eigenen Kontrollmöglichkeiten führen. Diese Illusionen des Selbst, der Kontrolle und Zukunft bilden die Teilkonstrukte (Deutsch & Krauss, 1997) der Taylorschen Adaptationstheorie.

Nach Auffassung Taylors tragen verschiedene Mechanismen wie z.B. soziale Vergleichsprozesse, Attributionen und Selbstevaluierungen zum Erhalt und zur Förderung der drei genannten „Erscheinungsformen der Illusionen“ (Thomae, 2001) bei. Auch wenn Taylor keine präzisen Korrespondenzregeln zur Überprüfung des Illusionsphänomens formuliert, wird dennoch deutlich, dass diese Mechanismen nicht eine bestimmte Form der Illusion unterstützen, sondern mehrere Illusionen gleichzeitig bedienen können. Insofern sind nicht nur einzelne Illusionsformen von Interesse, sondern insbesondere die „Harmonie der Illusionen“ (Young, 1995). Schließlich dienen alle Illusionsformen dem Schutz und der Stabilisierung des Selbstwertes, indem sie negative (selbstrelevante) Informationen weniger bedrohlich erscheinen lassen. Weil auf diese Weise Stress reduziert wird, leisten positive Illusionen einen Beitrag zur psychischen Gesundheit, die wesentlich von der Stabilität eines positiven Selbstwertes abhängt (Taylor, 1989; Taylor & Brown, 1988, vgl. auch Bednar & Peterson, 1995).

Die folgende Übersicht (Abb.1) bietet eine vereinfachende Darstellung der kognitiven Adaptationstheorie, deren Komponenten in den nächsten Kapiteln vorgestellt und diskutiert werden.

Abb. 1: Das Illusionsphänomen im Überblick

			ADAPTIVER NUTZEN
ABSTRAKTES KALKÜL	**Kognitiver Anpassungsprozess durch Wahrnehmungsverzerrungen** - ist normal, - fördert psychische Gesundheit	**Leitmotive** (Kernüberzeugungen): - Suche nach Sinn und Bedeutungen (sense of meaning), - Einschätzung eigener Kompetenz und Machbarkeit (sense of mastery), - Aufrechterhaltung, Verteidigung und Verbesserung eines positiven Selbstbildes (sense of positive self).	Entwicklung „dynamischer Kräfte“, die konstruktive Gedanken und konstruktives Verhalten schützen und anregen (Taylor, 1983: 1171).
		Ziele - optimistische Zukunftserwartungen (ability to be optimistic about the future), - personale Kontrolle (personal control), - Selbsterhöhung (self-enhancement).	Stabilisierung des Selbstwertes durch Produktion positiver Illusionen.
TEILKONZEPTE	**Anpassungsmechanismen** - Selbstevaluierung (insbes.sozialer Vergleich)	**Produktion selbsterhöhender Illusionen**: - Zukunftsillusionen, - Kontrollillusion, - Illusion eines positiven Selbst.	Bewältigung des alltäglichen Lebens und Anpassung an traumatische Ereignisse (Coping).
		Illusionen als Ressourcen zur Bewältigung der Härten des Lebens.	**Psychische Gesundheit**

Quelle: eigene Darstellung.

3.4 Grundlegenden Thesen der kognitiven Adaptationstheorie

Taylors Theorie liegen die Annahmen zugrunde, dass Illusionen Teil des täglichen Lebens sind, die darüber hinaus dazu beitragen, das Leben besser und gesünder zu bewältigen

(A) Zur Universalität der Illusionen: Illusionen als „normale“ Wahrnehmungsverzerrungen im täglichen Leben

Gemäß Taylor sind positive Illusionen ein universales Phänomen des täglichen Lebens. Illusionen repräsentieren die „normale menschliche Wahrnehmung“, sind also „steady state“ (Taylor & Armor, 1996: 876f.). Dabei ist die Behauptung, menschliche Wahrnehmungen seien anfällig für Verzerrungen, zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Taylorschen Theorie

nicht völlig neu. Sie wurde bereits vorher von einigen klinischen Psychologen und Psychiatern thematisiert (z.B. Kohut, 1966; Winnicott, 1971), ohne jedoch in der Literatur die notwendige Aufmerksamkeit erhalten zu haben. So hatte Heider schon 1958 darauf hingewiesen, dass Kognitionen nicht nur objektiven Gegebenheiten folgen, sondern auch von subjektiven Bedürfnissen, Wünschen und individuellen Interessen geleitet werden (für eine Übersicht vgl. Heine, Lehman, Markus & Kitayama, 1999). Dennoch galt bis in die 70er Jahre das Postulat der akkuraten Realitätswahrnehmung als kritisches Merkmal psychischer Gesundheit bzw. Krankheit (vgl. z.B. Jahoda, 1958; Erikson, 1950; Fromm, 1955; Haan, 1977; Vaillant, 1977). Dementsprechend wurden Illusionen bzw. Selbsttäuschungen mit psychischen Störungen gleichgesetzt.

Historisch betrachtet fällt Taylors Theorie damit in die Zeit nach der „kognitiven Wende" (Weiner, 1976, 1990), die die psychologische Forschung und Theorienbildung auf der Ebene der Informationsverarbeitung konzipierte. Im Anschluss an die kognitive Wende erkannte man, dass die Annahme eines rational denkenden und handelnden Menschen zu kurz gerät und stattdessen von unvollständigen und durch Verkürzungen, Fehler und Verzerrungen gekennzeichneten Informationsverarbeitungsprozessen auszugehen ist. Gerade die Attributionsforschung zeigte, dass die Informationsverarbeitung keineswegs rein rationalen Standards folgt, sondern z.B. durch „fundamentale Attributionsfehler" (Ross, 1977) gekennzeichnet ist, also einer generellen Tendenz eher zu Personen- als zu Situationsattributionen zu neigen.

Die nach der kognitiven Wende folgende Forschungsrichtung richtete ihre Aufmerksamkeit auf von Erwartungen und selbstwertdienlichen Absichten geleiteten Informationsverarbeitungsprozessen. Das bis dahin angenommene Modell des „Menschen als Wissenschaftler" (Kelly, 1955) wurde abgelöst durch ein

> „unflattering picture of a charlatan trying to make the data come out in a manner most advantageous to his or her already-held theories" (Fiske & Taylor, 1984: 88).

Dieser Spur der Scharlatanerie folgend, untersuchten Taylor und ihre MitarbeiterInnen die Auswirkungen von Wahrnehmungsverzerrungen und Interpretationsfreiräumen und stellten die Abweichung von der Realität („grasp of reality", Taylor & Brown, 1988: 194) in das Zentrum der Illusionstheorie. Anders als in der philosophischen und neurowissenschaftlichen Diskussion (vgl. hierzu z.B. Metzinger, 1995; Pauen & Roth, 2001) geht es in einer so-

zialpsychologischen Illusionstheorie dabei nicht um die grundsätzliche Frage, inwieweit der Mensch in der Lage ist, die Realität adäquat wahrnehmen zu können, sondern vielmehr darum, welche Bedeutung Realitätswahrnehmungen bzw. -verzerrungen in der alltäglichen Lebenswelt haben.

Taylor und Brown (1988) fokussieren bei ihren konzeptuellen Grundlegungen keine singulären, einfachen (negativen) Wahrnehmungsfehler. Sie postulieren Illusionen als überdauernde Verzerrungen:

> „Illusions […] implies a more general, enduring pattern of error, bias, or both that assumes a particular direction or shape. […]. The illusions […] do indeed seem to be pervasive, enduring, and systematic" (Taylor & Brown, 1988: 194).

D.h. Illusionen durchdringen systematisch das Denken des Menschen und sind als Bestandteil in den alltagspsychologischen Konstrukten der Menschen verankert.

Nun ist die frühere Sichtweise einer akkuraten Wahrnehmung durchaus plausibel, wenn man daran denkt, dass Wahrnehmen vor allem die Funktion erfüllt, „menschliche Tätigkeiten (Handeln und Erkennen) zu steuern" (Guski, 2000: 19). Demnach scheint es optimal zu sein, wenn die Wahrnehmungen die Realität möglichst korrekt widerspiegeln. Wie kann es dann möglich sein, dass Menschen trotz defizitärer Veridikalität der Wahrnehmung das alltägliche Leben bewältigen können, wie Taylor behauptet? Schließlich können Wahrnehmungsverzerrungen zu Fehleinschätzungen führen, wenn beispielsweise eine Person ihre Fähigkeiten im Straßenverkehr überschätzt und dadurch einen Unfall verursacht. Taylors Antwort darauf ist denkbar einfach: Sie unterstellt, dass Illusionen im alltäglichen Leben wirksam sein können, weil das Maß der Verzerrungen im Verhältnis zu den tatsächlichen Gegebenheiten moderat ist. Anders gesagt, bleibt der Bezug zur Realität eindeutig. Schon in ihrer ersten Veröffentlichung zur kognitiven Adaptationstheorie gibt Taylor dies zu verstehen:

> „By illusions, I do not mean that the beliefs are necessarily opposite to known facts. Rather, their maintenance requires looking at the known facts in a particular light […]" (Taylor, 1983: 1171).

Illusionen beschreiben eine, wenngleich verzerrende, so doch mehr oder weniger realitätsangemessene Wahrnehmung. Verantwortlich hierfür ist das soziale Umfeld. Eine deutliche Verzerrung würde negatives soziales Feedback provozieren und die Person sozial isolieren. Weil Illusionen also aufgrund sozialer Kontrolle moderat sind, so Taylor, können sie in vielen Lebensbereichen vorkommen, ohne das alltägliche Leben zu beeinträchtigen. Entsprechend sind Illusionen in Weltbildern, selbstbezogenen Kognitionen und Zukunftsvorstellungen beobachtbar (Collins, Taylor & Skokan, 1990). Sie sind nicht spezifische Reaktionen auf

außergewöhnliche Ereignisse, sondern Bestandteil des täglichen Lebens, weshalb Menschen bestrebt sind, ihre Illusionen aufrechtzuerhalten.

Und:

> „Moreover, these biases fall in a predictable direction, namely a positive one"(Taylor & Brown, 1988: 194).

Das Systematische, das die Illusion kennzeichnet, ist die positive Richtung, in die die Verzerrung stattfindet: Illusionen sind Überzeugungen, die ein positives Selbstbild bestätigen. Diese selbstwertdienliche Voreingenommenheit (Krahé, 1984) bestimmt den adaptiven Nutzen einer Illusion.

Beide Merkmale einer Illusion - die moderate Realitätsverzerrung und ihr selbstwertdienlicher Charakter - lassen Taylor schlussfolgern, dass es sich um gesundheitsfördernde Wahrnehmungsverzerrungen handelt, die sie als *„positive"* Illusionen" bezeichnet (Taylor, 1983)[10].

Auf konzeptioneller Ebene scheint die Universalität der positiven Illusionen plausibel. Entspricht das auch empirischen Befunden? Taylor und ihre KollegInnen versuchen den Nachweis, indem sie eine Vielzahl an Untersuchungen und Theorien zusammentragen, die zu belegen scheinen, dass nicht nur die Illusionen eines positiven Selbst solchen Überschätzungen unterliegen, sondern auch die Kontrollüberzeugungen (z.B. Taylor & Gollwitzer, 1995; Taylor, Helgeson, Reed & Skokan, 1991) und Zukunftserwartungen (Taylor, 1989, 1991). Gemessen an den Fremdbeurteilungen scheinen Personen sich selbst und ihre Möglichkeiten zu überschätzen und ihr Selbstwertgefühl dadurch zu steigern (z.B. Taylor & Brown, 1994b). Vor allem scheint es sich dabei nicht um vereinzelte Phänomene zu handeln, sondern um Tendenzen, die bei vielen Menschen beobachtbar sind. Entsprechend verankern Taylor und Brown (1988) das Mehrheitskriterium als Merkmal positiver Illusionen:

> „An illusion is implied if the majority of people report that they are more (or less) likely than the majority of people to hold a particular belief. For example, if most people believe that they are happier, better adjusted, and more skilled on a variety of tasks than most other people, such perceptions provide evidence suggestive of an illusion" (Taylor & Brown, 1988: 194).

Später stellen Taylor und ihre KollegInnen noch deutlicherer die Universalität heraus: Weil die Mehrheit der Menschen solche positiven Illusion zeigen, sind diese als Bestandteil normaler Wahrnehmung zu werten:

[10] An anderer Stelle nennen Taylor und ihre KollegInnen die positiven Illusionen auch Kernüberzeugungen (basic beliefs; Updegraff, Taylor, Kemeny & Wyatt, 2002: 383).

> „[…] that mild positivity is how the majority of people experience a broad array of outcomes and that response indicating such are not themselves a function of response set, but accurately reflect a mildly positive perception of the world“ (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen & Dakof, 1990: 1247).

(B) Adaptiver Nutzen der Illusionen oder das Positive einer Illusion

Wenngleich zum Zeitpunkt der frühen Veröffentlichung ihrer kognitiven Adaptationstheorie nur erste Indizien auf einen möglichen Zusammenhang von Illusionen und deren „adaptive Qualität“ (Taylor, 1993: 334) hinweisen, ist Taylor fasziniert von der Vorstellung, positive Illusionen könnten psychische Gesundheit fördern oder sogar Bedingung für diese sein:

> „It is intriguing to think that positive illusions about the self, the world, and the future may not merely promote mental health, but may actually be essential to it, and that their absence can lead to the mental illness of depression“ (Taylor, 1989: 226).

Ihre, die psychische Gesundheit betreffende These formuliert Taylor dann aber weniger radikal. Wenn die Mehrzahl der Menschen bei der Wahrnehmung und Interpretation den beschriebenen Überzeichnungen (exaggerations) und Verfälschungen unterliegen, sind diese nicht nur normal, sondern müssen auch einen Nutzen beinhalten[11]. Einen Nutzen sieht Taylor in der Stabilisierung und der Förderung der psychischen Gesundheit. Den Nachweis für diese Anpassung[12] versucht sie über zwei Argumentationslinien:

(1) Positive Illusionen unterstützen und fördern verschiedene Aspekte psychischer Gesundheit.

(2) Die Abwesenheit positiver Illusionen geht mit depressiven Tendenzen und geringer Selbstachtung einher.

[11] Taylor nähert sich damit an die naturalistische Position der Kognitionswissenschaften an, wonach die Diskrepanz zwischen subjektiver Perspektive und den objektiven Gegebenheiten im Zusammenhang mit den Überlebenschancen steht (vgl. z.B. Dennett, 1994). Innerhalb dieser Richtung wird beispielsweise die Position vertreten, dass eine schnelle Repräsentation von Informationen wichtiger sei als die exakte Wiedergabe der Informationen.

[12] Im deutschen Sprachgebrauch werden die Begriffe „adaptation“ und „adjustment“ mit „Anpassung“ übersetzt und inhaltlich nicht differenziert. Aber auch die englischsprachige Nutzung beider Begriffe ist uneinheitlich. Taylor (1983) bietet keine Definition der Begriffe, nutzt „adjustment“ aber eher im Sinne des Prozesses, der rund um die (Wieder-)Herstellung und Aufrechterhaltung positiver Illusionen stattfindet und durch Bewältigungsprozesse unterstützt wird. Der Begriff „adaptation“ dagegen wird eher als Ergebnis des Anpassungsprozesses verstanden. Auch Diener, Suh, Lucas und Smith (1999: 286) grenzen adaptation von adjustment ab. Mit erster beschreiben sie den Prozess, bei dem Menschen lernen, wie sie mit einem kritischen Ereignis umgehen können, letzterer beschreibt, wie Menschen ihre Ziele an die neue Situation anpassen. Bei der Bewältigung (Coping) eines traumatischen Ereignisses handelt es sich dagegen nicht um einen kognitiven Prozess, sondern um die aktive Rolle, die ein Individuum als Reaktion auf dieses Ereignis einnimmt. Andere Begriffsverwendungen und auch synonymer Gebrauch der Begriffe sind ebenfalls geläufig.

3.5 Positive Illusionen und psychische Gesundheit

Gemäß Taylor liegt es in der Natur der positiven Illusionen, dass sie die psychische Gesundheit unterstützen. Der Schlüssel zur psychischen Gesundheit liegt in einem kognitiven Anpassungsprozess, der durch Anwendung positiver Illusionen forciert wird. Taylor erklärt diesen Mechanismus folgendermaßen:

Der adaptive Nutzen kognitiver Verzerrung basiert auf dem Zusammenspiel verschiedener positiver Illusionen. Wenn eine Person eine bestimmte positive Illusion nicht aufrechterhalten kann, weil sie merkt, dass diese der Realität widerspricht, kann sie ein andere Illusionen fokussieren, indem sie diesen größere Bedeutung beimisst als der ursprünglich anvisierten. Insofern sind auch nicht so sehr einzelne Illusionen von Bedeutung (und auch nicht isoliert zu betrachten). Wichtiger ist der Gegenstand oder Lebensbereich auf den sie sich beziehen und den sie unterstützen.

> „Specific cognitions are viewed not as robust elements, that maintain a cross-situational meaning, but as strategic changing elements that serve general value-laden themes" (Taylor, 1983: 1171).

Die Begründung, die Taylor (1983) dieser Annahme zugrunde legt, ist nachvollziehbar. Illusionen bedienen nicht eine spezifische Funktion, sondern sind funktional überlappend. D.h. wenn eine positive Illusion wie beispielsweise die überschätzte Kontrolle über eine Erkrankung aufgrund eines Rückfalls nicht bestätigt wird, bedeutet das noch nicht, wie beispielsweise die Reaktanztheorie (Brehm, 1966) oder die Theorie der gelernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) unterstellen, dass daraus ein genereller Kontrollverlust resultiert. Häufig gelingt es betroffenen Personen, anstelle eines überschätzen Bereiches (z.B. Kontrolle über eine Krankheit) anderen, weiterhin kontrollierbaren Bereichen Bedeutung zuzuweisen (z.B. die Betonung intensiverer soziale Beziehungen infolge der Erkrankung). Demnach führt negatives Feedback nicht zwingend zu einem generellen Kontrollverlust. Eher ist von partiellen Verlusten auszugehen, die durch Engagement in andere positive Illusionen kompensiert werden können.

Neben der Fähigkeit, je nach Bedarf auf unterschiedliche positive Illusionen zu fokussieren, kann aufgrund kognitiver Anpassungsprozesse auch eine positive Illusion an sich verändert werden. Zwar sind positive Illusionen überdauernd und insofern keine spontanen, kurzfristigen Verzerrungen. Erweist sich aber beispielsweise ein Urteil als fehlerhaft, wird dieses Urteil eilig verändert, indem wir uns davon überzeugen, dass wir es eigentlich schon immer gewusst haben und dieses (neue) Urteil eigentlich auch immer schon vertreten haben

(knew-it-all-along-effect; vgl. Fischhoff, 1975; Fischhoff & Beyth, 1975). Dadurch erfolgt eine Anpassung an neue, möglicherweise negative Informationen ohne den „Glauben an die eigene Unfehlbarkeit zu verlieren“ (Taylor, 1989: 151). Sollte das neue Urteil nicht durch weitere Informationen bestätigt werden, kann es wieder rückgängig gemacht werden. Ein solcher „kognitiver Drift“ (Taylor & Brown, 1988: 202) ermöglicht es, trotz negativer oder widersprüchlicher Informationen eine Situation oder einen Zustand positiv erscheinen lassen.

Diese situative Flexibilität ist das Wesen der Illusionen und konstituiert zugleich deren adaptiven Nutzen:

> „[…] given the flexibility of the relationship between cognitions and themes, the individual may find an alternative response that serves the same function and thus continue to adapt as well or better than the individual who makes no adaptive effort at all“ (Taylor, 1983: 1171).

Diese kognitive Anpassungsfähigkeit bestimmt Taylor als Kernelement ihrer Theorie.

> “Perhaps the most important implication of cognitive adaptation theory is its metatheoretical stance regarding the nature of cognitions themselves” (Taylor, 1983: 1171).

Ihr überdauernder Charakter, aber auch die Möglichkeit, sich für unterschiedliche Illusionen zu engagieren und, falls nötig, zu modifizieren, macht die positiven Illusionen zum Werkzeug psychischer Anpassung. Denn durch diese Flexibilität können drohende Selbstwertverluste abgewendet werden, in dem die Realität so verzerrt wird, dass sie das Selbst in ein „positiveres Licht“ rücken (Taylor, 1983) und damit das zentrale Bedürfnis des Menschen, seinen Selbstwert zu schützen bzw. zu erhöhen bedienen (z.B. Greenwald, 1980; Epstein & Morling, 1995; für einen Überblick vgl. z.B. Dauenheimer, Stahlberg, Frey und Peterson, 2002). Der Selbstwert ist das Ergebnis der Bewertung des Selbstbildes oder Selbskonzeptes, also der Theorie, die eine Person von sich selbst hat (Epstein, 1973; vgl. auch Schütz, 2000a, b). Eine solche Selbsteinschätzung könnte beispielsweise lauten „Ich bin intelligent“. Bewertet die Person diese Selbsteinschätzung mit „Ich finde es gut, dass ich intelligent bin“, kann das Selbstwertgefühl daran wachsen. Zur Verteidigung und zum Schutz des Selbstwertgefühls tragen positive Illusionen bei, wenn sie die positiven Sichtweisen des Selbst gegenüber den eigenen Schwächen und Defiziten hervorheben (vgl. z.B. Taylor, 1983; Updegraff & Taylor, 2000).

Aber nicht nur die Vorstellungen über eigene Kompetenzen, Fähigkeiten und Eigenschaften, sondern auch der Glaube an die eigene Kontrolle, optimistische Zukunftserwartungen und die Sinnfindung bedienen den Selbstwert. Das Gefühl, Kontrolle zu haben, vermittelt

einer Person den Glauben an die eigene Selbstwirksamkeit (vgl. auch Bandura, 1995). Ähnlich verhält es sich mit der Sinnfindung. Menschen, denen es gelingt, Ereignissen einen Sinn zuzuweisen haben das Gefühl, an diesen Ereignissen zu reifen und zu wachsen (z.B. Tedeschi & Calhoun, 1995) und blicken positiv in die Zukunft. Ein stabiles Selbstwertgefühl wiederum wird als Zeichen psychischer Gesundheit anerkannt (vgl. Bednar, & Peterson, 1995). Damit ist klar: Taylor betrachtet positive Illusionen als Vehikel eines stabilen Selbstwertes, weil diese zugleich psychische Gesundheit fördern.

Zur Operationalisierung psychischer Gesundheit fasst Taylor die Konzepte von Jahoda (1958) sowie Jourard und Landsman (1980) zusammen und bestimmt folgende Fähigkeiten und Zustände als Kriterien psychischer Gesundheit:

1. Eine positive Sicht des Selbst oder autonome Selbstachtung (ability to hold positiv attitudes toward the self),
2. die Fähigkeit, glücklich und zufrieden zu sein (ability to be happy or contented),
3. die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und zur Fürsorge anderer (ability to care for an about others),
4. die Fähigkeit zu produktiver und kreativer Arbeit (ability to be creative and productive in one's work) sowie
5. die Fähigkeit, sich im Kontext einer herausfordernden und bedrohlichen Umwelt zu entwickeln und seine Ziele zu erreichen (ability to grow, develop, and self-actualize, especially in response to stressful events; Taylor, 1989; Taylor & Brown 1988; Taylor & Armor, 1996, Taylor, Lerner, Sherman, Sage &McDowell, 2003b).

Allen Aspekten gemeinsam ist, dass sie mit positiven Stimmungslagen und Emotionen assoziiert sind und das subjektive Wohlbefinden steigern. Für jeden Teilaspekt psychischer Gesundheit findet Taylor theoretische und empirische Hinweise in der Literatur, die zu belegen scheinen, dass die positiven Illusionen die so definierte psychische Gesundheit fördern (Taylor, 1983, 1989; Taylor & Brown, 1988). Allerdings weisen die in der Literatur ausgewiesenen statistischen Korrelationen zwar auf ein konstantes Phänomen, ohne aber einen kausalen Zusammenhang zwischen den Aspekten psychischer Gesundheit und positiven Illusionen belegen zu können. Auch der Zusammenhang von Wohlbefinden und (psychischer wie auch somatischer) Gesundheit ist nach heutigem Kenntnisstand noch weitgehend ungeklärt (für eine Übersicht vgl. z.B. Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Entsprechend kann es sich nur um eine Vermutung handeln, wenn Taylor den Zusammenhang von positiven Illusionen und psychischer Gesundheit motivationspsychologisch erklärt:

> „The capacity of illusion to enhance motivation and persistence may be one of its most adaptive features“ (Taylor, 1989, 64).

Diese motivationspsychologische Erklärung für den Zusammenhang von positiven Illusionen und psychischer Gesundheit begründen Taylor und Brown (1988) mittels selbstregulativer Prozesse: Die Kernillusionen des Selbst, der Welt und der Zukunft unterstützen die Tendenz des Menschen, sich selbst positiv zu bewerten (Greenwald, 1980; Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998) bzw. gegen negative Informationen zu verteidigen. Positive Illusionen lenken die Aufmerksamkeit auf positive Aspekte des Selbstbildes und vermeiden zugleich Aspekte eines unerwünschten Selbst (vgl. auch Oyserman & Markus, 1990). Eine solche selbstwertdienliche Verarbeitung selbstrelevanter Informationen motiviert den Menschen dazu, Handlungen zu realisieren und an optimistischen Erwartungen auszurichten (vgl. z.B. Taylor & Gollwitzer, 1995; Gollwitzer, Bayer & Wicklund, 2002).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der adaptive Nutzen positiver Illusionen in deren Anpassungsfähigkeit liegt. So können die positiven Illusionen selbst modifiziert werden oder je nach Bedarf Illusionen unterschiedlichen Inhaltes in den Vordergrund gerückt werden und zwar so, dass in verschiedensten Situationen der Selbstwertverlust minimiert und die psychische Gesundheit unter anderem durch die Motivation, erfolgreiches Handeln umsetzen zu wollen, gestärkt wird.

3.6 Die Abwesenheit positiver Illusionen und psychische Gesundheit

Mit der zweiten Argumentationslinie zur These gesundheitsfördernder positiver Illusionen, betrachtet Taylor deren Kehrseite, also die Abwesenheit positiver Illusionen, die mit depressiven Tendenzen und geringer Selbstachtung einhergeht (Taylor, 1983, 1989, 1991; Taylor & Brown, 1988).

Für die Normalität und den adaptiven Nutzen der Illusionen, so Taylor, spreche nicht nur, dass diese bei einer Vielzahl gesunder Menschen beobachtbar sind, sondern auch, dass Menschen mit depressiven Störungen weniger zu unrealistischen Verzerrungen neigen als nichtdepressive Personen (vgl. z.B. Alloy & Abramson, 1979, 1988).

Die Hauptsymptome der Depression bestehen gemäß ICD-10 (WHO, 2000) in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, einer Reduktion des Aktivitätsniveaus, Interessensverlust, Freudlosigkeit, deutlicher Müdigkeit schon nach nur kleinen Anstrengungen, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit, einem verminderten Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühlen und Gefühlen von Wertlosigkeit, negativen Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Schlafstörungen und vermindertem Appetit. Depressive Personen erleiden demnach Defizite in vielen, von Taylor für die psychische Gesundheit bestimmten Bereiche. Besonders aber unterscheiden sich depressive und nicht-depressive Menschen hinsichtlich ihrer Realitätswahrnehmung. Das unter dem Stichwort „depressiver Realismus“ bekannt gewordene Phänomen der „traurigen, aber klügeren“ Menschen („sadder but wiser“, Alloy & Abramson, 1979), sieht Taylor als Gegenstück der positiven Illusion. Depressive Personen sind „klüger“, weil sie sich selbst und die Eintretenswahrscheinlichkeit von Ereignissen realistischer einschätzen als nicht-depressive Menschen. Zugleich sind depressive Personen aber „trauriger“, weil es ihnen weniger gelingt, negative, selbstbedrohende Informationen abzuwehren und so die Integrität des Selbst unterminiert wird (kritisch hierzu vgl. Dunning & Story, 1991). Darin sieht Taylor die Bestätigung, dass depressiven Personen die Fähigkeit zur Selbstverzerrung und deren Nutzbarmachung fehlt.

Während also die Abwesenheit von Illusionen mit psychischen Beeinträchtigungen einhergeht, sind positive Illusionen für das Selbstwertgefühl förderlich und unterstützen psychische Gesundheit. Konsequenterweise beschreibt Taylor in ihrer Monographie (1989) die Manie als übersteigerte, pathologische Form der positiven Illusionen, die in Allmachtsphantasien und anderen Formen der Übererregbarkeit mündet. Eine gewisse Tautologie in dieser Argumentation ist nicht zu übersehen.

3.7 Der Ursprung adaptiver Illusionen

Den adaptiven Nutzen positiver Illusionen begründet Taylor evolutionstheoretisch. Diese Erklärung drängt sich für sie geradezu auf,

> „for it is difficult to imagine how these adaptive psychological forms could otherwise have become so much a part of human nature“ (Taylor, 1989: 246).

Positive Illusionen, so Taylor, sind vermutlich eine Form intellektueller Verarbeitung und Bedeutungszuweisung von Informationen (Taylor, 1989: 362) und nicht das Ergebnis erlernter, individueller Wirklichkeitsanpassung. Schließlich sind positive Illusionen bei Kindern viel deutlicher beobachtbar als bei Erwachsenen. Sie schützen Kinder vor negativen Rückmel-

dungen. Im Verlauf der Entwicklung weichen ausgeprägte positive Illusionen einer realitätsangemesseneren Wirklichkeitskonstruktion, ohne die positiven Illusionen bzw. die Fähigkeit, diese zu bilden jedoch zur Gänze zu verlieren[13]. Das, so Taylor, spricht dafür, dass menschliches Denken möglicherweise grundsätzlich auf Gesundheit ausgerichtet sei:

> „It almost seems that good mental health is not something that a few fortunate people achieve on their own, but something intrinsic to human nature at least for the majority […]" (Taylor, 1989: 244).

Positive Illusionen sind damit, so Taylor (1989: 245), vermutlich nichts anderes als eine „evolutionär entstandene Anpassung" (Taylor, 1989: 362; Übersetzung M.D.), deren einzelne Formen, Ausprägungen und Wirkungen in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben werden.

3.8 Die Illusionstriade: Illusionen des positiven Selbst, Kontroll- und Zukunftsillusionen

Bislang wurde festgestellt, dass mit den positiven Illusionen die Realität zugunsten psychischer Gesundheit ein wenig rosiger gefärbt wird als sie tatsächlich ist. Dieser schönfärbende Charakter macht sie aber auch anfällig gegenüber einer Konfrontation mit der Realität, die diese widerlegen können. Gegen solche Bedrohungen sind positive Illusionen jedoch aufgrund ihrer Flexibilität gewappnet. J nach Bedarf konzentrieren sich Menschen auf diejenigen Bereiche, die den größten Spielraum für positive Verzerrungen bieten. Wenn wir also feststellen, dass wir bei einem Sportwettkampf eine schlechte Leistung erbracht haben, können wir immer noch betonen, ein guter Verlierer zu sein. Taylor (1989, vgl. auch Taylor & Brown, 1988) identifiziert drei Bereiche, innerhalb derer diese flexiblen positiven Illusionen möglich sind. Diese beziehen sich auf Aspekte des *Selbst*, der *Welt* und der *Zukunft*. Illusionen des positiven Selbst verzerren die Selbstwahrnehmungen. Illusionen, die sich auf Vorstellungen über die Welt beziehen, machen uns glauben, unser Umfeld und situative Bedingungen kontrollieren zu können. Illusionen, die sich auf die Vorstellungen zur Zukunft beziehen, lassen uns die Zukunft chancenreicher erscheinen als sie aller Wahrscheinlichkeit nach sein wird. Freilich sind sowohl die Kontrollillusionen als auch die Zukunftsillusionen auf das Selbst gerichtet. Insofern werden alle drei Illusionsformen durch dieselbe Quelle motiviert:

Nach Taylors Überzeugung liegen allen drei Formen selbstrelevante Bedürfnisse zugrunde (Taylor, 1989). Solche Motive führen zu selbstwertdienlichen Sichtweisen über die eigene Person (vgl. auch Deci & Ryan, 2000; Sedikedes & Strube, 1995, 1997) und bestimmen, welche selbstrelevanten Informationen (z.B. aus sozialen Vergleichen oder Meinungen anderer)

[13] Diese Position erinnert (auch wenn Taylor dies an keiner Stelle ihres Werkes zu verstehen gibt) stark an die Ausführungen des Kinderpsychiaters Donald W. Winnicott (1971, 1988).

aufgenommen werden. In der Selbstforschung werden verschiedene selbstrelevante Motive diskutiert, die das Verhalten bei der Suche nach selbstrelevanten Rückmeldungen und Selbstbewertungen steuern. Als klassisch, aber nicht unumstritten, gelten die drei Motive *Selbsterhöhung* (self-enhancement), *akkurate Selbstbewertung* (self-assessment) und *Selbstbestätigung* (self-verification, self-consistency). Das Motiv nach einer akkuraten, also realistischen Selbstbewertung akzentuiert den Wunsch nach genauem Selbstwissen (z.B. Festinger, 1954). Das Motiv nach Selbstbestätigung bekräftigt vorhandenes Selbstwissen (z.B. Swann, 1990). Das Motiv der Selbsterhöhung unterstützt die Aufrechterhaltung eines hohen Selbstwertgefühls (z.B. Allport, 1937; Greenwald, 1980; James, [1890] 1918; Rogers, 1959; Steele, 1988; Tesser, 1988)[14].

Gemäß Taylor und Brown (1988) liegt allen drei von ihnen bestimmten Illusionsformen das Bedürfnis nach Selbsterhöhung zugrunde. Positive Illusionen entstehen dann, wenn selbstrelevantes Wissen und Informationen über das Selbst so selektiert, verändert und organisiert werden, dass das Selbst in einem positiveren Licht erscheint. Dies zu erreichen bedarf es unterschiedlicher Selbstregulationsmechanismen, die die Selbst- und Weltbilder in selbstwertdienlicher Weise verändern. Die drei von Taylor bestimmten positiven Illusionen sind solche Strategien, die ein positives Selbst stützen (z.B. Updegraff & Taylor, 2000).

3.8.1 Illusion des positiven Selbst

Wenn wir von uns als „Ich“ oder „Selbst“ reden versuchen wir, uns als Individuen kenntlich zu machen. Wir erkennen uns als Urheber unserer Handlungen und Geschichten und glauben daran, Zeit unseres Lebens wir selbst zu bleiben (diachrone Identität, z.B. Runggaldier, 2000). Unabhängig von unseren Veränderungen glauben wird daran, ein konstantes „Wesen“ zu haben, das uns ein sicheres Gefühl persönlichen Identität gibt. Dieses Selbst ist

[14] Die Diskussion um die Selbstmotive kreist einerseits um die Motive an sich und ihre Hierarchie. Fraglich ist, ob alle drei Motive gleich bedeutend sind oder von einer Hierarchie auszugehen ist. Brown und Dutton (1995; Brown, 1996) beispielsweise zweifeln an einer akkuraten Selbstbewertung als zentrales Motiv, da die Menschen nur über ungenaues Selbstwissen verfügen. Auch andere AutorInnen gehen von einer taxonomischen Struktur der Selbstmotive aus, die das Selbsterhöhungsmotiv als zentrales Selbstmotiv ansehen, das allen anderen Motiven übergeordnet ist (z.B. Greenwald, 1980; Sedikides, 1993; Sedikides & Strube, 1997). Taylor, Neter und Wayment (1995) sind davon überzeugt, dass die drei Selbstmotive mindestens um eines erweitert werden müssen. Sie sehen in der Tatsache, dass Menschen ihr Handeln und Verhalten an Zielen orientieren, die auf einer Verbesserung eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten abzielen, die Notwendigkeit, die Liste der Selbstmotive um das Motiv der *Selbstverbesserung* (self-improvement) zu ergänzen. Mit dem Selbstverbesserungsmotiv können auch, so die AutorInnen, persönliches Wachstum und Entwicklungen erklärt werden. Jones und Pittman (1982) fügen den klassischen Motiven das Motiv des *impression management* hinzu, eine Tendenz zur interpersonalen Eindruckssteuerung (vgl. auch Mummenday, 1995, 2002).

> „ein dynamisches System, das einerseits auf die jeweilige Person bezogenen Überzeugungs- und Erinnerungsinhalte in hochstrukturierter Form und andererseits die mit diesen Inhalten und Strukturen operierenden Prozesse und Mechanismen umfasst“ (Greve, 2000: 17) [15].

Solche, dem Inhalt des Selbst zuzuordnenden, relativ überdauernden Annahmen einer Person über sich selbst bilden im Idealfall eine Einheit und erzeugen ein mehr oder weniger konsistentes Selbstbild oder Selbstmodell. Es beinhaltet auch die Schnittstellen zur uns umgebenden Wirklichkeit, die in Weltmodellen repräsentiert sind (vgl. Metzinger, 1993). Selbst- und Weltmodelle zielen nicht darauf ab, die Realität objektiv abzubilden. Vielmehr zielen sie auf Ähnlichkeit ab, um Orientierung zu erleichtern. Insofern ist es plausibel, dass solche Modelle nur mehr oder weniger realistisch sind (Flanagan, 1992).

„Positive Illusionen des Selbst“[16] stellen nun nach Auffassung Taylors eine weniger realistische Sichtweise der eigenen Person dar, die sich darin äußert, dass Menschen sich selbst mehr positive und weniger negative Eigenschaften zuschreiben als anderen Personen. Sich selbst als überdurchschnittlich wahrzunehmen, wird als „above average“-Effekt (z.B. Kruger, 1999) bezeichnet und in zahlreichen Studien bestätigt (z.B. Alicke, 1985; Alicke, Klotz, Breitenbecher, Yurak & Vredenburg, 1995; Brown, 1986, 1993; Kruger & Dunning, 1999; Weinstein, 1980).

Der „above-average“-Effekt ist keine Seltenheit, sondern ein weit verbreitetes Phänomen. Die hierzu wohl am häufigsten zitierte Studie ist der vom College Board (1976-1977) an einer Mio. US-amerikanischer SchülerInnen durchgeführte Survey. Die SchülerInnen wurden aufgefordert, sich mit den MitschülerInnen zu vergleichen. Der deutlichste Überschätzungseffekt betraf die Einschätzung der eigenen Fähigkeit, mit anderen auszukommen. 89% der SchülerInnen schätzten ihre diesbezügliche Fähigkeit überdurchschnittlich ein und keine einzige SchülerIn als unterdurchschnittlich.

Für Taylor und ihre KollegInnen ist der „above average“-Effekt eine Ausprägung der Illusionen des positiven Selbst, deren Vorhandensein sie allerdings an eine weitere Bedingungen knüpfen: Die Illusion des positiven Selbst beinhaltet nicht nur eine komparative, sondern auch eine relationale Personenwahrnehmung (Brown & Gallagher, 1992). Denn eine Person

[15] Für eine Übersicht psychologischer Betrachtungen des Selbst vgl. z.B. Greve (2000). Für eine Übersicht zu kognitionswissenschaftlichen und philosophischen Betrachtungen des Selbst vgl. z.B. Rager, Quitterer und Runggaldier (2002).

[16] Die Illusion des positiven Selbst wird von Taylor an unterschiedlichen Stellen mit verschiedenen Begrifflichkeiten betitelt: „*Unrealistically positive views of the self*“ (Taylor & Brown, 1988), „*self-aggrandizement*“ (Taylor & Armor, 1996) und „*overly positive conception of the self*“ (Taylor, 1991: 78).

vergleicht sich implizit oder explizit mit (virtuellen oder realen) anderen Personen und schätzt sich (a) selbst bezüglich ihrer Fähigkeiten, Fertigkeiten, Verhaltensweisen, persönlichen Eigenschaften u.ä besser ein als durchschnittliche andere Personen bzw. unterschätzt eigene Defizite, in dem sie diese als unbedeutend abwertet. Zudem fällt (b) – in Relation zu Anderen - die Selbstbewertung deutlich positiver aus als die Fremdbeurteilungen durch diese anderen Personen (z.B. Lewinsohn, Mischel, Chaplin & Barton, 1980). Taylor & Brown (1988) werten die so zustande kommende Selbstüberschätzung und die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung als Beleg für den illusorischen Charakter der positiven Illusion des Selbst:

> „Because it is logically impossible for most people to be better than the average person, these highly skewed, positive views of the self can be regarded as evidence for their unrealistic and illusory nature“ (Taylor & Brown, 1988: 195).

Diese illusorische Selbstwahrnehmung hat aber Grenzen. Personen, deren Selbstwahrnehmung übertrieben positiv ausfällt, müssen mit sozialer Isolation rechnen. Aufgrund des sozialen Feedbacks sind Illusionen eines positiven Selbst immer moderat (Taylor, 1989).

3.8.2 Kontrollillusionen

Um „Kontrollillusionen“[17] handelt es sich gemäß Taylor und Brown, wenn

> „people believe they can control things more than is actually the case” (Taylor & Brown, 1994a: 23; vgl. auch Lefcourt, 1973).

Menschen glauben, dass sie über besondere Möglichkeiten, Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen, mit denen sie Ereignisse in der Welt und in der persönlichen Umgebung kontrollieren können. Auch in diesem Falle handelt es sich um eine moderate Verzerrung. Menschen halten also nicht gänzlich unkontrollierbare Situationen für kontrollierbar, sondern verzerren vor allem scheinbar vorhandene Kontrolle zugunsten der eigenen Person, wenn sie ihren eigenen Einfluss größer einschätzen als den Einfluss situativer Bedingungen (Taylor & Brown, 1994a). Hier sieht Taylor (1989) nicht nur das Bedürfnis nach Selbsterhöhung zugrunde liegend, sondern zusätzlich das Zielstreben (vgl. hierzu auch Oettingen & Gollwitzer, 2002). Die Kontrollüberschätzung motiviert uns, Dinge zu realisieren, die wir sonst vielleicht nicht riskieren würden. Freilich ist das Zielstreben ganz darauf ausgelegt, unser Selbst zu stärken.

Vor allem für die Kontrollillusionen heben Taylor und Brown (1994a) die Flexibilität der Illusion hervor. In ihren Untersuchungen (Reed, Taylor & Kemeny, 1993) hatte sich gezeigt,

[17] Taylor selbst bezeichnet die Kontrollillusionen als „illusion of control“ (z.B. Taylor & Brown, 1994a:23) oder „exaggerated perception of personal control” (z.B. Taylor & Brown, 1988: 194; Taylor, 1991: 78).

dass der Wechsel von einer Kontrollillusion zu einer anderen sogar für extrem unterschiedliche Bereiche zu beobachten war. PatientInnen, die zuvor unrealistischen Kontrollglauben z.B. hinsichtlich ihrer Gesundheit hatten, konzentrierten sich, wenn sich ihre Sichtweise als unrealistisch erwies, auf andere Kontrolldomänen wie beispielsweise Lebensstile und soziale Beziehungen.

3.8.3 Zukunftsillusion oder der unrealistische Optimismus

Für die meisten Menschen ist es sehr bedeutend daran zu denken, was die Zukunft ihnen bringen wird, und viele Menschen hegen dabei günstige Zukunftserwartungen. Unrealistisch ist ein solcher Zukunftsoptimismus, wenn

> „positive events are simply regarded as somewhat more likely and negative events as somewhat less likely to occur than it is actually the case" (Taylor, 1989: 37; vgl. auch Weinstein, Klein, 1996).

Solche unrealistischen Zukunftserwartungen konzipieren Taylor und ihre KollegInnen analog zu den Selbsterhöhungs- und Kontrollillusionen als eine Wahrnehmung von relativer Genauigkeit (Taylor & Armor, 1996) und bezeichnen sie als „Zukunftsillusion" oder „unrealistischen Optimismus"[18].

Unrealistischen Zukunftserwartungen finden ihren Ausdruck in vier unterschiedlichen Konstellationen (Taylor & Armor, 1996). Erstens besteht die Möglichkeit, dass eine Person die eigenen Möglichkeiten und Chancen besser eingeschätzt als diese sich dann in der Realität erweisen. Zweitens können die eigenen Zukunftschancen aufgrund eines Vergleichs mit den Leistungen anderer Personen überhöht werden, indem die Leistungen anderer abgewertet werden. Drittens können überschätzte Zukunftserwartungen auch im Vergleich zur Fremdeinschätzung auftreten, wenn beispielsweise eine Person davon ausgeht, einen Wettkampf zu gewinnen, während z.B. ExpertInnen einen Sieg für unwahrscheinlich halten. Schließlich ist viertens auch denkbar, dass eine Person größere zukünftige Chancen für sich selbst als für andere annimmt. Eine andere Spielart des unrealistischen Optimismus äußert

[18] Der Begriff des unrealistischen Optimismus wurde zuerst von Weinstein (1980) geprägt. Er bezeichnet den unrealistischen Optimismus als eine Überschätzung positiver zukünftiger Erwartungen im Vergleich zu negativen Ereignissen.
Bei Taylor und ihren KollegInnen finden sich zwei unterschiedliche Umschreibungen für die Zukunftsillusionen: In Taylor und Armor (1996: 873) werden diese als „overly optimistic expectations about the future" bezeichnet. In anderen Veröffentlichungen ist die Rede von „unrealistic optimism about the future" (z.B. Taylor, 1989: 32; Taylor, 1991: 78).

sich in der Unterschätzung eigener Risiken, z.B. einen Unfall zu erleiden oder an einer bestimmten Krankheit zu erkranken.

Wie bei den anderen beiden Illusionsformen auch, halten soziale Rückmeldungen den unrealistischen Optimismus in Grenzen. Ebenfalls analog zu den anderen Illusionsformen ist auch der unrealistische Optimismus ubiquitär. Vor allem aber ist der unrealistische Optimismus bei Taylor (1989) neben der Kontrolle und der Selbsterhöhung der dritte Verbündete im Gesundungsprozess nach traumatischen Ereignissen, die gemeinsam die Anpassung an das Ereignis unterstützen.

Auch die Begründung für den illusorischen Charakter des unrealistischen Optimismus gleicht den anderen Illusionsformen: Menschen tendieren zwar dazu, auch den Mitmenschen eine chancenreiche Zukunft vorherzusagen, schätzen ihre eigene Zukunft im Vergleich zu diesen jedoch noch optimistischer ein. Auch hier argumentieren Taylor und Brown mit der „logischen Unmöglichkeit“:

> „Because not everyone’s future can be rosier than their peers’, the extreme optimism that individuals display appears to be illusory” (Taylor & Brown, 1988).

3.9 Mechanismen im Dienste der positiven Illusionen

In der psychologischen Theorie des Selbstwertschutzes und der Selbstwerterhöhung wird davon ausgegangen, dass Menschen systematisch danach streben, ihr positives Bild von sich selbst zu erhalten bzw. es vor negativen Einflüssen zu schützen. Zahlreiche empirische Befunde belegen, dass verschiedene Mechanismen die Verzerrung selbstrelevanter Informationen zugunsten eines positiven Selbstbildes unterstützen. Taylor und Armor (1996; Taylor 1983, 1989) sind davon überzeugt, dass folgende selektive Mechanismen die positiven Illusionen unterstützen:

Kausale Attributionen. Menschen tendieren dazu, sich Gedanken darüber zu machen, warum sich Dinge und Ereignisse ereigneten. Die Ergebnisse solcher Überlegungen sind Attributionen. Eine Attribution

> „lässt sich als jener Interpretationsprozess der Erfahrungswelt definieren, durch den der Einzelne sozialen Ereignissen und Handlungen Gründe bzw. Ursachen zuschreibt“ (Six, 1997: 122)

Dass solche sinnverleihenden Zuschreibungen nicht immer den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechen, zeigen die Untersuchungen zu den wohl am meisten untersuchten Attributionen, den Erfolgs- und Misserfolgszuschreibungen. Menschen tendieren dazu, Erfolge internal und Misserfolge external zu attribuieren (Bernstein, Stephan & Davis, 1979; Miller & Ross, 1975; Snyder, Stephan & Rosenfield, 1976; Kernis & Grannemann, 1990). Diese „Attributionsasymmetrie" (Dauenheimer, Stahlberg, Frey & Peterson, 2002: 165) neutralisiert negative Rückmeldungen des Misserfolgs und schützt das Selbstwertgefühl. Dass es den Menschen häufig gelingt, Misserfolgserlebnisse zu verharmlosen, wurde in vielen Studien belegt (zu kritischen Kriterien vgl. z.B. Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; Janoff-Bulman, 1979). In ihrer Metaanalyse von 206 Studien zeigen Mezulis, Abramson, Hyde und Hanklin (2004), dass in fast allen dieser Studien internale, selbsterhöhende Attributionen nachgewiesen wurden. Es handelt sich demnach um ein robustes Phänomen, dessen universaler Charakter allerdings für die Vereinigten Staaten und andere westliche Kulturen deutlicher ist als in asiatischen Kulturen. Auch das Alter spielt eine Rolle für den Effekt: Attributionale Verzerrungen sind insbesondere bei Kindern im Alter zwischen 8-11 Jahren und im späteren Erwachsenenalter, ab dem 55. Lebensjahr am deutlichsten ausgeprägt. In der frühen Adoleszenz dagegen ist der Effekt am geringsten (Mezulis, Abramson, Hyde & Hanklin, 2004). Schließlich gibt es signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede: Selbstwertdienliche Verzerrungen der Mädchen nehmen in der frühen Adoleszenz deutlich ab und bleiben in allen weiteren Lebensphasen signifikant geringer als in der Kindheit. Obwohl Frauen abgesehen von der Kindheit tendenziell im hohen Lebensalter weniger selbstwertdienlich verzerren als Männer, ist der Geschlechterunterschied nur im Erwachsenenalter signifikant. Bei Männern sind selbstwertdienliche Verzerrungen von der Kindheit bis ins hohe Alter relativ stabil und zeigen nur geringe statistische Abweichungen.

Bessere Erinnerung und effizientere Verarbeitung selbstrelevanter Informationen. Analog zu den motivationstheoretischen Ansätzen der Selbstkonzeptforschung (für eine Übersicht vgl. Peterson, Stahlberg & Dauenheimer, 2000) geht Taylor davon aus, dass die Suche, Aufnahme, Verarbeitung und Bewertung von selbstrelevanten Informationen durch das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung, also nach Anerkennung und Wertschätzung, geleitet wird und das Selbstwertgefühl steuert (Taylor, Neter, Wayment, 1995). Empirische Befunde scheinen das zu bestätigen:

Menschen fällt es leichter positive, selbstrelevante Informationen zu erinnern als negative (Kuiper & Derry, 1982). Aber auch die Informationsverarbeitung scheint selbstwertunterstützend zu sein: Personen suchen länger nach Informationen, die ihre Schlussfolgerungen bestätigen als falsifizieren (Ditto & Lopez, 1992) und definieren ihre Eigenschaften in selbstwertdienlicher Weise (Dunning, Meyerowitz & Holzberg, 1989)

Dieser Informationsverarbeitung liegt eine automatische Aktivierung von Bewertungen zugrunde, durch die eingehende Informationen geordnet, ergänzt, hervorgehoben oder auch vernachlässigt werden und zwar entlang bestehender, insbesondere positiver Selbstbilder, die neben Eigenschaftszuschreibungen auch die Ziel- und Wertvorstellungen von Personen repräsentieren und deren Aufmerksamkeit steuern (z.B. Rothermund, 1998).

Soziale Vergleichsprozesse. Menschen bewerten sich selbst, in dem sie sich mit anderen Personen vergleichen. Solche Vergleichsprozesse können selbstwertdienlich genutzt werden, wie an anderer Stelle ausführlicher diskutiert wird (vgl. Kap. 3.13.1). Menschen nutzen häufig soziale Vergleiche, um die eigene Situation im Vergleich zu anderen Personen in scheinbar ungünstigeren Situationen hervorzuheben (Taylor, Neter & Wayment, 1995).

Worin unterscheiden sich positive Illusionen von Attributionen und anderen selbstregulativen Mechanismen? Die Frage stellt sich, weil positive Illusionen schließlich auch auf Selbstregulation ausgerichtet sind. Der Unterschied besteht darin, dass Taylor positive Illusionen als eine selbstwertdienliche Strategie versteht. D.h. Menschen nutzen die beschriebenen Mechanismen in verschiedenen Situationen, um mit diesen die positiven Illusionen aufrechterhalten oder erweitern zu können. Positive Illusionen sind also keine singulären Mechanismen bzw. Kognitionen, sondern steuernd auf ein positives Selbst ausgerichtet.

3.10 Funktionales Maß positiver Illusionen

Positive Illusionen sind nach Vorstellung von Taylor und ihren KollegInnen moderate Wahrnehmungsverzerrungen. Extremere Abweichungen dieser optimalen Verzerrungen dagegen scheinen maladaptiv zu sein (Taylor, 1989: 294). Die Abwesenheit von Illusion scheint mit depressiven Tendenzen einherzugehen, extreme Überschätzungen haben manischen Charakter. Diese Feststellung lässt allerdings einen weiten Spielraum übrig, in dem unterschiedliche Illusionsniveaus denkbar sind. In diesem „Illusionsraum“ ist ein Maß an Illusionen optimal, das mit psychischer Gesundheit einhergeht. Und hier unterstellt Taylor einen positiv linearen Zusammenhang her: Je mehr positive Illusionen gehalten werden, umso gesünder

ist ein Mensch (Taylor, Lerner, Sherman, Sage & McDowell, 2003b; für andere Sichtweisen vgl. Baumeister, 1989; Gana, Alaphilippe & Bailly, 2004; Shedler, Mayman & Manis, 1993). Allerdings bleibt die Beschreibung Taylors zum Normbereich der positiven Illusionen unscharf. Sie gerät mit der Bestimmung eines linearen Zusammenhangs von positiven Illusionen und psychischer Gesundheit in die Fänge dichotomer Bestimmung von Krankheit und Gesundheit, weil nämlich innerhalb des von ihr bestimmten Illusionsraums psychische Gesundheit konstituiert wird, ein zu viel oder zu wenig dagegen zu manischen oder depressiven Symptomen führt. Die Überschreitung eines Schwellenwertes grenzt also unmittelbar an die klinische Symptomatik, ohne das jedoch das Maß für die Schwelle zwischen gesund und krank näher bestimmt würde. Innerhalb des Normbereiches sorgen soziale Kontrollen für die „Zähmung“ der Illusionen (Taylor, 1989: 240). Denn übermäßige Selbstüberschätzungen werden sozial geächtet. Schließlich sorgt auch das Selbstwertgefühl dafür, die Illusionen im Rahmen zu halten:

> „The idea that positive illusions are in the service of self-esteem virtually requires that they stay in check. If one develops substantially unrealistic expectations regarding the future that greatly exceed what one is actually able to accomplish, the one is set up for failure and disappointment, leading to lower self-esteem. There appears to be a natural feedback loop for keeping illusion in check” (Taylor, 1989: 243).

3.11 Viktimisierung

Auch wenn Taylor die kognitive Adaptationstheorie im Sinne allgemeingültiger Deutungsmuster des alltäglichen Lebens bestimmt, zieht sie ihre Schlüsse doch im Wesentlichen aus Untersuchungen mit Personen, die kritische Lebensereignisse erlebt haben. Denn Taylor ist tief beeindruckt von der Fähigkeit des Menschen, traumatische oder (allgemeiner ausgedrückt) schwerwiegende Ereignisse zu verkraften. Sie bezeichnet diese Fähigkeit als “self-curing ability” (Taylor, 1983; 1161) aufgrund derer sich Menschen an schwerwiegende Ereignisse, z.B. lebensbedrohende Krankheiten, Verlust eines nahe stehenden Menschen oder Naturkatastrophen, anpassen können (vgl. hierzu auch z.B. Harvey, 1998, 2000; Taylor, Wood & Lichtman, 1983). Erstaunlich ist diese Fähigkeit, weil solche Erfahrungen als Grenzerfahrungen erlebt werden, durch die alltägliche Handlungsvollzüge drastisch durchbrochen werden und eine Umorientierung im Denken und Handeln erfordern. Wie viele andere Phänomene auch, lassen sich positive Illusionen gut studieren, wenn ihr Bestehen bedroht ist (Heckhausen, 1980). So untersucht Taylor den Viktimisierungs- oder Opferwerdungsprozess

nach schwerwiegenden Ereignissen, die positive Illusionen bedrohen und in dessen Zentrum die Überwindung Opferseins durch kognitive Reorganisation steht.

In Anlehnung an Lazarus und Folkman (1984) definiert Taylor (1991) ein negatives, schädigendes Ereignis wie folgt:

> „A negative event is one that has the potential or actual ability to create adverse outcome for the individual. Thus, the definition includes events that have not occurred but are perceived as potentially threatening, as well as those that have occurred and are perceived as harmfull" (Taylor, 1991: 67).

Das Tragische des Ereignisses ist nicht das drohende oder bereits eingetretene Ereignis per se, sondern das diesem innewohnende Bedrohungspotenzial, das mit einer Überforderung einhergehen kann (z.B. Smith Landsman, 2002). Es macht Menschen zu „Opfern" solcher Ereignisse. Als Opfer definieren Taylor, Wood und Lichtman (1983) eine durch ein traumatisches Ereignis geschädigte oder eine an einem solchen Ereignis leidende Person (auch für den Opferbegriff legen Taylor und ihre KollegInnen, wie schon bei der Definition der Illusionen, eine dem *American heritage dictionary of the English language* (1973) entnommen Wörterbuchdefinition zugrunde). Die Schädigung, das Leiden oder anders gesagt, die Viktimisierung, kann durch beabsichtigtes oder unbeabsichtigtes eigenes Verhalten oder das Verhaltens anderer Personen sowie durch andere, nicht persönlich begründete Einwirkungen hervorgerufen werden (Taylor, Wood & Lichtman, 1983). Viktimisierungen können unterschiedliche Belastungssymptome hervorrufen. Zumindest vorübergehend sind sie mit psychischen Beeinträchtigungen wie z.B. Angst und Depressionen verbunden und können chronifizieren (Taylor, Wood & Lichtman, 1983; Updegraff & Taylor, 2000). Jedenfalls definieren Taylor und Armor (1996) weitergehend als die 1991 vorgelegte Definition negativer Ereignisse das Vorhandensein psychischer Beeinträchtigung in Form von Angst, Depression und anderen negativen Emotionen als kritisches Merkmal einer Traumatisierung:

> "We conceptualize trauma as a disruptive negative event that produces life disturbance and at least temporary aberrations in psychological functioning, marked by anxiety, depression, and other negative emotional states" (Taylor & Armor, 1996: 874).

An anderer Stelle heißt es:

> "The process by which meaning, mastery, and the self-esteem are reestablished are believed to be critical for mental health and adjustment" (Updegraff, Taylor, Kemeny & Wyatt, 2002: 383).

D.h., gemäß Taylor ist die Tumagenesung oder Deviktimisierung von der Wiederherstellung positiver Illusionen abhängig.

Aversive Effekte der Viktimisierung

Traumatisierende oder viktimisierende Ereignisse werden als belastend empfunden, weil sie mit verschiedenen Verlusterfahrungen zusammenfallen. Hierzu zählen beispielsweise der Verlust persönlicher und materieller Ressourcen (z.B. der Verlust von Eigentum nach Naturkatastrophen) oder auch der Verlust von Körperfunktionen infolge schwerer Erkrankungen. Aber nicht nur mehr oder weniger offensichtliche Verluste kennzeichnen die Viktimisierungen. Weniger offensichtlich sind Verluste, die auf kognitiver und emotionaler Ebene stattfinden. Zu solchen zählen Taylor, Wood und Lichtman (1983) *Sinnkrisen*, *Kontrollverluste* und den *Verlust des Selbstwertgefühls*. Diese Verluste, so die Autorinnen erlebt eine Person, wenn sie sich selbst als Opfer wahrnimmt, was auch Folge von Stigmatiserungen durch andere Personen sein kann. Insofern sind nach viktimisierenden Ereignissen nicht nur personale, sondern auch soziale Konsequenzen zu erwarten.

Sinnkrisen

Nicht selten gehen traumatische Ereignisse mit tiefen Sinnkrisen der Betroffenen einher. Sie beeinflussen das kognitive und emotionale Erleben, weil sie bisherige Sinn- und Bedeutungswelten in Frage stellen. Denn eine wesentliche Grundlage menschlicher Existenz ist es, Ereignissen Sinn und Bedeutungen zu verleihen (Frankl, 1946). Entsprechend versuchen Menschen, auch traumatische Ereignisse zu verstehen, um sie in bestehende Bedeutungswelten zu integrieren. Eine der ersten, die Sinnkrise begleitenden Fragen heißt „Warum gerade ich?“ [19].

Menschen versuchen, diejenigen Faktoren zu reflektieren, die ein traumatisches Ereignis ausgelöst haben. Nicht selten führen traumatische Ereignisse dazu, nicht nur das Ereignis selbst zu betrachten, sondern die gesamten Lebensumstände zu reflektieren. Auch Zukunftsvorstellungen und Zielausrichtungen können davon betroffen sein (Taylor, 1989). Jemand, der eine schwere Erkrankung erleidet, wird sich möglicherweise fragen, warum er sein Geld gespart hat, anstelle sich schöne Dinge geleistet zu haben. Ein Klavierspieler, der aufgrund einer Verletzung seiner Finger nicht mehr musizieren kann, wird fragen, wie seine Zukunft ohne die eigene Musik ausschauen kann. Solche Sinnkrisen stellen das Bild in Frage, das die betroffene Person von sich und der Welt hat, und gefährden die psychische Stabilität.

[19] Parkes und Weiss (1983) gehen davon aus, dass der Frage nach dem „Warum“ die Frage „Wie konnte das passieren?“ vorausgeht. Die Beantwortung beider Fragen, also die Erklärung des Ereignisses (account), ist notwendige Voraussetzung zu Überwindung des Sicherheits- und Kontrollverlustes.

Kontrollverluste

Kritische Lebensereignisse werden unter anderem als Grenzerfahrung erlebt, weil sie mit Kontrollverlusten einhergehen. Eine Person, bei der z.B. eine schwere Krankheit diagnostiziert wird, erkennt möglicherweise, dass sie ihre Gesundheit weniger kontrollieren kann als sie bis dahin angenommen hatte (Taylor, Lichtman & Wood, 1984; vgl. auch Joseph, Yule & Williams, 1993). Solche Kontrollverluste können zugleich eine Bedrohung des Selbstwertgefühls nach sich ziehen. Glaubt eine Person, sie hätte das negative Ereignis abwenden können („Hätte ich gesünder gelebt, wäre ich nicht krank geworden“) oder ihr fehlten die Ressourcen, die negativen Konsequenzen abzuschwächen, ist der Kontrollverlust mit einem Verlust des Selbstwertgefühls verbunden (z.B. Alloy & Clements, 1992). Denn konsekutiv auftretende Selbstzweifel und der Verlust des Selbstvertrauens unterminieren das Selbstwertgefühl und dies unabhängig davon, ob das Opfer das traumatische Ereignis selbst verschuldet hat oder nicht.

Aversive soziale Konsequenzen

Neben personalen Konsequenzen der Viktimisierung sind auch negative soziale Folgen zu erwarten. Vorwürfe gegen traumatisierte Personen und Verantwortungszuschreibungen („blaming the victim“, vgl. Janoff-Bulman, 1982; Lerner, 1965; Ryan, 1971) sind keine seltenen Phänomene. Solche Verantwortungszuschreibungen sind auf zwei grundlegende Motive zurückzuführen: Das Bedürfnis, an eine Welt glauben zu können, die sich durch Gerechtigkeit auszeichnet und das Bedürfnis, daran zu glauben, dass das Schicksal kontrollierbar ist (vgl. z.B. Lerner, 1980; Montada, 1988).

Menschen, die Opfer traumatischer Ereignisse wurden, bedrohen offenbar diesen „Gerechte-Welt-Glauben“. Die Verantwortungszuschreibungen und die Schuldvorwürfe gegen Opfer („Du hast selbst Schuld, dass Dir das zugestoßen ist“) bedeuten eine Distanzierung von der betroffenen Person, aber auch eine Abwertung derselben. Auf diese Weise können die Nicht-Opfer ihren Glauben an eine gerechte Welt aufrechterhalten und die bedrohliche Vorstellung abwenden, selbst Opfer solcher Ereignisse zu werden (Weinstein, 1982, 1984).

Opfer haben also nicht nur unter einer „primären Viktimisierung“, also dem initiierenden Ereignis, zu kämpfen (z.B. Unfall, Naturkatastrophe), sondern auch mit darauf folgenden

„sekundären Viktimisierungen“, wie Stigmatisierungen, Feindseligkeiten, Abbruch von Beziehungen und Zurückweisungen (Taylor, Wood & Lichtman, 1983)[20].

Positive Effekte der Viktimisierung

Trotz der überwältigenden Erfahrungen traumatisierender Ereignisse scheinen Menschen diese nicht ausschließlich negativ zu beurteilen. Während traumatisierende Ereignisse per se und die direkt damit zusammenhängenden Konsequenzen negativ erlebt werden (Janoff-Bulman, 1989), sind betroffene Menschen längerfristig in der Lage, traumatische Ereignisse positiv zu deuten.

> „[…] victims of life-threatening attacks, illness, natural disasters and other such events sometimes seem from their accounts not only to have overcome the victimizing aspects of their situation, but actually to have benefited from their experience“ (Taylor, Wood & Lichtman, 1983: 20).

Mit der Betonung positiver Aspekte traumatisierender Ereignisse wird ein leistungsfähiges Gegengewicht zu den negativen Auswirkungen der Viktimisierung geschaffen. Auch wenn traumatisierende Ereignisse höchst individuell erlebt werden, scheint es sich bei den positiven Umdeutungen traumatisierender Ereignisse um allgemeingültige Muster zu handeln. Solche sind *Neubewertungen des Lebens* (reappraisal of one’s life), *verändertes Selbstwissen* (self-knowledge or self-change), *Umordnungen persönlicher Prioritäten* (recordering of personal priorities) und *Intensivierung persönlicher Beziehungen* (emphasis on personal relationships, Collins, Taylor & Skokan, 1990: 264; vgl. auch Tedeschi & Calhoun, 1995). Nicht selten werden diese positiven Aspekte überbetont, was Taylor und ihre KollegInnen als Nachweis werten, dass Personen danach streben, positive Illusionen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Das Bemühen um die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Illusionen nach traumatischen Ereignissen kann sogar zur Ausweitung der positiven Illusionen führen.

> „Thus, the process by which illusions are maintained can actually lead to more positive beliefs than those held prior to victimization“ (Collins, Taylor & Skokan, 1990: 265).

D.h. aber nicht, dass alle negativen Gedanken und Konsequenzen traumatisierender Ereignisse erfolgreich adaptiert werden und damit zum „Allheilmittel“ (Dauenheimer, Stahlberg, Frey & Peterson, 2002: 181) würden, wie Kritiker fälschlicherweise an der Taylorschen Theorie bemängeln. Vielmehr behaupten Taylor und ihre KollegInnen, dass Personen, die

[20] Symonds (1980) hat für diese Zurückweisung eines Opfers durch andere und deren psychische Kosten den Begriff „second injury“ geprägt.

positive Illusionen aufrechterhalten oder herstellen können, sich besser an negative Ereignisse anpassen als diejenigen, denen dies nicht gelingt (z.B. Collins, Taylor & Skokan, 1996; Updegraff & Taylor, 2000). Gelingt eine solche Anpassung nicht, werden möglicherweise negative Selbstschemata (Markus, 1977) entwickelt, die z.B. mit Furcht vor Misserfolg und/oder geringer Einschätzung der eigenen Fähigkeiten einhergehen und zur Chronifizierung, insbesondere depressiver Viktimisierungssymptome, führen können (Taylor, 1989).

3.12 Theoretischer Erklärungsansatz für traumatisierende Ereignisse

Für diese Arbeit von besonderem Interesse sind kognitive Reaktionen nach traumatisierenden Ereignissen, die auf dem Bedürfnis beruhen, Erklärungen für negative Ereignisse zu finden. Zur Erklärung des Zusammenhangs von traumatischen Ereignissen und der Vielzahl der dadurch ausgelösten physiologischen, kognitiven, emotionalen und auch sozialen Reaktionen bietet Taylor ihre so genannte „Mobilisierungs-Minimierungs-These“ an (mobilization-minimization hypothesis; Taylor, 1991; für empirische Evidenzen vgl. Dahl, 2001; Heineken, Ollesch & Stenzel, 2003; Ohira, Winton, & Oyama, 1998): Nach dieser These werden um so mehr physiologische, affektive, kognitive und soziale Ressourcen mobilisiert, je bedrohlicher ein Ereignis ist, um die Auswirkungen eines Ereignisses zu minimieren. Taylor postuliert auch für das Erklärungsbedürfnis und dem Schweregrad eines Ereignisses eine asymmetrische Beziehung. Negative Ereignisse rufen ein stärkeres Erklärungsbedürfnis hervor als positive oder neutrale Ereignisse. Taylor (1991) führt in Anlehnung an andere AutorInnen drei mögliche Ursachen an: Erstens kann eine betroffene Person ein traumatisches Ereignis nur dann (abschließend) verarbeiten, wenn sie eine Erklärung für das Ereignis gefunden hat (vgl. auch Parkes & Weiss, 1983) und es in bestehende Schemata integrieren kann (vgl. Janoff-Bulman, 1992). Weil traumatische Ereignisse schemainkonsistent sind, entsteht ein großer Erklärungsbedarf. Zweitens wird das Handeln und Verhalten nach Traumata neu ausgerichtet, da es viele Routinen durchbricht. Es entsteht Erklärungsbedarf, um für das Verhalten neue Orientierung zu finden, was übrigens auch die Möglichkeit impliziert, aus dem Ereignis zu lernen und auf mögliche andere Ereignisse anzuwenden (lessons learned; Janoff-Bulman, 1992; Greenberg, 1995). Schließlich können drittens die Deutungsversuche auch dazu dienen, die negativen Folgen des Ereignisses zu minimieren. Denn negative Ereignisse werden mittels externaler Einflüsse und selbst-irrelevanten Attributionen erklärt, während positive oder neutrale Ereignisse internal attribuiert werden (Miller & Ross, 1975). Auf diese Weise gelingt es betroffenen Personen, negative Implikationen von sich zu weisen oder gar zu eli-

minieren. Vermutlich werden durch die kognitiven Aktivitäten auch die mit dem Ereignis verbundenen negativen Emotionen weniger intensiv erlebt und schützen das Selbst vor bedrohlichen Informationen (Taylor 1991).

3.13 Deviktimisierung - Bewältigung traumatischer Ereignisse

Taylor und ihre KollegInnen sind davon überzeugt, dass Menschen, die negative Ereignisse erleben, aufgrund der beschriebenen Verluste zahlreiche kognitive und behaviorale Anstrengungen unternehmen, um das Ereignis zu bewältigen (Taylor, Wood & Lichtman, 1983: 21). Hierzu leisten zahlreiche Informationsverarbeitungsprozesse nicht zufällig, sondern systematisch Unterstützung und verzerren die mit dem Ereignis verbundenen Informationen, um das Ereignis an sich und dessen negative Auswirkungen zu bewältigen (Taylor, 1983: Taylor & Armor, 1996; Taylor & Brown, 1988). Diese unterstützen die Bildung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung positiver Illusionen.

Bei traumatischen Ereignissen spielen die positiven Illusionen eine eigenartige Rolle. Einerseits sind Überzeugungen, die auf positiven Illusionen beruhen, aufgrund ihres „schönfärbenden“ und dynamischen Charakters durch Konfrontation mit der Realität, also auch durch traumatische Ereignisse verletzbar (Taylor, 1983: 1168; vgl. auch McFarland & Alvaro, 2000). Andererseits unterstützen positive Illusionen aber gerade aufgrund dieser Eigenschaften die Umdeutung traumatischer Ereignisse. Durch die Hervorhebung positiver Aspekte eines traumatischen Ereignisses im Rahmen der Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der positiven Illusionen werden Sinnkrisen besser überwunden, die Kontrolle wieder hergestellt und die erlebten Verluste minimiert. D.h. positive Illusionen, also die Verzerrung von negativen Ereignisinformationen, sind als Puffer gegen traumatische Stressoren wirksam (Taylor, 1983: 1163). In der weiteren Entwicklung der kognitiven Adaptationstheorie formulieren Helgeson und Taylor (1993) deshalb die Aufrechterhaltung, Stabilisierung oder Wiederherstellung von positiven Illusionen als aktive Bewältigungs- oder Copingstrategie und Reaktion auf bedrohliche Ereignisse, wenn sie positive Illusionen bzw. den zugrunde liegenden kognitiven Anpassungsprozess als Funktion des Selbstwertschutzes und der Selbstwerterhöhung beschreibt, der die psychische Anpassung im alltäglichen Leben und nach traumatisierenden Ereignissen ermöglicht (z.B. Collins, Taylor, Skokan, 1990).

Dieser Bewältigungsansatz von Taylor und ihren KollegInnen zielt auf die Anpassung an kognitive und emotionale Zustandsveränderungen nach traumatischen Ereignissen ab (Armor & Taylor, 1998: 355; Collins, Taylor & Skokan, 1990). Mit diesem Fokus konstruiert Tay-

lor ihre Überlegungen ereignisübergreifend, also unabhängig vom zu lösenden Problem, auf das die Bewältigung ausgerichtet ist[21]. Die theoretische Analyse Taylors gehört daher zu denjenigen Bewältigungskonzepten, die Bewältigungsmechanismen auf Basis von Bedingungs-Wirkungszusammenhang konzipieren (vgl. Wentura, Greve & Klauer, 2002). Andere Theorien fokussieren beispielsweise dispositionelle Personenressourcen und klammern den Bewältigungsmechanismus als solchen aus, wie z.B. das Hardiness-Konzept (Kobasa, 1979) und das Resilienzmodell (Ryff, Singer, Love & Essex, 1998; Staudinger & Fleeson, 1996).

Bei der Definition von Coping folgen Aspinwall und Taylor (1997: 419) der viel beachteten kognitiv-transaktionalen Bewältigungstheorie von Lazarus und seinen MitarbeiterInnen (Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984), wonach Coping definiert ist als

> „constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing the resources of the person" (Lazarus & Folkman, 1984: 141).

Für die Bewältigung eines problematischen Ereignisses bedarf es zunächst einer Einschätzung der Situation und deren Bedeutung (primary appraisal). Schätzt eine Person ein Ereignis bedrohlich ein, folgt im nächsten Schritt die sekundäre Einschätzung (secondary appraisal), bei der Ressourcen und Optionen im Umgang mit der Situation taxiert werden. Erst im Anschluß daran erfolgen bestimmte Verhaltensweisen zur Bewältigung eines Problems.

Aspinwall und Taylor (1997) erweitern die Bewältigungsreaktionen (aktives Coping) um so genannte antizipatorische Bemühungen (proaktives Coping), die den Versuch beinhalten, drohenden Auswirkungen eines belastenden Ereignisses vorab zu begegnen (vgl. auch Lazarus & Launier, 1978). Sowohl das aktive als auch proaktive Coping verstehen Aspinwall und Taylor (1997) als selbstregulatorische Fähigkeiten, also als „die Art und Weise, in der Menschen ihre eigenen Handlungen und Verhaltensweisen kontrollieren und realisieren" (Fiske & Taylor, 1991: 195; Übers. M.D.). Diese Fähigkeiten erklären einen großen Teil der Bemühungen von Individuen, stressreiche Bedingungen zu antizipieren, sie möglichst zu vermeiden oder deren Auswirkungen zu minimieren (Aspinwall & Taylor, 1997: 419). Sie sind auf die Kontrolle von Bedingungen, das Initiieren von Handlungen und die Zielsetzung und -erreichung ausgerichtet. Im Unterschied zu vielen anderen Bewältigungstheorien, die Coping

[21] Grundsätzlich können auch Zustandsveränderungen selbst Auslöser von Belastungen sein. So ist beispielsweise die Trauer über den Verlust eines nahe stehenden Menschen auslösend für die Belastung, zugleich aber eine Facette des Bewältigungsprozesses. Denn die Bewältigung des Todes erfordert die Verarbeitung der Trauer, um beispielsweise die Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten (z.B. Rando, 1993).

häufig als ausschließlich mildernde Antwort auf negative Auswirkungen konzipieren, betonen Aspinwall und Taylor (1997), dass Coping nicht nur der Vermeidung traumatisierender Auswirkungen dient, sondern davon unabhängig auch auf positive Aktivitäten und soziale Beziehungen gerichtet ist. Gerade die Fokussierung positiver Aspekte ist wesentlicher für die Deviktimisierung, weil sie der Person hilft, zur Normalität des Alltags zurückzukehren und sogar neue oder positivere, illusorische Sichtweisen hinzuzufügen. Diese Ausweitung positiver Illusionen, verhält sich nach Auffassung Taylors und ihrer KollegInnen linear zu den Bewältigungsbemühungen:

> „[…] the more an individual engages in active coping efforts such as cognitive reappraisal and behavioral change, the greater will be the positivity of his or her belief change“ (Collins, Taylor & Skokan, 1990: 266).

Die mögliche Ausweitung positiver Illusionen ist abhängig von der Diversifizierung der Bewältigungsstrategien:

> „People who cope with a stressful event by using multiple coping strategies will experience more positive changes following a victimizing event than hose who draw on a single dominant strategy“ (ebd.).

Dass die Anwendung verschiedener Bewältigungsstrategien deutlich stärkere Auswirkungen auf positive kognitive Veränderungen hat, erklärt Taylor damit, dass eine singuläre Strategie kaum in der Lage sein kann, alle Illusionsdomänen gleichzeitig zu bedienen. Schließlich sind traumatisierende Ereignisse in der Regel so komplex, dass verschiedene Strategien in der Summe mehr Aspekte des Ereignisses ansprechen als nur eine vereinzelte Strategie. Eine umfassende Bewältigung ist aber erforderlich, weil sowohl Sinnkrisen und Kontrollverluste als auch negative soziale Konsequenzen überwunden werden müssen. Das gelingt nur, wenn den erlebten Verlusten eine Aufwertung des Selbst entgegengesetzt werden kann (Reed, Taylor & Kemeny, 1993; vgl. auch Thompson, 1985) und dem traumatisierenden Ereignis Bedeutungen zugewiesen werden können (Taylor, 1983; vgl. auch Smith Landsman, 2002). Aus diesem Grund überbetonen traumatisierte Personen die positiven Seiten eines traumatischen Ereignisses. Mit einer optimistischen Umdeutung verschiedenster Aspekte traumatischer Ereignisse (z.B. „Das habe ich überstanden, jetzt bin ich gegen alles andere gewappnet“), entwickeln traumatisierte Personen für sie gültige Theorie darüber, warum ihnen etwas passiert ist. Denn ein Ereignis zu verstehen heißt, es zu kontrollieren oder besser mit ihm umgehen zu können (Taylor & Brown, 1988: 1170). Mittels solcher Umdeutungen werden positive Illusionen des Selbst, der Welt und der Zukunft wiederhergestellt, die einer Person verhelfen, ein traumatisches Ereignis zu überwinden:

> „Under these circumstances [of adversity, M.D.] the belief in one's self as a competent, efficacious actor behaving in a world with a generally positive future may be especially helpful in overcoming setbacks, potential blows to self-esteem, and potential erosions in one's view of the future" (Taylor & Brown, 1988: 201).

Die Revitalisierung positiver Illusionen bedeutet zugleich eine Rückkehr zur Normalität des Alltags, die allerdings voraussetzt, dass sich die traumatisierte Person mit ihrer Rolle als Traumaopfer auseinandersetzt. Diese Auseinandersetzung markiert den Prozess der „Deviktimisierung" in dessen Zentrum die Überwindung des Opferstatus steht (Taylor, Wood & Lichtman, 1983). Denn sich selbst als Opfer wahrzunehmen wie auch die Stigmatisierungen (Goffman, 1975) als Opfer durch andere Personen tragen wesentlich dazu bei, den Glauben an die eigene Person zu beeinträchtigen (Taylor, 1993; Taylor, Wood & Lichtman, 1983). Taylor und ihre KollegInnen unterscheiden verschiedene Strategien, die der Überwindung des Opferdaseins und der Wiederherstellung der positiven Illusionen dienen.

3.13.1 Strategien der Deviktimisierung

Bei den von Taylor und ihren KollegInnen identifizierten Deviktimisierungsstrategien handelt es sich um intra- und interindividuelle Regulationsmechanismen. Zur ersten Gruppe gehören *Selbstevaluierungen* (insbesondere der sozialer Vergleich), zur zweiten Gruppe zählen *soziale Unterstützungsleistungen*.

3.13.1.1 Intrapsychische Bewältigung: Selektive Selbstevaluierungen

Menschen, die traumatische Erfahrungen machen, bewerten ihre Situation und ihr Selbst nur selten anhand objektiver Kriterien (Fischer & Riedesser, 2003). Vielmehr sind sie motiviert, eine positive Selbstwahrnehmung wiederherzustellen, indem sie die positiven Aspekte traumatischer Ereignisses selektieren. Taylor und ihre KollegInnen identifizierten fünf deviktimisierende Anpassungsstrategien, die sie unter die Bezeichnung „selektive Evaluierungen" subsumieren (Taylor, Wood & Lichtman, 1983: 19): Alle Strategien beinhalten den Vergleich der eigenen Person mit realen oder hypothetischen Personen oder Situationen, weshalb alle Evaluierungsstrategien Selbstvergleiche sind:

1. Soziale Vergleiche (Auf- und Abwärtsvergleiche, up- and downward comparisons),
2. selektives Fokussieren eigener vorteilhafter Attribute (selectively focusing attributes; dimensional comparison),
3. Gestaltung hypothetischer, schlechterer Welten (creating hypothetical, worse worlds),
4. Generierung von Vorteilen bzw. Gewinnen aus der Viktimisierung (construing benefits from the victimizing event),

5. Konstruktion normativer Regeln für Anpassungen mit denen die eigenen Anpassungsleistungen verglichen werden können und dabei besonders vorteilhaft erscheinen (manufacturing normative standards, compared with which one's adjustment is good),

Traumatisierte Menschen wählen eine oder mehrere dieser Strategien, die ihnen verhelfen, die eigene Situation subjektiv günstiger erscheinen zu lassen. Traumatisierte Personen gehen also sehr flexibel mit negativen Informationen um, um ihr Selbst optimal zu schützen und zu verteidigen. Denn traumatisierte Personen wählen solche Vergleichsmerkmale, die die eigene Situation subjektiv vorteilhafter erscheinen lassen und eine positive Selbstbewertungen zulassen (Taylor, Wood & Lichtman, 1983). Sie nutzen z.B. soziale Vergleiche mit weniger glücklicheren Anderen (*social comparisons* with less fortunate others). Nicht selten werden für einen Vergleich aber auch verschiedene für die Situation relevante Attribute selektiert (*selective fokussing on attribtutes*). So verglichen sich in der weiter oben beschriebenen initiierende Studie von Taylor (vgl. Kap. 3.2) die an Brustkrebs erkrankten Frauen, die eine brusterhaltende Operation erhielten, mit Frauen, die sich einer Mastektomie unterzogen hatten, um ihre günstigere Situation hervorzuheben.

Was passiert, wenn keine Personen (mit vergleichsfähigen Attributen) zur Verfügung stehen oder diese das Kriterium „weniger glückliche Anderer" nicht erfüllen? In diesem Fall werden hypothetische Situationen für eine schlechtere Welten konstruiert (*creation of hypthetical worse worlds*): „Ich hatte Glück. Hätte ich den Arzt erst später besucht, wäre alles noch viel schlimmer gewesen". Solche Vergleiche, so Taylor und ihre KollegInnen (Taylor, Wood & Lichtman, 1983), dienen nicht nur der Minimierung kritischer Ereignisse. Sie haben darüber hinaus auch den (Neben-)Effekt, dass sie mit dem Vergleich zugleich ihre Ängste zum Ausdruck bringen und beruhigen können.

Neben Vergleichen mit anderen Personen, wird auch die eigene Person für Vergleiche herangezogen. Solche „Vorher-Nachher Vergleiche" beinhalten eine Selbstbeurteilung, die Erfahrung und Lerneffekte versprachlichen und als Bereicherung wahrgenommen werden (*construing benefits*).

Schließlich fanden Taylor und ihre KollegInnen (Taylor, Wood & Lichtman, 1983) eine weitere Vergleichskategorie, die sich insofern von den anderen unterscheidet als dass sie die Viktimisierung nicht auf erträglichere Maße reduziert, sondern die Problematik der Viktimisierung unverändert akzeptiert. Hierbei erfolgt also keine retrospektive Betrachtung des Ereignisses. Vielmehr bewerten die Personen die eigenen Bewältigungsfähigkeiten im Ver-

gleich zu angenommenen „durchschnittlichen“ Bewältigungsfähigkeiten anderer (fiktiver) Personen (*manufacture of normative standards on adjustment*)[22]. Dieser Vergleich mag insbesondere dann vorkommen, wenn die Minimierung der Viktimisierung schwierig oder unmöglich ist, oder die betroffene Person dazu tendiert, das viktimisierende Ereignis weniger offen als vielmehr privat zu bewältigen (Taylor, Wood & Lichtman, 1983).

In ihren weiteren Veröffentlichungen konzentrieren sich Taylor und ihre KollegInnen im Wesentlichen auf den sozialen Vergleich. An den anderen Selbstevaluierungsstrategien scheinen die ForscherInnen weniger Interesse zu haben. Jedenfalls tauchen sie in weiteren Veröffentlichungen nicht mehr auf. Entsprechend werden die Entlastungswirkungen sozialer Vergleich unter Berücksichtigung neuer Forschungsergebnisse dargestellt.

Eine interessante Frage wäre freilich, wie sich die von Taylor und ihren KollegInnen beschriebenen Selbstevaluierungsprozesse auf die die Viktimisierungen kennzeichnenden Kontrollverluste und Sinnkrisen wirken. Leider bleiben die AutroInnen eine Antwort darauf schuldig.

(A) Der soziale Vergleich als Bewältigungsform

Ob ein Ereignis als bedrohlich oder belastend wahrgenommen wird, hängt von der individuellen Bewertung des Ereignisses ab (Lazarus, 1991). Das kritische Merkmal dieser Bewertung ist gemäß Aspinwall und Taylor (1997: 429) die Einschätzung der individuellen und sozialen Ressourcen, über die eine Person zu verfügen meint (womit sich die Autorinnen von anderen Stress- und Copingmodellen abgrenzen, die diese Ressourcen als Funktion der Stressreduktion behandeln). Ein Ereignis wird demnach umso bedrohlicher wahrgenommen, je weniger eine Person glaubt, es bewältigen zu können. Um sich selbst und die eigene Situation einschätzen können, vergleichen Personen das Ereignis und die eigenen Ressourcen wie z.B. Leistungsfähigkeit und persönliche Attribute in Relation zum sozialen Umfeld (z.B. Wood, 1996).

[22] Goethals, Messick und Allison (1991) bezeichnen diese Form des Vergleichs als „konstruktiven sozialen Vergleich“ (constructive social comparison), bei der es sich um eine Art imaginierte soziale Realität handelt. Sulz und Martin (2001) bezeichnen soziale Vergleiche, bei denen gedachte soziale Standards zur Norm erhoben werden als „Normkonstruktion“ (norm constructing).

Solche Vergleichsprozesse sind Gegenstand der Theorie des sozialen Vergleichs. Die Theorie des sozialen Vergleichs wird am besten mit Mettee und Smith (1977) verstanden. Sie ist eine Theorie über

> „our quest to know ourselves, about the search for self-relevant information and how pepole gain self-knowledge and discover reality about themselves“ (Mettee & Smith, 1977: 69-70).

Die frühe Forschung hierzu wurde wesentlich von der Theorie des sozialen Vergleichs von Leon Festinger (1954)[23] beeinflusst und im Verlauf der letzten Dekaden mehrfach modifiziert (für eine Übersicht vgl. z.B. Frey & Irle, 1993, 2002). Als Ergebnis hieraus lassen sich folgende, den sozialen Vergleichen zugrunde liegenden Motive unterscheiden:

Das *Motiv der Selbstbewertung* (self-evaluation motive, Festinger, 1954) beinhaltet den Versuch, sich selbst möglichst akkurat einzuschätzen, um adäquat reagieren zu können. Als vergleichenden Maßstab werden hierzu Personen gewählt, die den eigenen Leistungen oder Attribute (z.B. sportliche Leistungen und ähnliche körperliche Konstitution) relativ ähnlich zu sein scheinen (Goethals und Darley, 1977).

Schachter und Singer (1962; Schachter, 1959) erweiterten die Theorie um das so genannte Angst-Gesellungs-Paradigma (fear-affililiation). Danach können soziale Vergleiche auch die Interpretation emotionaler Zustände beinhalten und zwar um die Angemessenheit eigener Reaktionen in angsterzeugenden Situationen zu kontrollieren. Dem liegt das *Bedürfnis* zugrunde, in bestimmten Situationen mit anderen Personen *Kontakte zu haben*.

Weiter Forschungen zeigten, dass das Motiv das *Streben nach Selbsterhöhung* (self-enhancement motive) und der Selbstwertschutz ebenfalls den sozialen Vergleich beeinflussen (Goethals & Darley, 1977; Wills, 1981; Wood, 1989). Am Beginn dieser Forschungsrichtung stand die Vorstellung, dass Menschen geneigt sind, sich mit Personen in scheinbar ungünstigeren Lagen vergleichen, sofern ihr Selbstwert bedroht ist (Buunk, Collins, Taylor, Van Yperen & Dakof, 1990; Collins, 1996; Taylor & Lobel, 1989).

Schließlich wurde mit dem *Selbstverbesserungsmotiv* (self-improvement motive) ein viertes Motiv gefunden (Brickman & Bulman, 1977; Wood, 1989): Personen präferieren für Vergleiche Menschen, denen es besser geht, um daraus Hoffnung zu schöpfen, dass auch ihr

[23] Leon Festinger benutzte in seiner Veröffentlichung von 1954 als erster Autor den Begriff „sozialer „Vergleich“. Allerdings geht die Auffassung, dass Vergleiche mit anderen Personen eine wichtige Rolle bei der Bewertung und Konstruktion der Realität spielen, auf Sherif (1936) zurück. Mit der Arbeit von Schachter und Singer (Schachter, 1959; Schachter & Singer, 1962) wurde erstmals eine Verbindung zur Gesundheitspsychologie geschaffen, als sie zeigten, dass der soziale Vergleich mit ähnlichen Personen die Interpretation einer Bedrohung (gemessen an physiologischer Erregung) beeinflussen (für einen Überblick zur Geschichte der sozialen Vergleichstheorien vgl. Buunk, Gibbons & Reis-Bergan, 1997).

Zustand sich verbessern werde, und/oder um aus den Informationen zu lernen, die ihnen zeigen, wie eine solche Verbesserung erreichbar sein kann.

Taylor und ihre KollegInnen fokussieren nun mit ihren Überlegungen und Studien zum sozialen Vergleich, den Einfluss dieser Motive auf soziale Vergleiche (Taylor, 1983; Taylor, Buunk, Collins & Reed, 1998; vgl. auch Helgeson & Mickelson, 1995; Suls & Wills, 1991; Wills, 1981). Sie untersuchen dies insbesondere für chronische und lebensbedrohliche Erkrankungen (z.B. Wood, Taylor & Lichtman, 1985; vgl. auch Tennen & Affleck, 1997).

Im Mittelpunkt ihrer Untersuchungen stehen soziale Auf- und Abwärtsvergleiche. Mit diesen gelingt es uns offensichtlich entsprechend unserer Bedürfnisse das soziale Umfeld sehr selektiv und systematisch (verzerrt) zu betrachten. Abwärtsvergleiche mit Personen in ungünstigeren Situationen wie auch Aufwärtsvergleiche mit Personen in günstigeren Lagen zielen darauf ab, die Selbstwahrnehmung zu kontrollieren. Taylor, Wood und Lichtman (1983) gehen davon aus, dass solche Vergleiche die Möglichkeit bieten, die positiven Seiten eines traumatisierenden Ereignisses hervorzuheben. Denn bedrohliche Ereignisse rücken positive Illusionen gefährlich nah an die Realität. Demgemäß sind soziale Vergleiche ein Instrument, den „passenden“ Abstand zur Realität wieder herzustellen und so den zentralen Bedürfnissen des Selbst gerecht zu werden.

Soziale Abwärtsvergleiche: „Es könnte schlimmer sein“

Der soziale Abwärtsvergleich mit Personen, denen es schlechter geht, wurde wesentlich durch die initiierende Untersuchung mit an Brustkrebs erkrankten Frauen von Taylor und ihren Kolleginnen weiterentwickelt (für einen Überblick zu Abwärtsvergleichen vgl. Wills, 1981; Wood, 1996). Mit ihrer Studie erfolgte eine erste systematische Bearbeitung des Abwärtsvergleichs, der nicht wie bis dahin üblich im Labor, sondern unter „real life“-Bedingungen stattfand. Taylor und ihre KollegInnen fanden, dass die meisten der Frauen spontane Abwärtsvergleiche während des Interviews vornahmen, woraus sie schlussfolgerten, dass der soziale Abwärtsvergleich wesentlich zur Deviktimisierung beiträgt:

> „Victims are, accordingly, motivated to eliminate or minimize the extent of their victimization by evaluating themselves and/or their situation against selected comparison standards” (Taylor, Wood & Lichtman, 1983: 20).

Wood, Taylor und Lichtman (1985) fanden in beinahe allen zweistündigen Interviews mit den an Brustkrebs erkrankten Frauen spontane soziale Vergleiche hinsichtlich der Attribute

„Gesundheitszustand und wahrgenommene Therapie“, „Coping-Fähigkeiten“, „persönliche Situation und psychische Anpassung“. Die Häufigkeiten der Abwärtsvergleiche bewegten sich dabei zwischen 60% und 90% im Verhältnis zu allen geäußerten Vergleichen.

In einer Studie mit Frauen und Männern, die an unterschiedlichen Karzinomen erkrankt waren, zeigten Taylor, Falke, Shoptaw und Lichtman (1986), dass von 668 Personen 93% ihre eigenen Copingfähigkeiten besser als die anderer Personen einschätzten. 96% hielten sich für gesünder als andere Vergleichspersonen (für einen Überblick des Abwärtsvergleich bei Personen mit Krebserkrankungen vgl. Wood & VanderZee, 1997).

Dass soziale Abwärtsvergleiche so häufig genutzt wurden, erklären Taylor, Wood und Lichtman (1983) damit, dass das Hervorheben der versteckten Gewinne der Viktimisierung und/oder der eigenen Bewältigungsfähigkeiten die Kontrolle der Opferwahrnehmung fördert. Denn der Abwärtsvergleich mit Personen, deren Situation schlimmer zu sein scheint als die eigene, enthält die impliziten und aufwertenden Botschaften „Ich bin nicht so schlecht dran wie andere“ und „Es könnte noch schlimmer sein“ (vgl. hierzu auch Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fifield & Rowe, 1987; Buunk & Ybema, 1995, 1997; DeVellis, Blalock, Holt, Renner, Blanchard & Klotz, 1991; kritisch hierzu vgl. z.B. Wood & VanderZee, 1997).

Soziale Aufwärtsvergleiche: „Es könnte besser sein“

Der so genannte Aufwärtsvergleich (upward comparison, upward contact) erfolgt mit Personen in vorteilhafteren Situationen. Die implizite Botschaft lautet „Ich bin weniger gut dran als andere“ und „Ich könnte besser dran sein als das derzeit der Fall ist“.

In weiteren Studien zum sozialen Vergleich fanden Taylor und ihre KollegInnen, dass auch der Aufwärtsvergleich große Bedeutung für an Krebs erkrankte Personen hat. In einer Studie mit 55 an Krebs erkrankten Männern und Frauen gingen Taylor und ihre KollegInnen der Frage nach, welche sozialen Unterstützungsleistungen für die Befragten hilfreich waren oder nicht (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen & Dakof, 1990). Die Mehrheit äußerte, dass ihnen zugetragene Geschichten über andere Personen, die die Krankheit nur schlecht bewältigt hatten oder bereits verstorbene Personen wenig hilfreich waren, während Informationen über Personen, die in gesundheitlich besserer Verfassung waren als hilfreich bezeichnet wurden (Taylor & Lobel, 1989). Ähnlich verhält es sich auf interaktioneller Ebene. An Krebs erkrankte Personen präferieren Kontakte mit kranken Personen, deren Gesundheitszustand

besser ist und schätzen diese hilfreicher ein im Vergleich zu Kontakten mit Personen, denen es schlechter geht (Taylor & Dakof, 1988). Das ist natürlich plausbiel, da insbesondere von schwerer erkrankten und vom Tod bedrohte Personen massive Bedrohungen ausgehen, wenn sich die vergleichende Person vorstellt, in dieselbe Lage kommen zu können (vgl. auch Ahrens & Alloy; 1997).

Entlastende Funktionen sozialer Vergleiche

Aufwärtsvergleiche, so Taylor, Wood und Lichtman (1983) können ebenso wie Abwärtsvergleiche den Prozess der Deviktimisierung fördern, wenn sie negative affektive Konsequenzen eines traumatisierenden Ereignisses mildern (z.B. Angstreduktion), positive Affekte fördern und/oder aber Bewältigungsverhalten hervorrufen, also Stress reduzieren.

Affektive Konsequenzen

Zwar vermögen beide Vergleichsformen positive affektive Konsequenzen nach sich ziehen. Sie haben aber auch eine Kehrseite: Sie können auch negative Affekte hervorrufen. Abwärtsvergleiche erhöhen möglicherweise das Selbstwertgefühl, wirken aber ängstigend, wenn beispielsweise eine an Krebs erkrankte Person erkennt, wie schlecht es anderen geht. Aufwärtsvergleiche können Personen motivieren, einen besseren als den aktuellen Zustand erreichen zu wollen, Hoffnung wecken und Erwartungen an zukünftige Erfolge fördern (Aspinwall & Taylor, 1993, Studie 2), mögen aber auch ernüchternd wirken, wenn der bessere Zustand einer anderen Person nur schwer erreichbar scheint (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen & Dakof, 1990, Studie 1; Taylor & Lobel, 1989)[24]. Taylor und ihre KollegInnen schließen daraus, dass affektive Konsequenzen keine spezifische Richtung einnehmen. D.h. Abwärtsvergleiche sind nicht immer mit positiven und Aufwärtsvergleichen nicht immer mit negativen Affekten verbunden. Vielmehr sind beide Vergleichsarten durchaus ambivalent, wenngleich Aufwärtsvergleiche häufiger mit positiven Affekten verbunden sind (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen & Dakof, 1990).

Obwohl diese Studien aufgrund unterschiedlichen Designs nur bedingt Schlussfolgerungen zu lassen, scheint sich trotzdem abzuzeichnen, dass Aufwärtsvergleiche eher zu positi-

[24] Angesichts *alltäglicher* Ereignisse scheinen Aufwärtsvergleiche eher bedrohlich zu wirken, weil sie der Person klar machen, dass sie weniger als andere erreicht hat (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen & Dakof, 1990, Studie 2).

ven Reaktionen zu führen und Abwärtsvergleiche eher den Selbstwert bedrohen als ihn zu stärken (vgl. Wood & Vanderzee, 1997).

Konsequenzen für die Zielerreichung

Taylor und Lobel (1989) zählen soziale Aufwärtsvergleiche zu den problemzentrierten Bewältigungsstrategien (vgl. auch Lazarus & Folkman, 1984; Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982), weil sie Informationen enthalten, wie andere Menschen kritische Ereignisse erfolgreich bewältigen und die die Person dann selbst anwenden kann (Buunk, Collins, Taylor, Van Yperen & Dakof, 1990; Helgeson & Taylor, 1993; Taylor & Lobel, 1989). Der soziale Aufwärtsvergleich nährt möglicherweise die Hoffnung, einen besseren Zustand erreichen zu können und motiviert, entsprechende Verhaltensweisen zu realisieren. Damit wird sowohl das Bedürfnis nach Selbstevaluierung als auch das nach Selbstverbesserung (Taylor & Lobel, 1989) bedient. Gleichzeitig erfüllt der Aufwärtsvergleich aber auch emotionale Bedürfnisse, weil er Hoffnung weckt und Motivation fördert. D.h. Aufwärtsvergleiche bedienen das Selbstverbesserungsmotiv, wenn sie Hoffnung erzeugen, die Informationen für die Verbesserung des eigenen Zustandes nutzbar machen zu können (Wood, 1989). Ebenso wie soziale Vergleiche negative und positive Effekte generieren, sind auch die mit den sozialen Vergleichen verbundenen Informationen ambivalent. So können Aufwärtsvergleiche Hoffnung wecken, zugleich vermag es aber auch ängstigend sein, sich vorzustellen, dieses Ziel zu verfehlen. Es sind Wood und Vanderzee (1997) die zeigen konnten, dass eine wichtige moderierende Variable für die Konsequenzen eines Aufwärtsvergleichs ist, ob die Person das *Gefühl hat, das aus dem Aufwärtsvergleich abzuleitende Ziel auch erreichen zu können*. Das wiederum hängt von der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit der Situation und des Zustandes und davon, wie weit eine Person von diesem Ziel entfernt ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass soziale Ab- und Aufwärtsvergleiche gewählt werden, um positive Selbstwahrnehmungen zu stützen aber auch, um brauchbare Informationen für Verbesserungsstrategien zu sammeln. Gleichzeitig darf aber nicht vergessen werden, dass beide Vergleichformen auch negative Konsequenzen haben können. Soziale Vergleiche wirken nicht nur selbstwerterhöhend und selbstverbessernd oder neutral, sondern erhöhen möglicherweise sogar den mit einer Krise verbundenen Stress, wenn das Ereignis noch nicht lange zurück liegt (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen & Dakof, 1990). Ob die

affektiven Konsequenzen negativ oder positiv ausfallen hängt von der der Interpretation eines gewählten Vergleichs und dem zugrunde liegenden Selbstwertgefühl ab (vgl. Buunk, Collins, Taylor, VanYperen und Dakof, 1990)[25].

(B) Konstruktion von Benefits

Verschiedene, mittlerweile prominente Theorien erklären die Bedeutung der Sinnfindung im Zusammenhang mit traumatischen Lebensereignissen (z.B. Frankl, 1946; Janoff-Bulman, 1992, 2004; Moos & Schaefer, 1986; Park, 1989, 1999; Parkes & Weiss, 1983; Taylor, 1983, 1989). Einige TheoretikerInnen beschreiben diesen Prozess als „finding meaning" (z.B. [Janoff]-Bulman & Wortman, 1977; Moos & Schaefer, 1986) oder „making meaning" (Park & Folkman, 1997). Andere bezeichnen ihn als „explaining" (z. B. Burgess & Holmstrom, 1979) oder „account making" (z.B. Harvey, Orbuch, Chwalisz & Garwood, 1991), „working through to completion" (Horowitz, 1982) oder „reworking" (Catlin & Epstein, 1992). Taylor, Wood und Lichtman (1983) bezeichnen die Sinnfindung als "construing benefits". Davis, Nolen-Hoeksema und Larson (1999) unterscheiden den Prozess „meaning as sense making" von dem des „benefitfinding construal of meaning". Ersterer impliziert, dass Personen einem Ereignis Sinn verleihen, indem sie es als „gottgegeben" annehmen. Letzter meint, dass Personen aufgrund eines stressreichen Ereignisses wichtige Dinge über sich selbst, die Beziehung zu anderen oder den Sinn des Lebens lernen.

Alle Ansätze gehen davon aus, dass Menschen traumatischen Ereignissen Bedeutungen zuweisen, weil von ihnen eine Bedrohung bestehender Glaubenssysteme ausgeht. Zentrale Annahmen, wie der Glaube an die Kontrolle über Ereignisse, den Selbstwert und den Sinn des Lebens werden durch Traumata vehement in Frage gestellt. Für die Genesung von den schädigenden Folgen traumatischer Ereignisse ist es den Theorien zufolge notwendig, die Inkongruenz zwischen der Wahrnehmung des Ereignisses und den Glaubenssystemen wieder herzustellen, indem entweder das Ereignis uminterpretiert und an das Glaubenssystem angepasst oder das Glaubenssystem so modifiziert wird, dass es nicht mehr im Widerspruch zum Ereignis steht, um die psychische Stabilität zu gewährleisten (z.B. Taylor & Armor, 1996;

[25] Nicht nur soziale Auf- und Abwärtsvergleiche zählen zu Bewältigungsstrategien, sondern auch soziale laterale Vergleiche mit ähnlichen Personen (shared fate comparisons; Wills, 1981; vgl. auch Festinger, 1954). Allerdings wird diese Möglichkeit in der Forschung bislang vernachlässigt (Taylor, Wayment & Carillo, 1996). Unbeantwortet ist auch die Frage, ob die Vermeidung sozialer Vergleiche möglicherweise auch eine Bedeutung für die positiven Illusionen hat. Es ist durchaus plausibel, dass mit einer Vermeidung sozialer Vergleiche eine Bedrohung des Selbstwertes abgewehrt wird und damit der Aufrechterhaltung von positiven Illusionen dient.

vgl. auch Janoff-Bulman, 1992). Gemäß Taylor (1989) dient die Wiederherstellung von positiven Illusionen eben diesem Zweck. Positive Illusionen dienen damit der Überwindung von Sinnkrisen und unterstützen die Deviktimisierung, während der soziale Vergleich eher die Kontrollillusionen unterstützt (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen & Dakof, 1990; Collins, Taylor & Skokan, 1990).

3.13.1.2 Interindividuelle Bewältigung: Soziale Unterstützungsleistungen

Die Bewältigung traumatischer Ereignisse ist nicht nur als intraindividueller Regulationsprozess zu verstehen. Auch wenn Bewältigungsreaktionen überwiegend intraindividuell stattfinden, sind sie doch häufig sozial gesteuert. Verschiedene Bewältigungskonzepte betonen daher die interpersonellen Aspekte der Bewältigungsprozesse. So berücksichtigen beispielsweise die Konzepte „relationship-focused coping“ (Coyne & DeLognis, 1986), der Ansatz „sozialer Bewältigungsformen“ (Filipp & Klauer, 1988), das „prosocial coping“ (Hobfoll, 1998) und das „dyadische Coping“ (Bodenmann, 1997) den sozialen Kontext der Bewältigung von Belastungen. Allen Konzepten gemeinsam ist, dass sie die Wahrnehmung, Mobilisierung, Nutzung und Bewertung sozialer Unterstützung (social support) thematisieren. Die grundlegende Annahme dieser Konzepte ist, dass sie negative Wirkungen traumatisierender Ereignisse abpuffern (für eine Übersicht vgl. Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996)

Die sozialen Unterstützungsleistungen werden häufig nach ihren Funktionen unterschieden und als emotionale, instrumentelle und informationale Unterstützungsleistungen bezeichnet (z.B. Aymanns, 1992; Dakof & Taylor, 1990, vgl. auch Taylor, Falke, Shoptaw & Lichtman, 1986). Hinsichtlich der Faktizität wird zwischen wahrgenommener (perceived), erhaltener (received) und verfügbarer Unterstützung (availabele support) unterscheiden. Diese Unterscheidung zielt auf Unterstützungserwartungen und Unterstützungserfahrungen ab. Erhaltene Unterstützungsleistungen sind tatsächlich empfangene Hilfeleistungen („Ich wurde von meinen Freunden unterstützt“), während wahrgenommene Unterstützungsleistungen eine Einschätzung verfügbarer Unterstützungsleistungen bedeutet („Meine Freund würden mich unterstützen“, vgl. z.B. Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). Entgegen früherer Annahmen zeigte sich, dass die wahrgenommene Unterstützung nur gering mit der tatsächlich erhaltenen Unterstützung korreliert, und sich die wahrgenommene Unterstützung zudem relativ stabil erweist (Klauer, 2000). Entsprechend verstehen Lakey und Drew (1997) die wahrgenommene Unterstützungsleistung als kognitives Personenmerkmal, weil Unterstützungsleistungen offensichtlich weniger gemäß tatsächlicher Informationen bewertet wer-

den, sondern eher entsprechend der subjektiven Vorstellungen sozialer Integration, die in den Selbstkonzepten repräsentiert ist.

Es liegt auf der Hand, soziale Unterstützung und Bewältigung im Zusammenhang zu betrachten. Denn die Mobilisierung und Nutzung sozialer Unterstützungsleistungen fördern und unterstützen individuelle Bewältigungsprozesse (Greenglass, 1993), sofern sie auf Selbstwertstabilität und Selbstbildkonsistenz ausgerichtet sind (Klauer, 2000). Ganz im Sinne der Selbstwertstabilität erklären Taylor und ihre KollegInnen soziale Unterstützungsleistungen als eine Facette der Sinnzuweisungen und Neubewertungen traumatischer Ereignisse. Analog zu anderen Bewältigungsformen wie z.B. soziale Vergleiche stiften auch soziale Unterstützungsleistungen einen adaptiven Nutzen. Denn, wenn es einer Person nach traumatischen Ereignissen gelingt, diejenigen Lebensbereiche zu betonen, die auch nach dem Trauma gut funktionieren, können emotionale Belastungen reduziert werden. Die soziale Unterstützung kann ein solcher funktionierender Lebensbereich sein, der überhaupt erst nach traumatischen Ereignissen erkannt wird. Und gerade die Betonung positiver Aspekte nach Traumatisierungen ist zentral für die Genesung nach traumatischen Ereignissen (z.B. Taylor & Armor, 1996). Entsprechend berichten traumatisierte Personen von einer Intensivierung sozialer Beziehungen („Jetzt weiß ich, dass ich gute Freunde habe“) und betonen diese als wichtigen Outcome des Traumas. Eine solche Wahrnehmung wirkt wie eine „soziale Schutzimpfung“ (social inoculation, Buunk, 1990) gegen traumatischen Belastungen, weil traumatisierte Personen die soziale Unterstützung als Aufwertung ihres Selbst verstehen. Möglicherweise nehmen deshalb Personen mit geringem Selbstwertgefühl mehr soziale Unterstützungsleistungen in Anspruch als Personen mit hohem Selbstwertgefühl, wie Nadler und ihre KollegInnen zeigten (Nadler, 1997; Nadler, Steinberg & Jaffe, 1981).

Nun sind soziale Unterstützungsleistungen eine „gutgemeinte“ Reaktion des Umfeldes, die zwar regelmäßig erfolgreich scheinen, wenn sie anhand der Kriterien psychische und somatische Gesundheit gemessen werden (Schwarzer & Leppin, 1992; Kirschbaum, Klauer, Filipp & Hellhammer, 1995). Es gibt aber auch die Kehrseite der Medaille: Soziale Unterstützungsleistungen sind insbesondere in Bezug auf den Umdeutungsprozess kritisch zu betrachten. Dakof und Taylor (1990) konnten zeigen, dass entlastende Deutungsangebote, also emotionale Unterstützungsangebote des sozialen Umfeldes (ebenso wie übertriebene in-

strumentelle Hilfestellung) für die betroffene Person als Relativierung des traumatisierenden Ereignisses und als Abwertung des bedrohten oder nicht erreichten Ziels erleben. Personen, die an Krebs erkrankt waren, fanden sorgenvolle Aussagen der Angehörigen ebenso wenig hilfreich, wie Äußerungen, die die Bedeutung für das Leben der Betroffenen herunterspielen (vgl. auch Wortman & Dunkelschetter, 1979). Dakof und Taylor (1990) fanden zwei wesentliche Probleme, die Betroffene mit solchen scheinbaren Entlastungsangeboten haben: Erstens werden traumatisierende Ereignisse so schwerwiegend erlebt, dass sie zunächst keine Relativierung zulassen. Zweitens macht gerade das nicht erreichbare Ziel das Leiden des Betroffenen überhaupt erst aus. Insofern verwundert es nicht, dass es Betroffenen schwer fällt, solche Deutungsangebote zu akzeptieren, weil sie die aversiven Konsequenzen möglicherweise verschlimmern.

Ob soziale Unterstützungsleistungen angenommen werden, scheint von der Bedrohung des Selbstwertgefühls abhängig zu sein. Nadler (1997) zeigte, dass eine Selbstwertbedrohung besonders dann auftritt, wenn beim Helfer ähnliche Attribute wahrgenommen werden, wenn der Empfänger die Probleme als selbst kontrollierbar einschätzt und durch eigene Ressourcen bewältigbar erscheinen. Diese Ergebnisse scheinen die Annahmen von Dakof und Taylor (1990) zu bestätigen: Dass nämlich soziale Unterstützungsleistungen dann angenommen werden, wenn sie die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines positiven Selbstbildes fördern. Entsprechend können auch erhaltene Unterstützungen retrospektiv bewertet werden und zur Neubewertung der Situation führen, wenn es der Person gelingt, die soziale Unterstützung als Ergebnis ihrer traumatischen Erfahrungen zu deuten. Ein Trauma kann dann nach der Vorstellung der Person den Sinn gehabt haben, Erfahrungen über ihre soziale Integration zu machen. In diesem Fall sind Unterstützungsleistungen Inhalt von Deutungen bzw. positiven Illusionen.

Während in der Literatur die sozialen Unterstützungsleistungen häufig als Teil eines Bewältigungsprozesses verstanden werden, versteht Taylor diese auch als Ergebnis eines Bewältigungsprozesses. In diesem Sinne sind soziale Unterstützungsleistungen proadaptiv für die Neubewertung traumatischer Situationen und auch Outcome des Anpassungsprozesses, der im Vergleich zu dem Illusionsniveau vor dem Trauma zur Ausweitung der Illusionen geführt hat.

3.14 Fragestellungen und methodische Aspekte der Taylorschen Illusionsforschung

Um die methodischen Vorgehensweisen von Taylor nachvollziehen zu können, ist es notwendig, vorab die Fragestellungen anzuschauen, die Taylor ihren Untersuchungen zugrunde legt. Sie erklären einerseits die verschiedenen Studiendesigns und verdeutlichen andererseits Entwicklung von zunächst wenig strukturierten theoretischen Annahmen hin zu einer Verdichtung des Illusionsphänomens. Diese Ausführungen sind Basis für die im empirischen Teil angewendeten standardisierten Instrumente.

In ihrer ersten Veröffentlichung zur kognitiven Adaptationstheorie beschreibt Taylor (1983) positive Illusionen als Anpassung an das tägliche Leben und traumatisierende Ereignisse. Taylor impliziert, dass die Aufrechterhaltung und (Wieder-)Herstellung positiver Illusionen für sich genommen Nutzen generieren. Damit wird auch der Fokus auf die positiven Illusionen als bedeutungsvollem Aspekt des Anpassungsprozesses gelegt und die Frage zugrunde gelegt, *wie gut sich Personen nach traumatisierenden Ereignissen an die (veränderte) Lebenssituation anpassen*.

Entsprechend beschreiben Taylor, Wood und Lichtman (1983) subjektiv erlebte Veränderungen nach traumatischen Ereignissen. Unabhängig davon, ob die subjektiv wahrgenommenen Veränderungen tatsächlich stattgefunden haben oder nur vorgestellt sind, ist die Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen (also im Vergleich zu früheren Einschätzungen) irrelevant, da die subjektiv wahrgenommenen positiven Veränderungen per se effektiv sind, wenn eine Person an diese glaubt (z.B. Collins, Taylor & Skokan, 1990: 283; Taylor, 1983). Entsprechend dokumentieren die AutorInnen die Veränderungen und Anpassungsleistungen von Frauen, die an Krebs erkrankten (ähnlich gehen auch folgende AutorInnen vor: z.B. Lund, Caserta & Dimond, 1993). Die Anpassungsleistungen der befragten Personen lassen sich zusammenfassen als Neuordnung von Prioritäten, Entwicklung neuer Wertschätzungen des täglichen Lebens, als verbesserte Fähigkeiten, Dinge zu erledigen und als neue Formen, das Leben zu genießen.

Später konkretisieren Taylor und Brown (1988) die Illusionsposition, in dem sie positive Illusionen relativ zu verbessertem Wohlbefinden (well-being) darstellen und anhand der psychischen Gesundheit messen. Positive Illusionen und Wohlbefinden stellen zwar verschiedene Konstrukte dar, die nach Vorstellungen von Taylor und Brown jedoch zusammenfallen bzw. gemeinsam auftreten (und insofern wird der Zusammenhang beider Konstrukte nicht

infrage gestellt). Gemessen werden nun die Anpassungsleistungen nach traumatisierenden Ereignissen und die gemäß der Illusionstheorie damit einhergehenden psychische Gesundheit. Die zentrale Frage zielt nun nicht mehr ausschließlich auf die Anpassungsleistungen als solche ab. Vielmehr wird nun gefragt, *wie adaptiv positive Illusionen für die psychische Gesundheit sind.*

Methodisch gehen Taylor und ihre KollegInnen die Messung der psychischen Gesundheit mit standardisierten und etablierten Fragebogenkonstruktionen zur Selbsteinschätzung an. Taylor und Brown (1988) unterstellen einen positiv linearen Zusammenhang von positiven Illusionen und psychischer Gesundheit (vgl. auch Taylor, Lerner, Sherman, Sage & McDowell, 2003b). Ein solcher linearer Zusammenhang schließt ein Optimum oder einen Grenzwert positiver Illusionen aus.

Spätere Untersuchungen führen zu der Erkenntnis, dass zudem individuelle Ressourcen und verschiedene Bewältigungsstrategien wesentlich zum Wohlbefinden nach traumatisierenden Ereignissen beitragen (z.B. Aspinwall & Taylor, 1992). Die Illusionstheorie und damit der Einsatz des methodischen Instrumentariums (standardisierte schriftliche Befragungen und teilstrukturierte Interviews) wird nun durch folgende Fragestellung geleitet: *Welche Faktoren mediieren zwischen positiven Illusionen und Wohlbefinden?* Damit gelingt es Taylor und ihren KollegInnen verschiedene intra- und interindividuelle Regulationsmechanismen zu identifizieren, die zwischen positiven Illusionen und psychischer Anpassung vermitteln. Dies sind insbesondere die oben schon angesprochenen Selbstevaluierungen (z.B. soziale Vergleiche) und die sozialen Unterstützungsleistungen.

Parallel zur Entwicklung der kognitiven Adaptionstheorie verlief also die Verbesserung und Verfeinerung des methodischen Zugangs zum Illusionsphänomen. Doch schon mit der initiiernden Untersuchung (vgl. Kap. 3.2) setzte Taylor neue Maßstäbe, insbesondere für die Viktimisierungsforschung. Es dürfte einer ihrer größten Verdienste gewesen sein, mit ihrem qualitativen Zugang unter „real life"-Bedingungen die Aufmerksamkeit auf die Feldforschung gelenkt zu haben. Taylor wandte sich bewusst den Feldforschungen zu, um der Kurzsichtigkeit reiner Laborforschung zu entgehen (Taylor, 1982). Weil sich Taylor zunächst einem im Wesentlichen unbekannten oder zumindest nicht systematisch beobachteten Phänomen zuwandte, eignete sich ihr explorativer Ansatz besonders. Verschiedene Ergebnisse dieser

Untersuchungen wurden allerdings später zu replikativen Zwecken wieder ins Labor zurückverlegt. Taylors Forschungsaktivitäten kennzeichnen daher einen Stil des „moving back und forth between laboratory and the field“ (American Psychologist, 1997: 313). Allerdings nutzen Taylor und ihre KollegInnen in ihren Felduntersuchungen überwiegend teilstandisierte Interviews mit an schweren Krankheiten erkrankten Personen (z.B. Taylor, Lichtman, Wood, 1984; Collins, Taylor & Skokan, 1990), denen sie standardisierte, schriftliche Selbstbefragungsinstrumente gegenüberstellen. Erst als Reaktion auf die methodische Kritik beginnen Taylor und ihre KollegInnen (Taylor, Lerner, Sherman, Sage & McDowell, 2003a, b) ihre Methoden mit Fremdbeobachtungen anderer Personen zu triangulieren und zu validieren.

3.14.1 Das von Taylor eingesetzte standardisierte Instrumentarium

Im Rahmen der quantitativen Überprüfung des Illusionsphänomens kommen abgesehen von einem von Taylor und Gollwitzer (1995) selbst entwickelten Fragebogen überwiegend gängige und anerkannte Instrumente zum Einsatz, die sich auf die drei Illusionsformen zum Selbst, zur Kontrolle und zum Optimismus, aber auch auf Aspekte psychischer Gesundheit beziehen. Die am häufigsten eingesetzten Befragungsinstrumente werden im Folgenden kurz vorgestellt (für eine detaillierte Darstellung vgl. Kap. 6.2.1.4 im empririschen Teil, in dem diese Instrumente zur Anwendung kommen) und den Illusionsformen zugeordnet, die sie nachweisen sollen.

Zum Nachweis der *Illusion eines positiven Selbst* und gleichzeitig zur Überprüfung der psychischen Gesundheit nutzen Taylor und ihre KollegInnen (z.B. Aspinwall & Taylor, 1993; Taylor, Lichtman & Wood, 1984) vorwiegend die Kurzversion (mit 10 Items) aus Rosenbergs *Self-esteem Inventory* (Rosenberg, 1965). Dieser wurde von Rosenberg als Selbstbeurteilungsinstrument zur Messung des globalen Selbstwerts einer Person über verschiedene Situationen hinweg entwickelt.

In späteren Veröffentlichungen (Taylor, Lerner, Sherman, Sage & McDowell, 2003a,b) kommt zur Messung der Selbstüberschätzung noch die *Self-Deceptive Enhancement Scale* (SDE) aus dem Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR, Paulhus, 1998) hinzu. Sie misst aktuell überhöhte Selbstbewertungen.

Zur Messung von *Kontrollillusion* setzt Taylor (z.B. Aspinwall & Taylor, 1992) Rotters *Locus of Control Scale* (Rotter, 1966) ein. Diese Skala misst die Überzeugung einer Person, ob sie

die Belohnung oder Bestrafung eigenen Verhaltens auf äußere oder eigene Kontrolle zurückführt.

Schließlich wenden Taylor und ihre Kolleginnen (z.B. Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher, 1994) den *Life Orientation Test* (LOT; Scheier & Carver, 1985) zur Messung des *unrealisitischen Optimismus* an. Der LOT erfasst Optimismus und Pessimismus im Sinne generalisierter Überzeugungen von positiven und negativen Erwartungen. Sie sind Ausdruck dispositioneller Lebensorientierung, die Scheier und Carver als Komponenten der Persönlichkeit verstehen und besondere Bedeutung bei der Bewältigung von Krankheiten und Krisen haben.

Weil nach der kognitiven Adaptationstheorie positive Illusionen zur psychische Gesundheit beitragen, versuchten Taylor und ihre KollegInnen (z.B. Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher, 1994) den Nachweis psychischer Gesundheit u.a. mittels Rosenbergs *Self-esteem Inventory* (Rosenberg, 1965), der *Affect-Balance Scale* von Derogatis (1975), dem *Index of Well-being* (Campbell, Converse & Rodgers, 1976) sowie der *hopelessness Scale* (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974).

Wie schon angesprochen, entwickelten Taylor und Gollwitzer (1995), den später von Taylor, Lerner, Sherman, Sage und McDowell (2003b) so bezeichneten „How I See Myself Questionnaire“ (HSM) zur Selbsteinschätzung persönlicher Eigenschaften und Fähigkeiten. Hierin sind 21 positive und 21 negative Items (z.B. sportliche Fähigkeiten, Führungsfähigkeiten, soziale Kompetenz) auf einer Skala von 1 (“much less than the average of may age and gender“) bis 7 (“much more than the average of may age and gender“) im Vergleich zu anderen Personen einzuschätzen. Mit diesem Instrument soll die Selbstüberschätzungstendenz entsprechend des von Taylor so formulierten relationalen Kriteriums erfasst werden.

In der Studie von Taylor und Gollwitzer (1995) dient dieser Fragebogen zur Differenzierung, in welchen Entscheidungsphasen (prä- und postdezisional) positive Illusionen stärker vertreten sind. Taylor, Lerner, Sherman, Sage und McDowell (2003b) wenden den Fragebogen darüber hinaus in eine Studie mit Studierenden an, in der sie ein Portrait der sich selbst erhöhenden Personen zeichnen. Allerdings werden hier der „How I See Myself Questionnaire“ (HSM; Taylor & Gollwitzer), der „Self-Deceptive Enhancement Measure“ (SDE; Paulhus, 1998) und der „Personal Desirable of Traits“ (PDT; Krueger, 1998) zu einem Selbsterhöhungs-

index aggregiert. Meines Wissens wurde dieser HSM-Fragebogen weder in anderen Untersuchungen Taylors noch von anderen AutorInnen überprüft. Die Anwendung dieses Instrumentes ist darüber hinaus aufgrund seines Adressatenkreises beschränkt. Leider sind den Veröffentlichungen auch keine Ergebnisse etwaiger Validierungen zu entnehmen, so dass die Güte des Instrumentes nicht bewertet werden kann. Weil die Items nur beispielhaft aufgeführt sind, kann darüber hinaus auch nicht abgeschätzt werden, ob der Fragenpool tatsächlich alle Illusionsformen abdeckt.

3.14.2 Kritische Anmerkungen zum Nachweis des adaptiven Nutzens positiver Illusion

Freilich bedarf es einer Diskussion darüber, inwiefern die von Taylor durchgeführten Messungen tatsächlich die von ihr aufgestellten anspruchsvollen Thesen adaptiver Realitätsverzerrungen nachweisen.

Der Nachweis positiver Illusionen - Kontroll-, Selbstwert- und Optimismusinstrumente

Keines der von Taylor verwendeten Instrumente wurde zur Messung von Illusionen konzipiert. D.h. es bedarf weiterer Hilfsmittel, um den illusorischen Charakter der Selbstbeurteilungen nachzuweisen. Hierzu nutzt Taylor objektivierende Kriterien wie beispielsweise das Wissen erkrankter Personen über ihre Erkrankung, ihre Prognose und ihr Mortalitätsrisiko. Diesen Aussagen stellt Taylor einzelne Illusionsformen gegenüber und schätzt deren (abweichenden) Realitätsgehalt ab.

Grundsätzlich bleibt die Bestimmung des Realitätsgehaltes einer Illusion daher vage. Für Taylor (1989) spielt die Präzisierung oder Operationalisierung des Realitätsgehaltes aber auch nur eine untergeordnete Rolle, da sie annimmt, dass Rückmeldungen des sozialen Umfeldes den Umfang der positiven Illusionen in Grenzen halten. Menschen wissen aus Erfahrung, dass ausufernde Illusionen gering geschätzt werden, so dass die Selbstüberschätzung moderat bleibt. Diese These impliziert, dass die Befragten das Maß an Illusionen berücksichtigen, von dem sie glauben, dass genau dieses ihnen vom sozialen Umfeld zugestanden wird, ohne überheblich zu wirken.

Kritsich an diesem Argument ist, dass es eine Tendenz zur Selbstdarstellung in Interaktionen gibt, die auf Reputation und Glaubwürdigkeit abzielt und daher gesteuert und kontrolliert wird (Mummendey, 1995, 2002). Konzeptuell unterscheiden sich demnach Selbstdarstellung und positive Illusionen. Die Erwartungshaltungen, die mit Selbstdarstellungstendenzen verbunden sind, könnten aber bei der Messung positiver Illusionen zu Verzerrungen füh-

ren (vgl. auch Paulhus, 1998). Ein scheinbar gemessenes Maß an positiven Illusionen, dass die Befragungsinstrumente bestätigen, muss nicht zwangsläufig tatsächlich vorhandene Illusionen widerspiegeln. Es kann auch auf eine gelungene Umsetzung eines geglaubten sozial erwünschten Maßes an Bescheidenheit bzw. Selbstdarstellung der Befragten hindeuten, und dürfte in diesem Fall nicht mit verzerrten Glaubensvorstellungen gleichgesetzt werden.

Der Nachweis des adaptiven Nutzens von positiven Illusionen

Dass positive Illusionen einen adaptiven Nutzen beinhalten, macht Taylor an der Behauptung fest, positive Illusionen förderten die psychische Gesundheit, für die sie unterschiedliche Kriterien definiert (vgl. Kap. 3.5). Diese bestimmt sie jedoch nur auf konzeptueller Ebene. Beispielsweise werden von ihr (Taylor, 1989) leistungsfördernde Wirkungen festgelegt, die sie aber weder mit qualitativen noch quantitativen Methoden untersucht. Gleiches gilt für die Selbstfürsorge und Fürsorge sowie für die Zielsetzungen, die scheinbar die psychische Gesundheit fördern. Bei der Überprüfung ihres Modells vernachlässigt Taylor damit einen wesentlichen Bereich ihrer kognitiven Adaptionstheorie, was insofern problematisch ist, als dass die nach der Veröffentlichung der Illusionstheorie folgende Kritik gerade die Gesundheitsthese aufgreift und auf die Theorie sogar auf diese reduziert wird. Andere Aspekte wie das Selbstverbesserungsmotiv bleiben dagegen in der Diskussion mangels Konkretisierung von Seiten Taylors unberücksichtigt. Aus dieser Debatte sollen im Folgenden die wesentlichen Aspekte herausgefiltert werden, um nicht haltbare Annahmen der Illusionstheorie für eine empirische Untersuchung auszuschließen.

3.15 Die Kontroverse um die positiven Illusionen

Im Zentrum der in den 90ern geführten Debatte um die positiven Illusionen stand die Frage, ob Selbstüberschätzungen einen *adaptiven Nutzen* nach sich ziehen oder auch maladaptiv im Sinne narzisstischer oder neurotischer Störungsbilder sein können. Hinterfragt wurde damit auch die Universalität positiver Illusionen. Die Kritik zielte sowohl auf theoretische und konzeptuelle Annahmen ab (Asendorpf & Ostendorf, 1998; Colvin & Block, 1994) als auch auf empirische Grundlagen (Colvin & Block, 1994; Colvin, Block & Funder, 1995; John & Robins, 1994; Shedler, Mayman & Manis, 1993).

3.15.1 Positive Illusionen: Adaptiver Nutzen eines normalen Phänomens oder Zeichen narzisstischer Tendenzen

Im Mittelpunkt der Illusionsdebatte stand die Auseinandersetzung über den Nutzen positiver Illusionen für die psychische Gesundheit. Die Kritiker der Illusionstheorie (John & Robins, 1994; Colvin, Block & Funder, 1995; Robins & John, 1997b) vertreten(im Gegensatz zu Taylor) die Auffassung, dass positive Illusionen keine Ressource psychischen Gesundheit sind, sondern Ausdruck einer persönlichen Eigenschaft, die sich in narzisstischen Tendenzen manifestieren. In der Tat definiert die American Psychiatric Association eine „grandiose sense of self-importance“ und den Hang „to exaggerate their accomplishments and talents, and expect to be noticed as ‚special' even without appropriate achievement“als Zeichen des Narzissmus (301.81 Narcissistic Personality Disorder Disorder; APA, 1994).

Dieser Zusammenhang von Narzissmus und Selbsterhöhung ist Gegenstand der Studie von John und Robins (1994). In dieser Studie sollten Studierende in einer Gruppenarbeit gemeinsam eine Fallstudie bearbeiten. Im Anschluss daran folgten Selbst- und Fremdbeurteilungen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Selbsteinschätzung der ProbandInnen weniger akkurat war als die Fremdeinschätzung anderer Gruppenmitglieder und auch trainierter Fremdbeobachter. Nur wenige Studierende unterschätzen sich im Vergleich zu Fremdbeobachtern. Vor allem aber zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen positiv unrealisistischer Selbsteinschätzung und Narzissmus (gemessen anhand verschiedener gängiger und akzeptierter Instrumente). Die aggregierten Maße von Narzissmus und Selbsterhöhung korrelierten mit einem Koeffizienten von .46 (John & Robins, 1994; vgl. auch Gosling, John, Craik & Robins, 1998; Robins & John, 1997a). Auch Robins und Beer (2001) konnten zeigen, dass die Selbsterhöhung keineswegs zufällig, sondern systematisch mit Narzissmus in Zusammenhang steht. In ihrer Untersuchung korrelierten Narzissmus und Selbsterhöhung mit einem Koeffizienten von .36 (Robins & Beer, 2001).

Andere Studien bestätigen dagegen die Verschiedenheit von Narzissmus und Selbsterhöhung. Wieder andere belegen die Überschneidungen des eng mit der Selbsterhöhung verbundenen Selbstwertgefühls (Johnson, Vincent & Ross, 1997;).

Schärfer als die oben aufgeführten Einwände fällt die Kritik von Shedler, Mayman und Manis (1993) aus, die behaupten, der Zusammenhang von Selbsterhöhung und psychischer Gesundheit sei artifiziell, weil die gängigen Instrumente zur Messung psychischer Gesundheit

bzw. Krankheit (z.B. Beck Depression inventory, Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Eysenck Neuroticism scale, Eysenck & Eysenck, 1975; Rosenberg Self-esteem scale, Rosenberg, 1965) ungeeignet seien, zwischen genuin psychischer Gesundheit und psychischer Abwehr zu unterscheiden. Daraus resultierten Fehlschlüsse, weil beispielsweise hohe Werte einer Depressionsskala für eine Depression sprechen, daraus aber nicht, wie in der Forschungspraxis üblich, der Umkehrschluss (niedrige Werte stünden für psychische Gesundheit) gefolgert werden könnte (kritisch hierzu siehe Eysenck, 1994).

Shedler, Mayman und Manis (1993) zeigten in ihrer Studie, dass die gängigen Messinstrumente zwar Distress nachweisen, aber keine Aussage über psychische Gesundheit zulassen. In ihrer Studie mit Studierenden maßen sie Selbsterhöhungstendenzen mittels Fremd- und Selbsteinschätzungen sowie klinischer Parameter, die sie in verschiedenen stresserzeugenden Settings anwendeten (z.B. mathematische und sprachliche Tests). Sie identifizierten drei Subgruppen: Eine erste Gruppe umfasst Personen, die sich selbst als gesund einschätzen und gemäß der klinischen Untersuchung ebenfalls als gesund galten. Die zweite Gruppe umfasste Personen, die sich selbst als psychisch gesund wahrnahmen, während die klinischen Tests Distresssymptome nachwiesen. Die Personen dieser Subgruppe hatten also illusionäre Vorstellungen über ihre psychische Gesundheit. Schließlich zeigten die Personen der dritten Gruppe manifeste Distresssymptome, die sowohl von den Probanden selbst als auch von klinischen Diagnostikern als solche bestätigt wurden.

Die AutorInnen argumentieren, dass für Personen der zweiten Gruppe wegen der Abwehrmechanismen psychische Kosten und damit verbundene gesundheitsgefährdende Risiken anfallen, die bei der Messung mit den bekannten „mental health“ Skalen verdeckt werden. Für diese Beobachtung über das vermeintliche Zusammenfallen von Selbsterhöhung und psychischer Gesundheit prägen sie den Begriff „illusion of mental health“ (Shedler, Maymann & Manis, 1993) und leiten daraus die Notwendigkeit ab, zwischen genuin und vermeintlich psychisch gesunden Menschen zu differenzieren. Eine solche Unterscheidung, so der Tenor, sei nur mittels einer umfassenden klinischen Diagnostik möglich (z.B. Early Memory Test, physiologische Stressreaktionen wie Blutdruck, Puls). Entsprechend streng fällt das Urteil der AutorInnen über die positiven Illusionen und deren Assessment aus:

> “Positive illusion studies nearly always assess mental health using simple self-report scales. It is therefore likely that the “normal” groups in these studies contain a mix of genuinely health people (who may distort very much) and defensive deniers (who may distort a great deal). The presence of the defensive deniers would account for the paradoxical finding that “normal” subjects distort more than depressive subjects. In short, positive illusion findings may be noth-

> ing than artefact, due to researchers' inability to assess mental health in any meaningful way" (Shedler, Mayman & Manis, 1993: 1128).

Einige Zeit später reagieren Taylor und ihre KollegInnen (Taylor, Lerner, Sherman, Sage und McDowell, 2003a, 2003b) mit einer Replikation des Studiendesigns von Shedler, Mayman und Manis (1993) und liefern konträre Ergebnisse: Während bei Shedler und KollegInnen diejenigen ProbandInnen mit illusorischer psychischer Gesundheit deutlich größeren reaktiven Stress bei der Bewältigung der Aufgaben zeigten als genuin gesunde Personen, zeigten die ProbandInnen in der Studie von Taylor und KollegInnen keine derartigen Unterschiede. Vermutlich sind diese unterschiedlichen Studienergebnisse darauf zurückzuführen, dass die ExpertInnen, die die klinischen Beurteilungen durchführten, in der Studie von Shedler und KollegInnen 18 Studierende als leicht-neurotisch und 9 als gesund bewerteten, während der klinische Experte in der Studie von Taylor und KollegInnnen 14 Studierende als leicht neurotisch, 35 als gesund identifizierte.

Mit diesen wenigen und unterschiedlichen Studienergebnissen kann selbstverständlich keine definitive Aussage über den Zusammenhang von positiven Illusionen und neurotischen oder narzisstischen Tendenzen getroffen werden. Allerdings sprechen die Ergebnisse dafür, dass positive Illusionen vermutlich in einem bestimmten mittleren Bereich (Baumeister, 1989) adaptiv sein können, aber sowohl die Über- als auch Unterschreitung mit klinischen Symptomen zusammen fallen können. Das spricht zugleich gegen die von Taylor postulierte Universalität positive Illusionen (vgl. Kap. 3.4).

Die Studien zeigen aber auch, dass selbst unter Anwendung komplexer Studiendesigns ein Nachweis positiver Illusionen kaum gelingt. Damit stellt sich auch die Frage, ob die von Taylor zugrunde gelegten Operationalisierungskriterien für einen Nachweis positiver Illusionen ausreichen. Offensichtlich sind weitere Kriterien erforderlich, um positive Illusionen von pathologischen Symptomen abzugrenzen.

Als einer der wenigen sachlichen AutorInnen in dieser Debatte erweist sich Paulhus (1998), der auf verschiedene Schwächen der Debatte hinweist, die offensichtlich auf unterschiedlichen konzeptuellen Annahmen beruhen. Unter anderem fordert er, vor aller Kritik zunächst eine begriffliche und konzeptuelle Präzisierung hinsichtlich der Selbsterhöhung vorzunehmen. In der Tat setzen die Kritiker positive Illusionen mit einer Selbsterhöhung gleich. Entsprechend wird unterstellt, dass es sich bei positiven Illusionen um eine persönli-

che, also überdauernde und gleichförmige Eigenschaft handelt, die als solche möglicherweise neurotische und narzisstische Tendenzen widerspiegelt. Taylor dagegen konzipiert die positiven Illusionen von Beginn an zwar als eine überdauernde, aber situativ flexibel anwendbare kognitive Anpassungsstrategie, die dem Bedürfnis nach Selbsterhöhung dient, aber nicht mit dieser gleichzusetzen ist. Für Taylor ist die Fähigkeit, Illusionen eines positiven Selbst zu bilden, eine *Ressource psychischer Gesundheit*, weil diese das Selbstwertgefühl steigert.

Unbalancierte „self-peer" Einschätzung versus Akkuratheit

Wie eine Person A sich selbst einschätzt, korrespondiert häufig nicht mit der Vorstellung, die Person B über A hat (Laucken, 2001: 264). Wenn Person A sich positiver einschätzt als sie von Person B wahrgenommen wird, so Taylor, handelt es sich um eine positive Selbstillusion der Person A. Diese „self-peer"- Einschätzung ist für Taylor ein Merkmal der Illusionen, das Anlass zur Kritik bot.

So wenden Colvin und Block (1995) gegen diese Formulierung von positiven Illusionen ein, dass eine Unausgewogenheit zwischen perzipiertem Selbst und Fremdwahrnehmung noch kein Nachweis für den illusorischen Charakter positiver Selbsteinschätzungen sei, da die Einschätzungen vom Selbstwert und vom Sprachverständnis abhängen. Viele von Taylor und Brown (1988) zitierte Studien seien darüber hinaus mit Studierenden durchgeführt worden, die über ihre eigene Intelligenz und die große Streuung der Intelligenz in der Bevölkerung wüssten und es nur logisch und valide sei, wenn diese sich besser als die durchschnittliche Bevölkerung einschätzten. Insofern sei die Kriterienproblematik nur durch einen Vergleich zwischen Selbsteinschätzung und unabhängigen, externen Kriterien zu lösen.

Gegen eine Objektivierung, wie von Colvin und Block (1995) vorgeschlagen, kann man freilich einwenden, dass eine solche in vielen Fällen wohl nicht durchführbar ist, weil es an objektiven Kriterien mangelt[26]. Die von White und Plous (1995) vorgeschlagene Randomisierung der Stichproben zur Objektivierung der Selbsterhöhung ist ebenfalls nur begrenzt anwendbar, weil sie von der Fragestellung abhängt und darüber hinaus in qualitativen Studien kaum anwendbar ist.

[26] Ein Beispiel zum objektiven Nachweis einer selbstverzerrenden, positiven Illusion liefern Gana, Alaphilippe und Bailly (2004), die zeigten, dass von 501 Befragten 24% ihr Alter akurat wahrnahmen, während 68% ihr tatsächliches Alter verzerrten. Letztere fühlten sich jünger, verglichen mit ihrem tatsächlichen Alter, und profitierten daraus hinsichtlich ihres Selbstwertgefühls und ihrer psychischen Gesundheit.

Im Kontext der Messung von Fremd- und Selbsteinschätzungen ist des Weiteren zu bedenken, *wer* diese Fremdbeurteilungen durchführt. Vermutlich macht es einen Unterschied, ob die Fremdbeurteilung durch Experten (z.B. Psychologen, Medizinier), durch Angehörige, entfernte Bekannte oder Freunde durchgeführt wird. In der Tat fanden Campbell und Fehr (1990), dass Außenstehende kritischer urteilen als Personen, die häufiger mit der zu beurteilenden Person interagieren (vgl. auch Coyne & Gotlieb, 1983). Darüber hinaus werden sich selbst erhöhende Personen überwiegend positiv beurteilt, so lange keine andersartigen Erfahrungen den Selbstberichten widersprechen (Miller, Cooke, Tsang und Morgan, 1992; Schlenker und Leary, 1985). Auch in anderen Studien wurde bestätigt, dass die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zunimmt, je besser sich die Personen kennen (Alicke, Klotz, Breitenbecher, Yuark & Vredenburg, 1995; Colvin & Funder, 1991; Funder & Colvin, 1988; Funder, Kolar & Blackman, 1995; Hayes & Dunning, 1997). Die Beziehung zwischen zwei Personen wirkt sich deshalb auf die Einschätzung aus, da Menschen nicht nur bestrebt sind, sich selbst in ein besseres Licht zu rücken, sondern auch ihre Freunde positiver beurteilen als weniger gut bekannte Menschen (Murray, Holmes & Griffin, 1996a, b). Andere AutorInnen deuten dies als Ergebnis besserer Verfügbarkeit von Informationen. Je mehr Informationen eine Person über eine andere hat, desto besser kann sie diese beurteilen (z.B. Funder & Colvin, 1988). Denkbar ist auch, dass die Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen auf einem Harmoniebedürfnis beruhen, in dem sich auch der Wunsch nach guten, netten und kompetenten Freunden widerspiegelt (Hayes & Dunning, 1997) und sich Freunde dementsprechend einander ein höheres Maß an Selbstüberschätzung zugestehen.

Hayes und Dunning (1997) fanden in ihren Studien mit Studierenden, dass die Übereinstimmung der Selbst- und Fremdbeurteilungen nicht nur von dem Bekanntheitsgrad der Studierenden abhing, sondern auch davon, welche Eigenschaften bewertet wurden und vor allem, wie weit diese Eigenschaften mit unterschiedlichen Verhaltensweisen assoziiert bzw. interpretiert werden können.

Die Annäherung des Fremdurteils an die Selbst*über*schätzung auch bedeuten, dass die Akkuratheit des Fremdurteils mit zunehmendem Bekanntheitsgrad abnimmt. Anders gesagt, könnte die zunehmende Übereinstimmung auch Ausdruck einer gemeinsam Illusionskonstruktion sein, in der die Illusion eines positiven Selbst geteilt wird und Person B die Selbstüberschätzung der Person A ebenfalls für wirklich hält. Anders herum, wenn also das Fremd-

urteil weniger „rosig“ als die Selbstbeurteilung ausfällt, wäre es gemäß Taylors Argumentationslinie logisch (wenn nicht sogar zwingend), dass sich in der Fremdbeurteilung die Durchschnittlichkeit anderer Personen widerspiegelt. Schließlich müssen auch die FremdbeurteilerInnen ihr eigenes positives Bild von sich bestätigen. Mit anderen Worten: Wenn positive Illusionen, wie Taylor behauptet, universal sind, dann müssen auch die FremdbeurteilerInnen Fehleinschätzung unterliegen. Insofern sind Fremdurteile unabhängig vom Vergleichsergebnis nur mit Einschränkungen aussagekräftig. Grundsätzlich kritisch ist, dass Taylor und andere AutorInnen implizit das Fremdurteil als vermeintlich „wahr“ akzeptieren.

Interessant im Zusammenhang mit dem „self-peer“ Kriterium ist auch eine Beobachtung von Robins & Beer (2001: 349): Personen, die sich selbst überschätzen, scheinen sich dieser Überschätzung bewusst zu sein, zumindest erwarten sie, dass die FremdbeurteilerInnen ihre „rosige“ Sichtweisen nicht teilen. Fraglich ist allerdings, ob es sich dann noch um eine Illusion als solche handelt. Denn das Kennzeichen einer Illusion ist ja gerade, dass der Inhalt der Illusion für wirklich gehalten wird (vgl. zum Wirklichkeitskriterium Stadler und Kruse, 1993 und auch William James, der schon 1959[1890: 287] fragte „Under what circumstnaces do we think things real?“). Sollte es sich tatsächlich um eine Illusionen handeln, dann ist fraglich, wie Personen damit umgehen, dass ihre Selbstwahrnehmung nicht geteilt wird. Das mag wohl nur dann funktionieren, wenn die Einschätzung anderer abgewertet wird („die Person hat meine Fähigkeiten nicht erkannt“) oder die Relevanz der Bedeutung dieser Beurteilung herunter gespielt wird („es ist mir nicht wichtig, dass diese Person anders denkt. Ich weiß, was ich wert bin“).

Erstaunlich mutet in Bezug auf das „self-peer“ Kriterium auch an, dass Taylor und Brown die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung bereits 1988 als Kriterium der Illusion des positiven Selbst definieren, diese aber in den empirischen Untersuchungen zunächst nicht überprüfen. Weder in den Studien mit an Brustkrebs erkrankten Frauen und HIV-infizierten bzw. an AIDS erkrankten Männern genügen die Studiendesigns einer Überprüfung dieses Kriteriums.

Insgesamt scheint für die Bestimmung positiver Illusionen das „self-peer“ Kriterium zwar sinnvoll, weil jeder Selbsterhöhung ein Vergleich (mit sich selbst oder anderen Personen)

innewohnt und weil es an anderen objektivierbaren Kriterien mangelt. Aber die Interpretation der mehr oder weniger vorhandenen „self-peer“ Übereinstimmung bedarf angesichts der ihr inhärenten Problematik großer Sorgfalt. Die Kritik zeigt zwar, dass wenn die Fremdeinschätzung weniger positiv als die Selbsteinschätzung ausfällt, dies ein Indiz für die Illusion eines positiven Selbst sein mag, es sich aber doch in erster Linie um eine andere soziale Wirklichkeit handelt.

Eine der Schwachstellen des Diskurses zu den „self-peer“ Einschätzungen ist sicherlich, dass die Kritiker zur Operationalisierung Illusionsphänomens das Selbstwertgefühl herangezogen haben, was mangels einer präzisen Definition dieser Illusionsform nicht weiter verwundert. Zu bedenken ist aber, dass Taylor und Brown m.E. das „self-peer“ Kriterium vor allem als Indiz nutzten, um zu zeigen, dass es sich bei der Illusion eines positiven Selbst um ein weit verbreitetes Phänomen handelt. Für dieses „Missverständnisses“ spricht auch, dass Taylor selbst erst als Reaktion auf die Kritik die empirische Überprüfung des „self-peer“ Kriteriums in Betracht zieht und dieses zuvor nicht als zu operationalisierendes Merkmal angedacht hatte.

Der angesprochene Universalitätsanspruch positive Illusionen ist ebenfalls zweifelhaft. So zeigen Robins und John (1997b) in einer Reanalyse ihrer früheren Daten (John & Robins, 1994), dass der adaptive Nutzen einer Selbsterhöhung kein universelles Phänomen zu sein scheint. Personen, die sich selbst überschätzten, wurden von den Psychologen nicht nur eher als narzisstisch eingeschätzt, sie waren darüber hinaus auch weniger gut angepasst im Vergleich zu Personen, deren Selbsteinschätzung akkurater war.

Dauerhafter Gewinn versus temporäre selbstdefensive Tendenz

Weniger das Konzept an sich, als vielmehr die zeitliche Wirkung positiver Illusionen hatten Robins und Beer (2001) im Blickfeld, als sie zeigten, dass das Engagement für positive Illusionen über den zeitlichen Verlauf hinweg und den in dieser Zeitpunkt stattfindenden Bedrohungen der Illusionen betrachtet werden müssen.

Wenn eine positive Illusion aufgrund des negativen Feedbacks nicht aufrechterhalten werden kann, lässt das Engagement für diese Illusion nach (bzw. für die bestimmte Aufgabe auf die sich diese bezieht). Robins und Beer vermuten daher, dass sich Personen so lange für eine spezifische selbsterhöhende Illusion engagieren, so lange sie die Selbstsicht nicht be-

droht. Wenn die Selbstbeobachtungen allerdings die Illusion zu entlarven drohen, wendet sich die Person von dieser ab. Insofern kann eine Illusion eines positiven Selbst kurzfristig die Motivation erhöhen, längerfristig das Engagement aber auch verhindern, wenn sich die an sie geknüpften Erwartungen nicht erfüllen (Robins & Beer, 2001: 349).

Parallel zur zeitlichen Komponente verhält sich der adaptive Nutzen der Illusion eines positiven Selbst: Studierende, die sich selbst überschätzten fühlten sich glücklicher nach einer erledigten Aufgabe als vorab. Kurzfristig schien die Selbsterhöhung günstig für die Affektregulation zu sein (Robins & Beer, 2001, Studie 1) und das subjektive Wohlbefinden zu fördern (Robins & Beer, 2001, Studie 2). Dieser Nutzen ließ jedoch im weiteren Studienverlauf nach.

Ähnliches zeigte auch Paulhus (1998) in seiner beeindruckenden Querschnittstudie: Dass nämlich selbsterhöhende Personen zunächst sehr positive Eindrücke hinterlassen, später eher negative. Anders als der Primacy-Effekt voraussagt, wurden anfänglich positive Eindrücke mit der Zeit vergessen. Es scheint also eher so zu sein, dass sich selbst überschätzende Personen kurzfristig profitieren, ein längerfristiger adaptiver Nutzen aber eher von einem Lerneffekt abhängt, die Sichtweise auf ein realistisches Niveau zu korrigieren (vgl. auch Crocker & Park, 2003; Kernis, 2003; Robins & Beer, 2001).

Die Vernachlässigung negativer Wirkungen von Illusionen

Ganz allgemein kritisierten Colvin, Block und Funder (1995) die einseitig positive Interpretation Taylors und im Besonderen die mangelnde Berücksichtigung negativer, interpersoneller Auswirkungen. In ihrer Untersuchung stellten sie die Selbsteinschätzung einer Fremdeinschätzungen durch trainierter Beobachter und Freunde gegenüber und zeigten, dass Personen, deren Selbsteinschätzung unrealistisch positiv war, ihre GesprächspartnerInnen häufig unterbrachen, prahlten und feindselig waren, und von den FremdbeurteilerInnen weniger sympathisch beurteilt wurden, während Personen mit realistischer Selbsteinschätzung hohe soziale Kompetenzen unter Beweis stellten und von ihrem Gesprächspartner als sympathisch eingeschätzt wurden (kritisch hierzu siehe Asendorpf & Ostendorf, 1998; Zuckerman & Knee, 1996). Freilich gewinnt man schnell den Eindruck, dass bei dieser Studie möglicherweise Selbsterhöhungen und Selbstdarstellung nicht trennscharf sind.

Eine integrierende Position zur Kontroverse um die positiven Illusionen

Eine eher vermittelnde Position in der Debatte um das taylorische Konzept positiver Illusionen nehmen Asendorpf und Ostendorf (1998) ein, indem sie darauf hinweisen, dass die Position von Colvin, Block und Funder (1995) mit der von Taylor und Brown (1988) durchaus kompatibel ist.

Nach Vorstellung Taylors bedeutet die Illusion eines positiven Selbst per se psychische Gesundheit. Dies basiert auch auf der Annahme dieser Illusionsform als Gegenstück zu einer ungesunden, realistischeren Sichtweise. Weil aber selbstabwertende bzw. realistische Tendenzen eher bei Personen mit milden Depressionen und geringem Selbstwert vorkommen, schließen Taylor und Brown (1988, 1994a), dass umgekehrt die Selbsterhöhung adaptiv sein muss. Die Beziehung zwischen Illusionen eines positiven Selbst und psychischer Gesundheit wird dabei von ihnen als positiv linear angenommen (Taylor, Lerner, Sherman, Sage & McDowell, 2003b). Dagegen kommen Colvin, Block und Funder (1995) in ihrer Studie zu einem entgegengesetzten Ergebnis. Sie fanden einen negativen linearen Zusammenhang. Asendorpf und Ostendorf (1998; vgl. auch Paulhus, 1998) argumentieren nun, dass die konträren Ergebnisse auf eine unterschiedlichen Populationen beruhen. Während sich die Annahmen von Taylor und Brown (1988) auf eine psychisch weniger gesunde Subgruppe bezieht, die sie der durchschnittlichen Bevölkerung gegenüber stellen, ist die Studienpopluation bei Colvin, Block und Funder (1995) nicht selektiert. Deshalb ist es nicht unwahrscheinlich, dass sich innerhalb der letztgenannten unselektierten Gruppe depressive, mit geringerem Selbstwertgefühl ausgestattete Personen befinden, für die die Ergebnisse Taylors bestätigt würden (Asendorf & Ostenforf, 1998). Das Problem in der Taylorschen Formulierung ist also nicht die defizitäre selbsterhöhende Tendenz der psychisch weniger gesunden Subgruppe, sondern vielmehr die Generalisierung des Umkehrschlusses, dass nämlich die Selbsterhöhung die psychische Gesundheit fördert.

Aufgrund ihrer eigenen psychometrischen Analyse nehmen Asendorpf und Ostendorf (1998) eine differenziertere Position ein. Sie konnten zeigen, dass Selbsterhöhungskorrelationen eine Funktion der Übereinstimmung von Fremd- und Selbsteinschätzung sowie der Übereinstimmung zwischen den Fremdbeobachtern sind. So ist die Selbsterhöhung konsistent bei der Einschätzung scheinbar wichtiger Eigenschaften, aber gering bei gering geschätzten Eigenschaften. Darüber hinaus variieren die Selbsterhöhungen individuell. Personen engagieren sich für die Selbsterhöhung bestimmter Eigenschaften umso stärker, je bedeutender sie die zu bewertende Eigenschaft einschätzen. Entsprechend argumentieren A-

sendorpf und Ostendorf, dass über alle bewerteten Eigenschaften hinweg aus den interindividuellen Unterschieden zwangsläufig negative Selbsterhöhungskorrelationen resultieren müssen, was bedeutet, dass die Selbsterhöhungstendenz zwar auf spezifische Eigenschaften reduziert ist, aber dennoch bei vielen Personen für bestimmte Eigenschaften vorkommt. Hinsichtlich der Abweichungen bzw. Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen sind diese davon abhängig, ob eher spezifische oder globale Eigenschaften gemessen werden oder der/die FremdbeurteilerIn die Person besser oder weniger gut kennt. Aufgrund dieser und anderer Einflussfaktoren, die die Selbsterhöhungskorrelationen in beide Richtungen beeinflussen, so die AutorInnen, sind hohe Varianzen bei den Selbsterhöhungskorrelationen zu erwarten, die nicht das Vorhandensein von positiven Illusionen widerlegen, sondern eine differenziertere Betrachtung derselben erfordern.

3.16 Zusammenfassende Einschätzung der Illusionskontroverse

Zusammenfassend kann zur Kontroverse um die Illusion eines positiven Selbst festgehalten werden, dass unabhängig davon, ob eine Illusion des positiven Selbst als persönliche Disposition, als Fähigkeit oder Ressource verstanden wird, diese Illusionsform weder einseitig adaptiv noch maladaptiv beschrieben werden kann. Der Nachweis, dass mit der Selbsterhöhung auch maladaptive Tendenzen verbunden sein können, ist ein Ergebnis der Debatte. Klar ist auch, dass eine Präzisierung des adaptiven Nutzens unumgänglich ist: Handelt es sich um einen kurz- oder langfristigen, intrapsychischen und/oder interpersonellen Nutzen, und durch welche (weiteren) psychologischen Mechanismen wird dieser vermittelt?

Man kann sich allerdings des Eindrucks nicht entziehen, dass die Kritiker sich nicht ausreichend mit der Adaptationstheorie beschäftigt haben. Zwar wirkt das von Taylor vorgestellte Modell an vielen Stellen überschwänglich positiv, weil sie sich ausschließlich mit dem Nutzen dieser Illusion beschäftigt, und an mancher Stelle ihres Werkes (insbesondere Taylor, 1989) der Eindruck entstehen kann, positive Illusionen seien eine nahezu omnipotente Droge. Zu bedenken ist aber, dass Taylor (1989) – und zwar schon vor Beginn der Kontroverse – zum Ausdruck bringt, dass Wahrnehmungsverzerrungen keineswegs ausschließlich positiv sind, sondern auch mit negativem Outcome verbunden sein können, sie in die nähere Betrachtung jedoch nur diejenigen Illusionen aufnimmt, die eben *nur* dann als positive Illusionen zu bezeichnen sind, wenn sie mit psychischer Gesundheit verbunden sind. Eine positive Illusion schließt also per definitionem psychische Krankheit oder maladaptive Wirkungen aus. Solche krankmachenden Illusionen müssten konsequenter Weise als *neutrale oder negative Illusio-*

nen bezeichnet werden. Insofern reduziert die Kontroverse die Illusionstheorie zwar auf zentrale, aber wenige Aussagen, die die Theorie radikaler erscheinen lässt, als dies tatsächlich der Fall ist.

Vor allem aber sticht bei dieser reduzierenden Kontroverse heraus, dass positiver Illusionen im Sinne einer Ressource zur Anpassung an traumatische Ereignisse, die zu den wesentlichen Aussagen der Taylorschen Theorie gehört, gänzlich ausgeschlossen ist. Im Folgenden werden einige kritische Aspekte hierzu diskutiert.

3.17 Einige kritische Anmerkungen zum Beitrag der positiven Illusionen zur Anpassung an traumatische Ereignisse

Taylor versteht ihre kognitive Adaptationstheorie auch als Traumatheorie (Taylor, 1983). Nicht nur die initiierende Untersuchung, sondern auch viele folgende Studien beschäftigen sich mit Menschen, die schwerwiegende Ereignisse erlebt haben. Insofern ist es verwunderlich, dass in der Kontroverse um die Illusion eines positiven Selbst die Viktimisierung vollständig unbeachtet bleibt. Wie Taylor und Armor (1996) bemerken, wäre es fruchtbarer, die Bedingungen zu untersuchen, unter denen positive Illusionen tatsächlich adaptiv sind. So stellt Taylor selbst immer wieder deutlich heraus, dass positive Illusionen besonders angesichts traumatischer Ereignisse die Anpassung an dieses Ereignis erleichtern (zusammenfassend vgl. Updegraff & Taylor, 2000).

3.17.1 Selbstvergleiche zur Anpassung an traumatische Ereignisse

Hinsichtlich der Anpassung an traumatische Ereignisse ist wohl der Selbstvergleich, als besondere Form des sozialen Vergleichs, die wohl am häufigsten untersuchte Anpassungsstrategie an Traumata. Menschen tendieren dazu, nach traumatischen Ereignissen die positiven Aspekte des Ereignisses zu fokussieren (construing benefits; Taylor, Wood & Lichtman, 1983). In der Literatur hat sich für diese positive Umdeutung und die Hervorhebung persönlicher Reife nach traumatischen Ereignissen der Begriff „posttraumatisches persönliches Wachstum“ (posttraumatic growth, Calhoun, Park & Tedeschi, 1998) etabliert. Mittels der Hervorhebung persönlicher Reife minimieren traumatisierte Personen die aversiven Konsequenzen des Ereignisses (Bonanno, 1999, 2004). Nach Vorstellung Taylors ist ein solches persönliches Wachstum eine Form der Anpassung, die mit einer Selbsterhöhung verbunden ist und, wenn sie gelingt, zur Bewältigung eines Ereignisses beiträgt. Fraglich ist, ob es sich bei den Umdeutungen in Form von Selbstvergleichen um illusorische Verzerrungen handelt.

Selbstvergleiche beinhalten den Vergleich eigener aktueller Attribute in Relation zur früher wahrgenommenen Qualität dieser Attribute. Hierunter fallen die schon mehrfach angesprochenen Aussagen wie z.B. „seit dem Unfall lebe ich viel intensiver". Solche Äußerungen sind natürlich nicht zwingend überhöhte Vorstellungen. Über den (un-)realistischen Charakter solcher Selbstvergleiche soll die Messung der „self-peer"-Differenz Aufschluss geben. Falls die von den Personen berichteten positiven Veränderungen nach traumatischen Ereignissen positive Illusionen repräsentieren, müssten diese bei der Person, die das traumatisierende Ereignis erlebt hat, deutlicher ausfallen als bei unvoreingenommenen Opferbeobachtern. Empirische Evidenzen hierzu liegen nur begrenzt vor. Park, Cohen & Murch (1996) führten einen „self-peer"-Vergleich durch, ohne jedoch Differenzen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung feststellen zu können. Allerdings standen sich Opfer und Beobachter (enge Freunde oder Verwandte) sehr nahe, was bedeutet, dass es sich entweder nicht um positive Illusionen handelt, oder aber in nahen Beziehungen positive Illusionen „geteilt" werden. Im Unterschied dazu war in der Studie von McFarland und Alvaro (2000, Studie 1) eine Differenz in der Selbst- und Fremdeinschätzung zwischen Opfern und deren Bekannte nachweisbar. Die Ergebnisse weisen auf den Einfluss des Bekanntheitsgrades auf die „self-peer"-Differenz hin, was das Kriterium an sich in Frage stellt. Für die Anpassung an Traumatisierungen gelten dieselben Einschränkungen, die weiter oben zu den Selbsteinschätzungen im alltäglichen Leben ausgeführt wurden, dass nämlich möglicherweise der Beobachter das wiedergibt, was er aus den Erzählungen des Opfers weiß. Oder es sich um Zugeständnisse des Beobachters gegenüber dem Opfer handelt.

Ein anderer Zugang zum illusionären Charakter bei der Umdeutung negativer Ereignisse durch Selbstvergleiche ist der *Vergleich zwischen Opfern und Nichtopfern* bzw. Opfern von Ereignissen mit geringerem Traumatisierungspotenzial. Studien hierzu zeigen inkonsistente Ergebnisse (z.B. Park, Cohen & Murch, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996). In der schon erwähnten Studie von McFarland und Alvaro (2000, Studie 1) wurde festgestellt, dass die berichteten positiven Veränderungen sich zwar nicht nach dem Schweregrad eines traumatischen Ereignisse unterschieden, wohl aber im Hinblick auf die erinnerten früheren Attribute. Retrospektiv werteten Opfer schwerwiegender Ereignisse die Qualität ihrer Eigenschaften und Fähigkeiten vor Eintreten des traumatischen Ereignisses im Vergleich zu Opfern weniger schwerwiegender Ereignisse deutlich stärker ab. McFarland und Alvaro (2000) vermuten, dass durch die Abwertung früherer Selbstbilder die gegenwärtige Selbstwahrnehmung ver-

bessert und dadurch gegenwärtige stressreiche Gefühle gemildert werden. Dieses Ergebnis verdeutlicht einerseits, dass es sich um eine illusorische Verzerrung im Rahmen dieser Umdeutung traumatischer Ereignisse handeln kann, und es andererseits sinnvoll und notwendig ist, nicht nur die aktuell wahrgenommenen positiven Veränderungen zu messen, sondern diese in Relation zu erinnerten Fähigkeiten und Ressourcen vor dem Ereignis von der Person einschätzen zu lassen.

3.17.2 Positive Illusionen: Bewältigung oder Outcome eines Anpassungsprozesses?

Bezogen auf die These des adaptiven Nutzens positiver Illusionen behauptet Taylor (Taylor, 1989; vgl. auch Taylor & Helgeson, 1993), Selbstvergleiche dienen der Affektregulation. Entsprechend postuliert sie, dass die Fähigkeit zur Bildung von positiven Illusionen eine Bewältigungsstrategie und nicht das Ergebnis eines Bewältigungsprozesses, also Outcome, ist. Tennen und Affleck (1997: 271) merken zu Recht an, dass Selbstvergleiche wohl mehr als nur Affektregulation bedeuten müssen, da die Forschungsergebnisse eher ein inkonsistentes Bild ergeben und insofern nicht eindeutig sei, ob diese zu einer Reduzierung von Stress führen und damit als Bewältigung zu verstehen sind. Sie nehmen an, dass der soziale Vergleich, zumindest so, wie er in der Literatur gemessen wird, keine Copingstrategie darstellt. So weisen sie darauf hin, dass Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor und Falke (1992) den Versuch einer an Krebs erkrankten Person, einen Sinn in der Erkrankung zu finden, und daran persönlich zu reifen, zwar als Copingstrategie definieren, die AutorInnen jedoch anstelle dessen die Schlussfolgerungen messen. z.B. „I came out of the experience better than I went in“. Ein solches Statement klingt in der Tat weniger wie eine Bewältigungsstrategie als vielmehr wie ein zusammenfassendes Ergebnis, das den Erfolg des Bewältigungsprozesses bewertet und bei dem es sich, sofern die Einschätzung unrealistisch ist, um eine positive Illusion handeln kann. Das ist insofern plausibel, als dass positive Illusionen nach Auffassung Taylors komplexe Glaubenssysteme, situationenübergreifende Überzeugungen repräsentieren. Von solchen Überzeugungen sind Bewältigungsstrategien im Sinne von „cognitive and behavioral efforts to manage psychological stress“ (Lazarus, 1993: 237) abzugrenzen, die sich mindestens deshalb von Überzeugungen unterscheiden, weil sie intendiert sind[27].

[27] Tennen und Affleck (1997) schlagen daher vor, zwischen „coping-independent growth“ und „coping contingent growth“ zu unterscheiden. Diese Unterscheidung persönlichen Wachstums zielt auf die Verschiedenheit von erlebten Veränderungen, die bewusst mit Bewältigungsstrategien in Verbindung gebracht werden oder nicht (kritisch zu den bewussten Bewältigungserfolgen vgl. Coyne & Gottlieb, 1996).

Folgt man der Argumentation von Tennen und Affleck, handelte es sich bei positiven Illusionen und Bewältigungsprozessen um verschiedene Konzepte. Diese Auffassung vertreten auch Boyd-Wilson, McClure und Walkey (2004), die in ihrer Studie dem Zusammenhang positiver Illusionen und sozialen Vergleichen nachgingen. In ihrer Studie korrelierten verschiedene Bewältigungsstrategien, darunter auch soziale Vergleiche, nicht mit positiven Illusionen (gemessen als Diskrepanz zwischen Selbstbeurteilung und Beurteilungen durchschnittlicher anderer Personen). Die AutorInnen vertreten deshalb die Auffassung, dass es zwar ein Bedürfnis gibt, traumatisierende Ereignisse gut zu bewältigen. Das zu erfüllen bedarf aber keiner positiven Illusionen.

Die Frage, ob das von einer traumatisierten Person wahrgenomme persönliche Wachstum eine Bewältigungsstrategie oder das Ergebnis einer solchen ist, grenzt an die Frage an, wann ein traumatisches Ereignis beendet ist. Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Anpassungsprozess viele Jahre dauert und selbst Jahre nachdem die positiven Umdeutungen stattgefunden haben, die negativen Folgen traumatisierter Ereignisse noch im Denken, Fühlen und Handeln präsent sind (Janoff-Bulman, 1992). Man denke beispielsweise an Menschen, die einen Autounfall nur knapp überlebt hatten und berichten, sie feierten diesen Tag seither als „zweiten Geburtstag“. Allein in der Tatsache, dass sie den Unfalltag ritualisieren zeigt, dass die Reinterpretation entweder nur in Teilen gelingt (vgl. Janoff-Bulman, 1992) oder aber die Erinnerungen an den Schreckenstag aufrechterhalten werden, um sich immer wieder des persönlichen Wachstums seit dem traumatischen Ereignis zu versichern, wodurch der narzisstische Gewinn persönlicher Reife immer wieder erneuert werden kann. Letzteres würde eher dafür sprechen, dass es sich eher um einen laufenden Bewältigungsprozess handelt. Der Unterschied ist wichtig, weil, sofern Bewältigungen intendierte Prozesse sind, Personen aktiv den Umgang mit dem Trauma beeinflussen können.

3.17.3 Zeitlicher Rahmen für die Untersuchung von positiven Illusionen nach traumatischen Ereignissen

Erstaunlicherweise sind in der Literatur nur wenige Hinweise zu finden, wann die Anpassung an traumatische Ereignisse sich in Form von positivem Outcome bemerkbar macht. In vielen Studien zum persönlichen Wachstum (personal growth) fanden die Messungen Jahre oder gar Jahrzehnte nach dem Trauma statt (z.B. Aldwin, Levenson & Spiro, 1994; Lehman, Davis, DeLongis, Wortman, Bluck, Mandel & Ellard, 1993). Abgesehen davon, dass der Zeit-

punkt der Befragung von der Fragestellung abhängt und sich der positive Outcome verändern kann (und deshalb Längsschnittstudien sinnvoll erscheinen), ist für die Messung wiederhergestellter Illusionen nach traumatischen Ereignissen die Messung innerhalb eines kürzeren Zeitraumes nach dem Ereignis plausibel. Gorin und Stone (2001) weisen in einem überzeugenden Aufsatz darauf hin, dass besonders in retrospektiven Selbst-Reporten, die zentral für die Traumaforschung sind, Erinnerungsbiases und kognitive Fehler auftreten. Sowohl die Reproduktion von Informationen aus der personalen Erinnerungen als auch die Rekonstruktion von Informationen von generischen persönlichen Erinnerungen tendieren dazu, mit der Zeit immer unschärfer zu werden. Selbstreporte laufen daher Gefahr, durch die Integration neuer und alter Informationen, den aktuellen Zustand und Erwartungen beeinflusst zu werden. Dieser Einfluss erfolgt bereits Stunden nach einem Ereignis oder einige Monate danach. Um also Interpretationsleistungen und Umdeutung nachzuvollziehen, die sich unmittelbar auf das traumatische Ereignis beziehen, scheint es sinnvoll, diese nicht erst Jahre später zu untersuchen, sondern Monate nach dem Trauma, um den Einfluss anderer wichtiger Ereignisse und Gedächtnisleistungen auszuschließen. Bedenkt man zudem, dass die nach einem traumatischen Ereignis stattfindenden kognitiven Erschütterung zunächst geordnet werden müssen, bevor traumatisierte Person nach ca. vier Monaten eine erzählbare Geschichte wiederzugeben in der Lage sind (Tuval-Mashiash, Freedman, Bargai, Boker, Hadar & Shalev, 2004), scheint ein Zeitraum vier Monaten bis zu einem Jahr für die Untersuchung erster Anpassungsleistungen im Sinne der von Taylor postulierten Umdeutungen und Sinnzuweisungen günstig zu sein.

3.17.4 Haben Frauen und Männer gleiche und gleich viele positive Illusionen?

Erstaunlicherweise betrachtet Taylor nur an wenigen Stellen Geschlechterdifferenzen. Zwar führt sie geschlechtsspezifische Studien durch (mit an Brustkrebs erkrankten Frauen, an AIDS erkrankten Männern, aber auch mit gemischten Samples mit an Krebs erkrankten Menschen). Eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise liefert Taylor lediglich bei der Interpretation inkonsistenter Ergebnisse (Reed, Taylor & Kemeny, 1991; Taylor, Helgeson, Reed & Skokan, 1991), nicht aber auf konzeptueller Ebene.

Dass Geschlechterdifferenzen schon aufgrund geschlechtsspezifischer Sozialisationen und Rollenbilder auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung von positiven Illusionen wirken kann, scheint plausibel. Damit bleibt die wichtige Frage offen, ob sich Frauen und Männer bei der kognitiven Anpassung an traumatische Ereignisse unterscheiden.

3.17.5 Nutzen und Grenzen der kognitiven Adaptionstheorie für die Untersuchung subjektiven Erlebens traumatisierter Personen

Betrachtet man die Theorieentwicklungen zur Erklärung von Anpassungsleistungen an traumatische Ereignisse, zeigen allein die Vielzahl der unterschiedlichen Erklärungsansätze, dass eine einzige Theorie scheinbar nicht in der Lage ist, die Komplexität traumatischer Ereignisse umfassend zu erklären.

Schon vor über 40 Jahren legte Caplan (1964) dar, dass eine Theorie kritischer Ereignisse nicht nur die mit einem traumatischen Ereignis verbundenen Verluste und Beeinträchtigungen darlegen muss, sondern auch die damit einhergehenden persönlichen Bereicherungen. 1983 veröffentlicht dann Taylor ihre kognitive Adaptationstheorie, in der sie den Nutzen der positiven Reinterpretationen traumatischer Ereignisse beschreibt. 1992 erklärt Janoff-Bulman den posttraumatischen Prozess als eine teilweise Wiederherstellung und Veränderung erschütterter, fundamentaler Grundüberzeugungen. Gleichzeitig entwickeln Schaefer und Moes (1992, 1997) ein Modell, das die Determinanten persönlichen Wachstums nach traumatischen Ereignissen beschreibt. 1993 legen Hobfoll und Lilly (1993) ihr Ressourcenmodell dar, das verfügbare Ressourcen als Variable des Stresserlebens beschreibt, um nur eine kleine Auswahl zu nennen, die seit Beginn der 80er Jahre den wachsenden Markt des positiven Outcomes nach traumatischen Ereignissen bevölkern.

Die beiden in dieser Arbeit zugrunde gelegten Theorien von Taylor und Janoff-Bulman markieren in dieser Entwicklung nicht nur den Beginn einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Traumathema, sie gelten nach wie vor als zentrale Theorien, die die kognitiven Anpassungsleistungen nicht als isolierte Reaktionen betrachten, sondern danach fragen, wie Personen das Trauma mit bestehenden Kognitionen in Einklang zu bringen versuchen. Zu fragen ist daher, welchen Nutzen diese beiden Theorien nach heutigem Kenntnisstand für die Erklärung solcher Anpassungsleistungen bieten. Im Folgenden wird der potenzielle Nutzen der Theorie von Taylor nachvollzogen (für eine zusammenfassende Nutzendarstellung der Janoff-Bulmanschen Theorie vgl. 4.10.6).

Resümierend ist für die Theorie von Taylor festzuhalten, dass durch sie nicht nur der methodische und insbesondere qualitative Zugang vorangetrieben, sondern vor allem das Verständnis für die kognitiven Anpassungen oder Interpretationsleistungen von traumatisierten Personen verbessert wurde. Für Taylor liegt die wesentliche Anpassungsleistung traumati-

sierter Personen darin, Aspekte traumatischer Ereignisse positiver zu kognizieren als dies möglicherweise tatsächlich der Fall war und ist, um dadurch einen Schaden für die psychische Gesundheit abzuwenden. Problematisch ist hierbei der angenommene kausale Zusammenhang von positiven Illusionen und psychischer Gesundheit als auch die Formulierung des Realitätskriteriums. Ist schon Realität als solche schwer operationalisierbar, bestimmt Taylor darüber hinaus noch eine abstrakte Distanz zu dieser, in der sich positive Illusionen entwickeln. Das rückt die positiven Illusionen gefährlich nah an die pathologischen Wahrnehmungsverzerrungen.

Die Grenzen zwischen gesunden positiven Illusionen und pathologischen Wahrnehmungen sind also nicht trennscharf formuliert. Sinnvoller als das Realitätskriterium ist wohl auch, wie die Kritik zeigt, eine Formulierung, die festlegt, dass die veränderte Wahrnehmung der Realität erstens so erfolgt, dass sie für die traumatisierte Person eine sinnvolle Deutung eines Ereignisses ergibt, die die Person zweitens, wie andere AutorInnen schon früher bestimmt haben, von der Person für wirklich gehalten wird (vgl. z.B. Tepe, 1986, 1988). Positive Illusionen sind dann subjektiv konstruierte Wirklichkeiten, also *eine* Form der Wirklichkeitsinterpretation neben vielen anderen, wie beispielsweise religiöse Deutungen. Was unterscheidet dann die positiven Illusionen von anderen Deutungen? Unterschiedlich ist, dass es sich um Interpretationen handelt, die eine Person erstens zu ihren Gunsten auslegt, und zwar insofern als dass sie eine optimistische Zukunftsperspektive erlauben, ein positives Selbstbild und/oder Kontrollvorstellungen fördern. Und zweitens, dass es sich um Interpretationsleistungen handelt, die je nach Situation flexibel gehandhabt werden, wie Taylor (1983) postuliert. D.h. eine Person nutzt flexibel, je nach Anforderung der Situation, Aspekte aus bestehenden Deutungsangeboten (z.B. Religionen, soziale Normen) oder aus früheren Erfahrungen stammende, übertragbare Interpretationen oder gar neu konstruierte. So kann eine Person beispielsweise ein Ereignis als eine „Lehre“ betrachten, sich früher unangemessen verhalten zu haben und für die Zukunft gelernt zu haben und damit die persönliche Entwicklung in den Vordergrund stellen. D.h. positive Illusionen sind dann nicht singuläre Deutungen eines Ereignisses, sondern von der Lebensgeschichte abhängige Wirklichkeitskonstruktionen. So verstanden sind positive Illusionen Strategien, Ereignisse konsistent in die Lebensgeschichte zu integrieren, und zwar so, dass diese die aktuelle Situation relational zu retrospektiven Betrachtungen vorteilhaft erscheint.

4 Cognitive Processing Modell: Janoff-Bulmans assumptive world theory

Ebenso wie die Illusionstheorie von Taylor gehört auch die *assumptive world theory* von Ronnie Janoff-Bulman zu denjenigen Theorien, die die Auswirkungen und die Bewältigung traumatisierender Ereignisse zu erklären versuchen. Wenngleich das Werk von Janoff-Bulman weit weniger umfangreich als das von Taylor ist, wird dieser Theorie dennoch ebenso viel Aufmerksamkeit geschenkt. Im Unterschied zu Taylor, die mit ihrer Illusionstheorie das bis in den Anfänge der 80er Jahre unterschätztes Phänomen positiver Selbsttäuschungen in ein neues theoretisches Konzept zu integrieren versucht, vertieft, modifiziert und erweitert Janoff-Bulman die erste und wohl einflussreichste sozial-kognitive Theorie von Mardi Horowitz (1976, 1982), die so genannte *stress response theory*. Insofern ist auch die Begriffsexplikation bei Janoff-Bulman weniger problematisch als bei Taylor, weil zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der *assumptive world theory* im Jahr 1992 viele Begrifflichkeiten längst expliziert und weitgehend anerkannt sind. Ähnlich wie Taylor nutzt auch Janoff-Bulman andere theoretische Konzeptionen, die sie im Sinne ihrer assumptive world theory reformuliert.

Zur Erweiterung der von Horowitz begründeten Theorie integriert Janoff-Bulman den Ansatz von Parkes (1971, 1975), in dem erstmals Kernüberzeugungen als *assumptive worlds* bezeichnet wurden, die *theory of reality* von Epstein (1973, 1979, 1980) und die *just world theory* von Lerner (1980).

Ähnlich wie die Taylorsche Theorie ist also auch die Theorie von Janoff-Bulman ein Konglomerat an Teilkonzepten, Reinterpretationen und Reformulierungen, die aber auch aus umfangreicher Arbeit mit traumatisierten Personen resultiert und vor allem in vergleichenden Studien von traumatisierten und nicht-traumatisierten Personen überprüft wird. Ebenso wie bei der *Illusionstheorie* entwickelt auch Janoff-Bulman ihre *assumptive word theory* im Laufe der Jahre weiter, so dass eine erste Aufgabe darin bestehen muss, die Annahmen und Teilkonstrukte aus einer Monographie Janoff-Bulmans (1992) und etlichen Veröffentlichungen (insbesondere Janoff-Bulman, 1985, 1988, 1992; Janoff-Bulman & Berg, 1998) zu identifizieren. Denn ebenso wie für die Illusionstheorie gilt auch für die *assumptive world theory*, dass meines Wissens eine zusammenfassende kritische Betrachtung des Werkes (noch) nicht existiert.

4.1 Die grundlegenden Annahmen der assumptive world theory

Janoff-Bulmans *assumptive world theory* ist ein heuristisches Modell, das die Anpassung inkongruenter Traumainformationen beschreibt. Anders als Informationsverarbeitungstheo-

rien, die sich mit mentalen Strukturen traumatischer Erinnerungen beschäftigen (vgl. z.B. Drobes & Lang, 1995; Foa & Kozak, 1986; Foa & McNally, 1996) fokussieren sozial-kognitiven Theorien zwar auch die Informationsverarbeitung, betrachten aber schwerpunktmäßig die Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf die grundlegenden Überzeugungsmuster (Janoff-Bulman, 1989, 1992). Gegenstand dieser sozial-kognitiven Theorien sind die Wahrnehmungsinhalte und die Integration der Traumainformationen in bestehende Überzeugungsmuster.

Janoff-Bulman greift für ihre Theorie zunächst die sozial-kognitive Theorie des US-amerikanischen Psychoanalytiker Mardi Horowitz (1976) auf. Horowitz argumentiert in seiner *stress response theory*, dass die Verarbeitung traumarelevanter Informationen einer „Vervollständigungstendenz" (completition tendency) unterliegt. Dieser psychologische Prozess basiert auf dem Bedürfnis

> „to match new information with inner models based on older information, and the revision of both until they agree" (Horowitz, 1976: 92).

Neue, inkompatible Informationen, wie z.B. Traumainformationen, müssen in bestehende Überzeugungsmuster integriert werden. Traumatische Erfahrungen initiieren „crying out"-Reaktionen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass Gedanken, Erinnerungen an das Trauma und damit zusammenhängende Bilder inkongruent mit aktuellen Bedeutungsstrukturen sind. Aufgrund dieses ersten kognitiven Versagens wird eine Vielzahl psychologischer Abwehrmechanismen ausgelöst, die die Informationen abwehren, um eine kognitive Überwältigung zu vermeiden. Folglich erleben traumatisierte Personen eine Phase der Gefühlstaubheit und Verleugnung.

Während der Phase, in der Traumainformationen abgewehrt werden, bleiben diese aber nach Vorstellung Horowitz (1976) solange im aktiven Gedächtnis (active memory), bis sie nach und nach vollständig an bestehende Überzeugungsmuster angepasst sind. Phasen der Abwehr werden von Flashbacks, Alpträumen und wiederkehrenden Erinnerungen durchbrochen. Weil traumatische Bilder und andere intrusive (sich wiederholende) Erinnerungen überwältigende Emotionen auslösen, müssen diese durch Vermeidungsverhalten kontrolliert werden. Wenn die Schwankungen zwischen intrusiven Erinnerungen und Vermeidungsphasen in ihrer Häufigkeit und Intensität nachlassen, so Horowitz, spricht das für die Verarbeitung des Traumas, das andernfalls chronifiziert.

Basierend auf der Horowitzschen Annahme einer langsamen kognitiven Anpassung traumatischer Informationen erklärt Janoff-Bulman (1985, 1989, 1992) in ihrer assumptive world theory, wie traumarelevante Informationen eine derartige Desintegration bewirken können. Nach ihrer Auffassung folgt nach Traumatisierungen eine kognitive Desintegration, die durch die Erschütterungen fundamentaler Kernüberzeugungen (basic assumptions) ausgelöst wird. Solche Kernüberzeugungen sind Vorstellungen darüber, wie die Welt und das Selbst geordnet sind und in Beziehung stehen. Sie integriert damit konstruktivistisches Gedankengut in die assumptive world theory, wonach Menschen ihre Welt und die Vorstellungen über sich selbst aktiv generieren. Die Summe der Kernüberzeugungen ergibt die von ihr so betitelten „angenommenen Welten" (assumptive worlds), die sich an verschiedenen (auch soziale geprägten) Wertschätzungen gegenüber der Welt und dem Selbst orientieren. Neue Erfahrungen werden entsprechend der normativen Wertschätzungen gedeutet oder auch verzerrt und in bestehende Selbst- und Weltbilder integriert (Janoff-Bulman, 1992; vgl. auch McCann & Pearlman, 1989, 1990).

Diese die Kernüberzeugungen beinhaltenden Selbst- und Weltbilder ermöglichen es uns, uns in einer komplexen Welt zu orientieren. Sie bilden

> „a conceptual system, developed over time, that provide us with expectations about the world and ourselves. This conceptual system is best represented by a set of assumptions or internal representations that reflect and guide our interactions in the world and generally enable us to function effectively" (Janoff-Bulman, 1992: 4).

Janoff-Bulman nimmt an, dass diese Kernüberzeugungen so genannte Schemata repräsentieren. Schemata sind in Beziehung stehende, organisierte Wissensstrukturen, die das Fundament des kognitiv-emotionalen Systems bilden (z.B. Bless & Schwarz, 2002). Sie sind keine Abbildung der Realität sondern positive und sogar illusorische Kognitionen (Janoff-Bulman, 1992; Morgan & Janoff-Bulman, 1994)[28].

Ähnlich der Argumentation Taylors (1989) geht auch Janoff-Bulman davon aus, dass die Kernüberzeugung zur Orientierung im täglichen Leben dienen und durch traumatische Ereig-

[28] Schemata enthalten nicht nur Objektkategorien wie Hund, Stuhl oder Kleidung, sondern auch Kategorien der Selbstwahrnehmung (Markus, 1977) und das Verständnis von Ereignissequenzen (Abelson, 1981) sowie das Wissen zu sozialen Rollen und Normen (Fiske & Taylor, 1991). Neben solchem inhaltlichen Wissen auf das sich Janoff-Bulman spezialisiert, beinhalten Schemata auch bestimmte Denkregeln, die unabhängig vom Inhalt zur Anwendung kommen. Die wohl bekannteste Denkregel dürfte die *Kausalattribution* sein (z.B. Kelley, 1971). Kausalschemata werden angewendet, wenn eine Person die Ursache für ein Ereignis zu ergründen versucht. Andere Denkregeln sind beispielsweise die *Urteilsheuristiken* (z.B.Stuck & Deutsch, 2002), die „einfache Faustregeln" darstellen, die wir auf leicht erreichbare Informationen anwenden und uns ohne großen Verarbeitungsaufwand ein hinreichend genaues Urteil erlauben (Strack & Deutsch, 2002).

nisse infrage gestellt werden. Eine vorab angenommene „gute“ Welt entpuppt sich z.B. durch ein Trauma als zufällig und nicht berechenbar wie vorab angenommen. Als Konsequenz daraus beginnt die traumatisierte Person darüber nachzudenken, ob sie das Ereignis hätte verhindern können, und stellt damit ihre eigene Kompetenz in Frage.

Weil nun diese Kernüberzeugungen lebenslänglich entwickelt und stabil gehalten wurden, wirkt die vehemente Infragestellung durch traumatische Ereignisse wie eine „Erschütterung“ der Kernüberzeugungen (shattered assumptions; Janoff-Bulman, 1992). Menschen, die traumatische Erfahrungen machen sind daher zunächst orientierungslos. Janoff-Bulman (1992: 70) bezeichnet diese Orientierungslosigkeit und die Infragestellung der Kernannahmen als *Desillusionierung* (vgl. auch Jacobs, 2000). Diese entwickelt sich zu einer „kognitiven Krise“, sofern sie mit Desintegration und Angst einhergeht und durch die *Inkongruenz von vorab bestehenden Überzeugungen und traumatischen Erfahrungen* verursacht wird. Entsprechend erfordert die Genesung von traumatisierenden Erfahrungen gemäß Janoff-Bulman kognitive Anstrengungen zur Wiederherstellung einer Kongruenz zwischen Traumainformationen und Kernüberzeugungen:

> „A major coping task confronting victims is a cognitive one, that of assimilating their experiences and/or changing their basic schemas about themselves and their world“ (Janoff-Bulman, 1992: 113).

Kritisch für die Genesung ist also die *kohärente Integration traumatischer Ereignisse*, die gelingt, wenn die Kernüberzeugungen so modifiziert werden, dass sie in keinem Widerspruch zur Traumainformation mehr stehen. Verschiedene psychologische Mechanismen und Copingstrategien, wie der soziale Vergleich, Selbstvorwürfe, Verleugnung und Intrusion helfen, ein Ereignis zu reinterpretieren, und diesem neue Bedeutungen zuzuweisen (z.B. Janoff-Bulman, 1982; Janoff-Bulman & Timko, 1987). Sie zielen darauf ab, dass traumatische Ereignisse in bestehende Schemata zu integrieren (Assimilation) oder Schemata zu ändern (Akkomodation). Letzteres bedeutet, die neuen und selbstbedrohlichen Weltsichten zu akzeptieren (accepting new worldviews). Weil aber den bestehenden Schemata stabilisierende Funktionen zugewiesen werden, wird davon ausgegangen, dass sich Schemata gegenüber Veränderungen eher resistent erweisen und daher assimilative Prozesse die akkomodativen Prozesse überwiegen (Lilli & Frey, 1993). Greenwald (1980) hat diese Beharrungstendenz in seiner faszinierenden Analyse „The Totalitarian Ego“ als kognitiven Konservatismus bezeichnet. Allerdings ist es nicht immer ökonomisch, möglicherweise sogar dysfunktional, auf Schemata zu beharren, weil sie die neuen Informationen nicht erklären können oder sogar

im Widerspruch zu ihnen stehen. Zentrale Abweichungen können daher sinnvoller Weise auch Veränderungen der Schemata nach sich ziehen (für eine Übersicht vgl. Bless & Schwarz, 2002).

Janoff-Bulman (1992) beschreibt in Anlehnung an Horowitz (1982) für die kognitive Anpassung an traumatische Ereignisse als typische, von der Art des Traumas unabhängige Reaktionen (vgl. auch Morgan & Janoff-Bulman, 1994), die die Integration von Traumainformationen umfasst. Diese wird aber immer wieder von Vermeidungsphasen unterbrochen. Heutige Erkenntnisse zeigen, dass die Verarbeitung der Abweichungen letztendlich auch von den zur Verfügung stehenden Kapazitäten abhängt (Yzerbyt, Coull & Rocher, 1999).

Wichtig ist das Ergebnis der Informationsverarbeitungsprozesse, das sich wesentlich von der Annahme der Taylorschen Theorie unterscheidet. Während Taylor eine für die Mehrzahl traumatisierter Personen eine vollständig erfolgreiche Informationsverarbeitung unterstellt, nimmt Janoff-Bulman an, dass selbst wenn Assimilation oder Akkomodation erfolgreich verlaufen, voreinst positive Selbst- und Weltmodelle ihren positiven Charakter zumindest teilweise dauerhaft einbüßen. Diese These bestätigten Morgan und Janoff-Bulman (1994) in einer Studie mit (nicht-) traumatisierten Personen. Traumatisierte Personen vertrrten im Vergleich zu nicht-traumatisierten Personen kurze Zeit nach dem Trauma signifikant negativere Kernüberzeugungen (Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991). Auf lange Sicht blieben zumindest spezifische, traumanahe Überzeugungen negativ besetzt (Franklin, Janoff-Bulman & Roberts, 1990; Janoff-Bulman; 1989a). Diese neue Realität wird allerdings durch die Wahrnehmung neuer positiver Selbst- und Lebensqualitäten infolge der Reinterpretation des Traumaereignisses kontrastiert.

> „Survivors commonly experience the terror of a shattered, malevolent world as well as the gratification of a deeper, more meaningful existence. The move from perceiving a meaningless universe to creating a meaningful life, and this journey involves a potent and disturbing process of disillusionment" (Janoff-Bulman & Berg, 1998: 35).

Gelingt also zumindest eine partielle Integration eines traumatisierenden Ereignisses in bestehende Schemata, sind diese Menschen zwar ihrer „Unschuld" beraubt, erreichen aber aufgrund neuer umfassenderer, flexibler Weltanschauungen und Selbstbilder psychische Stabilität. Gelingt diese kognitive Verarbeitung nicht, chronifizieren traumatisierende Erinnerungen unter hohen psychischen Kosten.

4.2 Die Kernüberzeugungen

Um die enormen kognitiven Krisen zu erklären, die Menschen durch traumatisierende Ereignisse erleben, entwickelt Janoff-Bulman (1989, 1992) ein Rahmenkonzept, das die Bedeutung fundamentaler Kernüberzeugungen (basic assumptions) für die Orientierung im alltäglichen Leben erklärt. Die Kernüberzeugungen übernehmen dort die Funktion eines „Leitfadens" für das alltägliche Leben. Bei einem traumatischen Ereignis verlieren dessen Pfade an Gültigkeit, wodurch existenzielle Krisen ausgelöst werden.

Mit ihren Vorstellungen über menschliche Kernüberzeugungen greift Janoff-Bulman verschiedene Konzepte der Traumatologie und Epsteins (1973) Selbst-Theorie auf, integriert und erweitert diese. Nach diesen Theorien hält jeder Mensch kohärente Annahmen oder Schemata über sich selbst und die Umwelt aufrecht, die ihn befähigen, seine Erfahrungen zu organisieren und zu verstehen. Parkes (1971, 1975) bezeichnete dieses konzeptuelle System als „assumptive world" (Parkes, 1971, 1975), Epstein (1973, 1979, 1980) als „theory of reality", Bowlby (1969a, b) als „world models" und Marris (1975) als „structures of meaning". Alle AutorInnen gehen davon aus, dass wir über Jahre hinweg unsere Erfahrungen in persönlichen Theorien strukturieren und mit ihnen das tägliche Leben meistern. Einige Zeit bevor Janoff-Bulman ihre assumptive world theory veröffentlichte, definierte Parkes „assumptive world" als

> „the individual's world of reality as he believes it to be, i.e., a strongly held set of assumptions about the world and the self which is confidently maintained and used as a means of recognizing, planning and acting. […]. Assumptions such as these are learned and confirmed by the experiences of many years" (Parkes, 1975: 132).

Diese Definition übernimmt Janoff-Bulman und erklärt die Kernüberzeugungen als Teil unserer, wie Epstein (1980) sie bezeichnet, „persönlichen Realitätstheorien" („theories of reality"). Unsere persönlichen Theorien über die Realität stützen unsere Erfahrungen über unser Selbst und unsere Welt. Entsprechend interpretieren und verstehen wir alltägliche Erfahrungen im Rahmen bestehender Überzeugungen, so genannter *Schemata*. Ein solches Schema

> „may be defined as a cognitive structure that represents organized knowledge about a given concept or type of stimulus, including its attributes and the relations among those attributes" (Fiske & Taylor, 1991: 98).

Janoff-Bulman ist davon überzeugt, dass die Kernüberzeugungen einer guten Welt und eines guten Selbst solche *Schemata* repräsentieren, die entsprechend der Epsteinschen Hierarchie den higher-order Postulaten entsprechen:

> „Our fundamental assumptions are our most abstract, general schemas, residing at the very foundation of our cognitive-emotional systems. Here they are insulated from direct behavioural challenges, which are more apt to address our narrower, more specific assumptions about ourselves and our environment" (Janoff-Bulman & Berg, 1998: 38-39; vgl. auch Janoff-Bulman & Frieze, 1983).

Übergeordnete Postulate wie beispielsweise die Überzeugung „Ich bin eine talentierte Person" fassen untergeordnete Postulate wie z.B. „Ich bin eine gute Handballspielerin" oder „Ich bin eine gute Pianistin" zusammen. Die Aufgaben untergeordneter Posutlate ist es, alltägliche Erfahrungen zu persönlichen Theorien zu generalisieren, während übergeordnetet Postulate abstrakte Vorstellungen beinhalten. Weil die Kernüberzeugungen über die Welt und uns selbst eher allgemeinen oder abstrakteren Charakter haben, beschreibt Janoff-Bulman die Kernüberzeugungen als übergeordnete Postulate oder Schemata (Janoff-Bulman, 1992; Janoff-Bulman & Frieze, 1983).

Janoff-Bulman konnte anhand von Interviewstudien verschiedene Schemata identifizieren, die das konzeptuelle System konstituieren. Im Kern beinhaltet es den Glauben an eine sichere Welt und ein unverletzbares Selbst. Obwohl die meisten Menschen andere Personen kennen, die beispielsweise an Krebs erkrankt sind, einen Autounfall erlitten haben oder Opfer von Verbrechen wurden, fühlen wir uns sicher und unverletzbar. In unserem tiefen Inneren glauben wir daran, dass uns kein Unheil treffen wird (Lifton, 1967; Perloff, 1983, 1987; Weinstein, 1989). Dieser „Invulnerabilitätsglaube" schützt unser kognitiv-emotionales System effektiv vor Angst und Unsicherheit. Solche Überzeugungen, die uns an die Kontinuität unserer sicheren Existenz glauben lassen, betreffen nicht nur die Welt und das Selbst, sondern auch die Beziehung zwischen den beiden und lassen uns glauben,

(a) wir lebten in einer wohlwollenden Welt (benevolence of the world),

(b) die Welt sei sinn- und bedeutungsvoll (meaningfulness of the world) und

(c) unser Selbst sei gut oder gütig und kompetent (worthiness of the self oder self-worth).

Diese Annahmen bilden den Nukleus unserer „inneren Welt", dessen wir uns nur wenig bewusst sind (Janoff-Bulman, 1992: 5). Gemäß Janoff-Bulmann (1985, 1989a, 1992; Janoff-Bulman & Frieze, 1983) entsprechen diese Vorstellungen *Kernüberzeugungen* (basis/core assumptions), die uns wie ein Leitfaden durch das Leben begleiten (vgl. Abb.2).

4.2.1 Benevolence of the world – der Glaube an eine wohlwollende Welt

Die erste Kernüberzeugung bezieht sich auf die Welt, die wir regelmäßig als überwiegend gut beurteilen.

> „The „world", in this context, is an abstract conception that refers both people and events. When we assume other people are benevolent, we believe that they are basically good, kind, helpful, and caring. In assuming that events are benevolent, we believe in the preponderance of positive outcomes and good fortune over negative outcomes and misfortune" (Janoff-Bulman, 1992: 6)

Nicht, dass wir uns des Leidens in der Welt nicht bewusst wären, vielmehr unterscheiden wir zwischen der globalen Welt und unserer persönlichen Umgebung bzw. die uns umgebenden Menschen. Die uns unmittelbar umgebenden Menschen verstehen wir als Teil der guten Welt, und wir sind optimistisch hinsichtlich der Dinge, die sie uns bringen wird (z.B. Scheier & Carver, 1985, 1987). Die nationale oder globale Welt dagegen wird pessimistischer eingeschätzt (z.B. Dalbert, Montada & Schmitt, 1987).

4.2.2 Meaningfulness of the world – der Glaube an eine sinn- und bedeutungsvolle Welt

Wir glauben nicht nur, dass die Welt, in der wir leben eine gute Welt ist, sondern auch, dass die Geschehnisse in unserer Welt einen bestimmten Sinn haben. Mit anderen Worten:

> „A meaningful world is one in which there is a relationship between a person and what happens to him or her. In other words, there is a person-outcome contingency that makes sense, or can be understood" (Janoff-Bulman & McPherson-Frantz, 1997: 96).

Gemäß Janoff-Bulman (1989, 1992) ist diese Personen-Outcome Kontingenz besonders an soziale Theorien gebunden, die die Verteilung „guter" und „schlechter" Dinge und Ereignisse anhand von Gerechtigkeits- und Kontrollvorstellungen bewertet.

Melvin Lerner (1980) hat in seiner „just world theory" beschrieben, dass wir an das *Gerechtigkeitsprinzip* glauben: Menschen erhalten das, was sie verdienen und sie verdienen das, was sie bekommen (Lerner, 1980). Nach dieser Personen-Outcome Regel haben gütige Menschen mehr Glück als schlechte und unmoralische Menschen, die weniger Gutes tun, vielleicht sogar Strafe verdienen. Solche Verteilungsvorstellungen sind nicht selten auch die Basis religiöser Glaubensinhalte.

Die zweite Verteilungsvorstellung basiert auf dem *Kontrollprinzip*: Danach können wir Einfluss auf den Outcome nehmen. Der Outcome wird dabei weniger an den persönlichen Eigenschaften als vielmehr am Verhalten der Menschen gemessen. Verhalten sich Menschen angemessenen und umsichtig, wird ihnen Gutes geschehen. „Korrektes" Verhalten führt zu positivem Outcome und wendet negativen Outcome ab. D.h. gutes Verhalten macht unver-

letzbar. Dass diese Handlungs-Outcome Kontingenz von Menschen überschätzt wird, ist für viele Bereiche belegt (vgl. Kap. 3.8).

Gemeinsam konstituieren das Gerechtigkeits- und das Kontrollprinzip das „sense of meaning"-Phänomen. Danach beurteilen wir Ereignisse sinnvoll, solgange sie sozialen Normen und Vorstellungen entsprechen.

Nun geschehen aber Dinge, die mit dem Gerechtigkeits- und Kontrollprinzip nicht erklärbar sind. Solche Ereignisse werden häufig als Ergebnis von Zufällen attribuiert. Dieses *Zufallsprinzip* mag zur Erklärung außergewöhnlicher Ereignisse herangezogen werden, die den Grundsätzen der Gerechtigkeit und Kontrolle zu widersprechen scheinen. Zufallserklärungen werden auch von Menschen zur Interpretation von Ereignissen genutzt, die weniger an Gerechtigkeit und Kontrolle glauben (Janoff-Bulman, 1992).

4.2.3 Self-worth - der Glaube des Menschen, er sei ein guter Mensch

Die Kernüberzeugungen einer guten und bedeutungsvollen Welt koexistiert gemäß Janoff-Bulman (1992) mit der Überzeugung, dass wir gute und gütige, kompetente Menschen sind. Diese globale Selbstbewertung ist ein Ergebnis unserer Fähigkeit, unsere guten Qualitäten zu fokussieren, unsere Schwächen zu ignorieren und unsere Stärken sowie unsere Verantwortlichkeit für unseren Erfolg zu überschätzen (vgl. auch Brown, 1986; Greenwald, 1980; Taylor, 1989; Taylor & Brown, 1988).

Auch diese Selbstüberzeugungen orientieren sich an den Verteilungsprinzipien, die in drei selbstrelevanten Dimensionen ihren Ausdruck finden. Die erste Selbstüberzeugung betrifft als erste Dimension den Glauben an uns selbst als wertvolle Menschen. Analog zu unserer Gerechtigkeitsvorstellung glauben wir Gutes zu verdienen, wenn wir uns gütig erweisen. Charaktereigenschaften wie Güte, Anstand und Moral helfen uns zu beurteilen, was wir verdienen. Weil wir uns grundsätzlich moralisch und gut beurteilen, gelangen wir zu einer positiven Selbstwertschätzung (*self-worth*).

Bezogen auf die Kontrollvorstellungen bemühen wir uns um korrektes Verhalten, das schlechte Dinge und Ereignisse von uns fern halten soll. Innerhalb dieser zweiten selbstrelevanten Dimension, die Janoff-Bulman (1992) als *self-controllability* bezeichnet, beurteilen wir uns selbst nach der Effektivität und Klugheit unseres Verhaltens. Verhalten wir uns klug und richtig, so unsere Vorstellung, wird uns nicht Schlechtes widerfahren. Hier geht es also nicht darum, ob die Person Ereignisse kontrollieren kann, sondern darum, ob das Individuum das Notwendige unternimmt, um negative Ereignisse abwenden zu können.

Schließlich geschehen Dinge, die uns unerklärlich sind. Diese werden schlicht und einfach attribuiert: Wir hatten eben Glück oder Pech. Geschehnisse, die also zufällig zu sein scheinen, sind durch unser persönliches *Glück* determiniert. D.h. als dritte selbstrelevante Dimension akzeptieren wir Zufälligkeiten in dieser Welt, vor denen wir uns aber aufgrund der glücklichen Zufälle persönlich geschützt betrachten.

Dreh- und Angelpunkt der Kernüberzeugungen sind demnach *Distributionsvorstellungen*. Ob ein Ereignis als gerecht angenommen wird, obliegt unterschiedlichen moralischen Vorstellungen. Denn die Gerechtigkeitsvorstellungen sind Teil moralischer Beurteilungen (Morgan & Janoff-Bulman, 1994). Daher ist zwischen einer Vorstellung, etwas verdient zu haben und einer Verdienstvorstellungen ohne Gerechtigkeitsbezug zu differenzieren: So wird eine Person, die sich für eine Sache stark engagiert hat, es ungerecht finden, wenn sie für ihr Engagement nicht belohnt wird. Sie wird auch davon überzeugt sein, dass sie eine Belohnung verdient hätte. Anders verhält es sich, wenn eine Person z.B. mit einer anderen Person im Restaurant verabredet war und versetzt wird. Die wartende Person wird meinen, dass nicht verdient zu haben. Sie wird möglicherweise aber nicht davon ausgehen, dass ihr Unrecht geschehen sei. Wir können also meinen, etwas nicht verdient zu haben, messen das Ergebnis aber nicht anhand von Gerechtigkeitsannahmen (vgl. Montada, 1994). Janoff-Bulman und Morgan (1994) schließen daraus, dass Gerechtigkeit und die Vorstellung, etwas verdient zu habenzwei phänomenologisch unterschiedliche Konzepte sind.

Vorstellungen über die Verdienstlichkeit stehen dann in Beziehung zu Gerechtigkeitsvorstellungen, wenn, wie die Equity-Theorie beschreibt, das Verhältnis von Ergebnis und Beitrag des Individuums als gleich dem entsprechenden Verhältnis einer Vergleichsperson wahrgenommen wird (vgl. Walster, Walster & Bersheid, 1978). D.h. den Vorstellungen liegt ein sozialer Vergleich zugrunde. Schließlich lernen wir, dass unser Verhalten verschiedene Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Anders verhält es sich, wenn dem Urteil kein Vergleich oder kein bestimmtes Verhalten zugrunde liegt. Verdienstlichkeit ist dann keine Frage der Verhaltens-Outcome Erwartung. Vielmehr repräsentiert sie

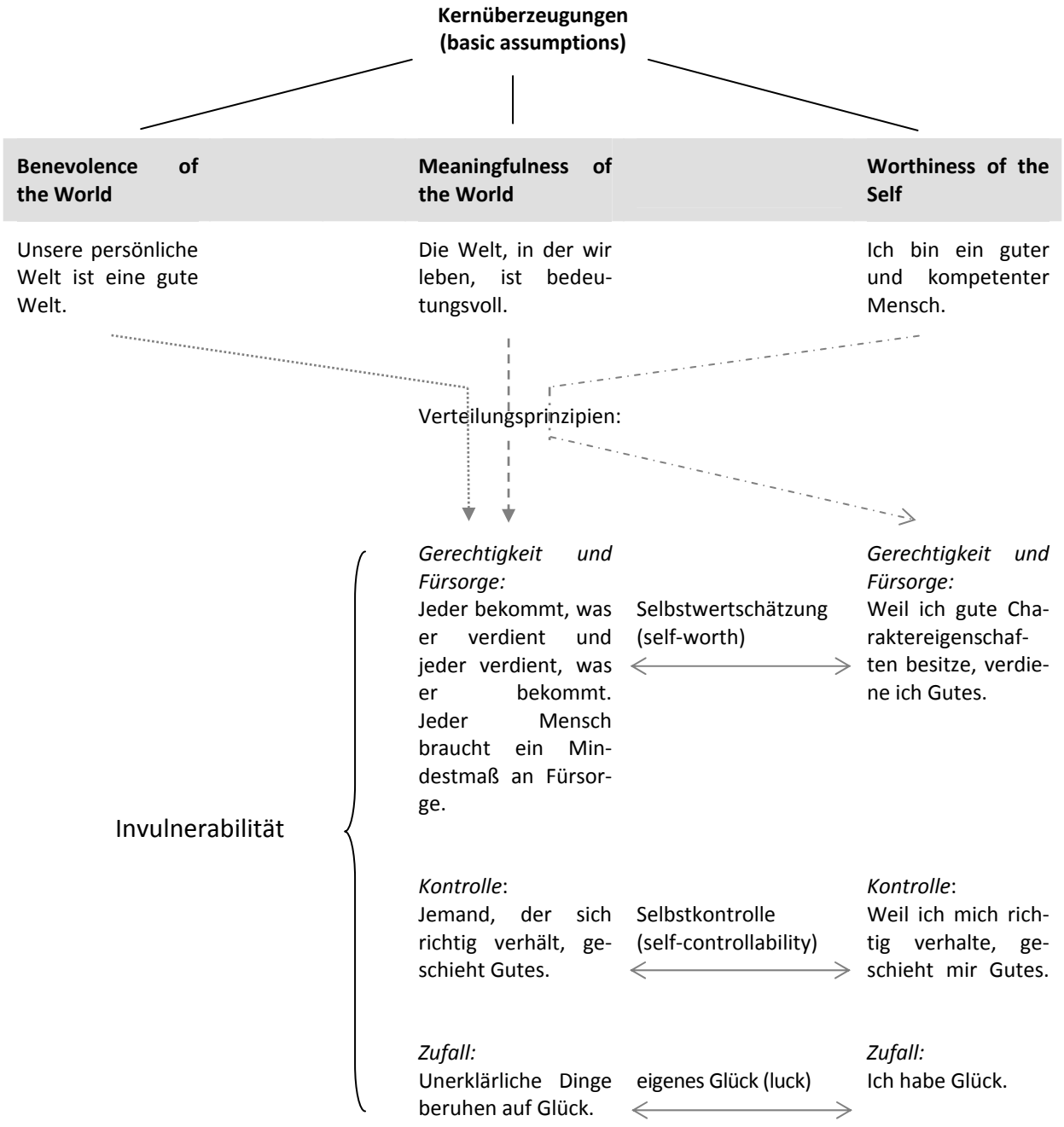
> „a global assumption about minimum levels of human decency and freedom from harm and suffering“ (Morgan & Janoff-Bulman 1994: 52).

Das Urteil ist durch die Konsequenzen determiniert und nicht durch Aufwand-Ertragsvorstellungen. Es handelt sich also um allgemeine Vorstellungen und Erwartungen,

wie wir Menschen uns gegenseitig behandeln. Sie repräsentieren „minimale Standards“ der gegenseitigen Fürsorge (caring), des Schutzes und dem Freisein von Leiden, das die Basis menschlichen Verhaltens in einer guten Welt bildet.

Abbildung (2) veranschaulicht die Kernüberzeugungen mit den ihnen zugrundeliegenden Prinzipien:

Abb. 2: Die Kernüberzeugungen und ihre Ordnung in der assumptive world theory.



Quelle: eigene Darstellung.

4.2.4 Quelle der Kernüberzeugungen

Die Kernüberzeugungen einer guten und bedeutungsvollen Welt und eines gütigen Selbst, so Janoff-Bulman (1989, 1992), sind das Ergebnis früher Erfahrungen mit den Bezugspersonen. Für gewöhnlich erfüllen sie die Bedürfnisse des Kindes und repräsentieren mit dieser Fürsorge die wohlwollende Welt. Das Kind entwickelt in diesen frühesten Entwicklungsphasen die Vorstellung, ein gutes Kind zu sein und dafür fürsorglich gepflegt zu werden. Diese frühesten präverbalen Repräsentationen sind die Basis der Kernüberzeugungen und insofern das Ergebnis „eines kommunikativen Aktes zwischen Kind und Bezugsperson“ (Kauffman, 2002: 206; Übers. M.D.). Janoff-Bulman (1992) fasst die Entwicklung der Kernüberzeugung und ihre Konsequenzen wie folgt zusammen.

> „It is somewhat ironic that it is during their prolonged period of dependency (i.g. infancy) that human beings begin to develop the essential components of a lifelong sense of safety and security. Through early social interactions, we develop a view of the world and ourselves that enables us to continue to feel protected, even as our world expands far beyond its earliest, very limited boundaries. Our fundamental assumptions, rooted so deeply in our earliest experiences, equip us with a sense of confidence and trust. This is not confidence in the narrow sense of being self-assured, for the focus is centered too much on the self. Nor is it trust in the narrow sense of expecting others to be honest and reliable, for the focus is centered too much on others. Rather, they prefer to a general optimism that things will work out well, that we are safe and protected” (Janoff-Bulman, 1992: 18).

4.2.5 Der illusionäre Charakter der Kernüberzeugungen

Ähnlich wie Taylor (1983, 1989) geht auch Janoff-Bulman (1992) davon aus, dass die Kernüberzeugungen Übergeneralisierungen sind, die nur näherungsweise einer realistischen Sichtweise entsprechen:

> „The term „illusion“ connotes falseness or some lack of correspondence with reality, yet determining what is real is a path with dead ends and pitfalls […]. Our fundamental assumptions are not illusions in the sense that they are simply wishes (Freud, 1927), lacking any substantial correspondence with reality […]. They are, nevertheless, false conceptions, because they go too far; our fundamental assumptions are illusions, because they are overgeneralizations” (Janoff-Bulman & Berg, 1998: 37f.).

Diese Übergeneralisierungen entspringen unserer frühen Kindheit, so Janoff-Bulman in Anlehnung an Bowlby (1969a,b; 1973), in der den Kindern Omnipotenzvorstellungen zugestanden werden. Auch wenn in der weiteren kindlichen Entwicklung solche Repräsentationen der Realität besser angepasst werden, bleiben die fundamentalen Kernüberzeugungen bestehen. Sie werden zu „abstrakten, generellen Schemata, die die Basis des kognitiv-emotionalen Systems“ bilden und uns täglich mit Vertrauen und Zuversicht versorgen (Janoff-Bulman & Berger, 1998: 38-39). Insofern beruhen die Kernüberzeugungen auf Erfahrun-

gen mit der realen Welt[29]. Fundamentale, illusorische Kernüberzeugungen sind also keine naiven Annahmen. Vielmehr korrespondieren sie mit der Realität, verzerren diese aber insofern als dass wir annehmen, die uns umgebenden Menschen und wir selbst seien grundsätzlich wohlwollender als dies tatsächlich der Fall ist, und haben daher illusorischen Charakter. Dieser illusorische Charakter bezieht sich allerdings nur auf die higher-order Postulate (Epstein, 1980), also die abstrakteren, fundamentalen Kernüberzeugungen. Darunter liegende, lower-order Postulate, die spezifische Bereiche unserer Interaktionen und konkrete Erfahrungen mit der Welt widerspiegeln, sind realitätsnah und akkurat. Diese Ordnung der illusorischen und akkuraten Schemata ist funktional und adaptiv:

> „Inaccuracy at the level of our highest-order postulates – our basic assumptions about the world and ourselves – are generally not maladaptive; illusions at this level are generally adaptive. In contrast, […] illusions at the level of our lower-order postulates are maladaptive, and this is the appropriate domain consider when stressing the limitations of illusions" (Janoff-Bulman, 1989: 168).

Auf einer lower-order Ebene Illusionen zu haben, hieße auch, das soziale Feedback zu ignorieren oder auszublenden (womit sich Janoff-Bulman deutlich von Taylor (1989) abgrenzt). Denn das Feedback bezieht häufig auf konkrete Verhaltensweisen und Fähigkeiten, die mit den Annahmen niedrigerer Ebenen in Verbindung stehen (Taylor, 1992 24). Dagegen sind Illusionen auf einer höheren Ebene normal, wie Janoff-Bulman und Hecker (1988) in einem Vergleich depressiver und nicht-depressiver College-Studenten zeigten. Während nicht-depressive Studierende generalisierende Kernüberzeugungen hegten, waren depressive Studierende weniger von sich selbst überzeugt und hielten die Welt für schlechter. Mit den illusorischen Kernüberzeugungen verbunden ist die Motivation, Dinge auszuprobieren und den persönlichen Erfolg zu maximieren.

Die Schattenseite der illusorischen Kernüberzeugungen liegt in deren kontraproduktivem Potenzial, lange an Verhaltensweisen festzuhalten, auch wenn sie wenig erfolgversprechend sind. Denn Selbstüberschätzungen sind resistent gegenüber einer akkuraten Einschätzung der Zielerreichung (Janoff-Bulman & Brickman, 1982).

Nach Auffassung Janoff-Bulmans sind also auf der Ebene der lower-order Schemata akkurate Annahmen („Ich bin eine mäßig gute Schwimmerin") angemessen, während auf einem higher-order Niveau illusorische Kernannahmen funktional sind, weil sie als abstrakte Annahmen motivierend wirksam sind, ohne jedoch auf Ebene konkreten Verhaltens zu Fehlein-

[29] Weil Janoff-Bulman die Kernüberzeugungen in der Nähe der Realität verortet, klingt natürlich die Aussage Kernüberzeugungen seien „false conceptions" (Janoff-Bulman & Berger, 1998) durchaus widersprüchlich, weil eine falsche Konzeption auch realitätsfern sein kann.

schätzungen führen. Das bedeutet vor allem auch, dass illusorische Kernüberzeugungen und akkurate Annahmen widerspruchsrei koexistieren können (Janoff-Bulman, 1989).

4.3 Die Erschütterung der Kernüberzeugungen nach traumatischen Ereignissen

Traumata sind Begegnungen mit der Realität, die dem Betroffenen vor Augen halten, dass das Leben, anders als unsere Kernüberzeugungen uns glauben lassen, auch schlechte Dinge bereithält. In diesen Situationen erweisen sich die Kernillusionen als „illusions that are inadequate reflections of reality"(Janoff-Bulman & Berger, 1998). Genau in dieser „destruktiven Desillusionierung" (Janoff-Bulman, 1989) liegt das Bedrohungspotenzial traumatisierender Ereignisse:

> „One of the greatest threats of victimization ist the possibility of an existence without any illusions" (ebd.: 172)

Plötzlich wird die eigene Verletzbarkeit und Zerbrechlichkeit offensichtlich, was Janoff-Bulman als den „Terror der Verletzbarkeit" beschreibt (1992; Janoff-Bulman & Berger, 1998; Janoff-Bulman & McPherson-Frantz, 1997). Traumatisierte Menschen erleben sich hilflos und erkennen, dass die Welt eben nicht nur gut, gerecht und kontrollierbar ist. Der Terror der Verletzbarkeit enthält eine gefährliche Deprivation der Sicherheit, der Sinnhaftigkeit und der Selbstwertes. Angst, Depressionen und Desorientierung sind häufige Folgen.

4.3.1 Charakteristika traumatische Ereignisse

Welche Ereignisse lösen die gewaltige Erschütterung der Kernüberzeugungen aus? Janoff-Bulman (1992) zählt eine Reihe traumatisierender Ereignisse auf: Kriminelle Übergriffe wie Raub, Vergewaltigung, Naturkatastrophen, lebensbedrohlich Erkrankungen, schwere Unfälle, durch Menschen veranlasste Katastrophen wie z.B. Krieg, Folter. Allen Ereignissen ist folgendes traumatisierendes Potenzial gemeinsam:

> „Extreme negative events that induce trauma are unique in that they force victims to come face to face with their vulnerability, with their essential fragility. They are abnormal stressful, not the stuff or our daily lives. They tell us that survival can no longer simply be assumed or ignored, and this threat to our biological integrity serves to undermine our psychological integrity as well" (Janoff-Bulman, 1992: 59).

Traumatisierende Ereignisse sind laut Janoff-Bulman (1992:52-59) *ungewöhnliche Ereignisse*. Sie treten unerwartet und heftig auf. Einige Ereignisse treten einmalig (oder zeitlich begrenzt) auf, andere wie z.B. Erkrankungen bleiben über längere Zeiträume bestehen. Traumatische Ereignisse kennzeichnet auch die *Direktheit der Erfahrung,* also nicht die Beobachtung, sondern die tatsächliche Betroffenheit. Das, was direkt erfahren wird, ist die *Bedro-*

hung des eigenen Lebens. Insofern sind traumatisierte Personen auch Überlebende, denen die Endlichkeit des Lebens bewusst wird (für eine kritische Diskussion der Traumaereigniskriterien vgl. Kap. 2).

4.3.2 Der Terror der Verwundbarkeit

Traumatisierende Ereignisse bedrohen die biologische Existenz wie auch die psychische Integrität. Letztere erleben die Opfer als „terror of their own vulnerability" (Janoff-Bulman, 1992: 61), weil solche Ereignisse die Barriere der Selbstzufriedenheit und die Resistenz unserer Weltannahmen brechen. Den Opfern wird auf dramatische Weise bewusst, dass ihnen schlimme Dinge passieren können, was ein Gefühl für die eigene Verletzbarkeit und Hilflosigkeit sowie Gefühle des Kontrollverlustes wachrufen kann. Die negativen Informationen können mit den bestehenden Schemata nicht in Übereinstimmung gebracht werden, so dass schnell die Frage auftaucht „Wie konnte das passieren?", gefolgt von der Frage „Warum gerade ich?" (Janoff-Bulman & Frieze, 1983; [Janoff-]Bulman & Wortman, 1977). Diese Fragen tauchen auf, weil die „alten" Schemata keine Erklärung für das Ereignis bieten. Nun sind Menschen auf solche Desintegrationen für gewöhnlich nicht vorbereitet. Angst und Übererregung sind die Folge. Im Verlauf macht sich Pessimismus breit, wenn sich einfache Traurigkeit in Depressionen verwandelt (Janoff-Bulman, 1992). Die Viktimisierung beruht also nicht nur auf dem Verlust der Kernüberzeugungen, sondern vor allem auf der dadurch ausgelösten Unvereinbarkeit von Informationen. Jahre nach dem traumatischen Ereignis verliert die Desintegration vielleicht an Dramatik. Trotzdem bleiben Teile der Kernüberzeugungen selbst Jahrzehnte nach dem Ereignis bei Opfern noch negativer als bei Nicht-Opfern. Diese Langzeitwirkung ist gemäß Janoff-Bulman (1992) möglicherweise dadurch zu erklären, dass die Kernüberzeugungen nicht isoliert voneinander zu betrachten sind, sondern vernetzt sind. So werden in der Regel alle drei Kernannahmen erschüttert, selten nur eine oder zwei Annahmen. Allerdings fanden Janoff-Bulman und ihre KollegInnen individuelle Unterschiede in Abhängigkeit vom zugrunde liegenden Ereignis und ihrer Auswirkungen auf die Kernüberzeugungen.

Zu unterscheiden ist zwischen Ereignissen, die von einem *bösartigen Täter* verursacht werden und denjenigen, die als „*Akt des Schicksals*" erlebt werden.

Ein *durch Menschen verursachtes Trauma* zu überleben, führt zum Verlust des Vertrauens in andere Menschen. Die mit solchen Traumata verbundene Frage heißt nicht „Warum ich?", sondern „Warum hat er/sie mir das angetan?", besonders, wenn das Trauma durch Ver-

wandte, Partner oder Bekannte verübt wurde. Betroffene erleben, dass es „unmoralische", „schlechte" Menschen gibt, die absichtliches Böses tun und das Vertrauen in die soziale Ordnung oder wohlwollende gute Welt nachhaltig stören. Nicht zuletzt verlieren die Opfer auch ihre Autonomie und ihre selbst wahrgenommene Kompetenz angesichts des möglicherweise aufkommenden intensiven Wunsches nach Rache. Sie fragen sich möglicherweise auch selbst, wie sie während des Ereignisses reagiert haben. Neben einem Gefühl der Hilflosigkeit kann beim Opfer auch ein Gefühl des Selbstverrats entstehen, wenn es sich z.B. gewehrt hat und selbst Gewalt ausgeübt hat, wie das bei Kriegsveteranen häufig der Fall ist. Demnach sind bei dieser Form traumatischer Ereignisse besonders die Kernüberzeugungen der persönliche Umwelt und des Selbst betroffen.

Anders verhält es sich bei *natürlichen Katastrophen* (Erdbeben, Krankheiten etc.), bei denen es keine bösen Täter gibt. Sie werden oftmals als „der Wille Gottes" von den Opfern bezeichnet (Janoff-Bulman, 1992). Die Opfer erfahren, dass ihnen schlimme Dinge zustoßen können und verlieren den Glauben an eine gute Welt. Hinsichtlich ihres Selbst fühlen sich die Opfer hilf- und kraftlos (Sontag, 1978), ohne aber ein negatives Selbstbild zu entwickeln (Collins, Taylor & Skokan, 1990). Sie verlieren zwar ihren Glauben an die eigene Unverwundbarkeit, nehmen das Ereignis aber eher als Schicksal an. Der deutlichste Wandel der Kernannahmen bei dieser Traumaart bezieht sich auf eine sinn- und bedeutungsvolle Welt. Die Welt wird nunmehr als ungerecht und vom Zufall beherrscht eingeschätzt (Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991). Folglich können auch gute Menschen von schlimmen Dingen betroffen sein, ohne dass sie Dinge beherrschen oder kontrollieren könnten.

4.4 Reaktionen auf die Erschütterungen der Kernüberzeugungen: Die Rekonstruktion der inneren Welt

Die Erholung von Traumata beschreibt Janoff-Bulman als einen Prozess des Auslotens der inneren Welt. Eine der frühen Reaktionen traumatisierter Menschen ist das Hinterfragen früherer Überzeugungen und der Versuch, die wahrgenommene Willkür und Zufälligkeit der Welt zu minimieren. Deshalb engagieren sich traumatisierte Menschen in der Suche nach dem Sinn des Ereignisses und dem Lebens als solches, um die durch die Erschütterung der Kernüberzeugungen entstandene Bedeutungs- und Sinnlosigkeit aufzufangen (Dollinger, 1986; Frankl, 1963; Lifton, 1980; Silver & Wortman, 1980; Silver, Boon & Stones, 1983; [Janoff-]Bulman & Wortman, 1977; Taylor, 1983; Thompson, 1991). Können Personen-Outcome

oder Handlungs-Outcome Kontingenzen ausfindig gemacht werden, gelingt es traumatisierten Personen zumindest Teile ihrer Welt- und Selbstanschauungen aufrechtzuerhalten. Aber selbst wenn das gelingt, so eine zentrale Annahme Janoff-Bulmans (1992: 169; vgl. Schartzberg & Janoff-Bulman, 1991), bleibt ein fundamentales Bewusstsein für die eigenen Verletzbarkeit und die erlittenen Verluste erhalten. Es entsteht ein Bewusstsein dafür, dass jederzeit weitere schwerwiegende Ereignisse eintreten können.

Anders als Taylor versteht Janoff-Bulman den kognitiven Verarbeitungsprozess traumatischer Ereignisse nicht als Prozess, der entweder zur Genesung oder Pathologisierung führt, sondern vielmehr als Prozess, bei dem Verluste und neue, positive Wertvorstellungen koexistieren. Positive Neubewertungen sind, so Janoff-Bulman und Berger (2000), nur durch das Bewusstsein der Erschütterung früherer Annahmen möglich. Denn die Entwicklung neuer Wertvorstellungen ist nur möglich, wenn die vor dem Ereignis angenommen Selbstverständlichkeiten in Zweifel gezogen werden. Auf diese Weise können gewöhnliche Dinge nach traumatisierenden Ereignissen zu außergewöhnlich Wertvollem werden.

4.4.1 Automatische Routinen

Weil sich traumatisierte Personen in einem Zustand „konzeptueller Desintegration" befinden (Janoff-Bulman, 1992: 93), ist es notwendig, diese neuen, bedrohlichen Perspektiven zu verarbeiten. Hier tut sich ein intensives kognitiv-emotionales Dilemma auf: Die alten Annahmen aufrechtzuerhalten scheint emotional attraktiv, weil sie die Erschütterungen reduzieren. Andererseits scheint die Aufrechterhaltung angesichts der erlebten Verluste auch naiv. Dagegen scheint der Umbau und die Neugestaltung der Kernüberzeugungen rational zu sein, ist aber emotional unattraktiv, weil eine nicht vorhersagbare Welt, die jederzeit aversive Ereignisse hervorbringen kann, mit Angst und Bedrohungen verbunden ist. Egal welches Extrem zur Richtschnur der Bewältigung wird, in beiden Fällen bedarf es der Bewältigung kognitiver und emotionaler Verletzungen.

Janoff-Bulman (1992) nimmt an, dass die gewaltigen, traumatischen Informationen drei automatische Mechanismen in Gang setzen: (1) Verleugnung (denial), (2) Gefühlstaubheit (emotional numbing) und (3) Intrusion.

Verleugnung, Gefühlstaubheit und Intrusion sind automatische Routinen, die auf die Wechselwirkung zwischen dem kognitiven und emotionalen System weisen. Z.B. wird die

Verleugnung durch das Bedürfnis eines Menschen verursacht, sich vor negativen Emotionen zu schützen, während die Intrusion zeigt, dass das Ereignis kognitiv verarbeitet werden muss (Horowitz, 1976).

Verleugnung

Die Erschütterung der Kernüberzeugungen ist auch deshalb so massiv, weil sie die innere Welt durchbrechen, die über Jahre hinweg psychische Stabilität gewährten. Insofern bedarf es einer behutsamen Rekonstruktion der inneren Welt.

> „The process of change must necessarily be a slow, gradual one, in order to provide sufficient internal stability and coherence to preclude a complete breakdown in the conceptual system and in psychological functioning" (Janoff-Bulman, 1992: 145).

Verleugnungsprozesse kontrollieren einen solchen breakdown und verhindern eine zu abrupte Konfrontation mit der neuen Realität. Die Verleugnung versteht Janoff-Bulman in Anlehnung an Goldberger (1983) wie folgt:

> „Stated succinctly, denial is a term for almost all defensive endeavors, which are assumed to be directed against stimuli originating in the outside world, specifically some painful aspect of reality. Perhaps even more succinctly, one might define it as a refusal to recognize the reality of a traumatic perception. Though denial can be direct, because of its unconscious status it is more often than not inferred by indirect evidence through behaviour that is said to mask, bolster or maintain denial" (Goldberger, 1983: 85; zit. nach janoff-Bulman, 1992: 96).

Die Verleugnung ist also ein Abwehrmechanismus und eine Antwort auf die Wahrnehmung der externen Realität, die sich dem Bewusstsein entzieht. Letzteres bedeutet, dass es den Personen nicht bewusst ist, dass es sich bei ihren Anstrengungen um einen Verleugnungsprozess handelt (Janoff-Bulman & Timko, 1987; vgl. Lazarus, 1983). Weil die Verleugnung das Erkennen der vollen Realität verhindert und eine langsame Bewusstwerdung der Traumaauswirkungen kontrolliert, ist die Verleugnung kein pathologischer Abwehrmechanismus, wie in der traditionellen Psychiatrie (vgl. Jahoda, 1958) angenommen, sondern adaptiv und notwendig, weil sie vor emotionaler Überwältigung schützt (Horowitz, 1976, 1982; Janoff-Bulman, 1992). Damit ist klar, dass die Verleugnung unmittelbar nach dem Trauma einsetzt und mit der Zeit abnimmt. Wir die Verleugnung lange Zeit und auf hohem Niveau aufrechterhalten, ist mit pathologischen Konsequenzen zu rechnen (Horowitz, 1982)[30].

[30] In der Traumaliteratur wird die Verleugnung sehr unterschiedlich beschrieben. Smith Landsman (2002) bietet eine brauchbare Unterscheidung der verschiedenen Begriffsverwendungen. Sie unterscheidet zwischen „defensive denial", „trauma-specific avoidance" und „adaptive illusions". Die defensive Verleugnung bezeichnet

Gefühlstaubheit

Die Verleugnung beinhaltet zwei Aspekte: Der eine betrifft die kognitive Komponente des Traumas, die reduziert oder „ausgeschaltet“ wird. Der andere betrifft den ebenfalls automatischen Prozess der Gefühlstaubheit (numbing). Opfer berichten nach Traumata nicht selten, nichts zu fühlen, emotional taub zu sein. Horowitz (1976) beschreibt die emotionale und kognitive Taubheit als zwei Seiten einer Medaille des Phänomens, das er als „denial numbness“ bezeichnet. Es reduziert einerseits exzessive Angst, verhindert andererseits aber auch eine schnelle kognitive Verarbeitung, die allerdings auch funktional ist, um eine Überwältigung zu verhindern. Noch deutlicher formuliert Janoff-Bulman die Notwendigkeit der Gefühlstaubheit:

> „In essence, the survivor undergoes a reversible, symbolic form of death in order to avoid a more permanent psychological or physical one“ (Janoff-Bulman, 1992: 101).

Die Verleugnung führt in extremen Formen zu Dissoziationen, bei denen zusammengehörige Denk- und Handlungsabläufe zerfallen, was von der Person kaum kontrollierbar ist (Fröhlich, 2000). Janoff-Bulman (1992) unterscheidet die Verleugnung von der Dissoziation insofern, als dass sie davon ausgeht, dass das traumatisierende Material unmittelbar nach dem Ereignis zwar nicht abrufbar, aber existent ist und im Verlauf der Genesung integriert werden kann. Gelingt es einer Person nicht, die kognitive Verleugnung aufrechtzuerhalten, tauchen Erinnerungen an das Ereignis wieder auf.

Intrusion

Intrusion bezeichnet das Wiederkehren von Erinnerung an das traumatische Ereignis durch sich ungewollt aufdrängenden Gedanken, Bilder, Flashbacks oder Träume (vgl. auch DSM-IV, APA, 1994). Obwohl die traumatische Situation und damit die Gefahr vorüber ist, erleben traumatisierte Menschen das Ereignis immer wieder, so als würde es gerade passieren. Auch wenn die Bedrohung längst vorüber ist, werden durch intrusive Gedanken intensive Angst und Übererregung ausgelöst. Entsprechend definiert in Anlehung an Horowitz die

---

die traditionelle Sichtweise der Abwehr von Wünschen, Ängsten und Konflikten. Die traumaspezifische Vermeidung, zu der auch die Definitionen von Horowitz und Janoff-Bulman zählen, meint die vollständige oder partielle Vermeidung kognitiver und emotionaler Implikation des Traumas. Schließlich beinhalten die adaptiven Illusionen (Taylor, 1983) die Vermeidung der Realität eines bedrohlichen Ereignisses zur Minimierung traumatischer Ereignisse durch selektive Wahrnehmunge.

Intrusion wie folgt (für eine vergleichende Darstellung der Verleugnung und Intrusion bei Horowitz und Janoff-Bulman vgl. Greenberg, 1995):

> „Representations of the traumatic event – through intrusive thoughts and images – provide a means for rendering closer and closer approximations of the new, threatening data and the old assumptions, such that ultimately assimilation of the traumatic experience and accommodation of prior can be successfully completed" (Janoff-Bulman, 1992: 106).

Verleugnung und Intrusion sind also zwei Aspekte eines Phänomens insofern die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen zwischen inhibitorischen Effekten und der Tendenz zu aktiver Repräsentation wechseln und so bewirken, das lediglich kleine, tolerable Dosierungen traumatischer Information integriert werden. Intrusion und Verleugnung sind damit „adaptive because they result in a diminution of distressing emotions" (Janoff-Bulman, 1992: 105). Janoff-Bulman bewertet sie als Folge einer zunächst unvollständigen kognitiven Verarbeitung. Allerdings fehlt es an empirischen Belegen sowohl für das „denial numbness"-Phänomen als auch für die unvollständige kognitive Verarbeitung traumatischer Erfahrungen und des adaptiven Nutzens einer graduellen Integration in bestehende Schemata (vgl. Greenberg, 1995; Tedeschi, Park & Calhoun, 1998)[31].

Wenn die Bedrohung durch das Trauma im Zeitverlauf abnimmt und wiederkehrende Erinnerungen die Realität des Traumas bewusst werden lassen, entwickeln traumatisierte Personen ein Bedürfnis, die Erfahrungen zu verbalisieren.

> „This need to talk is yet another manifestation of the mind's motivation to confront, reconsider, and integrate the traumatic experience" (Janoff-Bulman, 1992: 108).

Gerade mit der Versprachlichung besteht die Möglichkeit, das Trauma so zu überarbeiten, dass es ertragbarer wird. Pennebaker (1985, 1995) konnte zeigen, dass Personen, die ihre traumatischen Erfahrungen offen verbalisieren (disclosure) geringere Ausprägungen posttraumatischer Belastungen zeigen als Personen, die ihre Erfahrungen verschweigen.

[31] In der aktuellen Literatur wird dem „Ruminationsphänomen" viel Aufmerksamkeit geschenkt, das auch intrusive Gedanken einschließt. Rumination (gedankliches „Wiederkäuen") bezeichnet ein ausgedehntes, über einen längeren Zeitraum anhaltendes bewusstes Nachdenken über ein bestimmtes Objekt oder Ereignis zur Ergründung dessen Implikationen (Martin & Tesser, 1996). Dabei wird prozedurales Wissen aktiviert, um eine „unerledigte Aufgabe" zu lösen (Carver & Scheier, 1981). Schneider und Shiffrin (1977) unterstellen, dass die Rumination ein Konglomerat aus kontrollierten und automatischen Prozessen darstellt: Kontrollierte Bemühungen, Lösungen zu generieren, werden durch unerwünschte intrusive Gedanken an das Ereignis „gestört". Nolen-Hoeksema (1987) geht in ihrer response-styles Theorie davon aus, dass die Tendenz, auf belastende Ereignisse und/oder Stimmungsschwankungen mit ruminativen Gedanken zu reagieren, eine stabile Persönlichkeitsdisposition ist, die die Genese von Depressionen begünstig. Sie konnte zudem zeigen, dass negative Stimmungen bei Frauen häufiger von ruminativen Gedanken begleitet werden als bei Männern (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999).

Mit der Zeit, so Janoff-Bulman, reduzieren sich für gewöhnlich die intrusiven Episoden, was nicht heißt, dass das Trauma vergessen wird, sondern vielmehr, dass die intrusiven Repräsentationen und das Bedürfnis, über das Trauma zu sprechen, abnehmen. Anstelle dessen treten weniger bedrohliche Erinnerungen und Bilder auf. Bis dahin allerdings hat die betroffene Person ein schwieriges Problem zu lösen:

> „That of constructing new schemas or basic assumptions that can account for prior experiences and the new victimization“ (Janoff-Bulman, 1992: 110).

4.5 Die Wiederherstellung erschütterter Kernüberzeugungen

Im weiteren posttraumatischen Verlauf, wenn die Realität des Ereignisses zugelassen werden kann, steht der Wiederaufbau der erschütterten Kernüberzeugungen im Zentrum der Bewältigung und der Anpassung. Nun geht es um Interpretationen und Redefinitionen des Ereignisses, die Janoff-Bulman (1992) als „natürliches“ Ergebnis der Reflexionen versteht. Janoff-Bulman postuliert für diesen reflexiven Prozess drei Strategien: (1) Den sozialen Vergleich (comparison process), (2) die Überprüfung der eigenen Rolle bei der Viktimisierung (interpretations of one’s own role in the victimization) sowie (3) den Versuch, das Ereignis entsprechend der ihm innewohnenden Vorteile und Erfahrungen zu deuten (meaning-making).

4.5.1 Sozialer Vergleich

Janoff-Bulman (1992) beschreibt den sozialen Vergleich in Anlehnung an Taylor, Wood und Lichtman (1983) als Vergleich mit anderen realen oder fiktiven Personen oder Geschehnissen, der zur Einschätzung der eigenen Person und/oder Situation dient. Im Fall traumatischer Ereignisse dient der soziale Vergleich auch dazu, Antworten auf Fragen zu finden, wie z.B. „Wie schlimm war das Ereignis?“ oder „Wie geht es mir?“. Diese und andere Fragen sind nämlich das Ergebnis erschütterter Kernannahmen des guten Selbst. Eine Person, die sich mit anderen vergleicht und zu dem Ergebnis kommt, sie könne besser als andere Personen mit einem traumatischen Ereignis umgehen, kann damit den Glauben an die eigene Kompetenz aufrechterhalten. Vergleiche wie „es hätte schlimmer sein können“, mögen die Kernüberzeugung einer an sich guten Welt wiederherstellen.

4.5.2 Die Überprüfung der eigenen Rolle bei der Viktimisierung

Die Reinterpretation eines traumatischen Ereignisses ist eng an die Suche nach dem Sinn des Ereignisses gebunden. Manche erklären ein traumatisches Ereignis fatalistisch und be-

gründen das Ereignis mit der „Unergründlichkeit Gottes“. Der Sinn des Ereignisses wird nicht infrage gestellt und bedarf keiner weiteren Konkretisierung (McIntosh, Silver & Wortman, 1993). Anders stellt sich die Reinterpretation bei traumatisierten Personen dar, die sich in der Suche nach genaueren Erklärungen engagiert. Sie stoßen auf die Frage „Warum ich?“, die eng mit der Frage nach dem eigenen Beitrag zum traumatischen Ereignis verknüpft ist. Diese Personen fragen sich, ob sie das Ereignis hätten verhindern oder zumindest die Auswirkungen hätten reduzieren können. Nicht wenige traumatisierte Personen weisen sich dabei die Schuld an dem Eintreten eines traumatischen Ereignisses selbst zu. Denn es ist einfacher, bestimmte Schuldzuweisungen festzulegen als die Zufälligkeit eines Ereignisses zu akzeptieren (Walster, 1966). Solche *Selbstvorwürfe* (self-blame) scheinen geeignete Selbstattributionen zu sein, die die Suche nach Person-Outcome Kontingenzen befriedigt.

Die Selbstvorwürfe, bei denen sich die traumatisierte Person selbst die Schuld an dem Ereignis zuschreibt, bildet einen Schwerpunkt der Arbeit von Janoff-Bulman und ihren KollegInnen (z.B. Janoff-Bulman & Lang-Guun, 1988). [Janoff-]Bulman und Wortman (1977) zeigten, dass querschnittgelähmte Personen besser angepasst waren, wenn sie sich selbst die Schuld an ihrer Lähmung zuwiesen. Selbstvorwürfe folgen also einem „positiven adaptiven Impuls“ (Janoff-Bulman, 1992: 123; vgl. auch Janoff-Bulman & Lang-Gunn, 1988). Zwar sind die Selbstvorwürfe nicht essenziell für die Bewältigung eines Ereignisses, wirken aber fördernd bei der Genesung von traumatischen Ereignissen und zwar unabhängig von objektiver Schuld. Mit anderen Worten: Es geht nicht um akkurate Interpretation. Vielmehr sind die Personen motiviert, die Frage nach dem „Warum ich?“ zu beantworten.

Allerdings ist nicht jeder Selbstvorwurf adaptiv. Janoff-Bulman unterscheidet zwei Formen von Selbstvorwürfen: „Characterological self-blame“ und „behavioral self-blame“ (vgl. Janoff-Bulman, 1979; Janoff-Bulman & Thomas, 1989). Nur die verhaltensbezogenen Selbstvorwürfe scheinen nach Janoff-Bulman die Anpassung an traumatische Ereignisse zu unterstützen:

Charakterbezogene Selbstvorwürfe fokussieren persönliche Eigenschaften („Was bin ich für ein schlechter Mensch, dass mir das zustößt“) und gehen aufgrund der negativen Selbstbewertung eher mit hohen psychischen Kosten einher. Problematisch sind diese charakterbezogenen Selbstvorwürfe vor allem, wenn sie die Opferwahrnehmung chronifizieren (Janoff-Bulman & Hecker, 1988).

Bei *verhaltensbezogenen Selbstvorwürfen* wird das traumatische Ereignis mit persönlichen Verhaltensweisen attribuiert („Ich hätte mich umschauen müssen, bevor ich die Straße überquerte“). Diese Form der Selbstvorwürfe ist gemäß Janoff-Bulman (1979, 1992) adaptiv.

Beide Formen betreffen die Person-Outcome Kontingenz, also z.B. die Vorstellung, dass das Ereignis nicht zufällig ist, sondern durch die Person provoziert wurde. Damit wird die Überzeugung vermieden, jederzeit verletzbar zu sein. Verhaltensbezogene Selbstvorwürfe stehen aber zudem in Beziehung zur Kontrollwahrnehmung. Man hätte sich schließlich anders verhalten können und das Ereignis vermeiden können. Die Person glaubt also, für gewöhnlich könne sie derartige Ereignisse beherrschen und Selbstzweifel reduzieren (vgl. auch Janoff-Bulman, 1982; Magwaza, 1999). Janoff-Bulman und McPherson Frantz fassen zusammen:

> „Behavioral self-blame, with its specific, narrower attributions, protect against self-esteem loss, for it is a particular behaviour, rather than the nature of the individual, that is deemed responsible. Further, behaviroal self-blame also provides a more optimistic picture for protection against future victimization; survivors can believe that by altering their behaviours - far easier than altering their basic character – they can avoid future misfortune” (Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997: 96).

Exkurs: Ein kurzer Abriss des Forschungsstandes zum Self-Blaming

Seit der Veröffentlichung der Befunde von [Janoff-]Bulman und Wortman (1977) sind die Effekte von Selbstvorwürfen umstritten. Die empirischen Ergebnisse zeigen ein eher inkonsistentes Bild. Insbesondere die Unterscheidung zwischen charakter- und verhaltensbezogenen Selbstvorwürfen ist nur in wenigen Studien nachgewiesen. Vielmehr zeigt sich in der Mehrzahl der Studien, dass nicht nur charakterbezogene Selbstvorwürfe, sondern auch verhaltensbezogene Selbstvorwürfe maladaptiv sein können. Beide Formen von Selbstvorwürfen gehen mit mehr Stresssymptomen und generell schlechterer Anpassung sowie starker Zerstörung der Kernüberzeugungen einher (vgl. auch Arata, 1999; Arata & Burkhart, 1996; Frazier, 2000; Frazier & Schauben, 1994a,b; Hill & Zautra, 1989; Meyer & Taylor, 1986; O’Neill & Kerig, 2000; für eine Meta-Analyse vgl. Weaver & Clum, 1995). In zwei Studien waren verhaltensbezogene Selbstvorwürfe nicht (Regehr, Regehr & Bradford, 1998) oder marginal (Arata & Burkhart, 1998) mit maladaptiven Symptomen verbunden.

Frazier (2000) sieht die Ursache für die inkonsistenten Ergebnisse darin, dass erstens die Personen selbst diese Unterscheidung unter Umständen gar nicht explizit treffen und zweitens das Modell von Janoff-Bulman auf der Annahme basiert, verhaltensbezogene Selbst-

vorwürfe seien adaptiv, weil sie den Glauben an die zukünftige Kontrolle aufrechterhielten. In der Studie von Frazier (2000) zeigte sich aber, dass beide Formen der Selbstvorwürfe mit einem geringen Kontrollglauben über zukünftige Ereignisse verbunden waren.

Anders argumentiert Montada (1992). Er erklärt die inkonsistenten Ergebnisse anhand emotionaler Zustände. Die Wirkung von charakter- und verhaltensbezogenen Selbstvorwürfen hängt möglicherweise von den Emotionen ab, die die Selbstvorwürfe produzieren (Montada, 1992). Selbstvorwürfe können zu Ärger über sich selbst oder zu Schuldgefühlen führen, aber zugleich das Gefühl ersparen, vom Schicksal oder anderen Menschen ungerecht behandelt worden zu sein.

Entsprechend der inkonsistenten Ergebnisse wird natürlich die Forderung nach einer Begriffsexplikation erhoben. Montada, Schneider und Seiler (1999) kritisieren, dass self-blame in der Literatur nur unzureichend definiert ist. Unklar ist, ob es sich um Schuldvorwürfe oder Verantwortungsübernahme, um sich aufdrängende Kognitionen oder unwillkürliche Emotionen oder um den Versuch, sich aufdrängenden Kognitionen oder Emotionen zu bewältigen. So ist ohne Unterscheidung zwischen Bewältigungsstrategien z.B. durch Verantwortungsübernahme und sich aufdrängenden Selbstvorwürfen keine Aussage über die Effekte möglich.

4.5.3 Kognitive Umdeutungen des Traumas: Meaning-making

Häufig suchen traumatisierte Personen nach möglichen positiven Seiten des Ereignisses. Janoff-Bulman und ihre KollegInnen sind davon überzeugt, dass die Traumaopfer zur Überwindung des Traumas nach neuen Werten suchen (vgl. Kap. 3.13). Einige Zeit nach dem Trauma ist die Bewältigung durch Sinnfindung (*meaning of comprehensibility*) und der Bedeutungsfindung gekennzeichnet (*meaning as significance,* Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997; vgl. auch Janoff-Bulman & Berg, 1997, Janoff-Bulman & Berger, 2000). Beide Formen zählen die AutorInnen zum Prozess des *meaning-making*, dem sie besondere Aufmerksamkeit schenken. Denn der Prozess des meaning-making erklärt die Janoff-Bulmansche (1992) These, dass das ursprüngliche Niveau der Invulnerabilität und der erschütterten Kernüberzeugungen nach einer Traumatisierung zwar nicht wieder erreicht, aber dennoch ein Teil der erschütterten Kernüberzeugungen wiederhergestellt werden kann (vgl. Janoff-Bulman & Berg, 1997; Janoff-Bulman & Berger, 2000; Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997). Die Sinn- und Bedeutungsfindung eines traumatischen Ereignisses kon-

trastiert damit die negativen Ereigniseffekte. Am Ende dieses Prozesse stehen nicht entweder negative oder positive Effekte. Vielmehr sind positive und negative Effekte zwei Seiten derselben Medaille. Erst das Erleben der Schattenseiten einer Traumatisierung ermöglicht die Aufwertung des Ereignisses. D.h., dass die Fokussierung positiver Aspekte ist an die Erinnerung an das traumatische Ereignis gebunden ist.

Die dem meaning-making zugehörige Sinnfindung bedeutet, ein Ereignis zu verstehen. Ein erster Schritt hierfür ist das Nachdenken darüber, ob zwischen dem Verhalten einer Person und dem Ereignis eine Beziehung besteht. Sie tritt in frühen Phasen nach der Viktimisierung auf und wird beispielsweise durch die oben angeführten Selbstvorwürfe genährt. Die Suche nach Person-Outcome Kontingenzen und nach Verteilungsprinzipien „guter" und „schlechter" Dinge liefert dann den Stoff, um die Bedeutung des Lebens an sich zu hinterfragen.

> „Now meaning begins to revolve around questions of value and significance. For the trauma survivor, the primary meaning-related concern is no longer whether the world makes sense, but rather whether his or her life is meaningful – whether it is of value": (Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997: 97-98).

Nach anfänglichen Überlegungen, die das Ereignis an sich erklären, folgen Gedanken, die das eigene Leben in den Mittelpunkt stellen. Nicht selten werden dabei positive Aspekte des Traumas herausgestellt, um den Glauben an das gute Selbst und eine gute persönliche Umgebung wiederherzustellen. Es scheint als wenn

> „our ‚creatureliness', our fragility as physical beings, might preclude seeing great value in human life. Yet survivors see beyond this biological basis of our being to more symbolic aspects of existence" (Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997: 98).

Janoff-Bulman (1992) beschreibt drei kognitive Strategien, die auf die Wiederherstellung der Kernüberzeugungen abzielen und der Re-Evaluierung des eigenen Lebens dienen: (1) Die Neubewertung des Lebens und die Vorstellung eines zweckerfülltes Leidens (suffering for purpose). (2) Die Entdeckung eigener Stärken, die das Trauma zur lehrreichen Lektion werden lässt (benefits to self: lessons learned) und (3) die Neubewertung sozialer Beziehungen sowie die Rolle reziproker Wertschätzungen, die mit der Vorstellung über altruistisches Leidens, also dem Leidens für andere einhergehen kann (benefits to others: suffering as altruism). Diese Strategien sind wesentlich für die Bewältigung eines traumatischen Ereignisses, weil mit ihnen die Akzeptanz eines Ereignisses und damit die Integration des Traumas in bestehende kognitive Konzepte möglich werden.

4.5.3.1 Die Neubewertung des Lebens

Des Glaubens an die eigene Unverletzbarkeit beraubt zu sein, heißt, angesichts des Bewusstseins endlicher Existenz, dem Leben neue Wertschätzung zu geben (Affleck, Tennen & Gershman, 1985; Collins, Taylor & Skokan, 1990; Janoff-Bulman, 1992; Joseph, Yule & Williams, 1993; Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991; Taylor, Lichtman & Wood, 1984, Tedeschi & Calhoun, 1996; Thompson, 1985; Thompson & Janigian, 1988).

Janoff-Bulman und Berger (2000) behaupten, dass die mit dem Verlust des Invulnerabilitätsglaubens einhergehende Angst auch nach einem Ereignis erhalten bleibt. Allerdings dominiert die Angst das emotionale System nicht mehr zur Gänze. Vielmehr können sich neben dem Bewusstsein der eigenen Verletzbarkeit positive Gefühle und Wertschätzung entwickeln. Mehr noch: Das Erleben eigener Verletzbarkeit und Angst ist sogar Voraussetzung für die Entwicklung neuer Wertschätzungen.

Diesen Prozess erklären Janoff-Bulman und McPherson Frantz (1997) *attributionstheoretisch*: Die neue Wertschätzung folgt dem ökonomischen Knappheitsprinzip. Die Gegenwart und Zukunft werden deshalb als etwas besonders Wertvolles angesehen, weil traumatisierten Personen bewusst ist, dass das Leben kurz und endlich ist (perception of scarcity and potential unavailability). Aufgrund der Knappheit der restlichen verfügbaren Lebenszeit wird sie umso wertvoller. Andersherum ist die potenzielle Nichtverfügbarkeit ein kraftvoller Motivationsmechanismus (Kahneman & Tversky, 1996). Der Verlust des Invulnerabilitätsglaubens wird durch die Suche nach einer symbolischen Existenz wie z.B. „zweckerfülltes Leiden“ kompensiert (Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997).

Zweckerfülltes Leiden. Eine wirkungsvolle kognitive Strategie zur Neubewertung des Lebens ist das zweckerfüllte Leiden. Weil wir uns selbst als Verursacher von Ereignissen wahrnehmen und zudem in Kategorien von Gerechtigkeit und Fairness denken, sehen sich manche Opfer zwar nicht direkt als Verursacher des Traumas, wohl aber als durch das Trauma bestraft. Weil sie daran glauben, dass es zwischen der Person und dem, was ihr geschieht, eine Verbindung gibt, wird ein Trauma auch als Strafe verstanden (vgl. auch Lifton, 1967). Wie aber kann das zur positiven Deutung beitragen? Sich selbst als Opfer wahrzunehmen bedeutet, weiterhin die Welt als geordnet wahrzunehmen und Erschütterungen einer guten und gerechten Welt wirksam abwenden zu können. Wenn nämlich ein Zusammenhang besteht zwischen dem Opfer und dem, was ihm widerfuhr, dann kann die Welt nicht zufällig

und bedeutungslos sein. Das zweckerfüllte Leiden ist demnach eine Strategie zur Wiederherstellung des Glaubens an eine gute und sinnvolle Welt.

4.5.3.2 Die Neubewertung des Selbst: Die Entdeckung eigener Stärken

Weil traumatisierte Personen sich hilflos und verletzbar erleben, denken sie über ihre eigenen Kompetenzen nach. Nicht selten entwickeln sie die Vorstellung, aufgrund der neuen Erfahrung nun auch mit anderen schlimmen Ereignissen umgehen zu können. Sie entdecken neue Stärken und fühlen sich kompetenter als vor dem Ereignis. Auch wenn der Glaube an die eigene Verletzbarkeit erhalten bleibt, so Janoff-Bulman (1992), kann parallel dazu das Gefühl entstehen, zukünftige Verletzungen, wenn nicht verhindern, so doch bewältigen zu können. Damit verliert das Wissen über die eigene Verletzbarkeit sein bedrohliches Potenzial.

Ähnlich wie die Neubewertung des Lebens erklären Janoff-Bulman und McPherson Frantz (1997) auch den „neuen“ Glauben an sich selbst als Ergebnis einer Bewertung eigener Einzigartigkeit und der Knappheit eigener wahrgenommener Fähigkeiten. Die Person hält ihre neuen Bewältigungsfähigkeiten für etwas Außergewöhnliches. Die Entdeckung dieser neuen Fähigkeiten (effort-based discovery of special quality, Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997) wird erst durch ein Trauma möglich, weil sie bis dahin nicht gefordert waren. Insofern ist klar, dass dieser Prozess des Selbsterkennens kein einfacher ist, sondern von Schmerz und Leid begleitet wird, jedoch trotz aller Willfährigkeit des Traumas zu einer komplexeren und flexibleren Weltsicht führt.

Lessons learned. Traumatisierte Personen deuten ihr Leiden nicht selten als lehrreiche Lektion, die ihnen vermittelt, welche Dinge im Leben wichtig sind (lessons about life). Traumatisierte Personen berichten häufig, sie hätten gelernt, neue Prioritäten zu setzen. Das Leben an sich ist keine Selbstverständlichkeit mehr, sondern vielmehr etwas Wertvolles, das zuvor nicht erkannt worden war. Für Frauen z.B. spielt der Haushalt nicht länger eine zentrale Rolle. Stattdessen verbringen sie ihre Zeit lieber mit Personen, die ihnen wichtig sind.

Aber auch die Entdeckung eigener Fähigkeiten und Qualitäten zählen zu lehrreichen Lektionen (lessons about oneself). Opfer fühlen sich stark, weil sie das Trauma bewältigt haben. Sie wissen jetzt, dass sie so schnell nichts mehr erschüttern kann.

4.5.3.3 Die Neubewertung sozialer Beziehungen und die Rolle reziproker Wertschätzungen

Die Erschütterung der fundamentalen Annahmen und die Notwendigkeit, die erschütterten Kernüberzeugungen zu rekonstruieren, ist nach Janoff-Bulman (1992) abhängig von den Reaktionen des sozialen Umfeldes. So wie auch die Entwicklung der Kernüberzeugung in Abhängigkeit des sozialen Kontextes gebildet werden, ist auch die Rekonstruktion der Kernüberzeugungen davon abhängig, ob die Person nach einem traumatischen Ereignis, die ihr nahe stehenden Menschen als gütig oder unterstützend wahrnimmt. Ebenso wichtig ist die ihr entgegengebrachte Wertschätzung. Harsche Reaktionen des sozialen Umfeldes bestätigen nicht nur das Schlechte in der Welt, sondern auch die eigenen Selbstzweifel. Unterstützende, liebevolle Reaktionen dagegen lassen die Welt wieder freundlicher aussehen und bezeugen, dass die traumatisierte Person auch nach dem Ereignis wertgeschätzt wird. Dass Personen, die eine solche Wertschätzung erfahren, die Beziehung zu solchen Menschen intensiver erleben, ist nachvollziehbar. Auch hier mag das Knappheitsprinzip eine Rolle spielen. Wir schätzen andere Personen, die uns in schwierigen Situationen unterstützen, und verstehen solche Unterstützungsleistungen als nicht selbstverständlich, sondern als etwas besonders Wertvolles. Insofern beruht auch die psychische Wirkung auf Reziprozität (reciprocal valuing). Denn reziproke Wertschätzungen gehören zu den fundamentalen Annahmen einer gütigen Welt und eines anerkennenswerten Selbst.

Altruistisches Leiden. Manche Opfer versuchen, gerade in der Neugestaltung sozialer Beziehungen eine neue Wertschätzung zu finden und interpretieren den Sinn ihres Leidens dahingehend, ihre neuen „Einsichten“ anderen zur Verfügung zu stellen. Gutes Beispiel hierfür sind Menschen, die z.B. selbst eine Krankheit überstanden haben und in Selbsthilfegruppen ihr Wissen anderen Betroffenen anbieten.

Es ist leicht nachvollziehbar, dass solche Neubewertungen und die hierzu angewendeten Strategien nicht immer gelingen. Schon allein deshalb, weil einige Traumata schwieriger zu interpretieren sind als andere. Der Verlust eines Kindes beispielsweise mag schwieriger zu interpretieren sein, als der eines betagten Menschen.

Nachvollziehbar ist aber auch, dass das Engagement in die Umdeutung eines oder mehrerer Lebensbereiche die Anpassung an das Trauma erleichtert, weil damit die Welt- und Selbstsichten neu festgelegt und komplexer gestaltet werden können.

Entsprechend wird auch in der Traumaforschung zunehmend anerkannt,

„that more intense experience with trauma may produce greater benefits“ (Tedeschi & Calhoun, 1996: 464).

Unklar ist allerdings, ob diese neue Wertschätzung auch dauerhaft ist (Janoff-Bulman & Berger, 2000).

4.5.3.4 Selbstkomplexität als Korrelat erfolgreicher Bewältigung

Bei der kognitiven Bewältigung traumatischer Ereignisse stellt sich die Frage, welche Faktoren erfolgreiche und weniger erfolgreiche Bewältigung unterstützen. Morgan und Janoff-Bulman (1994) verstehen die Bewältigung in Abhängigkeit der Selbstkomplexität, wie Patricia Linville sie beschrieben hat (Linville, 1985; für eine Übersicht vgl. Rafaeli-Mor & Steinberger, 2002). Gemäß Linvilles Theorie der Selbstkomplexität unterscheiden sich Personen hinsichtlich der Zahl ihrer relevanten Selbstaspekte. Einige Menschen besitzen viele Selbstaspekte: Sie fühlen sich als ArbeitnehmerIn, Mutter oder Vater, PartnerIn, MusikerIn, SportlerIn. Andere Menschen dagegen besitzen weniger Selbstaspekte. Außerdem überschneiden sich für die einen die Selbstaspekte, für andere dagegen sind sie voneinander unabhängig. Die Selbstkomplexität erhöht sich mit der Zahl von Selbstaspekten und ihren Beziehungen zueinander. Je komplexer das Selbst repräsentiert wird, desto besser ist eine Person in der Lage, mit traumatischen Ereignissen umzugehen und erleidet umso weniger Depressionen, da komplexere konzeptuelle Selbstsysteme die Kontrollfähigkeiten fördern, indem sie alternative Ziele und Problemlösungen bereithalten (Linville, 1985; vgl. auch Harvey, 1965).

Morgan und Janoff-Bulman (1994) spezifizieren diese Theorie um die Annahme, dass nicht alle Selbstrepräsentationen gleiche Effekte für die Anpassung haben, sondern vielmehr die positiven Selbstrepräsentationen eine gute Anpassung an traumatische Ereignisse am besten vorhersagen. Nachteilig wirkt sich eine große Anzahl negativer Selbstaspekte aus, die positive Umdeutungen erschweren.

4.5.4 Interaktion mit der persönlichen Umgebung

Freilich erfolgt die Rekonstruktion der inneren Welt nach der Erschütterung der Kernüberzeugungen in keinem Vakuum, sondern in sozialen Kontexten, die bedeutungsvoll für die Bewältigung traumatischer Ereignisse sind. Die Reaktionen des sozialen Umfeldes beeinflussen die Neubewertung der oben angesprochenen Lebensbereiche und die erfolgreiche Integration des Traumas in das kognitive System.

Janoff-Bulman (1992) erklärt die Wirkung sozialer Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der Wiederherstellung der erschütterten Kernüberzeugungen des Selbst und

der Welt analog zur Entwicklung der Überzeugungen in der Kindheit. Eine traumatisierte Person lernt neue, bis dahin unbekannte Seiten des sozialen Umfeldes kennen, von dem negative wie auch positive Wirkungen ausgehen können.

Schon vor 25 Jahren haben Roxane Silver und Camille Wortman (1980) auf die positiven affektiven Komponenten sozialer Unterstützungsleistungen hingewiesen. Hierunter fallen Rückmeldungen an Opfer, z.B. durch die Familie oder Freunde, die sich fürsorglich zeigen und zum Ausdruck bringen, das Opfer trotz des Ereignisses gleichsam zu mögen und zu respektieren. Vielfach ist auch die Rückversicherung bedeutsam, dass auch für starke Emotionen Verständnis aufgebracht wird. Für solche Rückmeldungen sind traumatisierte Personen besonders empfänglich sind, weil Traumata das Selbstvertrauen, aber auch den Glauben an eine geordnete, wohlwollende Welt erschüttern.

Nun sind die Reaktionen des sozialen Umfeldes leider nicht immer positiv. Nicht selten erleben traumatisierte Personen, dass sie von anderen Menschen ignoriert oder sogar abgewertet werden, ein Phänomen, das als *blaming the victim* bekannt wurde (Lerner, 1965; Ryan, 1971; vgl. auch Haubl, 2001). Mit dieser ablehnenden Haltung den Opfern gegenüber schützen sich die Beobachter vor der Auseinandersetzung mit der Vorstellung, sie selbst hätten ebenso Opfer sein können. Zu glauben, das Opfer habe das Trauma verdient, ist ein wirkungsvolles Instrument zur Aufrechterhaltung des eigenen Invulnerabilitätsglaubens (Langer, 1975). Sowohl die verhaltens- als auch die charakterbezogenen Schuldvorwürfe gegenüber dem Opfer stabilisieren das Selbstwertgefühl des Schuldzuweisenden (Janoff-Bulman, 1982; für eine Übersicht vgl. Tennen & Affleck, 1990). Zugleich wird mit der Schuldzuweisung auch das Gefühl abgewehrt, Hilfestellung leisten zu müssen. Problematisch ist, dass die Opferstigmatisierung sozial akzeptiert ist und geduldet werden (Janoff-Bulman, Timko & Carli, 1985).

Schuldzuweisungen betreffen insbesondere Opfer menschlicher Taten, weil hier am leichtesten ein Zusammenhang von Verhalten und Ergebnis hergestellt werden kann. Besonders schwerwiegend erweist es sich für die traumatisierte Personen ist, wenn für sie aufgrund der Stigmatisierungen soziale Unterstützungsleistungen nur schwer verfügbar sind.

4.6 Die fundamentale Ambivalenz nach traumatisierenden Ereignissen

Kognitive Umdeutungsstrategien führen zu neuen Einschätzungen eines traumatischen Ereignisses, das nicht länger vollständig negativ bewertet und das gesamte Leben durchdringend verstanden wird. Vielmehr werden auch persönliche Gewinne ermittelt:

> „It is not simply that some trauma survivors cope well and perceive benefits in spite of their losses, but rather that the creation of value and meaning occurs because of their losses, particularly the loss of deeply held illusions. In the end, survivors often feel both more vulnerable and more appreciative, two states that are fundamentally linked" (Janoff-Bulman & Berg, 1998).

Was nach traumatisierenden Ereignissen bleibt, ist also eine „fundamentale Ambivalenz" (Janoff-Bulman & Berger, 2000). Einerseits bleibt die Erinnerung an das schmerzvolle, furchtbare und unerwünschte Ereignis. Andererseits hat die Desillusionierung lang gehegter Unverwundbarkeits- und Sicherheitsillusionen die Augen für den Reichtum des Lebens geöffnet. Das Ergebnis ist ein vitales Bündnis, das zwischen Gewinnen und Verlusten vermittelt.

Die Implikationen sind klar: Trotz der Bewältigungsstrategien bleiben die negativen Deutungen der Kernüberzeugungen zumindest teilweise aufrechterhalten. Das ursprüngliche Niveau des Invulnerabilitätsglaubens wird trotz der Wiederherstellung der „inneren Welt" nach einem Trauma nicht erreicht. Die Annahme „Mir wird schon nichts passieren" ist nicht länger existent. Anstelle dessen bildet das Wissen um die Verluste und die Verletzbarkeit nun den Kern des kognitiv-emotionalen Konzeptes.

Zugleich bietet das Wissen über die gleichzeitige Existenz guter und schlechter Dinge die Chance für ein umfassenderes, flexibleres Welt- und Selbstbild. In der Diktion der Kernüberzeugungen bedeutet das: Die Welt ist gut, aber nicht immer. Das Selbst ist kompetent, aber nicht zu jeder Zeit und in jeder Situation. Es gibt feindselige, aber auch fürsorgende Menschen. Das Leben ist zwar nicht sicher, aber wertvoll. Insofern beinhaltet ein Trauma auch die Chance, einen Wandel „from [a] meaningless world to [a] meaningful life" zu vollziehen, dessen wohl wichtigster Schritt die Akzeptanz des traumatischen Ereignisses ist (Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997).

Janoff-Bulman ist überzeugt, dass es sich bei der Bewältigung aversiver Ereignisse um eine graduelle Anpassung handelt. Betroffene Personen „den Weg des "Sich-Wiederfindes" gehen (Janoff-Bulman, 1992: 100, Übers. M.D., vgl. auch Janoff-Bulman & Timko, 1987). Verleugnung und Intrusion ermöglichen einen sich wiederholenden Prozess des Vergleichs des

erlebten Traumas mit vorab vertretenen Kernüberzeugungen. Allerdings gehen hier die in der Literatur diskutierten Vorstellungen auseinander. Möglicherweise entscheidet die Intensität eines aversiven Ereignisses, ob der Wandel graduell oder abrupt abläuft. Tennen und Affleck (1998) beispielsweise geben zu verstehen, dass ein Trauma so massiv sein kann, dass ein Wandel der Persönlichkeit stattfinden muss und nicht nur eine Anpassung der Kernüberzeugungen erfolgt (vgl. auch Greenberg, 1995; für eine Übersicht vgl. Miller & C'deBaca, 1994, die einen solchen Wandel als „quantum change" bezeichnen).

4.7 Die Kernüberzeugungen und Reaktionen auf deren Erschütterungen im Gendervergleich

1987 veröffentlicht Janoff-Bulman gemeinsam mit Irene Frieze einen Buchbeitrag, der sich mit einem Gendervergleich traumatischer Ereignisse beschäftigt. Darin beschreiben die beiden Autorinnen in einem kurzen Abriss geschlechtervergleichende kognitive Repräsentationen und die verschiedenen Reaktionen auf Traumatisierungen von Frauen und Männern.

Janoff-Bulman und Frieze meinen, dass Frauen und Männer aufgrund biologischer Geschlechterunterschiede und kultureller Stereotype unterschiedlicher Selbst- und Weltbilder haben.

> „Given that gender is an important component of the self-concept, to the extent that self-relevant assumptions related to gender are challenged, one might expect decreased self-esteem. The victim is an individual who has been forced into a helpless, passive, powerless role. Because men in our society are expected to be strong, active, and powerful, the experience of victimization is less apt to challenge gender-relevant schemas or assumptions held by woman regarding "femaleness", for societal expectations for women are more consistent with the helplessness and passivity and passivity experienced by victims" (Janoff-Bulman & Frieze, 1987).

Solche Stereotype bestimmen also Selbst- und Weltbilder und führen zu unterschiedlichen männlichen und weiblichen Traumareaktionen, aber auch zu unterschiedlichen Reaktionen des sozialen Umfeldes auf weibliche und männliche Traumaopfer (zu akutellen geschlechtervergleichenden Studien vgl. Kap. 2.3).

Leider greift Janoff-Bulmann diesen Aspekt in späteren Veröffentlichungen kaum mehr auf. Zwar unterscheidet sie in ihren empirischen Untersuchungen zwischen den Geschlechtern, vertieft diesen Aspekt aber auf konzeptueller Ebene nicht.

4.8 Zum Nachweis der Kernüberzeugungen

Zur Überprüfung ihrer assumptive world theory entwickelte Janoff-Bulman (1989a) einen standardisierten Fragebogen mit 32 Items, die so genannte *world assumptions scale* (WAS).

Mit diesem Instrument werden die acht Annahmen mit je vier Items überprüft (mit Reliabilitäten von .67 bis .78): „Benevolence of the world“, „benevolence of the people“, „justice“, „controllability“, „randomness“, „self-worth“, „self-controllability“ und „luck“. Im Test (n=356) konnten sieben der acht Faktoren bestätigt werden. Lediglich „benevolence of the impersonal world” und “benevolence of the people“ waren nicht trennscharf und wurden daher zusammengefasst.

Um die Auswirkungen eines Traumas mittels „WAS“ zu testen, verglich Janoff-Bulman (1989a; vgl. auch Janoff-Bulman & Hecker, 1988) die ermittelten Faktoren bei 338 College-Studierenden (202 Frauen, 136 Männer), von denen 83 (45 Frauen und 38 Männer) traumatisierende Erfahrungen mit (gewaltsamen) Überfällen, Inzest, Tod eines Elternteils, Tod eines Zwillingsgeschwisters, Feuer, das das Haus zerstörte und/oder schwerwiegende Erkrankungen infolge eines Unfalls hatten. Unabhängige Variablen waren Depression (gemessen mittels der Zung Self Rating Depression Scale, Zung, 1965) und Gender.

Drei der acht Annahmen erwiesen sich als geeignet, zwischen den Vorstellungen von Opfern und Nichtopfern zu unterscheiden: „Self-worth“, „benevolence of the people“ und „randomness“ im Sinne eines Verteilungsprinzips. Letzteres erwies sich als geschlechtersensibel: Im Vergleich zu gleichgeschlechtlichen Nichtopfern glaubten Männer stärker an Zufälligkeiten, während weibliche Opfer weniger an den Zufall glaubten als Frauen, die keine Opfer waren.

Janoff-Bulman integriert und belegt mit diesem Befragungsinstrument das bereits aufgrund ihrer qualitativen Interviews entstandene Trauma-Rahmenkonzept (vgl. Janoff-Bulman, 1985, 1988; Janoff-Bulman & Hecker, 1988; zu weiteren Untersuchungen mit dem WAS-Fragebogen vgl. Franklin, Janoff-Bulman & Roberts, 1990; Schwartzberg & Janoff-Bulman; 1991; kritisch hierzu vgl. Cason, Resick & Weaver, 2002; Overcash, Calhoun & Tedeschi 1996). Bisher wurde die *world assumptions scale* nur in überschaubarem Maße in der Forschung und mangels Übersetzung auch nur im englischsprachigen Raum angewendet. So beispielsweise von Tuval-Mashiach, Freedman, Bargai, Boker, Hadar und Shalev (2004, vgl. auch Shalev, Freedman, Peri, Brandes & Sahar, 1997). Am Beispiel von fünf traumatisierten Personen beschreiben die AutorInnen die narrativen und kognitiven Veränderungen und deren Zusammenhänge zu psychopathologischen Verläufen eines Traumas. Die fünf Personen zwischen 17 und 23 waren in einem Kleinbus auf dem Weg zu einem Besuch eines Ar-

meestützpunktes als sie von einem Auto gerammt und angeschossen wurden. Zwei wurden schwer verletzt, die drei anderen leicht. In dieser longitudinalen Studie wurden quantitative und qualitative Methoden gemixt. Interessant für die hier vorliegende Arbeit sind die Ergebnisse aus der semistrukturierten narrativen Befragung und der *world assumptions scale*. Die Befragungen fanden unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis im Schockraum des behandelnden Krankenhauses, die zweite nach einer Woche, die dritte nach einem und die vierte nach vier Monaten statt. Kurz nach dem traumatischen Erlebnis waren die Personen kaum in der Lage, eine kohärent organisierte Geschichte über das Trauma zu erzählen. Die kognitive Desorganisation ging mit der Erschütterung der Kernannahmen einher, die anhand der *world assumptions scale* nachgewiesen wurde. Einen Monat nach dem Ereignis zeigten sich deutliche Differenzen zwischen den Erzählungen in den Interviews und den ersten Ergebnissen der *world assumptions scale*: Während sich nach einem Monat im narrativen Teil bereits erste positive kognitive Veränderungen der erschütterten Annahmen über die Welt und das Selbst erkennen ließen, spiegelten sich diese in der *world assumptions scale* noch nicht wieder. Erst nach vier Monaten stimmten die berichteten positiven Veränderungen in narrativer und schriftlicher Befragung überein.

Die anfängliche Diskrepanz mag auf unterschiedlichen Zugängen in der narrativen Befragung und *world assumptions scale* beruhen. Im narrativen Teil wurde z.B. gefragt: „What is the most important thing for you to tell about the event?" oder "When you think of yourself at the time of the event (functioning, feelings, thoughts), what do you remember most?". Die world assumptions scale dagegen fokussiert auf allgemeine Aussagen (z.B. „Misfortune is least likely to strike worthy, decent people" oder „Bad events are distributed to people at random"). Denkbar ist, dass es zunächst einen Bedarf gibt, das Ereignis an sich zu erklären und zu einem für den Betroffenen bedeutsamen und logischen Ereignis zusammen zu führen, um im alltäglichen Leben funktionieren zu können. Möglicherweise werden die abstrakten, in der *world assumptions scale* erfassten Kernüberzeugungen erst zu einem späteren Zeitpunkt einer kognitiven Überprüfung unterzogen, nämlich dann, wenn bereits eine kohärente Konstruktion des Ereignisses existiert, die dann auch weniger im Widerspruch zu den bestehenden Kernüberzeugungen steht.

Magwaza (1999) setzte bei seiner Untersuchung von 65 Opfern südafrikanischer Apartheitspolitik ebenfalls die *world assumptions scale* ein. Die Opfer hatten entweder einen nahen Angehörigen verloren oder waren selbst Opfer von Folter und Internierung. Zum Zeit-

punkt der Befragung lagen die traumatischen Ereignisse 15 Jahre zurück. Alle Befragten litten zum Zeitpunkt der Befragung nach wie vor unter posttraumatischen Belastungssymptomen. Eine nach sozioökonomischen Kriterien ähnlich zusammengesetzte Gruppe mit ebenfalls 65 Teilnehmen ohne traumatisierenden Erfahrungen diente als Kontrollgruppe. Gemäß den Ergebnissen der *world assumptions scale* unterschieden sich die Gruppen signifikant hinsichtlich der Bedeutungs- und Güte-Subskalen. Interessant sind die Ergebnisse der traumatisierten ProbandInnen. Diejenigen Personen, die einen nahen Angehörigen verloren hatten, erlitten keine Defizite der Selbstwahrnehmung, denn, wie sich im qualitativen Teil der Studie herausstellt, sahen diese sich als Helden, die für das nationale Interesse gelitten hatten. Diejenigen dagegen, die gefoltert wurden, hatten gemäß der *world assumptions scale* den Glauben an das gute Selbst verloren. Allerdings wurde dieses Ergebnis nicht durch die qualitativen Daten gestützt. Gemäß den Interviewdaten hatten die Folteropfer das Trauma als wesentlich für ihre persönliche Reife eingeschätzt, das ihrem Leben den Charakter eines Martyrers verliehen hatte. Zudem hielten sie, weil sie das Ereignis überlebt hatten, einen strengen Glauben an die eigene Unverletzbarkeit aufrecht (Magwaza, 1999).

Im Ergebnis hat die Studie also insofern die Annahmen Janoff-Bulmans (1989, 1992) mit der *world assumptions scale* bestätigt, als dass Teile der Kernüberzeugungen auch Jahre nach einem kritischen Ereignis negativ repräsentiert bleiben. Kritisch zu bewerten ist, dass Ergebnisse der schriftlichen Befragung nicht durch das persönliche Interview bestätigt wurden. Denkbar ist, dass in dem persönlichen Interview sehr spezifische Annahmen thematisiert wurden, während in der schriftlichen Befragung globale Aussagen beurteilt werden. Dass Differenzierungen zwischen globalen „Weltaussagen“ und Aussagen zum persönlichen Umfeld sinnvoll sind, zeigt auch die Gerechtigkeitsforschung, wonach befragte Personen durchaus die persönliche Welt als gerecht empfinden, eine nationale Gerechtigkeit aber bezweifeln (z.B. Dalbert, 1996). Denkbar ist auch, dass in den Interviews das Trauma „schöngeredet“ wurde (vgl. hierzu: Greenberg, 1995: 1276) und die Äußerungen keine Anpassungsleistungen darstellen. Wie dem auch sei, die Untersuchungen zeigen, dass die *world assumptions scale* aufgrund der allgemein formulierten Items nicht geeignet ist, differenzierte Aussagen über die Erschütterung der Kernüberzeugungen zu erhalten. Vor allem aber fehlen aussagekräftige Validierungsdaten für das Befragungsinstrument.

Kritisch zur Messung der Kernüberzeugungen merken Cason, Resick und Weaver (2002) an, dass die narrativen Methoden, die Janoff-Bulman und ihre KollegInnen anwenden, unab-

hängig von den von Janoff-Bulman postulierten Schemata stehen. Damit bleibt beispielsweise offen, wodurch diese aktiviert werden. Auch der Prozess der Assimilation und Akkomodation, der die Anpassung an traumatische Ereignisse ausmacht, wird in der Empirie nicht überprüft.

4.9 Nutzen, Grenzen und Weiterentwicklungen der assumptive world theory

Wie bei allen Ansätzen gibt es auch einige kritische Grenzen des Janoff-Bulmanschen Konzeptes, die im Folgenden diskutiert werden. Daran anschließend werden einige Weiterenwicklungen anderer AutorInnen aufgezeigt. Diese greifen einige „Erklärungslücken“ auf und erweitern den Ansatz um nennenswerte Aspekte, die den Wert und den Nutzen der assumptive world theory erhöhen.

4.10 Grenzen der assumptive world theory

Janoff-Bulman (1992) erklärt mit ihrer Theorie verschiedene fundamentale Kernüberzeugungen als Organisationsprinzipien für menschliche Erfahrungen und menschliches Wissen. Weil diese Kernüberzeugungen Orientierung im Leben bieten, sind sie gegenüber Veränderungen großenteils resistent (Janoff-Bulman, 1992). Der Wert der Theorie besteht also darin, dass sie die „psychological principle of the conservation of human reality or culture’“ beschreibt (Kauffman, 2002: 2). Zugleich erklärt diese Veränderungsresistenz auch die langwierigen Anpassungsleistungen an traumatische Ereignisse, weil Traumaopfer an bestehenden Realitäten festzuhalten versuchen, diese aber mit den Traumaerfahrungen nicht vereinbar sind. Erst verschiedene kognitive Strategien (insbesondere die Neubewertung des Traumas mit Fokussierung positiver Aspekte des Ereignisses) führen zur Integration der Traumainformationen in das bestehende kognitive System bzw. zur Veränderung der Kernüberzeugung.

Janoff-Bulmans assumptive world theory gilt als eine der einflussreichsten Traumatheorien, die wesentlich zum Verständnis kognitiver Reorganisation beigetragen hat. Es ist Janoff-Bulman zu verdanken, dass die Analyse der Traumareaktionen nicht länger ausschließlich am Angstparadigma orientiert ist (Steil & Ehlers, 1998), sondern posttraumatische kognitive Bewertungen der Welt und des Selbst berücksichtigen. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass bestimmte Annahmen bis heute nicht bestätigt wurden und andere Aspekte, wie z.B. mehrfache Traumatisierungen, nicht erklärt werden konnten. Diese werden im Folgenden thematisiert.

4.10.1 Zur Prämisse schemabasierter Kernüberzeugungen

Die Annahme fundamentaler, konservativer Kernüberzeugungen ist in verschiedener Hinsicht problematisch:

Erstens ist keineswegs belegt, dass es sich bei den von Janoff-Bulman postulierten Kernüberzeugungen einer guten und bedeutungsvollen Welt und eines guten Selbst um die *wichtigsten und einzigen traumarelevanten Überzeugungen* handelt. Auch Horowitz merkt an, dass die Reduktion auf wenige Annahmen zu kurz greift:

> „Every person has not just one self-schemata or version of interaction between the self and others, but multiple inner models of role and relationship sequences. The dominant schema used to organize a train of thought influences the concepts and emotions that occur during thought sequence“ (Horowitz, 1997: 105).

Tatsächlich unterstellt Janoff-Bulman mit der Kernannahme einer ausschließlich „guten“ Welt einen „naiven“ Menschen, was wohl nur begrenzt zutreffen mag.

Auch Forschungsergebnisse von Taylor und ihren KollegInnen (z.B. Taylor, Lichtman & Wood, 1984), die zeigen, dass wenn eine getroffene Annahme durch ein Ereignis widerlegt wird, die Person einfach andere Annahmen fokussiert, sprechen gegen die zentrale Bedeutung einiger weniger Kernüberzeugungen. Denkbar ist, dass nicht die Erschütterung spezifischer Annahmen im Mittelpunkt des Traumas stehen, sondern vielmehr die Tatsache, dass ein Ereignis stattgefunden hat, das der betroffenen Person emotionale und kognitive Grenzen aufzeigt.

Zweitens ist der *optimistische Charakter der Kernüberzeugungen* zweifelhaft. Dalgleish (1999) und Kaufman (2002) bemängeln, dass die Kernüberzeugungen das „Gute der Welt“ oder des „unverletzbaren Selbst“ überbetonen. Nach Überzeugung von Dalgleish (1999) wird die Welt oder das Selbst nicht als vollständig gut oder sicher angenommen:

> „In most cases, such models are not ‘overvalued’ in the sense that, for example, the individual holds an assumption of *complete* invulnerability“ (Dalgleish, 1999: 213).

Wenn nun, wie Janoff-Bulman postuliert, eine Person eine undifferenzierte Überbewertung der guten und sicheren Welt aufrechterhält, so Dalgleish (1999), scheint das wohl nur aus zwei Gründen möglich: Entweder war das bisherige Leben dieser Menschen tatsächlich weitgehend unbelastet von negativen Erfahrungen (vgl. auch Rando, 2002) oder aber sie verleugnen inkongruente Informationen zur Aufrechterhaltung überbetonter Kernüberzeugungen. Vermutlich sind beide Fälle nicht repräsentativ. Das „Erschütterungskonzept“ von Janoff-Bulman impliziert aber genau die Reorganisation dieser positiven Kernüberzeugungen und deckt damit nur einen Teil unterschiedlicher Traumaerfahrungen ab.

Drittens ist der von Janoff-Bulman postulierte *Konservatismus der Kernüberzeugungen* umstritten. Die Starrheit der Kernüberzeugungen kritisiert Dalgleish (1999) mit dem Argument, dass unterschiedliche Lernerfahrungen und Lernfortschritte eher für flexible, veränderbare Kernüberzeugungen sprechen:

> „Such models are not rigid and inflexible because they are usually the product of a learning history in which the individual has had to process information which is at odds with extant models and has had to integrate that information in adapting those same models; for example, when goals have not been fulfilled" (Dalgleish, 1999: 214).

D.h. die assumptive world theory ist eher für Personen anwendbar, die unflexible Schemata aufrechterhalten, aber zugleich die Fähigkeit besitzen, aufgrund früherer Erfahrungen mit inkongruenten Erfahrungen umzugehen (vgl. auch Rando, 2002). Andere Menschen dagegen, die ihre Selbst- und Weltbilder nicht aufgeben können und keine Abwehrmechanismen gegen die Erschütterungen durch negative Informationen, laufen Gefahr, posttraumatische Belastungssymptome zu entwickeln.

Dalgleishs (1999) Argumentation ist nachvollziehbar: Er verweist auf die menschliche Tendenz zur Differenzierung des Selbst und dessen Funktionen. Tatsächlich impliziert das Rekonstruktionsargument von Janoff-Bulman, dass traumatisierte Personen motiviert sind, nach traumatischen Erfahrungen zum ursprünglichen Zustand zurückzukehren. D.h. die assumptive world theory übersieht möglicherweise die Aktualisierungstendenz, die dafür spricht, dass der Genesungsprozess weniger auf die Rekonstruktion früherer Kernüberzeugungen ausgerichtet ist, als vielmehr auf eine schlüssige Differenzierung der Kernüberzeugungen. Der Unterschied zur Rekonstruktion der Kernüberzeugungen besteht darin, dass selbst wenn, wie Janoff-Bulman behauptet, durch das Trauma negative Annahmen über die Welt und das Selbst provoziert werden, diese als persönliches Wachstum (z.B. Tedeschi, Park & Calhoun, 1998) gewertet werden können. Dagegen müssten gemäß der Prämissen von Janoff-Bulman negative Kernüberzeugungen auch längerfristig mit einer psychischen Desintegration einhergehen, da die negativen Kernüberzeugungen inkongruent zu ursprünglichen Überzeugungen sind, zu denen die betroffene Person schließlich zurückstrebt. Viele Menschen mit negativen Kernüberzeugungen sind aber psychisch gesund und optimistisch (vgl. z.B. Resick, 2001).

Viertens bleibt mit der Betonung positiver Kernannahmen auch offen, so die Kritiker, wie ein belastendes oder traumatisierendes Ereignis auf vorab negative Selbst- und Weltvorstellungen wirkt (Resick, 2001). Frühere negative Kernüberzeugungen, so Resick (2001; vgl. auch Cason, Resick & Weaver, 2002), würden durch ein traumatisches Ereignis bestätigt. Ein

Mensch, der vor dem Trauma beispielsweise über ein geringes Selbstvertrauen verfügte, würde sich aufgrund des Traumas bestätigt fühlen und sich für wertlos halten. Weil in diesem Fall die aktuellen Trauminformationen mit den bestehenden Informationen kongruent sind, müsste eine Erschütterung ausbleiben. Solche früheren negativen Selbst- und Weltvorstellungen können freilich die Folge früherer Traumata sein. Dagegen spräche aber, dass Personen nach einem zweiten Trauma besonders starke posttraumatische Belastungsstörungen entwickeln (Kilpatric, Veronen & Best, 1985; Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Insofern sind Resick (2001) und ihre KollegInnen (Cason, Resick & Weaver, 2002) davon überzeugt, dass die Janoff-Bulmansche Theorie zumindest zur Erklärung polytraumatischer Erfahrungen ungeeignet ist.

Dieser Kritik ist allerdings entgegenzuhalten, dass die von Janoff-Bulman und Berger (2000) so bezeichnete „fundamentalen Ambivalenz“ gerade dadurch gekennzeichnet ist, dass nach traumatischen Ereignissen der Absolutheitsanspruch einer guten Welt und eines guten Selbst zugunsten einer differenzierteren Sichtweise beispielsweise guter eigener Fähigkeiten in der Bewältigung bei gleichzeitigem Bewusstsein eigener Verletzbarkeit, weicht. D.h., nicht alle Kernüberzeugungen werden grundsätzlich auf das ursprüngliche Niveau rekonstruiert. Ebenso wenig bleiben alle fundamentalen Annahmen negativ repräsentiert. Es ist also gemäß der Janoff-Bulmanschen Theorie durchaus möglich, dass ein neues Trauma entweder rekonstruierte oder von einem vorherigen Trauma nicht betroffene Kernüberzeugungen erschüttert. Zwar diskutiert Janoff-Bulman an keiner Stelle ihrer konzeptuellen Ausführungen mehrfache Erschütterungen durch traumatische Ereignisse. Aber anders als Resick (2001) behauptet, steht eine weitere Traumatisierung nicht im Widerspruch zur assumptive world theory. Freilich bestehen zu wenige und unpräzise Prämissen über die Bedingungen mehrfacher Erschütterungen als dass die assumptive world theory zu einer befriedigenden Erklärung angesichts vorab gehaltener erschütterter oder negativer Überzeugungen führen könnte. Weitere Studien hierzu wären wünschenswert.

Auch die Feststellung, dass neuerliche Traumata stärkere posttraumatische Belastungen hervorrufen, steht nicht im Widerspruch zur assumptive world theory. So kann eine traumatisierte Person annehmen, das vorherige Trauma war die bislang schlimmste Erfahrung in ihrem Leben und infolge dessen daran glauben, jederzeit verletzbar zu sein, ohne jedoch über eine realistische Einschätzung zu verfügen, wie tief ein weiteres Trauma sie aufs Neue verletzen würde (z.B. „Ich hätte nicht gedacht, dass es noch schlimmer kommen konnte“).

Besonders die von Janoff-Bulman (1992) beschriebene Neubewertung eigener Fähigkeiten, aufgrund derer sich eine Person vorstellt, nun allen Situationen gewachsen zu sein, könnte besonders vulnerabel für spätere Traumata sein.

Zu bedenken ist also auch, dass die Kritiker eine maximale Erschütterung aller Kernüberzeugungen unterstellen. Mit der Dichotomisierung erschütterter versus nicht erschütterter Kernüberzeugungen wird eine Differenzierung der Erschütterungenspotenziale ausgeschlossen. Möglicherweise führt eine neuerliche Traumatisierung aber zu stärkeren Erschütterungen als bei dem ersten Trauma, weil mit dem aktuellen Trauma die Schrecken des früheren Traumas aktualisiert werden. Schließlich verfügen traumatisierte Personen über Wissen, mit dem sie die psychischen Kosten einer Traumatisierung und die Dauer des Genesungsprozesses sehr gut einschätzen können. Es ist nicht auszuschließen, dass dieses Wissen einen zusätzlichen Belastungsfaktor darstellt und damit die Gesamtbelastungen im Zuge einer weiteren Traumatisierung deutlich erhöhen.

Für eine empirische Überprüfung fundamentaler Kernüberzeugungen ist eben aufgrund der begrenzten Differenzierung zu fordern, dass die posttraumatisch zu messenden Überzeugungen als Veränderung dieser im Vergleich zu vorab gehaltenen Überzeugungen zu überprüfen sind.

4.10.2 Zur Prämisse inkongruenter Traumainformationen

In Janoff-Bulmans Theorie (wie auch anderen Traumatheorien) stellt die kohärente Integration traumatischer Ereignisse das kritische Kriterium des Genesungsprozesses dar. Gelingt es einer Person aufgrund assimilativer oder akkomodativer Prozesse, die Traumainformationen zu einem schlüssigen Schemakonzept zusammenzufassen, wird sie über einen mehr oder weniger langen Zeitraum von dem Trauma genesen.

Janoff-Bulman orientiert sich hinsichtlich der psychologischen Mechanismen an der Horowitzschen s*tress response Theorie*, ohne diese jedoch weiterzuentwickeln (Greenberg, 1995). Analog zu Horowitz bestimmt Janoff-Bulman die Intrusion und Verleugnung als universelle Phänomene, die in frühen posttraumatischen Stadien normal und adaptiv sind. Chronisch intrusive Gedanken dagegen sind Zeichen unvollständig kognitiver Traumabewältigung. Dieser adaptive Nutzen in frühen Phasen wird in verschiedenen Studien bestätigt, wogegen die Pathologisierung in späteren Phasen nur teilweise belegt ist (z.B. Craemer, Burgess & Pattison, 1992; McFarlane, 1992; Michael, Ehlers, Halligan & Clark, 2005). Bis heute

ist übrigens nicht bekannt, warum traumatische Erinnerungen immer wieder ins Gedächtnis zurückkehren (Michael, Ehlers, Halligan & Clark, 2005).

Ebenfalls unklar bleibt, welche Auswirkung die Aufrechterhaltung negativer Schemata für die psychische Gesundheit hat. Hierzu müsste die Frage geklärt werden, ob posttraumatisch negative Kernüberzeugungen kongruent mit den bestehenden Selbst- und Weltbildern sein können, also lediglich einer realistischeren Sichtweise entsprechen oder ob negative Kernüberzeugungen eine unvollständige kognitive Traumaverarbeitungen widerspiegeln, die einer Unvereinbarkeit früherer und aktueller Informationen beruht.

Im Ergebnis wird die in der Traumatologie wesentliche Frage, warum eine Person nach einem Trauma posttraumatische Belastungsstörungen erleidet, während andere, die dasselbe traumatische Ereignis erlebten, gesund bleiben, auch durch die assumptive world theory nicht erklärt.

4.10.3 Die Anwendung der assumptive world theory in der klinischen Praxis

Eine Theorie, die sich mit den Folgewirkungen von Traumata beschäftigt, wird zwangsläufig auch daran gemessen werden, welchen Nutzen sie für die klinische Praxis stiftet. Hierin scheint zumindest nach Aussagen Kauffmans (2002) ein Defizit der assumptive world theory zu bestehen:

> „Janoff-Bulman, whose work leads the way in approaching the concept of the assumptive world, says the basic dimensions of the assumptive world are meaning, self-worth and benevolence; safety is not conceptualized as a component in this schema. […]. When we listen clinically to assertions about the benevolence of the world, we may hear assertions about sense of safety. Safety is *the* clinical issue. Janoff-Bulman argues strongly that safety is central; leaving the concept out of her influential theoretical construct of the assumptive world […] has, among its many advantages, the shortcoming that the theoretical construct no longer directs research and clinical attention to the central concern" (Kauffman, 2002: 207).

Im Zentrum klinischer Arbeit steht die erlebte Verletzbarkeit, die mit erlebter Hilflosigkeit einhergeht. Daraus folgt:

> „When protective cognitions are shattered by helplessness panic, illusions of invulnerability become more primitive, inflated, tenuous, and fragmented. The greater the danger of helplessness, the greater the urgency of omnipotent protection" (Kauffman, 2002: 208).

Mit anderen Worten ist die assumptive world theory zwar ein geeignetes Rahmenkonzept, um kognitive Traumareaktionen zu verstehen, ohne aber die damit verbundenen Psychodynamiken zu erklären, die insbesondere durch den Verlust des Sicherheitsgefühls provoziert werden. Einige AutorInnen gehen sogar so weit zu sagen, „trauma is the antithesis of safety" (Everly, 1993: 275-276; vgl.Everly & Lating, 2004). Es ist das Kennzeichen des Trau-

mas, dass es die betroffene Person zu dem grundlegenden Bedürfnis nach Sicherheit zurückführt (ebd.).

Cason, Resick und Weaver (2002) weisen darauf hin, dass die von Janoff-Bulman postulierten Themen einer guten, bedeutungsvollen Welt und eines kompetenten Selbst möglicherweise für die klinische Arbeit nicht ausreichen. Zwar verhindere die Beschreibung der Kernüberzeugungen und der Prinzipien, nach denen diese organisiert sind, eine Simplifizierung traumatischer Ereignisse, andererseits eigne sich das Schemakonstrukt kaum, um alltagsrelevante Überzeugungen traumatisierter Personen zu erklären.

Bei der Kritik aus dem klinischen Lager ist natürlich über die Grundlegungen der assumptive world theory nachzudenken. Janoff-Bulman beschreibt den Genesungsprozess von Traumata. Die Kritiker aus der klinischen Praxis argumentieren freilich anhand von Erfahrungen mit klinisch auffälligen Personen. Ganz grundsätzlich bemerkt, liegt der Unterschied zwischen klinisch auffälligen Traumaopfern und Personen, die ein Trauma ohne weiteren gesundheitlichen Schaden überstehen, ja genau im Verlust des Sicherheitsgefühls.

4.10.4 Weiterentwicklungen des Konzptes

Die Theorie Janoff-Bulmans fand und findet weite Anerkennung in der Traumatologie. Von vielen AutorInnen als Erklärung von Traumata herangezogen, zeigte sich aber, dass die Theorie einige Aspekte nicht zu erklären in der Lage ist. Entsprechend wurde die Theorie erweitert. Die beiden wesentlichen Weiterentwicklungen werden im Folgenden vorgestellt.

Spezifizierung der Kernüberzeugungen

Die klinische Psychologin Therese Rando (1993) beschäftigt sich insbesondere mit Personen, die aufgrund des Verlustes eines nahe stehenden Menschen traumatisiert sind. Sie unterscheidet explizit zwischen *globalen* und *spezifischen Überzeugungen*:

> „*Global assumptions* pertain to the self, others, life, or the world in general. […] The death of a loved one always violates the mourner's *specific assumptions* about the loved one's continued interactive presence and violates the countless expectations the mourner held for that person's forming a significant part of the world" (Rando, 1993: 51, Hervorh. der Autorin).

Die globalen Überzeugungen über das Selbst, die persönliche Umwelt und die Welt als Gesamtes entsprechen den von Janoff-Bulman (1992) so bezeichnetet Kernüberzeugungen. Die spezifischen Annahmen beschreibt Rando am Beispiel des Verlustes eines nahe stehenden Menschen. Sie umfassen in diesem konkreten Fall die Vorstellung, die Beziehung möge

immer weiter bestehen. Durch den Tod des nahe stehenden Menschen wird diese Vorstellung erschüttert, weil der trauernden Person bewusst wird, dass geteilte Hoffnungen, Wünsche und Ängste und frühere gegenseitige Unterstützungen nun nicht mehr möglich sind.

Genau genommen greift Rando (2002) die von Epstein (1980) postulierten „lower-order"-Postulate auf und integriert diese in die Janoff-Bulmansche Theorie. Solche spezifischen Schemata oder Überzeugungen sind weniger resistent gegenüber Veränderungen, können als leichter an bestehende Schemata angepasst und umgedeutet werden, stehen aber sehr wohl mit den globaleren Kernüberzeugungen in Verbindung. Denn der Verlust spezifischer Überzeugungen kann auf die Kernüberzeugungen übergreifen, wenn die erlebten Verluste nicht kompensiert werden können. Insofern ist auch plausibel, dass die Rekonstruktion erschütterter Ereignisse unterschiedlich verlaufen kann, so dass traumatisierte Personen bereits einige Monate nach dem Trauma berichten, an dem Ereignis gereift zu sein, andererseits die Kernüberzeugungen noch nachweislich erschüttert sind (vgl. Magwaza, 1999).

Die Erschütterung der Kernüberzeugungen in Abhängigkeit von früheren Erfahrungen und prätraumatischen Kognitionen

Auch im Kontext mangelnder Differenzierung prätraumatisch vorhandener Überzeugungen ist der theoretische Ansatz von Therese Rando (2002) beachtenswert. Zwar behandelt er nicht die Reaktionen polytraumatisierter Personen, gibt aber Aufschluss daüber, wie verschiedene positive und negative Überzeugungen den Schweregrad eines Traumas beeinflussen. Rando entwirft ein differenzierteres Bild der in der Kindheit entwickelten Überzeugungen für traumatische Ereignisse im Erwachsenenalter. Aus der Perspektive traumatisierter Personen kann eine Kindheit auch „zu gut" gewesen sein:

> „The term too good childhood […] is used colloquially to refer to a premorbid history that has been marked by an abundance of positive, fortune life experience and/or lack of negative, disadvantagous ones" (Rando, 2002: 172).

Eine solche „zu gute" Kindheit, so die These Randos, prädestiniert für besondere ausgeprägte Desillusionierungen durch traumatisierende Ereignisse. Die Gründe sind unmittelbar plausibel: Erstens entwickeln diese Personen gerade solche Kernüberzeugungen (z.B. Übergeneralisierung des Vertrauens in andere Menschen), die für Traumatisierungen besonders sensibel sind. Infolgedessen werden bestimmte, besonders unrealistische Komponenten der Kernüberzeugungen generiert. Zweitens kann erschwerend hinzukommen, dass diese Menschen in der Abwehr und Bewältigung schwieriger Situationen ungeübt sind, weil sie zu we-

nig negative Erfahrungen gemacht haben. Wenngleich der Nutzen einer guten Kindheit ohne Zweifel besteht, entwickeln zu behütete Kinder so von Rando (2002: 173) „assumptive world vulnerabilities“. Zwei Personengruppen haben posttraumatisch mit diesen assumptive word Verletzbarkeiten zu kämpfen: Die erste Gruppe bilden Personen, die zu unrealistische positive Erfahrungen *und* einen Mangel an negativen Erfahrungen haben. Sie generieren positive, übergeneralisierte Annahmen und verfügen über zu wenig Wissen und Praxis im Umgang mit schlechten Erfahrungen. Der zweiten Personengruppe mangelt es „nur“ an Erfahrungen im Umgang mit negativen Ereignissen. Diese Menschen haben zwar keine übergeneralisierten, positiven Überzeugungen, sind aber nicht in der Lage, angesichts schwieriger Ereignisse, ihre Überzeugungen zu verteidigen oder zu korrigieren.

Folgende Probleme ergeben sich für diese Personengruppen im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen:

> „The first group has two areas of assumptive world problems to contend with, content and process; the second group is restricted to process problems only” (Rando, 2002: 174).

Für die beiden genannten Gruppen ist aufgrund ihrer „zu guten“ Kindheit eine besonders starke Desillusionierung nach traumatischen Ereignissen zu erwarten. Besonders die erste Gruppe erlebt die Desillusionierung selbst als additive Traumatisierung, wenn die Traumatisierung dort stattfindet, wo sich diese Personen besonders sicher fühlten. Die Stärke der Desillusionierung ergibt sich also aus einer „doppelten Dosis“ (Rando, 2002: 186), die auf dem traumatischen Ereignis an sich beruht. Zu dieser addiert sich eine sekundäre Traumatisierung (vgl. auch Figley, 1995), wenn eine Person Schwächen im Umgang mit dem traumatischen Ereignis erlebt.

Selbstverständlich gibt es Menschen, für die die von Rando postulierten spezifischen Vulnerabilitäten der Kernüberzeugungen nicht zutreffen. Diese Gruppe zeichnet sich dadurch aus, dass sie positive, übergeneralisierte, unrealistische Überzeugungen hat *und* Bedrohungen der Überzeugungen erfolgreich zu bewältigen in der Lage ist. In der Tat handelt es sich bei dieser Personengruppe um

> „individuals embody what has been delineated by Janoff-Bulman (1992) in her description of the new psychological world of the survivor of victimizaton” (Rando, 2002: 174).

Genau genommen handelt es sich bei der Argumentation von Rando um eine Bestätigung der Janoff-Bulmanschen Annahmen. Denn Janoff-Bulman beschreibt eben für diejenigen

Personen, die eine *„optimale" Kindheit* erlebten, und die entsprechende Kernüberzeugungen entwickelten und über adäquate Bewältigungserfahrungen verfügen (vgl. Kap. 2.3).

4.10.5 Die Erschütterung der Kernüberzeugungen in Abhängigkeit von psychischen Bedürfnissen

McCann und Pearlman (1990) integrieren drei zentrale psychologische Systeme – das Selbst, psychische Bedürfnisse und kognitive Schemata – zu einer konstruktivistischen „self-developement"-Theorie, wobei der Fokus insbesondere auf die psychischen Bedürfnisse und deren Zusammenhang mit den Schemata gelegt wird.

McCann und Pearlman (1990) versuchen zu erklären, warum einige Menschen nach einem Trauma generalisierte und negative Schemata aufrechterhalten, während andere eine positivere Sichtweise des Selbst und der Welt entwickeln, auch wenn sie sich über die Grenzen ihrer Annahmen im Klaren sind. Nach den Autorinnen unterscheiden sich die Reaktionen auf Traumatisierungen hinsichtlich der emotionalen Bedeutsamkeit eder Schemata (McCann & Pearlman, 1989, 1990). Traumatisierungen werden besonders intensiv erlebt, wenn solche emotional bedeutsamen Schemata durchbrochen werden, die zentrale Bedürfnisse bedienen. Emotional weniger bedeutsame Schemata rufen auch bei inkongruenten Traumainformationen geringere psychische Belastungen hervor. McCann und Pearlman beschreiben sechs Bedürfnisse, die für traumatisierte Personen von zentraler Bedeutung sind: Menschen benötigen einen *Bezugsrahmen* oder assumptive worlds in der Diktion Janoff-Bulmans, also stabile, kohärente Vorstellungen, die uns helfen, Ereignisse zu verstehen, uns mit Hoffnung ausstatten und uns das Gefühl vermitteln, Kontrolle ausüben zu können. Das Bedürfnis nach *Sicherheit* schützt uns vor der Angst, verletzbar zu sein. In den Augen anderer wertvoll zu sein, entspricht unserem Bedürfnis nach *Achtung*. Wir wollen zudem unser eigenes Verhalten kontrollieren können, haben also ein Bedürfnis nach *Unabhängigkeit*. Wir wollen aber auch Kontrolle über andere ausüben, was unser *Machtbedürfnis* widerspiegelt. Schließlich haben wir ein Bedürfnis nach *Intimität*, uns also mit anderen verbunden fühlen und einer Gemeinschaft anzugehören. Alle Bedürfnisse sind mit bestimmten Schemata verbunden, die wir in Beziehungen zu anderen und uns selbst entwickeln. Sie können positiv wie negativ repräsentiert sein. Je nachdem, wie stark die jeweiligen Bedürfnisse ausgeprägt sind, fällt die Reaktion auf das Trauma aus. Jemand, der ein ausgeprägtes Sicherheitsgefühl hat, wird einen leichten Autounfall tragischer erleben als jemand mit geringerem Sicherheitsbedürfnis. D.h.,

> „in addition, the need structure in part determines the person's specific response to the traumatic event. […]. This stems from individual differences in psychological needs" (McCann & Pearlman, 1990: 25).

Damit ergänzen sie also die Annahme von Janoff-Bulman, die davon ausgeht, dass Erschütterungen der Kernüberzeugungen oder Schemata vom Ausmaß der Inkongruenz der Traumainformationen im Verhältnis zu vorab bestehenden Überzeugungen abhängt um die unterschiedliche emotionale Relevanz der Schemata.

4.10.6 Nutzen der assumptive world theory

Der vielleicht größte Nutzen der assumptive world theory von Janoff-Bulman liegt wohl darin, dass die Theorie erklärt, dass Menschen trotz Erschütterung der Kernüberzeugungen und nur teilweiser Rekonstruktion der Selbst- und Weltbilder in der Lage sind, ein traumatisches Ereignis zumindest so weit zu verarbeiten, dass sie ihr alltägliches Leben ohne klinisch auffällige Symptome bewältigen können. Die Theorie zeigt auch, dass (wenngleich nicht alleine ausschlaggebend) die kognitive Distanz zu früheren Überzeugungen das Traumaerleben wesentlich beeinflusst.

Die assumptive world Theorie zeigt auch, dass Traumatisierungen aus der Lebensgeschichte heraus verstanden werden müssen, um einerseits das Maß der Erschütterung im Verhältnis zu früheren Kernüberzeugungen nachvollziehen zu können und um andererseits frühere, möglicherweise nicht vollständige verarbeitete Traumatisierungen und deren Zusammenhang zu aktuellen Erschütterungen zu verstehen.

5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Theorien von Taylor und Janoff-Bulman

Vergleicht man die Theorien von Taylor und Janoff-Bulman sind erstaunliche Gemeinsamkeiten erkennbar. Beide Theorien gehen davon aus, dass die Menschen im Laufe ihrer Lebensgeschichte verschiedene Glaubensvorstellungen entwickeln. Taylor (1989) bezieht diese auf das Selbst, die Welt und die Zukunft. Ähnlich konzipiert Janoff-Bulman (1992) die Kernüberzeugungen, die sich auf die Welt als Ganzes, das persönliche Umfeld und das Selbst beziehen. Allerdings differenziert Janoff-Bulman zwischen abstrakten oder allgemeinen Kernüberzeugungen, die zwar übergeneralisiert, aber gegenüber Veränderungen resistenter sind, während Taylor verschiedene Illusionen postuliert, die positiv verzerrt, aber flexibel je nach Erfordernis anwendbar sind. Beide Autorinnen beschreiben die Natur traumatischer Ereignisse mit der Infragestellung der Vorstellungen. Ebenfalls gleich ist der Ansatz, dass Personen motiviert sind, die Vorstellungen nach traumatischen Ereignissen wiederherzustellen.

Anders als Taylor, die von einer grundsätzlichen Wiederherstellung aller Illusionsbereiche ausgeht, postuliert Janoff-Bulman eine unvollständige Reorganisation der Kernüberzeugungen, die zur Aufrechterhaltung negativer Selbst- und Weltbilder führt. Allerdings, so Janoff-Bulman, gelingt die Rekonstruktion von Kernannahmen zumindest partiell, was bedeutet, dass Menschen sowohl positive als auch negative Vorstellungen parallel aufrecht halten können.

Gemeinsam ist beiden Theorien, dass sie einen kognitiven Genesungsprozess nach traumatischen Ereignissen betrachten, der die kognitive Anpassung als Bewältigung versteht. Zudem gehen beide davon aus, dass es einer Vielzahl von Personen gelingt, traumatische Ereignisse zu bewältigen ohne pathologische Symptome zu entwickeln. Und für eben diese Personengruppe formulieren die Autorinnen ihre Theorien.

Ähnlich konzipieren Taylor und Janoff-Bulman auch ihre Studiendesigns aus einem Mix von qualitativen und quantitativen Methoden. Im Unterschied zu Taylor führt Janoff-Bulman in verschiedenen Studien einen Vergleich traumatisierter und nicht-traumatisierter Personen durch und produziert insofern validere Aussagen.

Offensichtlich besteht der wesentliche Unterschied der beiden Theorien darin, dass Janoff-Bulman von einer langfristigen Aufrechterhaltung negativer Selbst- und Weltbilder ausgeht, während Taylor eine weitgehende Genesung unterstellt. Weil beide Autorinnen viele Annahmen auch aus eigenen Studien ableiten, ist nach Unterschieden hinsichtlich der traumatisierten ProbandInnen zu schauen. Folgende, nach ProbandInnengruppen geordnete Feldzugänge berichten Taylor und ihre KollegInnen.

Studien mit an AIDS erkrankten oder HIV-infizierten Personen. Taylor und ihre KollegInnen rekrutieren für die Studien Personen aus einer AIDS-Kohorten Studie (MACS), die zwischen 1984 und 1985 in diese Längsschnittstudie aufgenommen wurden. Aus dieser Studie selektierten sie später an AIDS erkrankte oder HIV-infizierte Personen. Leider machen Taylor und ihre KollegInnen keine genauen Angaben darüber, in welchem Jahr ihre Untersuchungen stattfanden. Da die Veröffentlichungen der Untersuchungsergebnisse jedoch zu deutlich späteren Zeitpunkten folgen, ist davon auszugehen, dass den ProbandInnen die Diagnose etliche Jahre zuvor eröffnet wurde (z.B. Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 1998; Cole, Kemeny & Taylor, 1997; Reed, Taylor & Kemeny, 1993; Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher, 1999; Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher, 1994; Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider,

Rodriguez & Herbert, 1992). Entsprechend ist davon auszugehen, dass der Bewältigungsprozess wenn nicht abgeschlossen, so doch (trotz der chronischen Erkrankung) weit fortgeschritten war.

Studien mit an Krebs erkrankten Personen. Auch aus den Veröffentlichungen der initierenden Studie mit an Brustkrebs erkrankten Frauen geht nicht hervor, wie lange die Diagnoseeröffnung zum Zeitpunkt der Studie zurücklag (z.B. Taylor, Lichtman & Wood, 1984). Es kann nur vermutet werden, dass weil die Patientinnen aus einer für die Langzeittherapien zuständigen onkologischen Praxen rekrutiert wurden, auch hier bereits einige Zeit seit der Diagnosestellung vergangen war. In anderen mit an Krebs erkrankten Studien (z.B. Buunk, Collins, Taylor, VanYperen & Dakof, 1990) lag die erste Diagnosestellung bis zu fünf Jahre zurück.

Studie mit koronar erkrankten Personen. Eine andere Studie berichtet über Kontrollillusionen bei PatientInnen mit koronaren Herzerkrankungen (Taylor, Helgeson, Reed & Skokan, 1991). Zwar lag zum Zeitpunkt der Untersuchung eine akute Herzattacke erst zwölf Monate zurück, alle ProbandInnen hatten vor dem eigentlichen kritischen Ereignis aber schwerwiegende koronare Symptome (z.B. anginöse Symptome, Arrythmien). Auch hier kann angenommen werden, dass sich die ProbandInnen lange vor der Untersuchung von Taylor und ihren KollegInnen mit ihrer Erkrankung auseinandergesetzt hatten.

Studie mit an Niereninsuffizienz erkrankten Personen. Wagener und Taylor (1986) untersuchten PatientInnen, deren Nierentransplantation zum Zeitpunkt der Befragung bis zu fünf Jahre zurück lag. Zudem gehen solchen Transplantationen regelmäßig jahrelange schwere Krankheitsbilder voraus. Langjährige Auseinandersetzungen mit der schweren Krankheit sind wahrscheinlich.

Im Unterschied zu Taylor ist Janoff-Bulman weniger auf chronische, schwere Erkrankungen speziliasiert. Sie untersuchte vorwiegend Studierende (zu Beginn ihres Studiums), die mit unterschiedlichen Traumaarten konfrontiert wurden (Janoff-Bulman, 1982, 1989a; Janoff-Bulman & Hecker, 1988; Franklin, Janoff-Bulman & Roberts, 1990; Klein & Janoff-Bulman, 1996; Morgan & Janoff-Bulman, 1994; Schwartzberg & Janoff-Bulman¸ 1991). In diesen Studien legten Janoff-Bulman und ihre KollegInnen den Studierende Checklisten mit negativen Ereignissen vor (z.B. Tod eines Elternteils, sexueller Missbrauch, Unfälle, schwere Erkrankungen). Sie verglichen diejenigen Studierenden, die ein Trauma erlebt hatten mit

Studierenden ohne Traumaerfahrungen. In der Gruppe der traumatisierten Studierenden variierte der Zeitraum zwischen Trauma und Befragung zwischen einigen Monaten und bis weit in die Kindheit zurückliegenden Ereignissen. Diese frühen Traumatisierungen fanden also großenteils während der Entwicklungsphasen statt. Nicht selten führen solchen frühen Traumatisierungen zur Stagnation der Entwicklung oder bleiben als unverarbeitete Erfahrung im Gedächtnis zurück (Fischer & Riedesser, 2003). Traumatisierungen während der Adoleszens ziehen Langzeitfolgen im Erwachsenenalter nach sich. Häufige Langzeitfolgen sind z.B. depressive Symptome, Angstzustände, Schlafstörungen (für eine Übersicht vgl. Starr, MacLean & Keating, 1991). Insbesondere Frauen sind von solchen Langzeitfolgen betroffen (z.B. Breslau, Chilcoat, Kessler & Davis, 1999; Green, Epstein, Krupnick & Rowland, 1997).

Dass sich die Theorien von Taylor und Janoff-Bulman hinsichtlich ihrer angenommenen Bewältigungserfolge unterscheiden, könnte also damit zusammenhängen, dass sich Janoff-Bulman auf Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter bezieht, während Taylor ihre Schlüsse aus Untersuchungen mit älteren Menschen zieht, deren Traumatisierungen im Erwachsenenalter stattfand. Systematische Forschung wäre wünschenswert. Zudem scheint aus den Unterschieden klar zu werden: Die Frage nach dem Bewältigungserfolg grenzt unmittelbar an die Frage, wann der Bewältigungsprozess beendet ist bzw. wie lange dieser andauert.

Abschließend ist noch auf eine gemeinsame Schwäche der Theorien hinzuweisen. Sowohl Taylor (1989, 1991) als auch Janoff-Bulman (1992) bestimmen auf konzeptueller Ebene die Merkmale und Kriterien traumatischer Ereignisse, ohne diese jedoch in den empirischen Forschungen zu überprüfen. D.h. beide nehmen als gegeben an, dass verschiedene Ereignisse (z.B. Krankheit, kriminelle Überfälle) traumatisierend sind, prüfen jedoch nicht, ob die Person tatsächlich traumatisiert wurde, also Traumasymptome entwickelt hat. Vermutlich haben die von ihnen als traumatisierend angenommene Ereignisse großes Traumatisierungspotenzial. Daraus kann aber keineswegs geschlossen werden, dass die von den Autorinnen postulierten Überzeugungen oder Illusionen tatsächlich in Frage gestellt wurden. Eine empirische Überprüfung erfordert daher idealiter die Messung der prä- und posttraumatischen Veränderungen der Überzeugungen, mindestens aber eine retrospektive Bewertung durch die traumatisierte Person.

6 Belastungen und Bewältigungsstrategien von erwachsenen Töchtern in der häuslichen Elternpflege - empirische Untersuchung

6.1 Zentrale Fragestellungen

In den ersten Kapiteln wurden die Pflegesituation, psychotraumatische Phänomene und die Theorien von Taylor und Janoff-Bulman vorgestellt. Die Ausführungen zur häuslichen Pflege hatten gezeigt, dass die häufigste Konstellation der häuslichen Pflege die Tochter-Elternpflege ist, die deshalb Gegenstand dieser Untersuchung ist. Des Weiteren wird die häusliche Pflege als kritisches Ereignis beschrieben und die Frage aufgeworfen, ob es sich um ein traumatisierendes Ereignis im Sinne des aktuellen Traumadiskurses handelt. Um das nachvollziehen zu können, wurden Faktoren herausgefiltert, die für eine Überprüfung geeignet scheinen, und anhand derer der Untersuchungsgegenstand analysiert werden soll. Weil nun die Traumaforschung zeigen konnte, dass viele Menschen Traumata schadlos überstehen und vermutet wird, dass das auf individuelle Vulnerabilitäten und insbesondere auf individuelle Bewältigungsressourcen zurückzuführen, liegt es nahe, die Traumkriterien danach zu ordnen. Dies gilt umso mehr, weil die zentrale Frage lautet, wie es den Frauen in der häuslichen Pflege gelingt, die jahrelangen Belastungen häufig ohne gesundheitlich beobachtbare Folgen zu überstehen.

Als theoretischer Rahmen werden zwei durchaus ähnliche Theorien zugrunde gelegt, die helfen sollen, die Bewältigungsressourcen der erwachsenen, pflegenden Töchter zu erklären. Die Theorien von Janoff-Bulman (1992) und Taylor (1989) scheinen hierfür geeignet, weil sie die Genesung von traumatisierenden Ereignissen beschreiben, und zudem die kognitiven Ressourcen, also individuellen Vulnerabilitäten, in den Mittelpunkt stellen. Dass nicht nur eine der beiden Theorien zugrunde gelegt wird, liegt daran, dass beide sowohl auf konzeptueller Ebene als auch auf der Ebene der Operationalisierung Defizite aufweisen, die Ergänzung beider aber einige Lücken schließt.

Als Untersuchungsgegenstand wurde die häusliche Pflege gewählt. Im Mittelpunkt der empirischen Untersuchung stehen pflegende Töchter, die einen alten und kranken Elternteil in der häuslichen Umgebung gepflegt und betreut hatten.

Für die Untersuchung ist die Frage wichtig, zu welchem Zeitpunkt die Befragungen stattfinden. Weil beide Bezugstheorien den Bewältigungsprozess und dessen Ergebnis beschreiben, liegt es nahe, die Frauen nach Beendigung der Pflege zu befragen. Hierfür spricht, dass während der Pflege vermutlich unterschiedliche Phasen „durchlebt“ werden, was einem Vergleich verzerren würde. Daher wur-

den die Frauen einige Monate nach dem Tod des Elternteils, also nach Abschluss Pflegeprozesses, interviewt.

Die Erhebungsphase für die Interviews wurde auf einen Zeitraum von 4 bis maximal 12 Monaten nach dem Tod des Elternteils festgelegt. Denn Tuval-Mashiash, Freedman, Bargai, Boker, Hadar und Shalev (2004) konnten zeigen, dass betroffene Personen vier Monate nach Abschluss einer traumatischen Situation eine Traumageschichte konstruiert hatten, während unmittelbar nach einem Trauma ein Zustand kognitiver „Verwirrtheit" herrscht, in der die Personen noch keine Erklärungen und Deutungen des Ereignisses gefunden haben (vgl. auch Brewin, Andrews, Rose & Kirk, 1999). Als spätester Befragungszeitpunkt schien der Jahrestag des Todes der Mutter/des Vaters sinnvoll, um Erinnerungsverzerrungen und Minderung der Aktualität des Pflegethemas gering zu halten.

Die Wahl des Untersuchungszeitpunktes birgt natürlich das Risiko, nicht eindeutig zwischen den Belastungen der Pflegesituation und der zum Zeitpunkt der Befragung vermutlich noch andauernden Trauer um den Verlust des Elternteils differenzieren zu können. Ebenfalls kritisch ist, ob die gegebenenfalls vorhandenen kognitiven Reorganisationen auf die Pflege selbst oder andere Faktoren zurückzuführen sind. Diese Problematik wurde bei der Konzeption des Leitfadens berücksichtigt, der weitere Einflussfaktoren (z.B. andere schwerwiegende Ereignisse) befragt und zudem die erlebten kognitiven Veränderungen direkt in den Zusammenhang zur Pflege stellt.

6.2 Untersuchungsdesign

Die empirische Analyse gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil werden in Einzelfallanalysen entsprechend der Fragestellungen das Traumapotenzial der Elternpflege wie auch der Genesungsprozesses unter Berücksichtigung des Lebenskontextes der Probandinnen untersucht.

Im zweiten Teil der Untersuchung werden Ergebnisse einer telefonischen Befragung von ExpertInnen verschiedener Selbsthilfegruppen dargestellt, die zum Zeitpunkt des Interviews seit mindestens fünf Jahren in einer Selbsthilfegruppe tätig waren und dort pflegende Töchter betreuten und begleiteten. In den Telefoninterviews wurden Ergebnisse der Einzelfallanalysen vorgestellt, um zu überprüfen, inwiefern die Ergebnisse der Einzelfallanalysen (un-)typische Fälle repräsentieren.

Dem Untersuchungsdesign liegt damit die Idee der Methodentriangulation zugrunde (vgl. z.B. Flick, 1992; Bos & Koller, 2002), die die Validität verbessern soll.

6.2.1 Einzelfallanalysen

6.2.1.1 Methoden der Einzelfallanalysen

Für die Einzelfallanalysen wurden zur Datenerhebung qualitative und quantitative Methoden angewendet. Der qualitative Zugang erfolgte über nichtstandardisierte Interviews[32]. Ziel war die Rekonstruktion der potenziell traumatisierenden Pflegesituation im Lebenskontext sowie Sinn- und Bedeutungszuweisungen und deren Rolle für die posttraumatische Genesung. Die qualitative Methode scheint hierfür das geeignete Verfahren zu sein, weil sie gemäß dem von Wilson (1970) so bezeichneten „interpretativen Paradigma“ den Anspruch erhebt, den subjektiv gemeinten Sinn nachzuvollziehen. Für einen qualitativen Zugang spricht zudem, dass die Psychotraumatologie derzeit weitgehend (und dies gilt in besonderem Maße für den US-amerikanischen Raum) von quantitativen Daten dominiert wird. Dadurch werden spezifische Fragestellungen ausgeschlossen, die sich nur ansatzweise über quantitative Befragungen erschließen lassen. Solche Themen betreffen beispielsweise subjektive spirituelle, religiöse und andere „lebensphilosophische“ Deutungen eines Traumas und deren Bedeutungen für die posttraumatische Genesung (Calhoun, Park & Tedeschi, 1998).

Die qualitativen Interviewdaten wurden für die Einzelfallanalysen durch quantitative Daten ergänzt. Hierzu fanden die in der Psychotraumatologie gängigen Befragungsinstrumente Verwendung. Auf diese Weise können die gewonnenen Erkenntnisse auch im Kontext der aktuellen Literatur diskutiert werden. Mit der Gegenüberstellung von quantitativen und qualitativen Daten können darüber hinaus die Einzelfälle aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und validiert werden.

6.2.1.2 Datenmaterial und Stichprobe

Interviewpartnerinnen waren Frauen, die entweder den Vater oder die Mutter gepflegt hatten, wobei der Tod des Elternteils nicht länger als 12 und nicht weniger als 4 Monate zurückliegen sollte.

Für den Feldzugang wurde aus forschungsethischen Gründen ein Zugang über Gatekeeper gewählt (zum Feldzugang vgl. Merkens, 2003). Vermittler waren 32 VertreterInnen von Hospizvereinen, deren Aufgabe in der Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen während der letzten Lebensphase liegt. Die VertreterInnen der Hospizvereine kontaktierten potenzielle Probandinnen und holten deren Einverständnis für einen Rückruf der Interviewerin ein, so dass von einer fremd- und selbstselektierten Stichprobe auszugehen ist, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

In einem ersten telefonischen Kontakt mit den Probandinnen wurde, sofern sie die Anforderungen der Stichprobe erfüllten, ein Interviewtermin in deren häuslicher Umgebung vereinbart. Insge-

[32] „Nichtstandardisiert“ bezeichnet in Anlehnung an Lamnek (2005: 172) alle Verfahren, die „offene Fragen verwenden, die meist nicht vorformuliert und zudem keiner vorab fixierten Abfolge unterworfen sind“.

samt wurden (aufgrund der unvorhersehbar schwierigen Rekrutierung der Probandinnen, vgl. Kap. 6.2) acht Frauen befragt. Fünf Einzelfälle waren auswertbar.

Die Dauer der Interviews bewegte zwischen zwei und drei Stunden. Die transkribierten Interviews variieren zwischen 35 und 60 Seiten (zur Transkription vgl. z.B. Dittmar, 2004; Kowal & O'Connell, 2003).

6.2.1.3 Qualitativer Zugang

Interviewmethode

Für die Einzelfallanalysen wurden Interviews durchgeführt, deren Gestaltung einer Mischung verschiedener Interviewmethoden entsprach (zu den verschiedenen Interviewmethoden vgl. z.B. Hopf, 2003, Lamnek, 1995, 2002). Zum einen fand aufgrund des Themas „häusliche Pflege" eine Fokussierung auf einen vorab bestimmten Gegenstand statt (zum fokussierten Interview vgl. Merton & Kendall, 1979). Zum anderen flossen aber auch Elemente biografischer (ausführlich hierzu vgl. Fuchs-Heinritz, 2005) und narrativer Interviews (ausführlich hierzu vgl. Lucius-Hoene & Deppermann, 2004) ein, die einen Zugang zur Erschließung lebensgeschichtlicher Kontexte zum Ziel haben und sich im Wesentlichen in Erzählaufforderung, autonom gestaltete Haupterzählung, erzählgenerierende Nachfragen und den Interviewabschluss gliedern (vgl. Hopf, 2003). Dementsprechend wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt, der weniger dazu diente, das Interview zu strukturieren als vielmehr dazu, bestimmte incentives zu setzen.

Folgende Themen wurden für den Leitfaden festgelegt: Der erste Teil setzt sich aus Fragen zur Lebensbiografie sowie der Pflegesituation zusammen. Daran anschließend folgen Fragen, die eine Einschätzung der Traumatisierungspotenziale erlauben. Entsprechend der dargestellten empirischen Befunde, wonach die Bewältigung schwerwiegender Ereignisse von den Bewältigungsfähigkeiten abhängen, folgen Fragen zu den Bewältigungsstrategien während und nach der Pflegesituation. Dabei liegt der Fokus der Bewältigung gemäß den vorgestellten Theorien auf den Selbst- und Weltbildern bzw. der Rekonstruktion dieser nach dem Tod des Elternteils. Im Einzelnen handelt es sich um Gerechtigkeits-, Kontroll- und Zukunftsvorstellungen. Zudem erfolgt eine Einschätzung der eigenen Gesundheit der Interviewpartnerinnen, die nach den weiter oben angeführten Befunden (vgl. Kap. 2) Hinweise auf den Schweregrad der Pflegesituation und den Bewältigungserfolg liefern sollen.

Der Leitfaden wurde in Probeinterviews auf Inhalt und Verständlichkeit getestet und angepasst.

Entsprechend der Vorgehensweise narrativer Interviews folgte eine Erzählaufforderung („Erzählen Sie mir vielleicht erst mal etwas über sich selbst"), die in der Regel gleich von den Interviewpartnerinnen genutzt wurde, daran autonom die Haupterzählung anzuschließen und nur durch die dem Verstehen dienende Nachfragen unterbrochen wurde. Im dritten Teil wurden (sofern die Fragen nicht schon beantwortet waren) die Fragen des Leitfadens erarbeitet.

Qualitative Methoden haben bekannte Vor- und Nachteile: Zu den Vorteilen zählen, dass der Befragte „zu Wort kommt“ und dessen Bedürfnisse berücksichtigt werden können, sich im Verlauf Deutungs- und Handlungsmuster entwickeln (z.B. Lamnek, 1995). Dagegen sind der Zeitaufwand und die Kosten immens. Sampling und Fallauswahl sind nicht unproblematisch, weil das qualitative Interview das „Besondere“ zum Gegenstand hat und Kriterien für das Ziehen von Stichproben schwierig ist, da die Falldarstellung den Anspruch erhebt, facettenreich zu sein (z.B. Merkens, 2003).

Setting der Interviews

Die Interviews wurden in der der häuslichen Umgebung durchgeführt. Vor Beginn wurde die Einwilligung zum Interview und zu den weiteren schriftlichen Tests eingeholt, so wie das Einverständnis, das Interview aufzuzeichnen. Auffallend war, dass alle Interviewpartnerinnen viel Zeit für das Interview eingeplant hatten, die in der Regel auch ausgeschöpft wurde. Als Dauer des Interviews wurden bis zu zwei Stunden angegeben. Tatsächlich dauerten alle deutlich länger. Es ist also davon auszugehen, dass die Interviewpartnerinnen sich gezielt dem Interview stellten, um damit auch die erlebten Belastungen zu bewältigen, was einmal mehr darauf hinweist, dass die Fallauswahl hoch selektiv ist.

Zu Beginn war einigen Interviewpartnerinnen leichte Unruhe anzumerken, die sie auch zur Sprache brachten. Sie nannten zwei Gründe. Erstens fühlten sie sich verunsichert, weil sie noch an keiner Studie teilgenommen hatte. Zweitens bemerkten sie, dass es sich um ein sehr sensibles Thema handeln würde, so dass sie nicht einschätzen könnten, was es für sie bedeute, mit einer fremden Person darüber zu sprechen. Insofern war deutlich, dass eine gute, vertrauensvolle Atmosphäre Voraussetzung für das Gelingen war, die zugleich immer auch die Gefahr birgt, die Distanz zum Untersuchungsgegenstand zu verlieren und die Daten zu verzerren (Devereux, 1967).

Auffällig war, dass einige InterviewpartnerInnen die Interviewerin als Gast willkommen hießen. Eine Geste, die ebenfalls die Engagement-Distanzproblematik betrifft und vermuten lässt, dass die Frauen sich an dem Interview beteiligten, um die erlebten Belastungen „loszuwerden“, was gerade bei narrativen Interviews die Gefahr birgt, dass Interview nur schwer auf Themen lenken zu können, wenn die Interviewpartnerinnen bestimmte Themen ansprechen möchten, die im Leitfaden nicht vorgesehen sind.

Insgesamt konnte eine gute Atmosphäre hergestellt werden. Schon aufgrund der Länge der Interviews wurde die Distanz zwischen den Interviewpartnerinnen aber geringer.

Methodische Schritte der Interviewauswertung

Die Auswertung der Interviews umfasste folgende Schritte (Lamnek, 2005):

Kategorisierung

Zunächst sind aus jedem Interview die von den Probandinnen berichteten Themen und Aspekte entsprechend der Fragestellungen zu kategorisieren. Im Einzelnen handelt es sich um die Biografie und die Pflegesituation, um ereignisabhängige Traumafaktoren (Konfrontation mit dem Tod und Bedrohungspotenzial der Elternpflege, Todesangst, Ohnmacht und Hilflosigkeit, Verlust des Elternteils, Bedrohungspotenziale in der Pflegesituation und Betroffenheit, Beziehung zum Elternteil) sowie ereignisabhängige Traumafaktoren (frühere Traumata, Kindheitserfahrungen, soziale Unterstützungsleistungen, Bedeutungszuweisungen und interpretatorische Ressourcen), die zur Diskussion über mögliche Traumapotenziale in der häuslichen Pflege und dem Einfluss der Bewältigungsressourcen auf die Genesung nach Abschluss der Pflegesituation dienen. Die Kategorie subjektive Einschätzung der Gesundheit soll die Aussage über den Bewältigungserfolg stützen.

Fallinterpretation und Rekonstruktion

Die Einzelfälle strukturiert rekonstruiert, um der Frage nach den Traumatisierungspotenziale in der häuslichen Pflege und dem Einfluss der Bewältigungsressourcen auf die Genesung von den Pflegebelastungen nachzugehen und Hypothesen entsprechend der theoretischen Konzepte für den Einzelfall generieren (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004).

Zusammenfassende Bewertung

Anhand der vorab skizzierten Kategorien werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Einzelfälle erarbeitet. Diese dienen als Grundlage für die Validierung durch die ExpertInnen der Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise. Die gemeinsame Betrachtung aller Ergebnisse soll eine zusammenfassende (vorsichtige) Bewertung der häuslichen Pflegesituation ermöglichen.

Zwischenergebnis: Kritische Anmerkungen zum qualitativen Zugang

Das Thema der Befragung verbot ein direktes Ansprechen betroffener Frauen. Damit kommt der Rekrutierung der Probandinnen eine besondere Bedeutung zu (vgl. Merkens, 2003), die sich aus unterschiedlichen Gründen als sehr schwierig und arbeitsaufwendig erwies. Weil diese Nonfindings für andere, ähnlich gelagerte Projekte von Nutzen sein können, werden die zentralen Probleme im Folgenden kurz erläutert.

Ein erster Rekrutierungsversuch erfolgte über eine Anzeige in einem Anzeigenblatt. Hierauf gab es keine Rückmeldungen. Des Weiteren wurde ein Zugang über Pflegeeinrichtungen versucht, die Sterbende in der letzten Phase ihres Lebens stationär begleiten (z.B. Palliativstationen) und über Kontakte zu pflegenden Angehörigen verfügen. Aus zwei Gründen erwies sich auch dieser Zugang nicht umsetzbar. Zum einen fiel es dem Personal schwer, einige Monate zurückliegende Todesfälle zu erinnern, die vor Aufnahme in die Einrichtung von ihren Töchtern gepflegt worden waren. Zum anderen zeigte sich das Personal aus Sorge, kontrolliert zu werden, äußerst skeptisch gegenüber der Studie. Schließlich wurde der Zugang über professionelle Hospizeinrichtungen und semiprofessionelle Hos-

pizvereine und -gruppen versucht, die Sterbende und Angehörige betreuen und begleiten. Hier zeigte sich ein völlig anderes Bild. Die Gatekeeper waren sehr kooperativ, was zum Teil auf ein sehr persönliches Interesse zurückzuführen war. Aufgrund jahrelanger Erfahrungen in und mit der häuslichen Pflege sind die Gatekeeper einerseits über die teilweise extremen Belastungen der Angehörigen gut informiert und andererseits enttäuscht über das mangelnde öffentliche Interesse an diesem Thema. Einige Ansprechpartnerinnen bezeichneten die private Pflegearbeit der Frauen als „Tabuthema". Damit wurde an das Projekt die nicht unproblematische Hoffnung geknüpft, dieses Tabu zu brechen. Die Gatekeeper bemühten sich deshalb sehr, Probandinnen zu finden, mit denen ein Erstkontakt hergestellt werden konnte. Sie berichteten, eine Vielzahl von Frauen, die die häusliche Pflege eines Elternteils übernommen hatten, kontaktiert zu haben. Insgesamt kontaktierten die 32 Gatekeeper im Durchschnitt 4 Frauen, die dem Anforderungsprofil entsprachen. Von den 128 Frauen erklärten sich 13 Frauen für eine Befragung bereit. Für diese eher geringe Bereitschaft nannten die Gatekeeper zwei Gründe: Entweder fühlten sich die Frauen noch nicht in der Lage, über die Pflege und den Tod des Elternteils zu sprechen oder sie wollten die Pflege „hinter sich lassen", ihr Leben neu strukturieren und deshalb die Gedanken an die Pflege und den Tod des Elternteils möglichst vermeiden, was durchaus mit den hier vorgestellten Bezugstheorien konform geht.

Obwohl den Gatekeepern das Anforderungsprofil für die Stichprobe erklärt wurde, erfüllten dennoch fünf Frauen, wie sich beim ersten telefonischen Kontakt mit den Probandinnen herausstellte, nicht die ausgewählten Kriterien. Sie hatten nicht die Mutter oder den Vater sondern Schwiegereltern gepflegt oder der Todestag des Elternteils lag weit länger als ein Jahr zurück. Mit den verbleibenden acht Frauen wurden Interviewtermine vereinbart.

Während des Interviews stellte sich heraus, dass drei der befragten Frauen nicht die notwendige Offenheit besaßen, über das Thema zu sprechen. Im Verlauf dieser Gespräche wurden die Gründe klar: Sie hatten sich zur Teilnahme bereit erklärt, weil sie sich den Gatekeepern gegenüber dankbar zeigen wollten. Eine Frau erzählte, sie fühle sich zu Dank gegenüber der Vermittlerin verpflichtet, weil sie die einzige Person gewesen sei, die ihr Leiden verstanden hätte. Eine andere Frau bemerkte, sie fühle sich der Hospizeinrichtung gegenüber verpflichtet, weil sich die MitarbeiterInnen nicht nur nach ihrem Vater erkundigt hätten, sondern auch Interesse daran gezeigt hatten, wie es *ihr* bei der Pflege ihres Vaters ergangen sei. Für sie sei das die erste Chance gewesen, über die jahrelange schwierige und belastende Pflege ihres an Alzheimer erkrankten Vaters zu sprechen. Eine andere Frau zog ihr Einverständnis zurück, weil sie sich aufgrund einer Depression in Therapie begeben hatte.

Die Beispiele zeigen, dass es sich bei der Pflege eines Elternteils um ein sensibles Thema handelt. Sie zeigen aber auch die Problematik des Feldzugangs über Gatekeeper. Auch wenn diese Zugangsweise in der Forschung beliebt ist (Merkens, 2003), sind damit verbundene Verzerrungen vorpro-

grammiert: Dass die Frauen sich aufgrund von Dankbarkeitsmotiven zur Teilnahme bereit erklären, lässt eine hohe soziale Erwünschtheit bei der Befragung erwarten. Ebenfalls zu bedenken ist, dass die Probandinnen die Gatekeeper kennen und möglicherweise Dinge während des Interviews ausblenden, von denen sie beispielsweise glauben, dass diese die Beziehung zum Gatekeeper beeinträchtigen oder sie in ein „schlechtes Licht" rücken könnten. Das ist zumindest dann zu erwarten, wenn die Probandinnen vermuten, dass die Gatekeeper auf sie zurückführbare Ergebnisse erfahren. Diese Problematik zu umgehen, wurden die Interviewpartnerinnen zu Beginn des Interviews im Zuge einer Einverständniserklärung über die Ergebnisdarstellung informiert.

Nicht unerwähnt bleiben sollte auch, dass im ursprünglichen Design eine Fremdbeurteilung vorgesehen war, da Menschen gemäß der Illusionstheorie von Taylor (1983, 1989) dazu tendieren, ihre Selbstwahrnehmung im Vergleich zu anderen Personen selbstwertdienlich verzerren und aufgrund dessen posttraumatisch schneller genesen als Menschen mit realistischer Wahrnehmung. Dementsprechend war eine Gegenüberstellung von Selbst- und Fremdeinschätzung geplant, die auch wertvolle Erkenntnisse über mögliche Differenzen in der Einschätzung des Belastungspotenzials geliefert hätte. Diese methodisch sicher bedeutende Gegenüberstellung (vgl. hierzu auch Kap. 3.15) wurde jedoch verworfen, da potenzielle Interviewpartnerinnen klar zum Ausdruck brachten, sich durch die Fremdbeurteilung stark verunsichert zu fühlen, und aus diesem Grunde die Teilnahme an der Untersuchung ablehnten. Offenbar befanden sich diese Frauen in einer Phase höchster Sensibilität, die am besten mit den Worten Luhmans nachvollziehbar wird. Luhmann (1968: 27) definierte das Vertrauen als eine „riskante Vorleistung". Diese Vorleistung spiegelt eine Erwartung an einen zukünftigen Tatbestand wider und ist riskant, weil die Erfüllung der Erwartung nur mehr oder weniger sicher ist. D.h. dass der Ausgang vorab nicht kontrollierbar ist. Für die Frauen war die Teilnahme an der Untersuchung aus nachvollziehbaren Gründen sehr riskant: Einige Monate nach dem Tod des Elternteils befinden sich die Frauen in einer frühen Trauerphase. Sie ist gekennzeichnet von emotionaler Betäubung, gefolgt von einer Phase der Sehnsucht nach dem Verstorbenen, auf die eine Phase der Desorganisation folgt und schließlich durch die Reorganisation abgelöst wird (Parkes & Weiss, 1983). Je nach Phase, in der sich die Frauen nach dem Tod des Elternteils befinden, leisten diese Frauen große kognitive und emotionale Anstrengungen, um den Verlust zu bewältigen. Einige potenzielle Interviewpartnerinnen brachten ihre emotionale Empfindsamkeit zum Ausdruck: „Ich bin zur Zeit so sensibel". Das deutet auf die Angst vor Kontrollverlusten hin. Sich in einem Interview selbst zu offenbaren, ist daher ein höchst riskantes Unterfangen. Denn das Interview beinhaltet zwangsläufig eine Reflexion des Verlustes und der vorangegangen intensiven Pflegephase, die solche Kontrollverluste provozieren könnte. Eine Fremdbeurteilung (die durch eine von der Frau selbst bestimmten Person erfolgen sollte) unterminiert möglicherweise das Vertrauen, dass die Frauen für die Teilnahme an der

Untersuchung aufbringen müssen. Zudem kann eine Fremdbeurteilung Angst auslösen, weil die pflegende Tochter dann keine Kontrolle mehr ausüben können, welche Informationen sie über sich selbst an die Interviewerin weitergegeben wollen. Dieser Aspekt hat möglicherweise besondere Bedeutung für diejenigen Frauen, die sich nach dem Tod des Elternteils die Pflegesituation die Frage stellen, ob sie korrekt und den Bedürfnissen des Elternteils entsprechend gepflegt haben. Dieses nicht seltene Phänomen (z.B. Bracker, 1990) ist Ausdruck von Selbstzweifeln und Schuldgefühlen.

Gerade der letzte Punkt verweist auf einen bedeutenden Unterschied zu anderen traumatisierenden Ereignissen. Die Fragestellung berührt ein für die pflegenden Frauen sehr intimes Thema, weil sich durch die Pflegesituation die Beziehung zum gepflegten Elternteil erneuert, verändert und in umgekehrten Rollen wiederholt. Mit der Rekonstruktion der Pflegesituation werden also nicht nur die letzten vergangen Jahre während der Pflege betrachtet, sondern zentrale Elemente der Biograf und ihre Konsequenzen für die Pflege des Elternteils. Die damit verbundene Intimität geht möglicherweise weit über die anderer Traumata hinaus und mag sich deshalb aber auch für die Rekonstruktion eines Traumas im Lebenskontext besonders eignen.

Zuletzt ist noch darauf hinzuweisen, dass die Interviews für die pflegenden Frauen eine Form der Bewältigung darstellen. Mehrere Hinweise sprechen für diese Feststellung. Wie bereits erwähnt, fand nach der Vermittlung über die Gatekeeper ein telefonischer Kontakt statt, bei dem sich herausstellte, dass einige Probandinnen nicht die Kriterien erfüllten, die für die Stichprobe formuliert wurden. Diese Frauen zeigten sich enttäuscht darüber, ihre Geschichte nicht erzählen zu dürfen. Andere Probandinnen äußerten bei dem ersten telefonischen Kontakt bereits, dass sie so viel zu erzählen hätten, dass sie damit rechneten, dass Interview würde drei Stunden und mehr in Anspruch nehmen. Darüber hinaus erklärten alle Frauen nach dem Interview, ein wenig Angst gehabt zu haben, über dieses sensible Thema zu sprechen. Sie bekundeten aber auch, dass sich ihre Hoffnung erfüllt hatte, einer „neutralen“ Person von ihrem Leiden erzählen zu dürfen. Das bestätigt das Paradigma von Pennebaker (1989, 1995), wonach das Offenlegen der Traumatischen Erfahrung (disclosure) eine wichtige Rolle bei der Traumabewältigung einnimmt. Es ist nicht auszuschließen, dass die Teilnahme auch durch Bewältigungsmotive begründet war. Auch diesen Aspekt gilt es in der Auswertung zu berücksichtigen.

6.2.1.4 Quantitativer Zugang: Messinstrumente

Die Probandinnen wurden gebeten, neun Fragebögen auszufüllen und innerhalb von einer Woche *nach* dem Interview an die Interviewerin zurückzusenden. Alle Probandinnen gaben ihr Einverständnis für die qualitativen und quantitativen Einzelauswertungen.

Die testpsychologischen Auswertungen lagen also erst nach dem Interview vor und dienten nicht der Vorhersage der Traumatiserungspotenziale, sondern der Erhärtung der Interviewdaten. Das hatte

einerseits den Vorteil, dass die Probandinnen durch die Inhalte der Tests nicht auf bestimmte Themen fixiert waren, sondern unabhängig ihre Geschichte konstruierten. Andererseits ist ein solches Vorgehen nachteilig, weil verschiedene Instrumente für Nachfragen von Interesse gewesen wären, insbesondere diejenigen, die erlebte Veränderungen, Wertschätzungen und die Gesundheit messen. Zudem ist damit zu rechnen, dass die Konstruktionen, die die Interviewten während des Gesprächs entwickelten, die Beantwortung der Tests beeinflusste. Dennoch wurde vor den Tests das Interview geführt (was in der Traumaforschung auch gängig ist), weil es sich bei der häuslichen Pflege offensichtlich um ein, wie schon mehrfach angesprochen, sensibles Thema handelt, und die potenziellen Befragten nicht durch die Anonymität dieser Methode „abgeschreckt" werden sollten.

Die Verwendung der ausgewählten Befragungsinstrumente verfolgte folgende Ziele: Die Einschätzung der traumatischen Belastungen und der Gesundheit, die Messung aktueller Selbst- und Weltbilder und die erlebten persönlichen Veränderungen sowie soziale Untersützungsleistungen. Im Folgenden sind der Übersicht wegen die Themen und dazugehörigen Messinstrumente aufgeführt:

- Psychische Gesundheit (gemessen mittels *Beck Depressions Inventar-vereinfacht*),
- posttraumatische Belastungen (*Impact of Event Skala-revidiert,*),
- Vorstellungen zum Selbst (*Self-esteem Skala*, *Gerechtigkeitsskala*), zur Welt (*Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Gerechtigkeitsskala*) und der Zukunft (*Life Orientation Test*) sowie zur sozialen Einbindung (*Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Fragebogen zu erlebten Wertschätzung*),
- Anpassung an ein posttraumatisches Ereignis (*Posttraumatische Persönliche Reifung*).

Die Auswahl der Instrumente orientierte sich dabei an den von den beiden Taylor und ihren KollegInnen verwendeten und in der Traumapsychologie gängigen Instrumenten.

Beck-Depressionsinventar (BDI-V)

Mit dem vereinfachten Beck-Depressions-Inventar von Schmitt und Maes (2000) werden 20 depressionstypische Symptome erfasst. Bei dem BDI-V handelt es sich um eine vereinfachte Fassung des Depressions-Inventars von Beck (BDI), das als eines der bedeutendsten Instrumente in der klinisch-psychologischen Diagnostik sowohl für Depressionen als auch als Indikator für andere psychische Störungen (Schulte, 1993) gilt. Dessen gute Zuverlässigkeit und Validität ist durch zahlreiche Untersuchungen belegt (Richter, 1991; Richter, Werner & Bastine, 1994; Röhrle, 1988). Aus Gründen der Ökonomie und der „vermutlich unnötigen Beanspruchung" depressiver PatientInnen (Schmitt, Beckmann, Dusi, Maes, Schiller & Schonauer, 2003: 147) schlagen Schmitt und Maes (2000) eine vereinfachte Fassung des Original-BDI vor. Bis auf das Symptom des Gewichtsverlustes, das die geringste

Trennschärfe besitzt (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994; Kammer, 1983) werden alle Symptome der Originalversion mit 21 Symptome erfasst. Im Unterschied zur Originalversion werden sie jedoch nur durch jeweils eine Aussage operationalisiert. Auf einer sechsstufigen Häufigkeitsskala (0 = „nie“ bis 5 = „fast immer“) wird von den Probanden das Auftreten und die Ausprägung depressiver Symptome in der letzten Woche eingeschätzt. Beispielitems sind „Ich bin traurig“, „Ich fühle mich gereizt und verärgert“ oder „Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.

Die psychometrischen Kennwerte des BDI-V dürfen als zufrieden stellend bis gut bewertet werden. Homogenität und Reliabilität des BDI-V übersteigen sogar die der Originalversion (Schmitt, Beckmann, Dusi, Maes, Schiller & Schonauer, 2003). Für den BDI-V geben Schmitt, Beckmann, Dusi, Maes, Schiller und Schonauer (2003) eine interne Konsistenz (α) = .93 an. Analog zum BDI bildet der BDI-V sechs von neun Kriterien des DSM-II einer schweren Depression (major depression) ab. Damit ist die inhaltliche Validität des BDI als hoch anzusehen (Moran & Lambert, 1983). Die Konstruktvalidierung erfolgte durch Korrelationen mit anderen Faktoren seelischer Gesundheit, dem Gerechtigkeitsmotiv, den Kontrollüberzeugungen sowie der sozialen Erwünschtheit (Schmitt und Maes, 2000). Für die hier relevanten Korrelationen zeigten sich folgendes Bild: Der Glaube an eine gerechte (ungerechte) Welt (Dalbert, 1996) korreliert mit geringen (hohen) depressivenstypischen Symptomen im BDI. Internale (Externale) Kontrollüberzeugungen und Depressivität korrelieren negativ (positiv) (vgl. Schmitt & Maes, 2000).

Im Vergleich von BDI-V und BDI original zeigte sich, dass die Instrumente auf Ebene einzelner Symptome (durchschnittliche Korrelationen in der Gesamtstichprobe = .70) und auf der Ebene des Summenwertes (r = .91 in der Gesamtstichprobe) konvergieren. Beide Versionen differenzieren ähnlich gut zwischen klinisch auffälligen und unauffälligen Personen.

Für das BDI-V liegen keine Normwerte vor. Schmitt und Maes (2000) berichten für eine annähernd repräsentative Stichprobe (n = 2287, flächendeckend für Deutschland, aber nicht bevölkerungsrepräsentativ wegen 60% männlicher Probanden und leicht abweichender Altersverteilung) einen Mittelwert des Summenwertes von M=22,9 und einem kleinen Standardfehler (.29). Schmitt, Beckmann, Dusi, Maes, Schiller und Schonauer (2003) berichten Kennwerte für klinisch unauffällige Personen, für Personen mit einer Major Depressive Disorder sowie für psychosomatisch auffällige Personen.

Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R)

Die Impact of Event Scale (Maercker & Schützwohl, 1998) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung und ist international weit verbreitet. Sie wurde in der ursprünglichen Fassung von Horowitz und seinen Kollegen entwickelt (Horowitz, Wilner & Albarez, 1979). In dieser ersten Version wurden sowohl in der deutschen Fassung (Ferring & Filipp, 1994) wie auch der englischsprachigen Fassung (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1989,

1979) die Intrusion und Vermeidung getestet. Allerdings stellte sich in den vergangen Jahren heraus, dass traumatische Ereignisse in erster Linie Intrusions- und Hyperarousalsymptome auslöst, die in zweiter Linie zu Vermeidungs- und Verleugnungssymptomen führen(Craemer, Burgess & Pattision, 1992; McFarlane, 1992) und zur Chronifizierung beitragen (Traue & Pennebaker, 1993).

Die IES-R deckt alle drei Symptomgruppen und orientiert sich damit am Symptomcluster der PTBS im DSM-IV (APA, 1994), ist aber kein diagnostisches Instrument. Die Skala liefert aber eine Schwelle, ab der eine PTB Diagnose wahrscheinlich ist. Die Items messen auf drei Subskalen „Intrusion", „Vermeidung" und „Übererregung". Die Subskala „Intrusion" erfasst die Häufigkeit des Wiedererlebens der traumatischen Situation in verschiedener Form (z.B. Gedanken, Träume, körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit dem Ereignis). Die Subskala „Vermeidung" misst Vermeidungsversuche von Reizen, die mit dem Trauma in Beziehung stehen bzw. die Abflachung der allgemeinen Reagibilität. Die zeigt die Subskala „Übererregung" das Ausmaß anhaltender Symptome erhöhten Arousals (z.B. Schlaf- und Konzentrationsprobleme, Reizbarkeit, Hypervigilanz).

Die Befragten werden aufgefordert, das Auftreten der Symptome in der vergangenen Woche auf einer Skala von „überhaupt nicht" (=0) bis „oft" (=5) zu beurteilen. Beispielitems sind „Immer wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder" (Intrusion), „Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen" (Vermeidung), „Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen"

Die psychometrischen Eigenschaften sind mit einer internen Konsistenz von α =.90 für IES-R-Intrusion, α =.79 für IES-R-Vermeidung und α =.90 für IES-R-Hyperarousal zufriedenstellend (Maercker & Schützwohl, 1998). Sie sprechen für eine getrennte Verwendung der Subskalen, die international gängig ist. Allerdings mangelt es an faktorieller Eindeutigkeit der Subskalen, insbesondere der Vermeidungssymptome. Entsprechend wird anstelle eines Summenwertes ein Testwert

x = (-0,02*Instrusion)+(0,07*Vermeidung)+(0,15*Übererregung)-4,36)

ermittelt. Bei einem Testwert x>0 kann davon ausgegangen werden, dass posttraumatische Belastungsstörungen vorliegen (Maercker & Schützwohl, 1998).

Die Korrelationen wurden mit verschiedenen diagnostischen Instrumenten erstellt und zeigten, dass die mit dem IES-R gemessenen posttraumatischen Symptome von anderen klinischen Symptomen (Angst, globale Symptombelastungen, Depression) abzugrenzen in der Lage ist.

Self-esteem Skala

Die im englischsprachigen Raum häufig angewendete Selbstwertgefühlskala von Rosenberg (1965) liegt in der deutschen Übersetzung von Ferring und Filipp (1996) vor. Dieses vollstandardisierte Selbstbeurteilungsverfahren misst zentrale Aspekte des Selbst in den Dimensionen Selbstwertgefühl und Wertlosigkeit.

Der Fragebogen umfasst zehn Items. Je zur Hälfte beinhalten sie positive („z.B. Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften“) und negative Aspekte der Selbstwerteinschätzung (z.B. „Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts tauge“), die auf einer vierstufigen Skala („trifft gar nicht zu“ = 0 bis „trifft voll und ganz zu“ = 3) bewertet werden.

Die interne Konsistenz wird mit .81<α<.88 angegeben (vgl. auch Collani & Herzberg, 2003). Korrelationen wurden mit Indikatoren der affektiv-motivationalen Befindlichkeit und dem dispositionellen Optimismus (LOT, Scheier & Carver, 1985) sowie der Selbstwirksamkeit erstellt (vgl. Ferring & Filipp, 1996). Im Ergebnis zeigte sich erwartungsgemäß, dass ein hohes Selbstwertgefühl mit geringer Hoffnungslosigkeit, einer optimistischen Erwartungshaltung und positiver Befindlichkeit einhergeht. Aus vier Studien liegen Kennwerte der Skala vor.

General Belief in a Just World and Personal Belief in a Just World Skala (GWAP)

Rubin und Peplau (1975) entwickelten zur Erfassung des Glaubens an die gerechte Welt entwickelten eine 20 Items umfassende "Just-World-Scale", die jedoch in deutscher Übersetzung nicht überzeugte (vgl. Dalbert, 1982). Dalbert, Montada & Schmitt (1987) entwickelten daher im Rahmen eines Projektes die „Allgemeine Gerechte-Welt-Skala“ (GWAL) mit sechs Items zur Erfassung von Vorstellungen zur Gerechtigkeit und zu verdienten Ergebnissen auf der Welt. Die interne Konsistenz der GWAL beträgt α = 0,82 (in der Untersuchung von Schneider, Montada, Reichle & Meissner, 1986; α = 0,79). Normwerte für diese Skala liegen nicht vor.

Nun zeigte sich in der Gerechtigkeitsforschung, dass es sinnvoll ist, zwischen einem persönlichen und allgemeinen Gerechte-Welt-Glauben zu differenzieren, da erlebte Ungerechtigkeiten in der persönlichen Umgebung stärker geleugnet werden als Ungerechtigkeiten in der Welt (Hafer & Olson, 1993). Dem wird die persönliche Gerechte-Welt-Skala (GWPER, Dalbert, 1999) mit sieben Items gerecht. Cronbachs Alpha dieser Skala variierte zwischen α =.82 und α =.91 (Dalbert, 1999; Stoeber, 2002). Normwerte liegen nicht vor.

Die GWAP-Skala (Dalbert, 1999) ist die Zusammensetzung beider Skalen. Items sind auf einer sechsstufigen Skala von „stimmt genau“ (=6) bis „stimmt überhaupt nicht“ (=0) zu beurteilen. Die Items lauten etwa „Ich finde, dass es auf der Welt im allgemeinen gerecht zugeht“, „Ich glaube, dass die Leute im großen und ganzen das bekommen, was ihnen gerechterweise zusteht“ oder „Im großen und ganzen finde ich, dass ich mein Schicksal verdiene“, „In meinem Leben sind Ungerechtigkeiten eher die Ausnahme als die Regel“.

Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

Der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) von Krampen (1991) ist eine Weiterentwicklung der deutschsprachigen Version des IPC-Fragebogens von Krampen (1981). Er ori-

entiert sich am englischsprachigen Original von Levenson (1972, 1974). Aufgrund verschiedener Mängel der Originalversion entwickelte Krampen das neue Verfahren nach seinem handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit (HPP, Krampen, 1987), das allgemeinpsychologische und persönlichkeitspsychologische Ansätze integriert. Der FKK soll die eigenen Fähigkeiten und Kontrollüberzeugungen in Form generalisierter Kompetenz- und Kontingenzerwartungen verschiedener Handlungsklassen sowie Handlungs- und Lebenssituationen erfassen (Krampen, 1991).

Der Fragebogen setzt sich aus 32 Items zusammen. Die Selbsteinschätzung erfolgt auf einer sechsstufigen Skala von "sehr falsch" (=0) bis "sehr richtig" (=6). Als Beispiele seien hier einige Items genannt: „Es hängt hauptsächlich von mir ab, ob sich andere Menschen nach meinen Wünschen richten oder nicht“, „Ich komme mir manchmal taten- und ideenlos vor“ oder „Es ist für mich nicht gut, weit im Voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt“.

Aus den 32 Items werden vier Primärskalen abgeleitet (1) FKK-SK: Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (generalisierte Erwartung darüber, dass in Handlungs- oder Lebenssituationen zumindest eine Handlungsmöglichkeit zur Verfügung steht); (2) FKK-I: Internalität (Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen im Sinne von Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der personspezifischen Umwelt); (3) FKK-P: Soziale Externalität (sozial bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen; "powerful others control"; Überzeugung, dass wichtige Ereignisse im Leben vom Einfluss anderer Personen abhängen); (4) FKK-C: Fatalistische Externalität (fatalistisch bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen; "chance control"; Überzeugung, dass das eigene Leben und wichtige Ereignisse von Schicksal, Glück, Pech und Zufall abhängen).

Aus den Primärskalen wiederum werden zwei Sekundärskalen gebildet: (1) FKK-SKI: Selbstwirksamkeit (generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen); (2) FKK-PC: Externalität (generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen). Schließlich fasst die Tertiärskala all 32 Items zusammen: FKK-SKI-PC: Internalität versus Externalität (globale, bipolare Dimension der generalisierten Internalität versus Externalität in Kontrollüberzeugungen).

Die interne Konsistenz (α =.70 bis α =.89; n=2028) des FKK bezeichnet Krampen (1991) als befriedigend. Die inhaltliche Validität ist aufgrund der theoriegeleiteten Konstruktion des Fragebogens gegeben. Die Konstruktvalidität wurde anhand verschiedener Skalen zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen und Selbstkonzeptmerkmalen, zu anderen handlungstheoretischen Persönlichkeitsmerkmalen, zu Persönlichkeitsinventaren, zu entwicklungsbezogenen Korrelaten, zu handlungsbezogenen Konstrukten und zum Einfluss sozialer Erwünschtheit überprüft. Insgesamt wurden die erwarteten Zusammenhänge überwiegend bestätigt. Die korrelative Beziehung ergaben sich positive Beziehungen zwischen Depression und der Primärskala „fatalistische Externalität“ und negative zwischen Depression und „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten.

Für den FKK liegen Normwerte (T-Werte und Prozentrangwerte) auf der Basis repräsentativer Stichproben (n = 2028) vor (vgl. Krampen, 1991).

Life Orientation Test (LOT)

Der von Scheier und Carver (1985) entwickelte Life Orientation Test mit 8 Items erfasst Optimismus und Pessimismus im Sinne generalisierter Überzeugungen von positiven und negativen Erwartungen. Sie sind Ausdruck dispositioneller Lebensorientierung, die Scheier und Carver als Komponenten der Persönlichkeit verstehen und besondere Bedeutung bei der Bewältigung von Krankheiten und Krisen haben. Eine deutsche Übersetzung des Selbstbeurteilungsverfahrens liegt von Wieland-Eckelmann und Carver (1990) vor.

Die Selbstaussagen werden auf einer vierstufigen Ratingskala von 1 = „trifft zu“ bis 4 = „trifft genau zu“ bewertet. Die Items lauten beispielsweise „In unsicheren Zeiten erwarte ich gewöhnlich das Beste“, Ich sehe stets die guten Seiten der Dinge“ oder „ Ich erwarte fast nie, dass die Dinge in meinem Sinn verlaufen“.

Korrelationen wurden für dispositionelle Bewältigungsstile (z.B. Trait-Angst und der habituelle Verhaltensdisposition errechnet, die den Erwartungen entsprachen. Für die deutsche Fassung des LOT wird ein mittlerer Kennwert von 21.6 angegeben (und α=.85). D.h. bei einer Punktsumme, die 22 oder mehr ergibt, kann von einem überdurchschnittlichen Optimismus ausgegangen werden. Ein differenzierterer Bewertungsvorschlag im Hinblick auf die Punktsumme liegt nicht vor.

Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-Sozu K-22)

Bei dem F-SozU K22 (Fydrich, Sommer, Menzel & Hoell, 1987) handelt es sich um ein vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung, in dem die Bereiche subjektiv wahrgenommener oder antizipierter Unterstützung des sozialen Umfeldes durch erlebte praktische Unterstützung, emotionale Unterstützung und soziale Integration getestet werden (Sommer & Fydrich,1989). In der Originalversion umfasst der Fragebogen 54 Items, in der Kurzform 22 Items.

Auf einer fünf-stufigen Rating-Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“ geben Probanden ihr Ausmaß an Zustimmung zu Items wie z.B. „Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen/Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin“, „Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung“ oder „Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann“.

Die ökonomische Kurzform des F-SozU K22 ist ein befriedigend reliables und valides Verfahren (Sommer & Fydrich, 1989). Die internen Konsistenzen (α) liegen zwischen .81 und .93 (Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler). Erwartungsgemäß positive Korrelationen zeigten sich mit Skalen sozialer Kompetenz, Selbstsicherheit, Lebenszufriedenheit und dem Beck-Depressions-Inventar (BDI). Für den

F-SozU K-22 liegen Normwerte auf Basis zweier bevölkerungsrepräsentativer Stichproben (n=2.179 und n=1.580) in Form von Prozentrangtabellen vor (Bilsky & Hosser, 1998; Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999). Für den F-SozU K-22 wird für gewöhnlich ein Gesamtscore berechnet.

Erlebte Wertschätzung

Der Fragebogen zur erlebten Wertschätzung (Maercker & Müller, 2000) dient der Erfassung gesellschaftlicher Anerkennung eines Opfers und seiner aktuellen Situation. Die erlebte Wertschätzung wird in Form von wahrgenommener Anerkennung und Missbilligung abgefragt. Eine solche Wertschätzung unterscheidet sich von der sozialen Unterstützungsleistung insofern als dass soziale Unterstützungsleistungen von einer Person wahrgenommene emotionale und praktische Leistungen der Umwelt umfassen, während die Wertschätzung darüber hinaus den gesellschaftlichen Kontext umfasst.

Das Selbstbeurteilungsinstrument zur erlebten Wertschätzung umfasst 16 Items, die auf einer Ratingskala mit 6 („überhaupt nicht“ = 0 bis „ganz genau“ = 5) Stufen beurteilt werden. Die Items lauten beispielsweise „Die meisten Menschen können nicht verstehen, was ich durchgemacht habe“, „In meiner Familie werden meine Erfahrungen unterschätzt“ oder „Bedeutende Personen des öffentlichen Lebens aus meinem Wohnort (z.B. Bürgermeister, Pfarrrer) haben mir nach dem Vorfall ihre Anteilnahme ausgedrückt“.

Cronbachs Alpha für die drei Skalen lagen zwischen α= .79 bis α =.86. Zur Konstruktvalidierung wurden Korrelationen mit der Impact of Event Skala, dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung und dem offenen Erzählen (Müller & Maercker 2000) errechnet. Die beiden Subskalen, die den Mangel an Anerkennung abdecken korrelieren mit den Symptomen der PTSD. Die Subskalen, die die positiven Aspekte der Anerkennung messen, zeigen, dass Personen, die ihre soziale Anerkennung hoch einschätzen davon hinsichtlich ihrer posttraumatischen Gesundheit profitieren. Die gemessenen Korrelationen entsprachen insgesamt den Erwartungen

Der Fragebogen ist ein Forschungsinstrument für das keine Normwerte vorliegen. Getestet wurde der Fragebogen an einem Sample traumatisierter Personen (n=151) und nicht-traumatisierter Personen (n=178). Für dieses Sample liegen Kennwerte vor.

Posttraumatische persönliche Reifung (PPR)

Bei dem PPR (Maercker & Langner, 2001) handelt es sich um die deutsche Fassung des Originalverfahrens des Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) von Tedeschi & Calhoun (1996; vgl. auch Cohen, Hettler, Pane, 1998). Es misst die persönliche Reifung nach Belastungen und Traumata. Im Unterschied zum eindimensionalen englischsprachigen Original, ist das deutschsprachige Verfahren

mehrdimensional. Es umfasst die Subskalen: Neue Möglichkeiten, Beziehungen zu anderen, Persönliche Stärken, Wertschätzung des Lebens und Religiöse Veränderungen.

Der PPR umfass 21 Items die auf einer dreistufigen Skale („überhaupt nicht", „etwas" und 2sehr stark") beantwortet werden. Die Items lauten z.B. „Ich fange mehr mit meinem Leben an", „Ich habe mehr Mitgefühl mit anderen" oder „Ich würdige jeden Tag".

Die internen Konsistenzen der PPR Gesamt- (α =.92) bzw. Subskalen (α =.73 bis α = .85) sind hoch bis zufrieden stellend. Die diskriminante Validität entsprach den Erwartungen. Korrelationen wurden für die Impact of Event Skala IES-R, für Bewältigungsverhalten, Soziale Unterstützung (F-SozU,) und die soziale Erwünschtheit (vgl. Maercker & Langner, 2001) errechnet. Zwischen der persönlichen Reifung und der sozialen Unterstützung zeigten sich keine signifikanten Korrelationen. D.h., dass Personen, die ihre persönliche Reife hoch einschätzen, nicht auch gleichzeitig ihre vorhandene soziale Unterstützung hoch bewerten.

Ein weiteres Ergebnis sollte an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben. Die AutorInnen Maercker und Langner (2001) merken an, dass die persönliche Reifung sowohl mit problemzentrierten als auch emotionszentrierten Copingstilen assoziiert ist. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass sowohl kognitive Neubewertungen wie auch die „Tendenzen zur Selbstberuhigung (im Sinne einer protektiven Illusion)" Elemente der persönlichen Reife nach posttraumatischen Erfahrungen sind (Maercker & Langner, 2001: 161, vgl. auch Maercker, 1998).

Für den PPR liegen keine Normwerte vor. Maercker und Langner (2001) berichten Kennwerte für die Gesamtskala und die Subskalen aus einer Stichprobe (n=141) mit älteren Studierenden (n=82) und einem medizinischen PatientInnensample (n=59).

6.2.2 ExpertInnenbefragung: Validierung der Einzelfallstudien

Aufgrund der geringen Fallzahl wurden im zweiten Untersuchungsteil Telefoninterviews durchgeführt. Das Ziel bestand darin, die Ergebnisse der Einzelfälle einer zweiten Instanz zur Überprüfung und Bewertung vorzulegen. Die leitende Frage dabei war, inwieweit es sich bei den Ergebnissen der Interviewstudie um „typische" oder „außergewöhnliche" Ergebnisse handelt.

6.2.2.1 UntersuchungsteilnehmerInnen und Methode

Die UntersuchungsteilnehmerInnen waren ExpertInnen für pflegende Angehörige. Kontaktiert wurden LeiterInnen von Gesprächskreisen und Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige, die aufgrund ihrer Unterstützungsleistungen und ihrer regelmäßigen Kontakte zu einer Vielzahl pflegender Frauen verfügen. Die TeilnehmerInnen wurden über öffentlich bekannte bzw. über Gesundheitsämter vermittelte Gesprächskreise und Selbsthilfegruppen in Nordrheinwestfalen rekrutiert und in einem Telefoninterview befragt. Diese Methode wurde aus ökonomischen Gründen gewählt.

Telefoninterviews zeichnen sich im Vergleich zu anderen Erhebungsmethoden durch gute Erreichbarkeit, Wiederholbarkeit, Nachfragemöglichkeit und Kostenersparnis aus (Lamnek, 1995). Ähnlich den schriftlichen Befragungen, ist die Befragungssituation aber nicht kontrollierbar. Umfangreiche Fragen können kaum gestellt werden. Eher sind die Fragenkomplexe so zu formulieren, dass sie kurze Antworten ermöglichen und offene Fragen reduziert werden (Mayer, 2002). Wegen des fehlenden Sichtkontaktes ist diese Methode anonymer und weniger persönlich.

Zur Durchführung des Interviews wurden mit den Befragten in der Regel Termine vereinbart, um Einflussfaktoren wie Zeitdruck u.ä. zu reduzieren. Das kürzeste Interview dauerte 20 Minuten, das längste Gespräch eineinhalb Stunden. Auch hier bestätigte sich, dass offensichtlich großes Interesse, aber auch ein Bedürfnis bestand, über das Thema zu reden.

Es wurden nur solche TeilnehmerInnen in die Studie aufgenommen, die eine Selbsthilfegruppe oder einen Gesprächskreis für pflegende Angehörige ohne spezifische Ausrichtung z.B. auf eine Erkrankung leiten, um zu gewährleisten, dass das Erfahrungswissen der Interviewten (entsprechend des Samples der qualitativen Studie) den Untersuchungsgegenstand abdeckt. Insgesamt wurden 63 Personen kontaktiert, von denen 39 dem Anforderungsprofil entsprachen. Eine Person lehnte die Teilnahme ohne Begründung ab.

Insgesamt wurden 36 Frauen und 2 Männer interviewt. Das Durchschnittsalter lag bei 53,39 Jahren (SD=12,12; Range: 27-79). Auch die Tatsache, dass nur wenige Männer solche Gesprächskreise leiten, spricht dafür, dass Pflege weiblich ist. Von den befragten TeilnehmerInnen hatten 71,8% (n=28) eine fachliche Ausbildung (Studium der Sozialen Arbeit oder Sozialpädagogik, Ausbildung in Pflege oder Seelsorge), 20,5% (n=8) waren als LaienhelferInnen tätig (2 TeilnehmerInnen gaben keine Auskunft). Weil sich in der Auswertung der Ergebnisse keine signifikanten Unterschiede zwischen Laien und Professionellen ergab, wird auf eine diesbezügliche detaillierte Darstellung verzichtet. Auch der Bildungsgrad der Befragten wirkte sich nicht auf die Ergebnisse aus. Im Durchschnitt leiteten die TeilnehmerInnen seit 10,26 Jahren einen solchen Gesprächskreis (Minimum 3 Jahre, Maximum 30 Jahre, SD=6,56).

6.2.2.1 Messinstrument

Die Items wurden aus den Ergebnissen der Interviews konstruiert. Bei der Konzeptualisierung der Items wurden als Dimensionen die ereignisabhängigen und ereignisunabhängigen Faktoren sowie Einschätzungen der Gesundheit zugrunde gelegt. Die Befragten wurden angewiesen, die vorgelesenen Items entsprechend ihrer Erfahrungen in den auf einer Skala von „häufig“, „teilweise“, „nie“ und „weiß nicht“ zu beurteilen.

Folgende Aspekte sind Inhalte des Leitfadens:

- Allgemeine Traumafaktoren (ereignisabhängig),
- Gesundheit (Verlust der körperlichen und psychischen Unversehrtheit),
- spezielle Traumfaktoren (ereignisabhängig),
- Erschütterungen des Selbst,
- Gender,
- Erschütterungen der Welt (soziales Umfeld),
- Zukunft (persönliches Wachstum, Konstruktion von Benefits).

Die einzelnen Items ergaben sich aus der Schnittmenge aller in den Interviews von den befragten Frauen berichteten Belastungen und Bewältigungsstrategien.

Im Folgenden werden die Einzelfälle vorgestellt. Daran schließt die die zusammenfassende Bewertung unter Berücksichtigung der ExpertInnenbefragung an.

6.3 Ergebnisse: Traumatisierungspotenziale in der häuslichen Angehörigenpflege

Die Befundlage in der Literatur spricht für die deutlichen Belastungen pflegender Angehöriger, die sich nicht selten in schweren (psycho-)somatischen Erkrankungen manifestieren. Diese werden in den Einzelfällen rekonstruiert. Für jeden Fall wird zunächst das Motiv für die Pflegeübernahme besprochen, das die Wahrnehmung der ereignisabhänigigen wie auch unabhängigen Traumafaktoren deutlich zu beeinflussen scheint. Mit der anschließenden Darstellung der ereignisabhängigen Traumfaktoren soll die Frage zu beantwortet werden, wie traumatisch die Pflege selbst erlebt wird. Zur Erhärtung dieses Ergebnisses dienen die gesundheitsbezogenen. Entsprechend der angenommenen individuellen Vulnerabilitäten werden die ereignisunabhängigen Faktoren besprochen. Zu diesen gehören z.B. frühere traumatische Erfahrungen, intrapsychische und interpersonelle Bewältigungsressourcen. Jeder Fall wird für sich genommen bewertet.

Die Ergebnisse werden schließlich der Validierungsprüfung gegenübergestellt, um einschätzen zu können, ob diese verallgemeinerbare Aussagen zulassen. Danach kann der Versuch einer Typisierung der Einzelfälle folgen.

Vorab werden die Frauen kurz portraitiert. Die Reihenfolge der Einzelfälle ist dabei keine zufällige. Zunächst werden diejenigen Fälle vorgestellt, in denen es den interviewten Frauen offensichtlich gut gelungen ist, die Pflegesituation zu bewältigen, und bei denen zumindest gemäß Test keine gesundheitlichen Einschränkungen vorliegen. Es folgen Frauen, deren Bewältigung scheinbar weniger vollständig ist und die einige wenige gesundheitliche Symptome zeigen und schließlich zwei Fälle, die gemäß der gemessenen Faktoren traumatisiert zu sein scheinen und im Vergleich zu den anderen Einzelfällen mäßige Bewältigungserfolge aufweisen.

6.3.1 Frau Kristo: „Pflege ist Friedensarbeit“

Zuerst wird kurz die Lebensgeschichte vorgestellt. Anschließend folgt, analog zur oben beschriebenen Vorgehensweise, die Betrachtung des Pflegemotivs.

Frau Kristo ist 56 Jahren alt, verheiratet und Mutter von drei Kindern. Zwei der Kinder sind bereits erwachsen und verheiratet. Sie stammen aus der ersten Ehe. Der jüngste Sohn ist 15 Jahre alt und gemeinsames Kind der zweiten Ehe. Frau Kristo und ihr Mann sind beide voll erwerbstätig und verfügen über ausreichende finanzielle Ressourcen.

Frau Kristo ist von Beruf Krankenschwester und übt diesen seit beinahe 40 Jahren aus. Mit dreißig Jahren trennt sie sich von ihrem ersten Mann. Sie zieht zu ihren Eltern, die sie auch bei der Versorgung der Kinder unterstützen, bis die Kinder entscheiden, bei ihrem Vater aufwachsen zu wollen. Der Kontakt zu den Kindern bleibt bestehen. Dennoch erlebt Frau Kristo die Entscheidung der Kinder zum Vater zu wollen als dramatischen Verlust.

Viele Jahre später heiratet Frau Kristo ein zweites Mal. Aus dieser Ehe stammt ein Sohn. 1999 erkrankt die Mutter von Frau Kristo. Sie erleidet einen Herzinfarkt. Nach dem Krankenhausaufenthalt nimmt Frau Kristo die Mutter zu sich auf, die aber wenige Tage später erneut einen Herzinfarkt bekommt, der zwar noch therapiert wird, von dem sie sich aber nicht mehr erholt. Die Mutter stirbt während des zweiten Krankenhausaufenthaltes.

Nach dem Tod der Mutter nimmt Frau Kristo den Vater in ihr Haus auf. Er bewohnt dort eine abgeschlossene Wohnung. Der Vater leidet an einer schweren Arthrose, die ihn zuletzt sogar an das Bett fesselt. Schwere Asthmaanfälle erfordern intensive Betreuung und Fachkenntnis von Frau Kristo. Schließlich erblindet ihr Vater. Er stirbt hochbetagt im Alter von fast 97 Jahren Ende 2004.

6.3.1.1 Pflegemotive: Dankbarkeit und Einhaltung eines Versprechens

Auf die Frage, aus welchen Beweggründen sie die Pflege ihres Vaters übernommen habe, antwortet Frau Kristo:

> *Und ich habe es auch deswegen gemacht, wirklich, weil mein Innerstes sich – also ich hätte damit nie leben können, wenn ich meine Eltern weggegeben hätte. Weil ich eben weiß, was sie alles durch gemacht hatten. Was sie auch für uns getan haben letztendlich. […] Ja. Und also, ich hätte das nie fertig gebracht, weil ich immer so ein, dass kann man nicht als Verantwortungsgefühl bezeichnen. Ne, Verantwortung habe ich für meine Eltern keine gehabt. Aber ein (Pause) – ich denke mir aus einer tiefen Dankbarkeit heraus. Das ich selber, ich war ja selber auch jahrelang verzweifelt und so. Aber aus einem tiefen Dankbarkeitsgefühl heraus, dass ich lebe und dass ich was für das Leben tun kann. […] Ich darf leben und mir geht es gut und ich habe keine schweren Krankheiten und ich habe, ich bin eigentlich auch durch alle meine schweren und schlimmen Jahre gut drüber hinweggekommen. Eben auch durch die Hilfe meiner Eltern. Aber ich habe das nicht gemacht, weil ich denen so ungefähr, „Ja, Ihr habt mir was Gutes getan, ich muss jetzt auch was Gutes tun". Das überhaupt nicht. Also, das ist. Ich habe das freiwillig getan. Aus - wirklich - aus freiem Herzen. Mich hat niemand dazu gezwungen und mich hat auch niemand dazu gedrängt, sondern das ist ein ganz freier Herzensentschluss gewesen. Also nicht, dass ich gedacht habe, was denken die anderen Leute, die ist Krankenschwester. Also überhaupt nicht. Also ich habe immer das gemacht, was ich machen wollte und was ich machen musste, letztendlich. Und das ist etwas, das war mir ein solches inneres Bedürfnis und das wäre für mich überhaupt keine Frage gewesen. Für mich stand nie die Diskussion im Raum, dass ich etwas anderes getan hätte. Niemals, nie (Frau Kristo, 616-648).*

Frau Kristo nennt als Pflegemotiv das Dankbarkeitsgefühl gegenüber ihren Eltern, das sie mit zwei Gründen belegt: Als erstes nennt sie das für ihre Generation typische Pflegemotiv. Sie wuchs in der Nachkriegszeit auf und hatte große Anstrengungen ihrer Eltern wahrgenommen, den Kindern unter schwierigsten Bedingungen eine möglichst gute Kindheit zukommen zu lassen. Als zweites führt sie zur Begründung ihrer Dankbarkeit die Trennungssituation von ihrem ersten Ehemann und den damit verbundenen Verlust ihrer Kinder an, die sich entschieden hatten, zum Vater zu ziehen. In diesen schwierigen Jahren erfuhr sie Hilfe und Unterstützung von ihren Eltern. Beide Begründunge liegen auf der Beziehungsebene. Ein drittes verallgemeinerndes Argument wird zu Beginn genannt, nämlich

ihr Mitleid mit der Kriegsgeneration. Damit begründet Frau Kristo ihr Pflegemotiv altruistisch. Sie kogniziert die Pflegeübernahmen als freiwillige Entscheidung und schließt ein Verpflichtungsgefühl explizit aus.

Als Frau Kristo von der kurzen Sterbephase ihrer Mutter erzählt, nennt sie ein weiteres Pflegemotiv. Sie hatte ihrer Mutter tags vor deren Tod das Versprechen gegeben, sich um den Vater zu kümmern.

> *Aber den Abend vorher, habe ich ihr das Versprechen gegeben, und sie wusste, dass sie stirbt. Im Nachhinein wusste ich das. Und ich habe ihr das Versprechen gegeben, dass ich gut auf meinem Vater aufpasse. Sagt sie „Pass fei auf meinen Dieter auf. Pass gut auf Deinen Vater auf". Und das Versprechen habe ich gehalten. […] Das ist ganz egal wie schwer das ist. Dass man so was, ein Versprechen, wirklich, das man jemandem gibt, dass man das auch wirklich so hält. Ich glaub, das kann man, mit einem, sonst, ich könnte mit meinem Gewissen nicht schlafen. Ich habe das meiner Mutter versprochen. Ich mein, ich bin meiner Mutter zu großem Dank verpflichtet und, und meinen Eltern wirklich. Die haben mich in schweren Zeiten auch aufgenommen und haben mich behütet, und, und bemuttelt. (Frau Kristo, 153-172).*

Frau Kristo gibt zu verstehen, dass sie das Versprechen aus anerkennender Dankbarkeit gegenüber den Eltern einhalten will. Auch hier gilt ein für diese Generation typisches Verständnis, dass ein Versprechen – und seien damit auch noch so schwere Belastungen verbunden – nicht „gebrochen" werden darf. Tiefe Schuldgefühle wären die Folge, würde sie das Versprechen nicht halten.

Verschiedene Interviewpassagen zeigen, wie tief das Dankbarkeitsmotiv und das Pflegeversprechen verinnerlicht wurden. Als sie von den erlebten Pflegebelastungen berichtet, erklärt sie, dass sie die Pflege ihres Vaters nicht an andere Personen delegieren wollte:

> *Es ist als wenn sie ein kleines Kind zu Hause lassen. Sie sorgen sich darum. Ihre Gedanken kreisen immer darum und wie wird es denn sein und werden sie [Mann und Sohn, M.D.] es denn schaffen und so. Natürlich haben sie es geschafft. Ich meine loslassen ist ja auch gut, aber trotzdem. Und ich habe es dann nicht mehr gemacht. Ich bin dann überhaupt nicht mehr weggefahren. Das war in Ordnung für mich. Ich habe meinen Sohn und meinen Mann in Urlaub geschickt letztes Jahr. Ich war drei Jahre fast nicht mehr in Urlaub, also bis auf die vier Tage letztes Jahr. Ich hätte jedes Jahr von der Krankenkasse zwei drei Wochen Urlaub haben können. Da wäre jemand gekommen. Ich habe dem Wunsch meines Vaters nachgegeben. Er wollte niemanden Fremden. […] Ich habe es verstanden, dass er das nicht will (Frau Kristo, 1479-1493).*

Das Pflegemotiv ist so stark und leitend, dass es keine Alternative zulässt und die eigenen Bedürfnisse dominiert. Diese scheinbare Selbstlosigkeit und Uneigennützigkeit, die die Pflegemotive suggerieren, sind aber tatsächlich durch das selbst definierte Pflegeziel (sich dankbar zu erweisen) motiviert, das zentral für die Aufrechterhaltung des Selbstbildes von Frau Kristo ist. Taxonomisch betrachtet handelt es sich also bei den Pflegemotiven um selbstrelevante Motive, die lediglich andere, für das Selbst weniger bedeutende Ziele oder Bedürfnisse dominieren (vgl. Sedikides & Strube, 1995).

Gegen Ende des Interviews resümiert Frau Kristo:

> *Ich habe mir das ja nie letztendlich so überlegt, soll ich das machen, soll ich das nicht machen. Ich war mir sicher, dass ich das mache. Da gab es überhaupt kein Fragezeichen, gab es überhaupt keine Frage. Ich war mir hundertprozentig sicher, das mache ich und auch wenn da meine Familie nicht dahinter gestanden hätte, hätte ich es trotzdem gemacht, weil ich letztendlich dadurch auch was bewegt habe, in meiner Familie (Frau Kristo, 1318-1323).*

Ihr Vergleich macht deutlich: Der Schaden ihres Selbstbildes im Fall nicht übernommener Pflege wäre für sie problematischer gewesen als mögliche Konflikte mit der Familie, wenn diese die Pflege nicht akzeptiert hätten. Offensichtlich dominierte die Beziehung zu den Eltern ihr Familienleben.

Grenzbereiche der pflegemotivierenden Fürsorge

Durchaus reflexiv sieht Frau Kristo, dass sie trotz oder gerade aufgrund ihres Pflegemotivs Grenzen setzen muss, wenn sie ihre eigene Gesundheit nicht gefährden will. Die folgende Passage macht das deutlich. Als sie danach gefragt wird, was sie durch die Pflege ihres Vaters gewonnen hat, erzählt sie stolz von ihren Leistungen, lässt aber auch erkennen, dass es Grenzen gab.

> *Und, und dann hat er auch mal, wie es wieder so schlimm war – er hat dann auch so schreckliche Schmerzen gehabt, so Arthroseschmerzen. Und dann konnte er dann auch nicht mehr alleine aufstehen. Ich habe ihn dann raustragen müssen aus dem Bett in den Rollstuhl rein und er wollte bis zum Schluss auf die Toilette gehen. Er ist bis zum Schluss für seinen Stuhlgang auf der Toilette gewesen. Er wollte keinen Nachstuhl. Er wollte das nicht. Ich habe das akzeptiert, obwohl das einfach – ein anderer hätte gesagt: "Du spinnst!" Ich hätte darüber gar nicht mit jemand anderem reden können. Er wollte das nicht, und ich habe das akzeptiert. Ich habe wirklich diesen ganzen Menschen vom Bett in den Rollstuhl und vom Rollstuhl auf die Toilette und sitzen geblieben und ich, ich. Aber, was man schafft, um einen anderen Menschen auch eine Freude zu machen. Und wie wichtig das ist, dass man das akzeptiert und nicht sagt: „Nein, dass geht nicht mehr, jetzt hol ich …". Er wollte das Krankenbett auch nicht, aber das habe ich ihm dann schon auch verständlich machen können, wie wichtig das auch für mein Kreuz ist. Und dann: „Ja, ja, dass machen wir". „Das machen wir, dann bestell das aber gleich" (Frau Kristo, 849-865).*

Frau Kristo nimmt ihre Pflegeleistungen sehr wohl als Anstrengungen wahr, versteht diese aber als Fürsorge für ihren Vater. Die körperlichen Strapazen, die Frau Kristo auf sich nimmt, führen eher zu einer positiven Stimmungslage und scheinen für ihr psychisches Wohlbefinden sogar förderlich zu sein.

Ganz im Sinne ihres altruistischen Pflegemotivs fällt es ihr schwer, sich den Wünschen ihres Vaters zu widersetzten. Daher widersetzt sie sich diesen nur in Situationen, in denen sie extreme körperliche Belastungen fürchten muss. Der Erzählaufbau der Interviewpassage bestätigt das. Sie wählt eine Redewiedergabe, um den Inhalt des Gesagten und die Problematik der Situation zu betonen. Das deutet auch darauf hin, dass für Frau Kristo die Erfüllung ihres Bedürfnisses, nämlich sich dankbar zu erweisen, bereit ist, große Anstrengungen auf sich zu nehmen.

Eine weitere Redewiedergabe mit fiktiven Anderen ist auffällig. Die fiktiven Anderen stehen stellvertretend für Personen aus dem sozialen Umfeld, denen gegenüber Frau Kristo verheimlicht, viele

körperliche Belastungen auf sich zu nehmen, um die Wünsche und Bedürfnisse des Vaters zu erfüllen. Sie fürchtet mangelndes Verständnis anderer Menschen. Es ist nicht auszuschließen, dass dahinter eine vage Einsicht steht, zu viel auf sich zu nehmen, um die Wünsche des Vaters zu erfüllen. Aber diese Einsicht muss sie geheim halten, weil sie ahnt, dass sie anderen Personen ihr Verhalten nicht erklären kann. Andere würden rational argumentieren und ihr Verhalten in Frage stellen. Nur spielt für sie das rationale Argument keine Rolle, weil sie mit den geleisteten Strapazen das Bild von sich selbst als gute Tochter (Frau Kristo, 70) bestätigen will. Das scheinbar irrationale Verhalten ist unter Berücksichtigung des erlebten Gewinns durchaus rational.

Es ist festzuhalten, dass das verinnerlichte Pflegemotiv dazu beiträgt, große körperliche Belastungen zu ertragen, die psychisch weniger belastend zu sein scheinen, weil sie identitätsstiftend sind.

6.3.1.2 Selbst- und Weltbilder und deren Verteilungsprinzipien

In der Tat beginnt Frau Kristo das Interview (nach der Themennennung und der Aufforderung, „ein wenig aus Ihrer Lebensgeschichte zu erzählen, um Sie besser kennen zu lernen“) damit, ihre Vorstellungen von einer guten, friedlichen Welt (ganz im Sinne von Janoff-Bulman) darzulegen:

> *Also ich denke, jeder Angehörige, der sich dafür [für die Pflege, M.D.] wirklich bereit hält und der so eine Aufgabe übernimmt, der leistet ein Stück Friedensarbeit in dieser Welt […] Und stellen Sie sich vor, wenn jeder Mensch, wenn jeder nur für seine nächsten Angehörigen diese Arbeit leisten würde. Was wäre in dieser Welt, diese Not, die dann nicht wäre (Frau Kristo, 2-8).*

Pflege ist für Frau Kristo Friedensarbeit, die Not und Leiden lindert. D.h. nach ihrer Vorstellung ergibt die Summe friedvoller Umgebungen in den Familien so etwas wie einen Weltfrieden. Für sie ist aber auch klar, dass die reale Situation nicht diesem Frieden entspricht. Die Ursache erkennt sie in der mangelnden familiären Fürsorge, die an individuellen Voraussetzungen scheitert:

> *Dass wenn jeder, jede Frau, - ich möchte sogar, sogar eingrenzen – wenn jede Frau auf dieser Welt nur für, sagen wir mal, für ihre Eltern und für ihre Kinder diese Verantwortung übernimmt, als erstes natürlich für sich. Das ist die allererste Arbeit. Und da muss man einfach, da geht es nämlich schon los. Dass wir das schon nicht können von Haus aus. Da muss man schon ganz großes Glück gehabt haben in seinem Leben, dass man in einer Familie groß wird, wo man das von klein auf - wo man erstens mal mit dem Glauben in Verbindung kommt. Wie,l ohne Glauben können sie diese Arbeit auch nicht tun - sag ich mal. Das sehe ich in der Arbeit. Also da stehe ich voll dahinter. Ohne Glauben an eine liebende Kraft, an einen Gott, an einen, an einen guten Geist, den wir alle in uns haben, der uns alle verbindet, der uns lehrt, der uns sagt, wo es lang geht, können wir das nicht tun (Frau Kristo, 6-22).*

Um mit der Pflege ein Stück Friedensarbeit zu leisten, bedarf es der Verantwortungsübernahme für sich selbst und die Familie, die aber den Glauben an einen Gott voraussetzt. Denn der Glaube lehrt,

> *dass es keine Situation im Leben gibt, die nicht durchzustehen ist (Frau Kristo, 30f.)*

Und dieses Durchstehen aller Lebenssituationen ist eine besondere Fähigkeit der Frauen. Frau Kristo bezeichnet diese weibliche Fähigkeit als „Muttersein“.

> *Jeder Mensch braucht in der Nähe, in diesem Augenblick einen Menschen, Mutter, die Mutter. Die weiß, das braucht dieser Mensch jetzt, ohne recht viel darüber zu reden, ohne sich groß aufzumanteln, so zu sagen: „Och, was tu ich alles für Dich!“ Und „Ich bin immer da“ und. Genau um das geht es. Etwas zu tun, was die Not im Augenblick wendet. Was Notwendiges. Das ist Muttersein. Muttersein kann ich zu jedem Menschen. […] Jeder Mensch hat Not, in dem Sinn (Frau Kristo, 48-59).*

Das Muttersein versteht Frau Kristo in einem religiösen Sinne als Dienst am Nächsten, der bescheiden für einen anderen Menschen getan wird und mit dem (die Frauen) Not und Leiden lindern können. Damit haben die Frauen eine große Aufgabe zu erfüllen, weil jeder Mensch in Notsituationen gerät und eine „Mutter“ braucht.

Wie kann es Frauen gelingen, eine solche verantwortungsvolle Aufgabe zu übernehmen? Frau Kristo ist überzeugt, dass die Grundlage hierfür der Glaube ist, der intergenerativ durch die weiblichen Familienmitglieder vermittelt wird:

> *Ich hatte das große Glück, eine, eine ganz gläubige Großmutter gehabt zu haben und eine gläubige Mutter (Frau Kristo, 27-28).*

Ganz offensichtlich legt Frau Kristo ihren Selbst- und Weltvorstellungen Prinzipien zugrunde: Einerseits den religiösen Glauben und die (damit verbundene) Vorstellung von Weiblichkeit. Analog zu den theoretischen Annahmen von Janoff-Bulman (1992) orientiert sich Frau Kristo an einer „guten und friedvollen“ Welt, die gemäß der Autorin in der Vorstellung der Menschen nach „Verteilungsprinzipien“ organisiert ist (vgl. Abb. 2). Menschen, so Janoff-Bulman (1992), glauben, das Gute sei nach verschiedenen Prinzipien (Gerechtigkeit und Fürsorge, Kontrolle und Glück) geordnet. Im Unterschied zu der von Janoff-Bulman angenommenen Kernvorstellung einer guten Welt, handelt es sich bei Frau Kristo aber nicht um den Glauben, dass sie in einer guten Welt lebe, sondern dass eine gute Welt *möglich* wäre, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Der Unterschied besteht wohl darin, dass bei dem Glauben an eine gute Welt, der Status quo aufrechterhalten werden muss, während der Glaube an eine *mögliche* gute Welt persönlichen Einsatz erfordert. Wenn sich Dinge ereignen, die im Widerspruch zu einer guten Welt stehen, wird dadurch auch nicht die Kernvorstellung erschüttert, sondern eher die Botschaft wahrgenommen, dass mehr Anstrengung erforderlich ist, um der Idealvorstellung einer guten Welt näher zu kommen. Das Erschütterungspotenzial liegt demnach auf der Ebene des Selbst.

Auch in Bezug auf das Selbstbild von Frau Kristo bestätigen sich die Annahmen Janoff-Bulmans (1992). Frau Kristo erklärt, ihre Fähigkeit zur Pflege und damit zur Friedensarbeit beruhten darauf, das Glück gehabt zu haben, eine gute Mutter und Großmutter gehabt zu haben, die ihr diese vermittelten. Gerade unerklärliche Dinge, wie bei Frau Kristo die Frage, warum sie und nicht andere Frauen

bereit und fähig sind, die Fürsorgepflicht zu übernehmen, werden einfach damit erklärt, Glück gehabt zu haben. Wie Janoff-Bulman (1992) und Taylor (1989) behaupten, wird bei den Ausführungen von Frau Kristo deutlich, dass sie mit der Deutung der Pflege als Friedensarbeit den erlebten Belastungen Sinn und Bedeutung zugewiesen wird, die sicher dazu motivieren, die eigentlich „unerträglichen" Pflegebelastungen (Frau Kristo, 345) auszuhalten.

Bemerkenswert ist, dass Frau Kristo einen komplexen Zusammenhang zwischen einer abstrakten Kernannahme (gemäß dem higher-order Postulat) und einem konkreten, alltagspraktischen Selbstschema (gemäß dem lower-order Postulat) herstellt (vgl. Janoff-Bulman, 1989; Kap. 4.5): Wenn sie gute Pflege leistet, trägt sie zu einer guten Welt bei. Schaffen kann sie dies, weil sie Glück hatte, gute Vorbilder gehabt zu haben, die ihr den dafür notwendigen Glauben vermittelten. Dieser Zusammenhang ist auch deshalb interessant, weil Morgan und Janoff-Bulman (1994) davon ausgehen, dass je komplexer die Aspekte des Selbst und der Welt vernetzt sind, die Bewältigung schwieriger Situationen besser gelingt, weil sich damit die Zahl der Problemlösealternativen erhöht. Die bisherigen Hinweise scheinen das zu belegen.

Handelt es sich bei den Vorstellungen von Frau Kristo um, wie Taylor für die positiven Illusionen konstatiert, überhöhte Vorstellungen? Auffällig ist zumindest, dass Frau Kristo mit der Aussage, sie habe mit ihrer vorbildlichen Mutter und Großmutter Glück gehabt, einen impliziten Vergleich mit anderen durchführt, der, wenn man so will, der Aussage Taylors (1983, 1989) entspricht, dass Frau Kristo sich glücklicher als andere einschätzt und damit einen positiven Aspekt ihres Selbst überhöht. Die Weltvorstellung dagegen wird nicht übergeneralisiert, denn die Welt könnte gut sein, ist es nach Vorstellung von Frau Kristo aber nicht.

Genderspezifisches Vorstellungen

Die religiösen Vorstellungen von Frau Kristo sind eng mit einer gendertypischen Deutung verbunden wie oben bereits deutlich wurde. Zu dieser wahrgenommenen Weiblichkeit wird, als Frau Kristo erneut die mit der Pflege verbundene Friedensarbeit anspricht, folgende Frage gestellt:

> *Sie[Frau Kristo] haben vorhin gesagt, dass das [also die Pflege, M.D.] mit Muttersein zu tun hat. Erleben Frauen das anders als Männer?*

Folgende Antwort gibt Frau Kristo:

> *Aber ich glaube es nicht nur, ich denke, ich glaube es zu wissen, dass Männer ein anderes Empfinden haben. (Pause). Also ich glaube nicht, dass Männer (Pause), dass Männern dieser Zugang geschenkt wird, dass so zu sehen wie wir das sehen können als Frau. Ich denke, sie werden genauso glücklich sein, wenn sie ein neugeborenes Kind im Arm halten – das werden sie genauso, da ist kein Unterschied – aber der Blick und die Verbindung […] das ist etwas, was uns, ja, doch unterscheidet. Und ich sehe das als eine, als ein ganz besonderes, eine ganz besondere Gnade und Geschenk, was die Frauen mitbekommen haben (Frau Kristo, 1611- 1622)*

Mit der Formulierung, dass Weiblichkeit eine besondere Gnade und ein Geschenk ist, drückt Frau Kristo nicht nur Wertschätzung für das weibliche Geschlecht, sondern auch den religiösen Bezug aus. Denn Gnade ist im Christentum der Ausdruck für die Liebe Gottes, die zu guten Werken befähigt. Die Nähe zum Leitmotiv des Mutterseins ist unverkennbar.

> *Also, ich denke, das hat was mit meinen Glauben zu tun. Ich denke, dass […] Frauen so sind, dass sie dem Leben und den Geheimnissen des Lebens näher verbunden sind als Männer. Sie sind, sie haben etwas mitbekommen und das hat jede Frau. Ich denke, dass hat jede Frau und da ist keine Frau von ausgenommen. Wie sie das weiter entwickelt, wie sie das für sich sensibilisiert, wie sie das lebt, das ist ihre Sache, das ist ihre Entscheidung. Aber ich denke, wir Frauen wir haben alle etwas Besonderes mitbekommen, nämlich diese Fähigkeit, das Geheimnis um geboren werden und um Sterben näher und tiefer empfinden zu können. Wir sind da näher dran (Frau Kristo, 1632-1642).*

Hier wird erneut deutlich, dass, in der Diktion Janoff-Bulmans, eine „gute Welt" nicht grundsätzlich gegeben sein kann, weil sie das Ergebnis weiblicher Friedensarbeit ist. Und diese ist nicht von Natur aus gegeben, sondern muss von den Frauen faktisch geleistet werden. Denn nach christlicher Vorstellung ist Gnade ein Angebot, dass nicht aufgezwungen, sondern angenommen wird. Wenn eine Frau diese Gnade annimmt, wird sie im Unterschied zu Männern schwierige Dinge aushalten können:

> *Und deswegen halten die das – ich habe ganz wenige Männer erlebt, die bei Frauen zum Beispiel beim Sterben dabei gewesen sind. Es gibt nur ganz, ganz, ganz wenige Männer. Das ist ihnen unheimlich, weil sie es selber nicht kennen. Da können sie, da stehen sie ohnmächtig davor und wissen nicht, was passiert. Die wollen immer alles wissen, schon vorher, was passiert. […] Das ist das, was ich gesagt habe, man muss jeden Tag kreativ sein, man muss jeden Tag sich umstellen können, man muss und das ist eine Fähigkeit, die können die meisten Männer nicht (Frau Kristo, 1648-1694).*

Diese weiblichen Fähigkeiten (nicht aus Situationen zu flüchten und schwierige Situationen bewältigen zu können) sind handlungsleitend und drücken sich in flexibler Anpassungsfähigkeit an situative Erfordernisse aus.

Freilich geht damit ein gewisses Maß an weiblicher Einsamkeit einher:

> *Also, ich denke, das ist auch so etwas, was – bei Männern sieht das dann vielleicht so aus, aber denen ist das dann wurscht, wie es dem anderen, wie es der Frau oder so geht. Aber ich denke, Frauen machen sich immer ihre Herzensgedanken und ja – also, es ist schwierig. Also ich sehe auch viele Frauen in meiner Umgebung, die schon mehr ihren Egoismus ausleben. Gerade so bei meinen frühen Kollegen und so. Das gibt es schon auch in der heutigen Zeit (Frau Kristo, 1834-1845).*

Die weibliche Einsamkeit wird auch zur individuellen Einsamkeit, wenn immer mehr Frauen die Gnade nicht annehmen und „vermännlichen".

Nach Auffassung von Frau Kristo ist, anders als Janoff-Bulman (1992) behauptet, eine gute Welt nicht mit einer gerechten Welt gleichzusetzen, sondern mit einer friedvollen Welt. Die Ausführungen zeigen, dass die Vorstellung von einer „guten Welt" im Fall von Frau Kristo keine simple Überzeugung ist, sondern an individuell bestimmte, lebensphilosophische Bedingungen geknüpft wird (zur Kritik

simplifizierter Kernannahmen in der Janoff-Bulmanschen Theorie vgl. Dalgleish, 1999; Kaufman, 2002). Fraglich ist, ob die Differenzierung der Kernannahmen aufgrund der Pflege des Vaters erfolgte, oder diese bereits vorher bestand.

Illusorischer Charakter der Selbst- und Weltbilder

Taylor behauptet nun, Menschen tendierten dazu, ihre Vorstellungen über das Selbst und die Welt wie auch über die Zukunft zu überhöhen, um daraus einen Nutzen für das Selbst im Sinne eines stabilen Selbstwertes zu ziehen.

Im Fall von Frau Kristo scheint sich das für alle gemessenen Bereiche zu bestätigen:

Selbstwert

Auf der Self-esteem Skala (Ferring & Filipp, 1994) erreicht Frau Kristo mit einem Gesamtscore von 27 (x_{max}=30) einen sehr hohen Wert. Abgesehen von einem Item bestätigt Frau Kristo alle Aussagen. Lediglich die Aussage „Ich besitze die gleichen Fähigkeit wie die meisten Menschen auch“ wird abgelehnt. Bedenkt man, dass Frau Kristo das Item „Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch“ voll bestätigt, kann man vermuten, dass das abgelehnte Item möglicherweise ihre Zustimmung nicht findet, weil sie davon ausgeht, über mehr gute Eigenschaften zu verfügen als durchschnittlich andere Menschen, wodurch die Taylorsche Annahme der Selbsterhöhung oder der Illusion eines positiven Selbst, verbunden mit einem hohen Selbstwertgefühl voll bestätigt würde (vgl. Kap. 3.4).

Kontrollüberzeugungen

Die folgende Tabelle gibt die Ergebnisse des Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991) wieder.

	Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	**Internalität**	**soziale Externalität**	**fatalistische Externalität**	**Selbstwirksamkeit**	**Externalität**
Gesamtwerte der Subskalen	45	32	10	17	70	29
Kennwert der Normierungsstichprobe*	31,9	32,4	26,1	26,8	64,2	53
Prozentrang	99	50	25	8	79	2
T-Werte	73	50	1	36	58	29

* Krampen, 1991

Die Primärskalen weisen auf ein hohes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten. Nur 27% der Befragten aus der Normierungsgruppe weist ein höheres Selbstkonzept auf. Die Internalität bewegt sich im

Mittelfeld, was bedeutet, dass Frau Kristo nicht davon überzeugt ist, das Gewünschte und Geplante immer zu realisieren. Zugleich sieht Frau Kristo sich nur in sehr geringem Maß von anderen Menschen abhängig und durch diese benachteiligt. Nur 25% der Befragten aus der Normierungsstichprobe sehen sich weniger abhängig von anderen Menschen. Gering ausgeprägt ist auch der Glaube daran, vom „Schicksal" abhängig zu sein (fatalistische Externalität). Frau Kristo ist also davon überzeugt, Situationen durch ihr eigenes Verhalten beeinflussen zu können. Auf den Sekundärskalen erreicht Frau Kristo einen Wert, der sich im Mittelfeld der Wirksamkeitsüberzeugungen bewegt. Die generalisierte Externalität dagegen ist gering und deutlich unterhalb des Durchschnittsbereichs und spricht für ein geringes Maß an Hilflosigkeit und ein geringes Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen (zur Interpretation der Ergebnisse vgl. Krampen, 1991: 25-30).

Gerechtigkeitsvorstellungen

In der Befragung zum Gerechte-Welt-Glauben (Dalbert, 1996) zeigt sich nur ein unwesentlicher Unterschied des allgemeinen Gerechte-Welt-Glaubens ($M_{.GWallg}$=3,67) zu den anderen Probandinnen. Dagegen ist der Glaube an eine persönliche gerechte Welt eher groß ($M_{GW\ persönl.}$=5,86), was dem Interviewdaten insofern entspricht, als dass Frau Kristo davon überzeugt ist, Menschen (insbesondere Frauen) seien der Lage sind, die Dinge zu beeinflussen, und sie andererseits von der Güte der persönlichen Umwelt überzeugt ist, wogegen sie vermutlich die Welt insgesamt weniger gerecht wahrnimmt, weil nicht alle Menschen (oder Frauen) bereit sind, das Leiden und die Not zu mildern, und sie darüber hinaus eine zunehmend egoistische Haltung der Menschen beklagt (Kristo, 1179, 1842ff.).

Optimismus und Zukunftsvorstellungen

Bei Zugrundelegung der Taylorschen Theorie zu fragen, ob sich die Zukunft von Frau Kristo entsprechend ihrer positiven Deutung der Pflegebelastungen auch in einer optimistischen Einschätzung der Zukunft äußert. Mit einem Summenwert von 32 im Life Orientation Test (Wieland-Eckelmann & Carver, 1990) ist Frau Kristo (wegen x>32; x_{max}=40) überdurchschnittlich optimistisch (wegen X>22, ebd.).

Frau Kristo erreicht damit im Gesamtergebnis in allen Bereichen höhere Werte als die Durchschnittsbevölkerung, die deshalb nach dem Verständnis Taylors als übergeneralisierte Vorstellungen interpretiert werden können und für einen adaptiven Nutzen sprechen, wenn man den Selbstwertwert zugrunde legt. Zum Zeitpunkt der Befragung sind daher in den gemessenen Bereichen keine Desillusionierungen oder Erschütterungen erkennbar.

6.3.1.3 Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung

In den Interviewdaten gibt es keine Hinweise, dass Frau Kristo während der Pflege oder nach dem Tod des Vaters bis zum Zeitpunkt des Interviews, abgesehen von Rückenschmerzen, krank gewesen wäre. Auf die Frage nach ihrem Gesundheitszustand während und nach der Pflege beschreibt sie sich im Gegenteil sogar als sehr gesund. Zumindest hinsichtlich einiger gesundheitsbezogener Aspekte kann das für den Zeitpunkt, zu dem das Interview stattfand, bestätigt werden. Es liegen aufgrund des Summenwertes von 15 im BDI-V (Schmitt & Maes, 2000) keine Anzeichen für depressive Symptome vor. Gleiches gilt für etwaige Belastungssymptome. Aufgrund des Testwertes des IES-R (Maercker & Schützwohl, 1998) mit x=-1,62 (x_{min} = - 4,36) liegen wegen x<0 keine Belastungssymptome vor. Auf den Subskalen des IES-R erreicht Frau Kristo eher niedrige Werte: 18 Punkte auf der Subskala „Intrusion“ (Skalenrange 0-35), 10 Punkte auf Vermeidungsskala (Skalenrange 0-40) und 16 Punkte auf der Hyperarousalskala (Skalenrange 0-35) sprechen für ein geringes erlebtes Maß an Belastungen zum Zeitpunkt des Interviews.

Weder hinsichtlich der Kernüberzeugungen noch in Bezug auf die Gesundheit scheint Frau Kristo zum Zeitpunkt des Interviews Einschränkungen zu haben. Weil nun aber die Pflege als ein kritisches Ereignis diskutiert wird, ist im Folgenden für den vorliegenden Einzelfall das mögliche Traumapotenzial der Pflege nachzuvollziehen. Je nach Einschätzung dieses Potenzials ist nach den Bewältigungsfähigkeiten zu fragen, die es Frau Kristo entweder ermöglichten, ihre Selbst- und Weltbilder aufrechtzuerhalten oder diese wiederherzustellen.

6.3.1.4 Ereignisabhängige Traumafaktoren

Im Folgenden wird das Interview nach den in Kap. 2 herausgefilterten und strukturierten Traumakriterien für eine Einschätzung der häuslichen Pflege im Fall von Frau Kristo untersucht.

Konfrontation mit dem Tod und Bedrohungspotenzial der Elternpflege

Die Konfrontation mit dem Tod meint in der Psychotraumatologie die durch ein Ereignis ausgelöste existenzielle Bedrohung des Lebens. Diese kann sowohl die Bedrohung des eigenen Lebens als auch die Beobachtung der Bedrohung des Lebens einer anderen Person umfassen kann. Der Grad der Bedrohung wird durch die damit verbundene Angst und Hilflosigkeit bestimmt.

Todesangst, Ohnmacht und Hilflosigkeit

Frau Kristo zählt in einer über etliche Seiten umfassenden Reflexion, welche Bedeutung die Pflege ihres Vaters für sie hatte und spricht in diesem Kontext die Belastungen an, die die Pflege ihres Vaters mit sich brachte.

Bis ich dann diese Luftmatratze [zur Dekubitusprophylaxe, M.D.] hatte, haben wir dann auch eben experimentiert, wie das geht. Er [der Vater, M.D.] wurde sofort die erste Nacht rot. Da habe ich dann alle drei Stunden einen Wecker gestellt und habe ihn umgedreht. Ohhh [stöhnt] (Pause). Das können Sie sich nicht vorstellen. Das ist – das kann man im Nachhinein – kann man nur dankbar sein, dass man das so alles überstanden hat (Frau Kristo, 866-869).

Die mit der Pflege verbundenen physischen und psychischen Belastungen beschreibt Frau Kristo als Grenzbelastungen, die sie „überstehen" musste. Neben den nächtlichen Schlafunterbrechungen gehören zu den Grenzbelastungen aber vor allem die Nächte, in denen der Vater Asthmaanfälle erlitt. In der genannten Reflexion zur Pflege beschreibt sie, dass diese Asthmaanfälle sie an die Grenze des Erträglichen bringen:

Also, das ist das Allerschlimmste, was ich erlebt habe (Frau Kristo, 323).

Und weiter heißt es:

Es war manchmal unerträglich für mich, diese Atemnot, diese angstvollen Augen und dieses Ziehen [ahmt das Ziehen nach]. Also, es war ja, es ging ja gar keine Luft mehr rein (Frau Kristo, 347-348).

Diese Asthmaanfälle miterleben zu müssen, ist dramatisch:

Es ist, es ist, als wenn es einem das Herz zerreist. Und eigentlich kann man nichts machen. Lernen, das man im Grunde genommen nichts machen kann. Sondern, dass man sich selber zur Ruhe bittet. Man kann sich ja nicht zwingen. Ich habe da manchmal gedacht, ich muss jetzt ganz ruhig bleiben (Frau Kristo, 375-379).

Frau Kristo spürt, dass sie Gefahr läuft, die Kontrolle zu verlieren, wenn die Asthmaanfälle des Vaters einsetzen. Die in solchen Situation erforderliche Ruhe ist deshalb auch keine Selbstverständlichkeit. Um die Schwierigkeit dieser Situation noch zu betonen, wiederholt sie die Ohnmacht in solchen Situationen:

Sie sehen diese Augen, diese angstvollen Augen. Diese Todesängste und Sie können nichts machen. Das Einzige, was machbar ist: Da sein und ganz ruhig, selber ganz ruhig bleiben. Aber das ist die Schwierigkeit dabei. Aber ich habe es dann, am Ende habe ich es dann gelernt. Da war es dann möglich, weil ich wusste ja, er wird sterben, und dann kriegt man eine ganz andere Ruhe – kommt dann über einen selber, wenn, wenn man auch nicht mehr so für ihn dann auch so am Leben hängt. Ich habe, ich habe dann gedacht, mein Gott, es muss ja irgendwann auch mal eine Erlösung geben davon (Frau Kristo, 383-389).

Der Konditionalsatz drückt aus, dass die Vermeidung des Kontrollverlustes an eine Bedingung geknüpft ist, nämlich zu akzeptieren, dass ihr Vater sterben wird, und sie den Tod nicht verhindern kann. Das gelingt ihr in dem Moment, in dem sie anerkennt, dass der Tod für den Vater eine Erlösung von seinem Leid ist. Weil Frau Kristo den Tod als Erlösung vom Leiden versteht, gelingt es ihr, das Bedürfnis nach Intimität (vgl. McCann & Pearlman, 1990) oder anders gesagt, das Bedürfnis, sich mit dem Vater verbunden zu fühlen, zu überwinden. Sie hat erkannt, dass es notwendig war, „nicht mehr so für ihn am Leben zu hängen" (Frau Kristo, 385), also die Einsicht zu gewinnen, dass der Vater nicht ewig für sie da sein wird.

Wie schwer es aber ist, den Tod des Vaters zu akzeptieren, beschreibt sie an anderer Stelle als sie gefragt wird, wie sie es erlebt hat, zu wissen, dass der Vater sterben wird:

> *Der Tod, damit ist es vorbei, dieses Leben – für diesen Menschen und auch für uns letztendlich. Das ist nicht nur für diese Menschen vorbei. Sondern dieses Zusammenleben ist vorbei. […]. Dieses „Einander Haben", das ist vorbei. Endgültig! Und das können wir nicht mit einem Tag erfassen oder mit ein paar Wochen (Frau Kristo, 814-819).*

Für sie bedeutet der Tod des Vaters das Ende des Zusammenlebens und das Ende der Beziehung zu ihrem Vater, was sie an ihre persönlichen Grenzen bringt:

> *Wir wachsen nur an den schwierigen, an unseren Grenzerfahrungen. Und das ist eine Situation an der Grenze. Ein sterbender Mensch ist immer an der Grenze. Und somit kommen wir auch an unsere Grenzen. Das muss ja so sein. Geht ja gar nicht anders. Wie sollen wir so etwas erfahren, wenn wir nicht an unsere eigenen Grenzen kommen. Und der Tod ist eine Grenze. Der Tod ist eine ganz klare Grenze. Und ich komme ja in der Arbeit [als Krankenschwester, M.D.] auch an meine Grenzen. Und wer das verleugnet, der lügt (!). (Pause). Gelogen wird nicht (lacht). Ne, und ich gebe das auch ehrlich zu und ich war auch, ich war wirklich oft an meiner Grenze, körperlich und seelisch und überhaupt (Frau Kristo, 1467-1474).*

Frau Kristo definiert die während der Pflege erlebten Belastungen als Grenzbelastungen, die durch den nahenden Tod des Vaters ausgelöst wurden. Frau Kristo generalisiert, dass das Miterleben des Sterbens für jede Begleitperson eine Grenzerfahrung ist, womit sie das Gesagte unterstreichen will (zur Betonung eines Standpunktes vgl. van Eemeren, Grootendorst, R.; Henkemans, Blair, Johnson, Krabbe, Plantin, Walton, Willard et al**.,** 1996). Diese Grenzerfahrung drückt sich in erlebter Ohnmacht aus. Auf die Frage, was sie besonders schwierig während der Pflegephase erlebt hatte, antwortet sie:

> *Ja, an der eigenen Ohnmacht. Wir müssen unsere eigene Ohnmacht anerkennen (Frau Kristo, 1431-1432).*

Dahinter verbirgt sich vermutlich die Einsicht, den Tod des geliebten Menschen nicht verhindern zu können.

Die Bedrohlichkeit und damit verbundene Grenzbelastungen kommen auch in der folgenden Aussage zum Ausdruck als sie die nächtlichen Asthmaanfälle beschreibt:

> *Aber ich habe Nächte, die möchte, die kann ich nicht mehr erleben. […] Man ist so nah, man hat keine gesunde Distanz mehr (Frau Kristo, 369-371)*

Für Frau Kristo waren diese Erfahrungen so schlimm, dass sie solche Nächte nicht mehr erleben „kann". Diese Formulierung drückt, anders als wenn sie gesagt hätte „ich möchte sie nicht mehr erleben", die Erschöpfung aus. Gerade der Ausdruck, dass es „egal" ist, was man in solchen Situationen unternimmt, verrät auch, dass es sich nicht nur um Unterstützungsleistungen für den Vater handelt, sondern auch darum, die Situation für sich selbst erträglicher zu gestalten.

Konfrontation mit dem Todeswunsch des Vaters

In ihrer anfänglichen Reflexion der Pflegebelastungen erzählt Frau Kristo vom Verlust des Lebenswillens ihres Vaters:

> *Mein Vater hat immer gesagt – er war immer so traurig – da hat er gesagt: „Ach, meine M" - meine Mutter hieß M - „meine M, die fehlt mir schon", sagt er. „Wirst Du sehen, die kommt und holt Dich". „Meinst Du?". Haben wir oft drüber gesprochen. „Du wirst sehen, die holt Dich". Und dann war er manchmal auch wieder ungeduldig. Und dann hat er gesagt: „Mei, ich will ja eigentlich gar nicht mehr" (Frau Kristo, 271-276).*

An anderer Stelle (ebenfalls zur Reflexion gehörend) heißt es:

> *Hat er auch mal gesagt: „Kann ich denn nicht sterben? Einem Tier gibt man eine Spritze und der Mensch muss so leiden". Und da haben wir noch wochenlang dran gearbeitet und da habe ich gesagt: „Weißt Du, Vaterle, stell Dir mal vor – das ist mein Leben – stell Dir mal vor, ich würde so was – erstens mal weißt Du ganz genau, dass ich so was niemals machen würde. Ich bin 40 Jahre Krankenschwester – in meinem ganzen Leben habe ich noch nie so eine Einstellung gehabt. Und zweitens", habe ich gesagt, „soll ich deswegen ins Gefängnis gehen?" „Ach", aber da ist er erschrocken. Habe ich gesagt: „Da muss ich ins Gefängnis. Soll ich den Rest meines Lebens im Gefängnis verbringen, bloß, weil ich etwas tue, wo ich niemals mit meinen Gewissen dahinter stehe, bloß damit?"[…] Er wollte – im Grunde genommen wollte er gar nichts. Auf der einen Seite wollte er sterben, auf der anderen Seite wollte er auch keine Schmerzen haben und das auch nicht aushalten müssen. Es war sehr schwierig. Es war immer so ambivalent (Frau Kristo, 870-887).*

Frau Kristo deutet in dieser Passage an, dass sie die Aussagen ihres Vaters als Aufforderung zur Sterbehilfe versteht. Mit der szenischen Dialogwiedergabe (vgl. Lucius-Hoene & Deppermann, 2004) betont sie die Problematik der Situation, die allerdings erst gegen Ende des Ausschnittes klar wird. Zunächst begründet sie die Ablehnung der Sterbehilfe mit einem ethischen und einem strafrechtlichen Argument. Im weiteren Verlauf konstruiert sie einen, wenngleich liebevollen Konfrontationsdialog, in dem Frau Kristo ihrem Vater die Grenzen ihrer Unterstützungsbereitschaft verdeutlicht. Sie kehrt das Machtverhältnis um. Unmissverständlich erklärt sie ihrem Vater, dass er es ertragen müsste, seiner Tochter das Leid einer Gefängnisstrafe angetan zu haben. Die Art und Weise, wie sie den Dialog konstruiert zeigt, dass es ihr nicht leicht fällt, dem Vater die Grenzen seines Todeswunsches aufzuzeigen. Sie spricht zu ihrem Vater wie zu einem kleinen Kind, indem sie ihren Vater mit der verniedlichenden Form „Vaterle" anredet und ihm Schritt für Schritt die Folgen der Sterbehilfe erklärt und der Vater schließlich wie ein kleines Kind erschrickt, wenn es etwas Böses getan hat. Und: Dieses Thema ist deshalb so schwierig, weil sie ihrem Vater eine indirekte Botschaft mitgeben will: Sie ist nicht bereit, für ihn Schuldgefühle auf sich zu nehmen und sich damit emotional erpressen zu lassen. Sehr geschickt verdeutlicht sie ihm, dass diese Schuld nur eine gegenseitige sein kann.

Noch eine weitere Seite des Todeswunsches sollte bedacht werden. Der Todeswunsch richtet sich auch gegen den Wunsch der Tochter, den Vater so lange als möglich als Bezugsperson zu behalten. Als Frau Kristo gefragt wird, was sie durch die Pflege ihres Vaters gewonnen habe, antwortet sie, dass sich mit der Pflege die Beziehung zu ihm intensiviert habe und kommt zu dem Schluss:

Ich kann nur sagen, für mich ist mein Vater immer noch zu früh gestorben (Frau Kristo, 1005f.).

Einerseits ist Frau Kristo klar, dass ihr Vater ein Alter erreicht hat, in dem der Tod sehr nahe ist:

Ich meine, ein fast 97jähriger Mensch, der darf sterben (Frau Kristo, 1521).

Andererseits reicht das Wissen um den nahenden Tod nicht aus, um diese Realität anzunehmen.

Aber es ist trotzdem schwer, das zu akzeptieren (Frau Kristo, 1523).

Dass der Vater seiner Tochter gegenüber äußert, er möchte sterben, ist für die Tochter also auch eine Missachtung ihres Wunsches nach einem Vater, der sie nie verlassen wird.

Die Bewusstwerdung der eigenen Sterblichkeit durch die Elternpflege

Frau Kristo hatte die Belastungen der Pflege als Grenzerfahrungen beschrieben und gesagt, „*ich war wirklich oft an meiner Grenze, körperlich und seelisch und überhaupt*“ (Frau Kristo, 1474). Als Beispiel für das Erreichen der *körperlichen* Grenze nannte sie das ständige Lagern des Vaters. Als *seelische* Grenze bezeichnete sie das Erleben der Todesängste des Vaters. Aber was bedeutet das „*überhaupt*“? Was sie damit meint, beschreibt sie einige Zeilen später:

Und ich bin unheimlich weich dadurch geworden [durch die Pflege, M.D.]. Und ich sage ganz ehrlich: Durch das Sterben meines Vaters bin ich auch, denke ich, auch an mein eigenes Sterben herangekommen (Frau Kristo, 1538-1540).

Den sterbenden Vater zu begleiten heißt also nicht nur den nahenden Verlust eines vertrauten Menschen zu verkraften, sondern auch, sich mit der eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen. So wundert es nicht, dass Frau Kristo sich wünscht, wenigstens die Kontrolle über das eigene Sterben zu haben:

Meine Mutter hat damals gesagt bevor sie gestorben ist: „Ich bin bereit zu sterben“. Und so möchte ich auch sein. Mein Vater hatte es am Anfang schwerer (Frau Kristo, 1540-1541).

Die Mutter, von der sie erzählt, dass sie ruhig gestorben sei, erleichtert den Gedanken an den eigenen Tod insofern, als dass die „Bereitschaft zu sterben“ das Sterben weniger dramatisch erscheinen lässt.

Tod des Vaters und vorzeitiges Abschiednehmen

Taylor (1989) behauptet, jedes schwerwiegende Ereignis sei immer auch ein Verlustereignis. Für die Pflege trifft das im Besonderen zu. Denn jemanden zu pflegen heißt immer auch, sich mit dem nahenden Tod des Gepflegten auseinanderzusetzen. Im Fall von Frau Kristo kündigt sich der absehbare Tod des Vaters nicht nur durch die zunehmende Pflegebedürftigkeit an, sondern auch durch dessen Todeswunsch. Im Kontext der Frage, wie sie es erlebt hatte, zu wissen, dass der Vater sterben wird, antwortet Frau Kristo wie folgt:

Ja, ich habe ganz viel oben [im Zimmer des Vaters, M.D.] gesessen und ich habe – mir sind oft die Tränen runter gelaufen. Und ich glaube, er hat es auch oft gemerkt. Und die letzten

Tage bin ich ja gar nicht mehr weg – doch einmal war ich mit dem Sohn beim Arzt – und da saß eine Freundin oben, in den drei Stunden. Und, und er, und ich habe immer gespürt, dass er gespürt hat, wie traurig ich bin. Und da hat er mir immer meine Hand so fest gedrückt. Und da habe ich dann oft ganz, ganz bitterlich geweint. Und er – das war ganz wichtig auch, ihm zu zeigen, wie schlimm das für mich ist, das er geht. Also, ich denke, wir sollen unseren Angehörigen schon auch zeigen oder den Menschen, die uns so nahe stehen. Und dann habe ich auch manchmal gesagt: „Jetzt lässt Du mich hier auf dieser Welt alleine zurück". Und, der hat das schon gemerkt und gespürt. Ich habe dann auch bitterlich geweint – oben. Und dann habe ich immer gesagt: „Jetzt bin ich doch dann ein Waisenkind, wie kannst Du mich hier …". Also, wie ein kleines Mädchen halt. Er war ja mein Vater, mein, mein – ich habe ein Bild aus Kindertagen. Er war für mich damals sehr groß. Und dieses kleine Mädchen, mit, an dieser Hand des Vaters, das ist. Und ich, ich habe, mir sind ganz viele Bilder dazu eingefallen. Und das ist ganz schrecklich, zu wissen, dieser Mensch geht und Du siehst ihn so nicht mehr. Das ist unbeschreiblich. Der Tod ist unfassbar und so wird es auch immer sein. Das ist ganz, ganz viel Trauer (Frau Kristo, 786-806).

Die ganze Dramatik des Abschiednehmens verdichtet sich in der Szene, in der Frau Kristo erzählt, ihr Vater habe ihre Trauer gespürt und ihr mit seinem Händedruck ein Zeichen gegeben, ihre Trauer zu verstehen. Dieses Verstehen ist ein nonverbales Verstehen, das die Intensität der Beziehung und ihre Trauer zu „bitterlichem" Weinen steigert. In der weiteren Erzählung wechselt sie die Perspektive der erwachsenen pflegenden Frau zum kleinen Mädchen. Dieser Perspektivenwechsel erfolgt vermutlich, weil das Erzählen dieses Abschiednehmens die damit verbundenen Emotionen wieder hervorruft. Er deutet aber zugleich auch auf die Hilflosigkeit des Verlassenwerdens hin. Es tauchen Bilder aus frühen Kindheitstagen auf, die die Abhängigkeit des kleinen Mädchens von dem beschützenden Vater abbilden. Diese, durch die Trauer provozierte Rückschau lässt sie nur zu, wenn sie mit ihrem Vater alleine ist, also unter Ausschluss der Familie. Denn das Gefühl des Verlassenwerdens spielt sich unabhängig von ihrer Familie ab. Die Nähe zu ihrem Vater, die sie implizit in der Erzählpassage wiedergibt, gehört nur ihr und ihrem Vater. Möglicherweise ist der Ausschluss der Familie in diesen Momenten sogar die Voraussetzung für das Zulassen der Nähe und das Erleben dieser.

Einschätzung der ereignisunabhängigen Traumatisierungspotenziale

Konfrontation mit dem Tod

Frau Kristo wird durch die Pflege ihres Vaters nicht nur damit konfrontiert, dessen Sterben und Tod mitzuerleben und zu begleiten, sondern auch damit, sich mit der eigenen Sterblichkeit auseinanderzusetzen. Auffällig ist, dass Frau Kristo zwar auch den Tod ihres Vaters als schwierig beschreibt, vor allem aber die während der Pflegephase erlebten Todesängste im Zusammenhang mit den Asthmaanfällen betont, was durch die Fragestellung des Interviews verursacht sein kann, aber auch dafür sprechen kann, dass die Pflege selbst tatsächlich kritisch erlebt wurde. Dies wird zumindest durch einen Hinweis erhärtet, dass nämlich noch zum Zeitpunkt des Interviews die Erschöpfung und Bedrohung deutlich wird, die von den Todesängsten des Vaters ausgingen. Sie kündigen (neben weiteren

Symptomen) auch an, dass der Vater sterben wird, so dass Frau Kristo langsam Abschied von ihrem Vater nehmen kann, so dass dessen Tod erträglicher wird.

Verlust

Verschiedene AutorInnen behaupten (z.B. Janoff-Bulman, 1992; McCann & Pearlman, 1990), dass ein schwerwiegendes Ereignis plötzlich und unerwartet eintritt. Im Fall von Frau Kristo wird deutlich, dass sie mit den Asthmaanfällen des Vaters rechnen musste, sich also grundsätzlich darauf vorbereiten konnte. Das wirkt im Fall von Frau Kristo aber keineswegs entlastend. Im Gegenteil: Zu wissen, dass solche Anfälle kommen werden, ist problematisch, weil sie dieses Krankheitssymptom nicht beeinflussen kann, und es das Leben des Vaters bedroht. Folglich ist nicht das plötzlich Eintreten solcher Asthmaanfälle problematisch, sondern die Handlungsunfähigkeit. Auch ist zu vermuten, das nicht ein singulärer Asthmaanfall die Erschöpfung verursachte, sondern vielmehr die Häufung dieser. Das spricht für die Auffassung Khans (1963), dass die *Kumulation*, selbst kleinerer Ereignisse, im Ergebnis den einmaligen, aber schwerer wiegenden Ereignissen gleichzusetzen ist. Es wundert daher nicht, dass Frau Kristo selbst die Pflege als Grenzbelastung definiert.

Indirekte und direkte Betroffenheit

Für Angehörige oder auch HelferInnen oder TherapeutInnen wird die Betreuung traumatisierter Person als möglicherweise traumatisierend beschrieben (Figley, 1995). Nun war der Vater von Frau Kristo nicht traumatisiert. Dieser Einzelfall zeigt aber deutlich, dass über die Definition dieses Kriteriums nachgedacht werden muss, weil es offensichtlich auch sehr bedrohlich ist, dem Leidens einer anderen Person zuzusehen.

Auch wenn die ereignisabhängigen Traumfaktoren (Konfrontation mit dem Tod, Verlust, Bedrohlichkeit, indirekte Betroffenheit, Ereigniskumulation) mehr oder weniger von Frau Kristo erlebt wurden, kann allenfalls behauptet werden, dass die Pflege des multimorbiden Vaters im Fall Traumatisierungspotenzial hatte. Denn abgesehen davon, dass die Kriterien an sich vage sind, fehlt zudem die Möglichkeit, den Grad der Bedrohung einzuschätzen, der aber für das subjektive Erleben entscheidend zu sein scheint. Zwar steht außer Frage, dass Frau Kristo im Zusammenhang mit den väterlichen Asthmaanfällen ein hohes Maß an Bedrohung erlebt hatte, die anderen Kriterien dagegen sind aber eher schwer einschätzbar. Weitere Hinweise können die beiden Bezugstheorien liefern.

Taylor (1983, 1989) beschreibt die Traumatisierung oder das Erleben schwerwiegender Ereignisse als Viktimisierung, die durch die Infragestellung übergeneralisierter Überzeugungen kennzeichnet ist.

Solche Viktimisierungen lösen Sinnkrisen und Kontrollverluste sowie soziale aversive Konsequenzen aus.

Auslöser von Sinnkrisen können Desillusionierungen bedeutender Vorstellungen sein. Im Fall von Frau Kristo ist eine Desillusionierung sehr deutlich. Hatte sie bis zum Eintreten der Pflegebedürftigkeit die Illusion einer ewig dauernden, guten Beziehung gehegt, wird sie mit dem Beginn der Pflege konfrontiert, sich mit seinem Altern und Sterben auseinanderzusetzen. Besonders deutlich drückt sie das aus, als sie erzählt, sie habe erst akzeptieren müssen, dass ihr Vater sterben wird. Dem ging die desillusionierte Vorstellung einer kontinuierlichen Beziehung zu ihrem Vater voraus.

Sinnkrise lösen gemäß Taylor (1989) eine Reflexion über das Leben aus. Schon die im narrativen Interview beginnende Sequenz, in der Frau Kristo die Pflegesituation im Kontext ihres gesamten Lebens auf mehr als 10 Seiten reflektiert, weißt eindeutig darauf hin, dass Frau Kristo aufgrund der Pflege ihr gesamtes Leben überdacht hatte. Zudem zeigte sich bereits bei den Ausführungen zum Pflegemotiv, dass durch die Pflege die frühere, schwierige Lebensphase im Zusammenhang mit der Scheidung und dem Verlust der Kinder aktualisiert wurde.

Der laut Taylor zur Viktimisierung gehörende Kontrollverlust geht mit dem Bewusstsein mangelnder persönlicher Ressourcen einher. Auch hier ist klar, dass die Asthmaanfälle des Vaters Frau Kristo schmerzlich bewusst machten, keinen Einfluss auf die Situation ausüben zu können. Anders als bei Taylor beschrieben, geht mit dem Ohnmachtgefühl aber kein Verlust des Selbstvertrauens einher. Die Gründe dafür sind im weiteren Verlauf zu hinterfragen.

Im Interview tauchen (auch die hierauf gerichtet Frage) keine expliziten Aussagen zu aversiven sozialen Konsequenzen auf. Allerdings zeigt das oben aufgeführte Beispiel, dass Frau Kristo sich geschickt möglichen abwertenden Aussagen des sozialen Umfeldes entzieht.

Sehr ähnlich wie Taylor formuliert Janoff-Bulman (1992; vgl. auch Janoff-Bulman & Berger, 1998; Janoff-Bulman & Frantz, 1997) die Traumatisierung als „Terror der Verwundbarkeit“ und braucht insofern nur angeschnitten zu werden. Denn die Kennzeichen der Traumatisierung sind Kontrollverlust und die Hilflosigkeit wie auch das Bewusstsein dafür, dass schlimme Dinge geschehen können.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Pflege ihres Vaters für Frau Kristo schwerwiegend und belastend war. Es wäre aber falsch zu behaupten, Frau Kristo sei traumatisiert, wie auch die Selbsteinschätzung der Gesundheit zeigt. In der Traumaliteratur werden verschiedene ereignisunabhängige Faktoren diskutiert, die den Verlauf traumatischen Erlebens beeinflussen. Solche sind z.B. frühere Traumata, Fähigkeiten, ein Ereignis zu deuten und soziale Unterstützungsleistungen. Diese werden im Folgenden betrachtet.

6.3.1.5 Ereignisunabhängige Traumafaktoren

Im Fall von Frau Kristo scheint ein erster Blick auf ein früheres traumatisches Ereignis sinnvoll, das in direktem Zusammenhang mit dem Pflegemotiv steht.

Früheres Trauma und erste Schritte der Bewältigung

Frau Kristo erzählt von einer deutlich erkennbaren Erschütterung ihres Selbstbildes, von dem gleich zu Beginn der schon erwähnten ersten Reflexion die Rede ist (alle in diesem Kapitel zitierten Aussagen stammen aus dieser Reflexion).

> *Ich war meinen Kindern kein gutes Vorbild letztendlich. […] Aber ich denke, die ersten Jahre haben wir auch ein glückliches Familienleben gehabt, bei meinen erwachsenen Kindern. Aber ich denke, gerade meine Tochter hatte kein so gutes Vorbild wie ich. Also, Mutter bin ich bestimmt nicht immer gewesen. Aber ich war immer eine gute Tochter. Wenigstens etwas habe ich gut gemacht. Und das ist – vielleicht verstehen Sie das jetzt, weil das für mich so wichtig war. Also ich habe zum Beispiel meine Eltern nie im Stich gelassen. Aber meine Kinder habe ich zeitweise schon im Stich gelassen. Also meine erwachsenen Kinder. Also, dass ist schon, also, deswegen war es für mich auch so wichtig. Ich war immer, also, dass kann ich also ehrlich sagen, ich war immer eine gute Tochter, aber auch Mutter letztendlich für meine Eltern. Also, dieses Mütterliche habe ich, denke ich, eher bei meinen Eltern gelebt (Frau Kristo, 62-81).*

Frau Kristo glaubt, selbst keine gute Mutter für ihre Kinder aus erster Ehe gewesen zu sein. Sie hat das Gefühl, die Kinder im Stich gelassen zu haben. Damit spricht sie die schon früher beschriebene Situation an, in der sie sich von ihrem ersten Mann getrennt hatte und die Kinder zu ihrem Vater zogen. Mit dieser Situation sind tiefe Schuldgefühle verbunden, die sich in der kontrastierenden Aussage, eine gute Tochter, aber keine gute Mutter gewesen zu sein, äußert. Bedenkt man die zentrale Bedeutung des Mutterseins, wird erkennbar, dass sie in dieser Situation eine tiefe Erschütterung ihres Selbstbildes erlitten hat, die möglicherweise sogar die Kernvorstellung des Mutterseins erst provoziert hat. Die Selbstzweifel, die Frau Kristo mit dem Selbstvergleich ihrer Rollen als Tochter und Mutter zum Ausdruck bringt, könnten gemäß Taylor (1989) auf eine tiefe Krise hinweisen.

Die Textpassage zeigt aber auch, dass die Pflege und Betreuung ihres Vaters für sie selbst sehr wichtig war, um den Glauben an sich selbst wieder herzustellen. Denn die Pflege des Vaters bedeutete für sie, ihre Fähigkeiten zum Muttersein zu überprüfen. Gleich gut wie die Mutter und Großmutter zu sein, ist aber an anspruchsvolle Voraussetzungen gebunden:

> *Ich denke, ich habe wenigstens etwas in meinem Leben abgeschlossen. Gut, das war wirklich in Frieden. Wirklich, ich habe wirklich das Ende meiner Eltern befriedet. Auch durch und ich meine, ich habe mich ja jahrelang um meine Eltern gekümmert, ich habe also, ja, fast 20 Jahre. Als ich damals mich das erste Mal getrennt habe, also wie ich nach X gezogen bin mit meinen Kindern, da war das, das war 1980, das ist 25 Jahre her. Und ab dem Zeitpunkt, also 25 Jahre habe ich mich intensiv um Eltern gekümmert (Frau Kristo, 113-121).*

An anderer Stelle greift Frau Kristo den Gedanken erneut auf:

> *Und das ist für mich das Allerwichtigste. Das ich das abgeschlossen habe (Frau Kristo, 262f.).*

Damit sind die Bedingungen für eine erfolgreich Selbstevaluierung festgelegt: Sich selbst in der Fähigkeit des Mutterseins zu bestätigen ist an das Durchhalten der Pflege des Vaters gebunden. Denn hätte sie die Pflege ihres Vaters nicht durchhalten, ihn z.B. in eine Pflegeeinrichtung gegeben, wäre das gleichbedeutend gewesen, den Vater in seiner Not alleine zu lassen. Ihr Selbstbild hätte erneut Schaden genommen. Hier wird wiederholt deutlich, was weiter oben beim Pflegemotiv schon ausgeführt wurde, dass nämlich das Durchhalten der Pflege für Frau Kristo so bedeutend ist, dass sie bereit ist, dafür große Anstrengungen auf sich zu nehmen.

Zwei Implikationen sind bedeutsam. Erstens war die Erschütterung des Selbstbildes von Frau Kristo so gewaltsam, dass sie auch Jahrzehnte nachher noch wirksam waren, was die Annahme Janoff-Bulmans (1992) bestätigt. Zweitens handelt es sich bei der Selbstevaluierung um eine Form der Bewältigung, die Taylor, Wood und Lichtman (1983) beschreiben, und die, wie noch zu zeigen ist, zu einer positiven Bewertung eines für Frau Kristo bedeutsamen Attributes, nämlich des Mutterseins, führt. Erstaunlich daran ist, dass sich die Tiefe der früheren Erschütterung in den hohen Anforderungen einer positiven Selbstevaluierung widerzuspiegeln scheint.

Die Verbindung zwischen der Pflege ihres Vaters und der früheren traumatischen Trennungssituation stellt Frau Kristo folgendermaßen her:

> *Ich meine, ich bin meiner Mutter zu großem Dank verpflichtet und, und, meinen Eltern wirklich. Die haben mich in schweren Zeiten auch aufgenommen und haben mich behütet, und, und bemuttelt, und haben mir viel Gutes getan. Haben mich nie – ja, wie soll ich sagen – haben mich nie angeklagt. Oder haben nie gesagt: „Mein Gott, Du hast auch so viele Fehler gemacht" oder so. Das habe ich nie gehört. Meine Eltern sind sehr frei erzogen. Diese Freiheit, selber zu entscheiden, aber auch selber Fehler zu machen. Also, das ist – vielleicht bin ich in gewisser Weise – wenn meine Kinder das später verstehen – auch ein Vorbild. Ich habe eine Situation nicht so hingenommen wie sie war. Und ich wollte so nicht leben, wie ich in meiner ersten Ehe gelebt habe. Aber das ist natürlich sehr schwer und im Grunde genommen – ich bin ja schuldig geschieden worden, weil ich ja gegangen bin. Damals 1980 bin ich schuldig geschieden worden. Stellen Sie sich vor, im Namen des Volkes schuldig geschieden (Frau Kristo, 170-183).*

Auch in dieser Passage kommen deutlich die mit der Trennungssituation zusammenhängenden Schuldgefühle zum Ausdruck, wenn sie von Fehlern spricht, die ihre Eltern ihr nicht zum Vorwurf machten. Erschwerend kommt sicher die früher übliche öffentliche Schuldzuweisung für das „Scheitern" der Ehe hinzu. Wie dem auch sei, es waren die Eltern, die Frau Kristo nach dem Verlust der Kinder ohne Vorbehalte unterstützten.

> *Aber alleine das zu überleben, habe ich meinen Eltern zu verdanken. Ich bin dann auch wieder – habe zeitweise auch wieder bei meinen Eltern gelebt. Und da fing das dann damals an. Da habe ich gemerkt, wo meine Wurzeln sind und wie wichtig das ist, dass man einen Ort hat, wo man immer sein darf, ganz egal, wo man immer geliebt und so akzeptiert wird, wie man ist. Und das ist für mich auch Muttersein. Jemandem ein Zuhause geben. Ganz egal, was er tut und wie er denkt und, und. Das ist Muttersein (Frau Kristo, 197-202).*

Wieder wird die Dramatik der früheren Erfahrung deutlich und wieder sind es die Eltern, die für sie Vorbild waren, was sie für ihre eigenen Kinder nicht erreicht hatte. Deutlich wird hier eine weitere Bewältigungsstrategie des früheren Ereignisses. Es gelingt ihr, die Beziehung zu ihrer Eltern zu betonen. Wie Taylor und Armor (1996) zeigten, betonen Menschen nach solchen Ereignissen diejenigen Lebensbereiche, die auch nach dem Trauma gut funktionieren, was emotional entlastend wirkt. Nicht selten, wie im Fall von Frau Kristo erkennen die Menschen überhaupt erst nach einem Trauma die Bedeutung ihres sozialen Umfeldes.

Intrapsychische Bewältigung: Bedeutungszuweisungen und interpretatorische Ressourcen

Voraussetzung für eine gelingende Bewältigung ist, dass traumatisierte Menschen hinterfragen, wie und warum etwas passiert ist (Janoff-Bulman, 1992; vgl. auch Taylor, 1989)

(A) Das Hinterfragen früherer Erschütterungen

So wie Frau Kristo es von ihren weiblichen Vorfahren gelernt hatte, legt sie der schwierigen Zeit nach der Trennung von ihren Kindern religiöse Deutung zugrunde. In ihrer anfänglichen Reflexion folgt auf die Erzählung zur Scheidungssituation folgende Aussage:

> *Und jeder Mensch kommt mit, jeder Mensch macht sich schuldig in irgendeiner Form in seinem Leben. Jeder Mensch wird mal krank und jeder Mensch leidet und jeder Mensch ist Mensch. Und das gehört zu unserem Menschsein dazu und wenn wir einen Menschen das Schuldigsein nehmen, dann, dann, dann achten wir auch seine Würde. Nicht? Die Schuld gehört zu uns Menschen dazu. […] Ich weiß, was ich getan habe und ich weiß, was meine Eltern getan haben. Die haben auch nicht alles richtig gemacht, aber darum geht es nicht. Es geht darum, wir haben die Menschen nur so zu lieben, wie sie sind und zu achten. Und damit achten wir auch das Leben als ganz kostbar. Ganz egal, wie es uns begegnet, das Leben ist immer kostbar. Das ist ganz egal, und ich denke mir, wenn ein Mensch seine Fehler einsieht und bereut, dann ist schon, dass ist ja schon von Haus aus eine riesengroße menschliche Leistung. Und das haben mir meine Eltern schon vorgelebt. Und das ist ganz wichtig. […] Und das ein Mensch auch – das gehört zu unserem Leben dazu – wir sind keine himmlischen Wesen, wir sind keine Engel. Wir sind Menschen, mit Leib und Seele. Wir sündigen und wir machen Fehler und wir werden schuldig- auch an unseren Mitmenschen. Wir werden jeden Tag wieder schuldig. Aber dann trotzdem so zu leben. Und das habe ich erfahren. Und das habe ich letztendlich meinen Eltern zurückgeben dürfen (Frau Kristo, 229-259).*

Frau Kristo deutet die Reaktion der Eltern im Sinne des christlichen Glaubens an Schuld und Sühne: Jeder Mensch macht sich täglich schuldig. Mit der Zuwendung zu einem schuldigen Menschen wird diesem die Schuld genommen, voraussetzt, dass der Schuldige seine Taten bereut. Die Eltern haben ihr also die Schuld genommen, woraus das Dankbarkeitsgefühl resultiert, die nun nach Ausgleich strebt. Denn die Dankbarkeit ist eine Störung der Gerechtigkeitsvorstellungen, die Wiedergutmachung erfordert. Für Frau Kristo war die Pflege damit eine Chance, den Eltern ihre Dankbarkeit zum Ausdruck zu bringen. Es ist klar, dass dieses Dankbarkeitsgefühl Frau Kristo motiviert, die Pflegeanstrengungen auf sich zu nehmen.

Zweifelsohne zählt die religiöse Deutung zu den von Tayor und Janoff-Bulman beschriebenen Bewältigungsmechanismen. Gemäß Taylor und Janoff-Bulman ist zur Überwindung schwerwiegender Ereignisse zunächst das Verstehen des Ereignisses notwendig (vgl. Kap. 3.13 u. 4.5.3). Taylor spricht in diesem Zusammenhang von construing benefits, die sie den Selbstevaluierungen zuordnet, Janoff-Bulman betitelt diese Bewältigungsform mit meaning-making. Einen solchen Vorteil generiert Frau Kristo aus der Pflege: Sie durfte ihren Eltern wiedergeben, was sie erhalten hatte, und konnte damit ihr definiertes Pflegeziel erreichen, sich den Eltern gegenüber für deren frühere Fürsorge dankbar zu erweisen. Dem geht voraus, dass Frau Kristo ihre eigene Rolle im Zusammenhang mit der Scheidung überprüfte. Wir erfahren nichts über etwaige Inhalte, wohl aber über das Ergebnis der Überprüfung, dass sie nämlich ihrer Ansicht nach Fehler begangen hatte und sich dafür schuldig fühlt. Man kann meinen, dass es sich um einen charakterbezogene Selbstvorwurf im Sinne Janoff-Bulmans und Heckers (1988) handelt, bei dem Frau Kristo ihre eigene Rolle bei der Scheidung auf eine persönliche Eigenschaften reduziert (keine gute Mutter gewesen zu sein). Solche negativen Selbstbewertungen gehen mit hohen psychischen Kosten einher, wie hier deutlich wird. Sie sind dennoch auch ein Schritt, das Ereignis zu verstehen, was wiederum erforderlich ist, um die Überzeugungen wiederherzustellen (Janoff-Bulman, 1992). Tatsächlich konstruiert Frau Kristo die von ihr erlebten Gewinne aus der Pflege ihres Vaters, um ihre früheren „Fehler“ (auch gegenüber den Kindern, wie noch gezeigt wird) wiedergutzumachen.

(B) Neubewertung des Selbst durch Wiedergutmachung einer früheren Schuld

Gemäß Janoff-Bulman ist die Reflexion ein erster Schritt zur Wiederherstellung der Kernüberzeugungen. Gemeinsam mit Taylor (1989) geht Janoff-Bulman davon aus, dass Menschen ihr Selbst neu bewerten. Während Taylor dieser Selbstevaluierung, abgesehen vom sozialen Vergleich, nur nennt (Hervorhebung persönlicher Attribute, Gestaltung hypothetischer, schlechterer Welten etc.), führt Janoff-Bulman dieser präziser aus. Sie definiert diese als Neubewertung des Lebens, des Selbst und der sozialen Beziehungen (vgl. Kap. 4.5.3). Die beiden folgenden Interviewausschnitte sind ein Beispiel für die Neubewertung des Lebens. Sie kontrastieren das aus der Scheidungssituation resultierende Schuldgefühl, das Frau Kristo zu Beginn des Interviews ausdrückt, und die gegen Ende des Interviews produzierte Sinnzuweisung der Pflege[33]. Letztere ist eine Antwort auf die Frage, welche Veränderungen sie durch die Pflege erlebt habe.

[33] Es ist nicht auszuschließen, dass die innerhalb des dreistündigen Interviews stattgefundene Reflexion der eigenen Lebensgeschichte viele Ereignisse aktualisiert hat, die noch während des Interviews umgedeutet wurden. Das deutet nicht nur darauf hin, dass das Interview selbst eine Form des Coping war, sondern auch darauf, dass zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht alle Situation und Ereignisse bearbeitet waren und möglicherweise noch weitere Undeutungen folgen werden. Das bestätigt die von Janoff-Bulman aufgestellte These, dass positive wie negative Vorstellungen nebeneinander existieren können, widerlegt aber auch nicht, wie von Taylor angenommen, dass auch eine vollständig positive Umdeutung möglich ist.

Man kann nicht alles haben im Leben. Und, ja, ich denke mir, ich war einfach so intensiv Kind und ich bin es auch heute noch. Das will ich auch nicht abgeben und nicht ablegen. Aber, ich habe eben nicht alles gleich perfekt machen können. Vielleicht bin ich heute schon eine gute Mutter, auch meinen erwachsenen Kindern gegenüber (Frau Kristo, 100-105).

Zu Beginn des Interviews geht es also um die schon mehrfach angesprochene, scheinbar schlecht ausgeübte Mutterrolle. Am Ende des Interviews kommt sie dagegen zu dem Schluss, mit der Pflege des Vaters ihre eigenen Kinder beeindruckt zu haben, ihnen also (im Unterschied zu früher) ein gutes Vorbild gewesen zu sein.

Also, dass ist eines der wichtigsten Zeiten in meinem Leben, glaube ich. Ich habe viele bewegende Zeiten erlebt in meinem Leben, aber die wichtigste ist die mit meinen Eltern und jetzt vor allem mit meinem Vater gewesen. Ja, das kann ich schon sagen. Und wenn ich meine, und ich weiß, dass meine erwachsenen Kinder, dass das sie sehr beeindruckt hat. Ja (Frau Kristo, 1408-1416).

Überaus deutlich assoziiert sie die Pflege des Vaters mit der Wiedergutmachung früherer Schuld gegenüber den Kindern, denen sie zeigen konnte, dass sie zum „Muttersein" fähig ist, sich also verantwortungsvoll und fürsorgend, unabhängig von den hierfür zu ertragenden Belastungen um jemanden kümmern kann.

Im Kontext der Frage nach den erlebten Veränderungen durch die Pflege greift Frau Kristo selbst auf das von ihr zu Beginn des Interviews formulierte Pflegemotiv zurück, freiwillig ein Versprechen angenommen zu haben.

Ich mache das [mit der Pflege meines Vaters, M.D.] freiwillig, das ist meine Sache. Wenn ich es nicht mache, wenn ich es nicht machen hätte wollen, dann hätte ich es nicht gemacht. Hätte ich dazu nein gesagt, aber - und das habe ich auch meinen erwachsenen Kindern gesagt – aber wenn ich das mache, aber wenn ich zu einer Aufgabe ein „Ja" sage, dann muss ich auch die Verantwortung übernehmen. Und da bin ich Mensch, wenn ich das tue. Und das habe ich ja jahrelang nicht gelebt. Aber das habe ich gelernt dabei. Das ist zum Beispiel auch, was ich gelernt habe. Zu sagen, wenn ich eine Entscheidung treffe, und wenn ich etwas zusage, wenn ich einem anderen Menschen was zusage, das ist ja wie ein Versprechen, dann halte ich das aber auch gefälligst (Frau Kristo, 1262-1271).

Bezugnehmend auf die Bedeutung der Vaterpflege für die eigenen Kinder heißt es weiter:

In dem, dass ich wirklich und das habe ich meinen – das habe ich, ich denke mir, dass ist schon etwas, was ich meinen Kindern auch vorlebe. Wenn ich eine Entscheidung treffe, dass muss ich mir gut überlegen. Aber das habe ich auch zu Hause gelernt, letztendlich. Aber ich habe das nie immer gelebt. Aber da habe ich es wirklich gelebt. Etwas zu tun, was man sagt. Die Verantwortung zu übernehmen für das, wozu ich ja gesagt habe. Was ich selber als sinnvoll erachte, wo ich selber einen Sinn drin sehe (Frau Kristo, 1283-1290).

Schließlich ist ein letztes Zitat anzuführen, dass ebenfalls zur Antwort derselben Fragestellung gehört:

Es war, es waren viele Dinge, die ich über mich selber erfahren habe aus meiner Kindheit, die ich gar nicht wusste. Ich habe viel über meine Eltern erfahren, einfach über meine Wurzeln habe ich noch mal ganz viel erfahren. Und ich habe das Gefühl, meine Wurzeln, die sind genährt dadurch. Und ich habe dadurch ein ganz anderes Selbstbewusstsein, ich habe ein ganz anderes Selbstwertgefühl. Ich sehe vieles heute anders als noch vor den sechs Jahren,

bevor meine Eltern eben gestorben sind, bevor meine Mutter gestorben ist (Frau Kristo, 1526-1532).

Zieht man hier noch einmal das eingangs vorgestellte Pflegemotiv heran, dass sie die Pflege als Maßstab für die Selbstevaluierung angesetzt hatte, nämlich mit der Einhaltung des Pflegeversprechens, sich den Eltern gegenüber dankbar zu erweisen, wird deutlich, dass Frau Kristo dieses Versprechen als erfüllt betrachtet. Sie konstruiert den Lernerfolg als ihre Fähigkeit, ein Versprechen einhalten zu können, der, wie sie selbst ausdrückt, ihren Selbstwert gesteigert und Schuldgefühle reduziert hat. Es handelt sich also um die von Janoff-Bulman (1992) so bezeichnete *Neubewertung des Selbst*, wonach Menschen nach schwerwiegenden Ereignissen ihre Lernerfolge fokussieren (lessons learned). Zugleich wird die Taylorsche These (1989) bestätigt, dass die Selbstevaluierung, genauer die Konstruktion von benefits, einen adaptiven Nutzen hat.

Auffällig ist auch der Rückbezug zu den Eltern. Wieder taucht das intergenerative Motiv auf. Erst waren ihre Eltern Vorbild für Frau Kristo, nun wurde sie durch die Erfüllung ihres Pflegeversprechens zum Vorbild für ihre Kinder. Weil Frau Kristo dieser Vorbildfunktion sehr schätzt, kann man weitergehend vermuten, dass sie selbst nun auch diese Wertschätzung von ihren Kindern erwarten kann (die sie ja „beeindruckt“) hat.

(C) Neubewertung des Lebens

Nun beschreibt Janoff-Bulman (1992) neben den Lernerfolgen als weiteren Schritt zur Wiederherstellung der Kernüberzeugungen die Neubewertung des Lebens und der sozialen Beziehungen. Die *Neubewertung des Lebens* beinhaltet, das Leben nach einem schwerwiegenden Ereignis gemäß dem Knappheitsprinzip im Vergleich zu vorher besonders wertvoll einzustufen. Frau Kristo spricht eine solche Neubewertung ihres Lebens an, als sie nach ihren durch die Pflege hervorgerufenen Veränderungen gefragt wird:

Da muss man sich zur Verfügung stellen. Man muss lernen, sich zur Verfügung zu stellen. Und wenn ich das nicht mache, und dazu gehört wieder eine gewisse Ehrfurcht vor dem Leben, das jedes Leben wertvoll ist, und, und geachtet werden kann, und dazu gehört auch ganz viel Durchtragevermögen. […] Und, und habe ich zum Beispiel bei dieser Begleitung [des Vaters, M.D.] erfahren, dieser ungeheure lange Atem, der einem natürlich auch geschenkt wird, wenn man sich dazu bekennt. Ich will das schaffen, ich will das schaffen, weil das etwas Sinnvolles ist, eine gute Aufgabe, etwas ganz, ganz eminent Wichtiges in unserem Leben. (Frau Kristo, 1666-1673).

Die Neuberwertung des Lebens erfolgt entlang religiöser Vorstellungen. Frau Kristo gibt zu verstehen, seit der Pflege Ehrfurcht (also Hochachtung und Furcht) vor dem Leben zu haben, was auch die Würde und die Achtung des Menschen umfasst. Dass Frau Kristo, anders als Janoff-Bulman zeigte, sich weniger auf das eigene Leben bezieht als vielmehr auf das anderer, ist vermutlich einerseits dadurch begründbar, dass anders als bei anderen Ereignissen, Frau Kristo selbst keiner akuten Lebens-

gefahr ausgesetzt war. Vielmehr wurde sie mit ihrem eigenen Sterben in einer Weise konfrontiert, die scheinbar die eigene Todesangst gemindert hat, was freilich nicht ausschließt, dass sie ihr eigenes Leben als ebenfalls wertvoller betrachtet als vor der Pflege, ohne das aber explizit zum Ausdruck zu bringen.

(D) Neubewertung sozialer Beziehungen: Altruistisches Leiden

Die von Janoff-Bulman (1992; vgl. auch Janoff-Bulman & Berger, 2000) beschriebene dritte Form der Neubewertung der sozialen Beziehungen, wird von ihr am Beispiel des „altruistische Leidens" belegt, unter dem sie versteht, dass Menschen ihre neue gewonnen „Einsichten" anderen zur Verfügung zu stellen. Das trifft für Frau Kristo zumindest nach den Interviewdaten nicht zu. Das altruistische Leiden bekommt in der häuslichen Pflege aber eine neue Dimension. Altruistisches „Leiden", wenn man so will, ist der Selbstzweck der Pflege überhaupt. Auch hierzu gibt die ausführliche Antwort von Frau Kristo auf die Frage nach den pflegebedingt erlebten Veränderungen Auskunft:

> *Ich denke mir, man muss - diese [Pflege-]Arbeit kann man nur tun, wenn man sie selbstvergessen tut. Selbstvergessen, man muss sich selber ein Stück weit selber vergessen. Wie soll ich sagen. Das ist so paradox, auf der einen Seite muss man sich selber lieben, auf der anderen Seite tut man es aber in dem man sich selber vergisst, ist es am besten, wenn man es tut. Verstehen Sie, das ist schwierig. Es ist schwierig, das auszudrücken in Worte. Es ist paradox. Auf der einen Seite, wenn ich mich total vergesse, möchte man meinen, da geht es mir schlecht, da habe ich mich verloren oder was. Aber so ist es nicht. Wenn ich mich selber hinten anstelle, und mich selber vergesse, in diesem Augenblick bin ich wirklich ich selber (Frau Kristo, 1216-1229).*

Die Steigerung ihres Selbstwertgefühls erklärt Frau Kristo durch den reziproken Altruismus (Trivers, 1971): Ein egoistisches Motiv wird in ein altruistisches Motiv umgewandelt. Indem sie ihrem Vater hilft, ist also auch ihr geholfen.

> *Ich finde da [zur Pflege, M.D.] gehört auch, ja, eine gewisse, wie soll ich das sagen, ein Edelmut – Edelmut ist ein schönes Wort. Es gehört ein edler Mut dazu, so etwas anzugehen. Es gehört wirklich ein edler Mut dazu. Es gehört Mut dazu, aber der muss aus edlen Bewegungsgründen kommen. Das kann man nicht einfach so (Frau Kristo, 1309-1315).*

Den Vater zu pflegen heißt, hochherzig und nachsichtig zu sein. Nur wenn es gelingt, die Pflege aus „reinen" Motiven zu übernehmen, können der reziproke Altruismus und damit die Pflege gelingen. Dieses „reine" Motiv erklärt Frau Kristo später noch genauer:

> *Ich denke, dass gehört ein Stück, es gehört, es gehört ein Stück Demut dazu, so etwas wirklich über lange Zeit tun zu können. Und diese Worte sind unmodern und die sind nicht mehr in, aber, aber ich gebrauche sie trotzdem. Es gehört Demut dazu, zu dienen. Denn das ist ein Dienst. Das ist ein wirklicher Liebesdienst, den man da also wirklich auf sich nimmt und durchhält vor allen Dingen. Es geht nur um das Durchhalten. Ich sage ja, was anfangen und wieder aufhören, das kann jeder. Aber etwas durchzuhalten. Und da muss ich ehrlich sagen, da bin ich sehr, sehr dankbar, dass ich das durch gehalten habe. Durchgehalten, durchgetragen mit Hilfe meiner Familie (Frau Kristo, 1390-1407).*

Auch hier greift Frau Kristo das religiöse Motiv auf: Pflege ist ein Liebesdienst, der Demut erfordert. In der christlichen Religion meint die Demut (hebräisch: „sich beugen“ oder „herabbeugen"), das der Mensch im Vergleich zu Gott geringfügig ist, aber zugleich würdig und wertvoll. Man kann ahnen, dass die Würde auch im Interview ein Thema ist.

> *Und das denke ich, hat er am Ende seines Lebens verstanden, wie wertvoll er als Mensch ist. Wie wertvoll er auch als, als, als gelähmter Mensch ist und als blinder Mensch, das – und das habe ich ihm versucht, jahrelang zu vermitteln (Frau Kristo, 942-944).*

Insgesamt ist das religiös altruistische Pflegemotiv selbstwertdienlich. Bemerkenswert daran ist, dass abstrakte und konkrete religiöse Annahmen in Beziehung zu stehen scheinen, was erstaunlich ist, weil Janoff-Bulman in ihrer Theorie zwischen abstrakten, higher-order Schemata mit illusorischem Charakter und realistischen lower-order Schemata, die aus der Lebenspraxis abgeleitete, konkrete Schemata oder Wissensorganisationen darstellen, unterscheidet (Kap.4.2). Im Fall von Frau Kristo scheinen sich abstrakte und handlungsleitende Vorstellungen in ihrer Nähe bzw. Distanz zur Realität nicht zu unterscheiden.

Abschließend ist zu den von Frau Kristo konstruierten Neubewertungen zu fragen, ob sich die Interviewdaten auch in der schriftlichen Befragung bestätigen. In der Befragung zur posttraumatischen persönlichen Reife (Maercker & Langner, 2001) erreicht Frau Kristo einen annähernden Höchstwert von 103 (x_{max}=105) und liegt damit im Vergleich zu den anderen Probandinnen und zur Vergleichsgruppe der Studie deutlich höher. Dieses Ergebnis zeigt, dass Frau Kristo davon überzeugt ist, sich durch die Pflege ihres Vaters positiv verändert und entwickelt zu haben. Im vorgelegten Test werden diese Veränderungen mit Items zur Orientierung an den eigenen Stärken, intensivierten persönlichen Beziehungen und religiösen Veränderungen gemessen.

Das Ergebnis der Bewältigung: Fundamentale Ambivalenz oder wiederhergestellte Illusionen?

Wie mehrfach angesprochen, unterscheiden sich die Theorien von Taylor und Janoff-Bulman vor allem durch das von ihnen beschriebene Ergebnis der Bewältigung. Janoff-Bulman postuliert koexistierende positive und negative Kernüberzeugungen, Taylor postuliert eine vollständige Genesung. Am Beispiel der Trauer über den Tod des Vaters können Hinweise hierzu gewonnen werden. Auf die Frage, welche Gewinne sie durch die Pflege ihres Vaters erzielt habe, antwortet Frau Kristo damit, das Leben besonders wertvoll zu schätzen und leitet auf den Tod ihres Vaters über.

> *Und, und wenn ein Mensch gestorben ist, dann wissen wir erst, was wir verloren haben. Das kapieren wir nicht. Da, da, da fehlt es uns an, an Verstand, glaube ich. Wir werden das nie verstehen, was das ist, der Tod. Und das ist auch richtig so. Wir müssen ja nicht alles verstehen. Das ist wie eine, eine Geburt. Bei der Geburt wissen wir auch nicht. Was wissen wir über diesen kleinen Menschen, der da, der da auf die Welt kommt. Und im Sterben, wissen wir auch nicht. Letztendlich wissen wir nicht viel (Frau Kristo, 777-782).*

Wie die Geburt auch, versteht Frau Kristo den Tod als ein (göttliches) Geheimnis, das rational nicht erfassbar ist.

> *Das werden wir nie erfassen. Nie. Und das ist auch ein Geheimnis. Und so soll es auch sein. Der Tod und die Geburt, das sind Geheimnisse, wo wir nie den ganzen Einblick haben. Da können sich die Menschen noch so drum bemühen oder, oder, oder irgendwelche Studien an. Das müssen wir so stehen lassen. Dazu sind wir nicht befugt. Und ich saß lange oben und habe diesen Menschen angeschaut, in seinem Tod. Es ist und bleibt unfassbar. Das werden wir nie von unserem Verstand her begreifen, weil wir es gar nicht begreifen sollen, wir sollen einfach – uns bleibt nichts anderes übrig, als es so anzunehmen wie es ist. Und in der Erinnerung. Und ich denke mir auch in dem Gedenken an diesen Menschen können wir weiter leben. Und letztendlich sind sie mir nahe. Ich kann das so auch sagen. Ich denke in irgendeiner Form werden sie immer für uns da sein. Aber eben anders als wir. Aber das ist schmerzlich, ganz schmerzlich, weil wir das eben mit unserem Verstand nicht begreifen können. Das werden wir auch nicht begreifen. Wir können uns noch so bemühen (Frau Kristo, 818-833).*

In der Literatur wird beschrieben, dass es Menschen besonders schwer fällt, den Tod zu deuten (z.B. Harvey, 2000). Entsprechend vage bleibt auch die Sinnzuweisung von Frau Kristo. Zur Erklärung hierfür zieht sie eine höhere Instanz heran. Die Gefühle zum Tod des Vaters sind entsprechend ambivalent:

> *Ich habe heute auch noch viel Trauer in mir, wenn ich Sachen höre oder sehe oder jetzt wie ich diese Wege gegangen bin, wo wir immer zusammen alle waren. Dann da kommt ganz viel Freude, Dankbarkeit, aber auch eine ganz, ganz tiefe, unendliche Trauer, weil, dass ist – der Tod, damit ist es vorbei, dieses Leben – für diesen Menschen und auch für uns letztendlich. Das ist nicht nur für diese Menschen vorbei. Sondern dieses Zusammenleben ist vorbei (Frau Kristo, 808-813).*

Offensichtlich sind die mit dem Tod verbundene Gefühle bei Frau Kristo positiv wie negativ. Die positiven Gefühle resultieren aus der kognizierten Friedensarbeit.

> *Der [Vater, M.D.] war so voller Frieden und er hat gestrahlt. Der hatte keine Totenflecken. Nichts. Der hatte nicht einen Fleck. Ich meine, er war sehr eingefallen. Er war ja unglaublich mager. Aber er hat ganz lieb gelächelt […]. Er hat einfach aufgehört, ganz ruhig aufgehört zu atmen. Und ich sage Ihnen, das ist also schon, ja. Das war schon was Besonderes (Frau Kristo, 400- 407).*

Eine Betrachtung des Kontextes dieser Aussage lohnt sich: Frau Kristo hatte von den Asthmaanfällen und den Todesängsten des Vaters erzählt, als sie plötzlich innehielt und Fotos holte. Auf einem der Bilder ist der Vater kurz nach dessen Tod abgebildet, das sie mit dem oben Zitierten kommentierte. Auch dieser Interviewverlauf spricht für gleichzeitig existierende oder zumindest plötzlich wechselnde negative und positive Emotionen und damit verbundene Gedanken. Noch deutlicher wird die Koexistenz dieser Gedanken und Gefühle mit der folgenden Darlegung:

> *Das ist eine ganz eigene Qualität, wenn ein Mensch stirbt. […] Das ist eine, das ist ein besonderes Licht. Ich denke mir, das sieht man nicht mal mit unseren Augen, sondern das ist etwas ganz, ganz was, wo wir eine Sehnsucht oder eine Ahnung dahin bekommen. […] Es ist etwas ganz Heiliges. Wenn ein Mensch friedvoll stirbt, dann kommt da etwas, ich denke, sagen wir mal ausgedrückt jetzt, ein bisschen poetisch – ich denke wir dürfen dann einen Augenblick, einen ganz kurzen Augenblick auch so in ein ewiges Licht tun. Das ist eine Art Licht und es ist etwas anwesend, was wir nicht, nur vielleicht eine Sehnsucht danach haben. Mit*

dieser Sehnsucht können wir trotz Trauer und, und Schwere und Traurigkeit weiter leben. Wenn wir das erfahren dürfen, ist es vielleicht leichter, weiter zu leben und weiter zu machen und sich darin nicht beirren zu lassen, was ich selber tue. Und vielleicht, dass ich das auch mal erfahren dar. […] Und das lässt so eine Hoffnung auch leben in mir. Und die, denke ich, werde ich auch nicht mehr verlieren (Frau Kristo, 1552-1595).

Diese Deutung der Sterbesituation basiert klar auf religiösen Vorstellungen, mit denen der Verlust des Vaters positiv gedeutet wird, ohne aber die Trauer zu negieren. Insofern könnte man versucht sein, auf Janoff-Bulmans These zurückzugreifen. Allerdings ist hier klarer als in den bisherigen Ausführungen zu unterscheiden, dass es sich hier um Wünsche und Gefühle handelt. Nebeneinander existieren Trauer und Hoffnung, Todeswunsch und Lebensdrang. Zwischen Emotionen und Kognitionen ist kaum zu unterscheiden. Man müsste wohl McCann und Pearlman (1990) argumentieren, dass Schemata nicht unabhängig von zugrunde liegenden Gefühlen und Bedürfnissen zu betrachten sind.

Interpersonelle Bewältigung: Soziale Unterstützungsleistungen

Soziale Unterstützungsleistungen, so heißt es in der Literatur, sind bedeutsam bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen, weil Menschen soziale Unterstützungsleistungen als Aufwertung ihrer Person verstehen (z.B. Buunk, 1990). Befunde der Psychotraumatologie scheinen zwar nicht den Zusammenhang zum Selbst herzustellen, zeigen aber, dass Personen nach traumatisierenden Ereignissen schneller genesen, wenn sie soziale Unterstützung erfahren.

Im Fall von Frau Kristo entsteht ein eigenartiger Eindruck von den sozialen Unterstützungsleistungen. In ihrem Fall heißt soziale Unterstützung insbesondere, dass ihre Familie die zeitintensive Pflege zulässt, und sie deshalb weniger für ihre Familie zur Verfügung steht. Natürlich sind Unterstützungsleistungen notwendig, um von den Pflegetätigkeiten zu entlasten, weil diese es ihr ermöglichen, einem Beruf nachgehen zu können und sich persönliche Freiräume zu schaffen. Weil Frau Kristo in der Pflege die Möglichkeit sieht, ihre Kernüberzeugungen zu „leben“, ist klar, dass sie ihre Überzeugungen nur dann tatsächlich bestätigen kann, wenn sie die Pflege im Wesentlichen selbst übernimmt und durchführt. Hätte sie die Pflege großenteils anderen Personen überlassen, wäre es nicht möglich gewesen, das eigene Leben und damit verbundene Konflikte zu reflektieren.

So beschreibt Frau Kristo dann auch, dass es vor allem wichtig war zu wissen, Ansprechpartner für den Bedarfsfall zu haben (vgl. zur wahrgenommenen Unterstützung z.B. Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Lakey & Drew, 1997).

Also es waren einige Situationen, wo ich wirklich – und dann habe ich meine Tochter angerufen und habe geschimpft und gewettert und, und dann kam sie auch sofort und wenn ich dann gemerkt habe, mein Gott, ich habe ja Hilfe und ich bin ja nicht alleine (Frau Kristo, 1452-1454).

Die folgende Passage zeigt, dass soziale Unterstützung bestimmten Grenzen unterliegt. Frau Kristo kann gut gemeinte Unterstützungsleistungen nur begrenzt annehmen, weil damit das Risiko verbunden ist, in für sie wichtigen Situationen nicht anwesend sein zu können. Sie ahnt, dass es für

sie selbst höchst problematisch gewesen wäre, falls ihrem Vater während ihrer Abwesenheit etwas zugestoßen wäre.

> *Und da war ich oft weg und das ist mir nicht so besonders gut gegangen, weil ich immer wusste, mein Mann, der kann ja mit manchen Situationen vom fachlichen her gar nicht umgehen. […] Das wäre doch furchtbar gewesen, wenn mein Vater dann gestorben wäre, oder vielleicht schrecklich gestorben wäre, wenn mein Mann da gewesen wäre oder meine Tochter (Frau Kristo, 1505-1513).*

Die Sorge, dass ihr Vater in ihrer Abwesenheit hätte sterben können, ist sehr gut verständlich, wenn man bedenkt, wie wichtig es für Frau Kristo war, die Pflege zu abzuschließen, um sich dankbar zu erweisen. Greift man noch einmal auf die von Taylor so bezeichneten Selbstevaluierungen zurück, handelt es sich natürlich auch um eine selbsterhöhende Fokussierung eigener Attribute, besser als andere zu pflegen.

Die Sterbesituation liefert einen weiteren Hinweis dafür, dass Frau Kristo die Betreuung ihres Vaters ohne Unterstützung leisten will. Sie schließt ihren Ehemann aus dieser Situation aus:

> *Ja, ich habe auch meinen Mann nicht geweckt. Ich habe die ganze Nacht, die ganze Nacht war ich dann noch oben (Frau Kristo, 409-410).*

Abschließend ist festzuhalten, dass Frau Kristo über soziale Unterstützung verfügt, diese aber zugleich eingrenzt, um durch ein Zuviel an Hilfe die eigene Zielerreichung nicht zu gefährden. Beruhigend ist für sie die Tatsache, jederzeit Personen verfügbar zu haben (z. B. Kristo, 1275). Diese tatsächliche und perzipierte soziale Unterstützung wird durch die schriftliche Befragung voll bestätigt. Frau Kristo erreicht bei der Befragung zur sozialen Unterstützung (F-Sozu-K2, Fydrich, Sommer, Menzel & Hoell, 1987) mit einem Summenwert von 107 (Skalenrange 0-110) annähernd den Höchstwert und auch im Vergleich zu den anderen befragten Frauen den höchsten Gesamtscore. Gleiches gilt für den Summenwert der Normierungsstichprobe von 96,92, zu dem Frau Kristo ihre soziale Unterstützung im Vergleich besser einschätzt (Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999, n=2179, SD= 11,98). Zu bedenken ist aber, dass der Fragebogen keine Veränderungen misst, sondern lediglich die aktuelle Einschätzung der Unterstützung.

Analog zur wahrgenommen sozialen Unterstützung bewegt sich auch die von Frau Kristo wahrgenommene Wertschätzung des sozialen Umfeldes, gemessen anhand des Fragebogens zur erlebten Wertschätzung von Maercker und Müller (2000, 2004).

	Allgemeine Missbilligung	Anerkennung	Familiäre Missbilligung
Punktwerte Subskalen	5	30	0
Punktwerte Subskalen* (Vergleichsgruppe)	14,43	16,03	9,86
Wertebereich	0-25	0-30	0-25

* (Maercker & Müller, 2004, n=178)

Frau Kristo fühlt sich seit der Pflege (der Fragebogen beinhaltet die Anweisung, die Einschätzung seit dem „Vorfall“ einzuschätzen) in geringem Maß vom sozialen Umfeld missbilligt und anders herum in höchstem Maß anerkannt. Im Unterschied zu allen anderen Probandinnen erlebt sie von Seiten der Familie keinerlei Missbilligung.

6.3.1.6 Zusammenfassende Bewertung

Die ausgeprägte religiöse Orientierung von Frau Kristo ermöglicht es ihr, die meisten Pflegesituationen positiv zu deuten und die erlebten Belastungen zu akzeptieren. Die religiösen Sinnzuweisungen beinhalten spezifische Kognitionen, die sich auf soziale Beziehungen und das weibliche Geschlecht mit einer spezifischen und fürsorgenden Rollenzuschreibung beziehen. Auffallend ist vor allem, dass sie ihr Verhalten an diesen Kernüberzeugungen ausrichtet. Dadurch gelingt es ihr auch, ihr Verhalten ständig anhand der Überzeugungen zu überprüfen. Dass ihr umfassende Sinnzuweisungen in den meisten Situationen gelingen, hängt auch damit zusammen, dass sie ein komplexes religiöses Deutungssystem entwickelt hat, das sich alltagspraktisch anwenden lässt.

Interessant ist auch, dass sie mit der Elternpflege frühere Erschütterungen durch die Trennung von ihrem ersten Mann kompensieren kann. Ihre Glaube, dass dadurch die Beziehung zu ihrer Kindern gelitten hatte, motiviert sie, die Pflege besonders gut durchzuführen, um ihren Kindern dadurch ein gutes Vorbild zu sein, was ihrer Kernüberzeugung weiblicher Fähigkeiten entspricht. Mit der Pflege nutzt sie eine Chance, das frühere Trauma zu bewältigen, möglicherweise sogar zu überwinden, so dass die Pflegebelastungen in den Hintergrund treten.

Der gesamten Pflegesituation liegt eine starke Identifikation mit der Pflegerolle zugrunde. Man kann vermuten, dass, hätte sie den Belastungen der Pflege nicht standgehalten, sie wohl große Schuldgefühle entwickelt hätte. Das macht deutlich, dass die extreme Identifikation mit der Pflege große Risiken birgt. Gerade weil Frau Kristo die Pflege weiblich definiert, wird das Geschlecht der Pflegenden zu einem Risikofaktor.

Die Bewältigung von Frau Kristo ist aufgrund der identitätsstiftenden Pflege paradox: Ein, wenn man so will, gewisses Traumapotenzial ist ausschlaggebend für den narzisstischen Gewinn. Mit zunehmenden Pflegebelastungen wächst der narzisstische Gewinn.

Bezogen auf die Traumafaktoren kann festgehalten werden, dass wie weiter oben ausgeführt wurde, besonders die Konfrontation mit dem Tod des Vaters, vor allem aufgrund des Verlustes der sozialen Beziehung zu ihm problematisch war. Gerade die enge Elternbeziehung scheint die Belastung zu verstärken. Begünstigend scheint die so bezeichnete „zu gute Kindheit“ (Rando, 2002) zu sein, die eine adäquate Ablösung von den Eltern möglicherweise verhindert hat (Bruder, 1988).

Zusammengenommen entsteht der Eindruck, dass wie Taylor behauptet, überhöhte Selbst- und Weltvorstellungen die psychische Gesundheit unterstützen. Zumindest weisen die Interviewdaten und auch die schriftlichen Befragungen auf eine sehr positive Selbstwahrnehmung von Frau Kristo hin, die ihren Ausdruck sowohl in über dem Durchschnitt liegenden optimistischen Zukunftsvorstellungen, einem ausgeprägten Selbstwertgefühl als auch überdurchschnittlichen Kontrollüberzeugungen finden. Schwer beurteilbar bleibt, ob diese überwiegend positive Darstellung nicht zugleich eine Negierung negativer Gefühle ist. Die erlebten Belastungen lassen zumindest vermuten, dass sie auch geeignet waren, Wut und Zorn gegenüber dem Vater zu provozieren. Es ist nicht auszuschließen, dass die ideologischen Vorstellungen verbieten, diese überhaupt zuzulassen.

6.3.2 Frau Gallo „Eigentlich ist pflegen gar nicht schlimm“

Frau Gallo, 48 Jahre, ist verheiratet und Mutter zweier erwachsener Töchter, die beide noch zu Hause leben und sich in Berufsausbildungen befinden. Die Familie lebt vom Einkommen ihres Ehemannes.

Frau Gallo besucht die Volksschule und absolviert im Anschluss daran eine Ausbildung als Sekretärin. Nach der Ausbildung ist sie in diesem Beruf voll erwerbstätig. Sie heiratet im Alter von Mitte 20. In den nächsten Jahren werden die beiden Töchter geboren. Mit der Geburt des ersten Kindes gibt sie ihre Berufstätigkeit als Sekretärin auf und arbeitet als „Mädchen für alles“ in der Firma ihres Mannes. 1996 erleidet sie einen Bandscheibenvorfall, von dem eine Peronäuslähmung zurückbleibt. Es folgen ein knappes Jahr Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte. Einige Jahre leidet sie permanent unter der Angst, sich aufgrund der nicht eingehaltenen, von den Ärzten vorgeschriebenen Bettruhe eine Querschnittslähmung zuzuziehen.

Im Jahr 2000 erkrankt der Vater an Alzheimer. Auch die Mutter erkrankt im selben Jahr. Sie erhält einen Venenbypass. Allerdings verläuft ihre Genesung mit schwerwiegenden Komplikationen. Die Mutter ist nicht in der Lage, ihren Mann zu betreuen, so dass Frau Gallo sich entscheidet, beide Elternteile zu sich aufzunehmen. Ihr Vater wird im Jahr 2004 bettlägerig und stirbt Ende 2004.

6.3.2.1. Das Pflegemotiv

Frau Gallo (48 Jahre) pflegte ihren Vater, weil außer ihr niemand zur Verfügung stand. Danach gefragt, aus welchen Gründen sie die Pflege ihres an Alzheimer erkrankten Vaters übernommen hatte, antwortet sie:

> *Ja, das war selbstverständlich. Da hätte es sowieso keine Wahl gegeben. Ich habe selber einen schweren Bandscheibenschaden. Ich habe nämlich in selber im 96er Jahr einen schweren Bandscheibenoperation gehabt und seit dem auch eine Peronäuslähmung zurückbehalten und ich sollte normalerweise nichts heben und nichts (Frau Gallo, 136-139).*

Sie ist ohne jegliche Absprachen in die Rolle der pflegenden Tochter geraten.

> *Hat mich eigentlich keiner gefragt. Das war für alle offensichtlich, dass es nur mich gibt. Vielleicht, weil mein Bruder ist selber ein Pflegefall. Und die Schwester hat damals ja noch gearbeitet. Ja, was hätte ich denn sagen sollen, wenn keiner was sagt. Wo hätten wir sie denn hingetan? Ja, wer hätte sie denn genommen? Also wohin? (Lacht) Fragen wir uns, wohin wären sie denn gegangen? (Frau Gallo, 368-372).*

Frau Gallo denkt über die Pflegemöglichkeiten der Geschwister nach und kommt zu dem Schluss, dass diese die Pflege der Eltern nicht hätten übernehmen können. Folglich bleibt sie als einzige übrig, da sie zwar gelegentlich ihrem Mann in dessen Firma hilft, aber keiner Erwerbstätigkeit nachgeht. Dass sie selbst als Hausfrau arbeitet, scheint keine Rolle zu spielen. An eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung denkt sie nicht, weil sich ihre Familie das nach ihrer Aussage finanziell nicht hätte leisten können.

Grundsätzlich scheint sie die Übernahme der Pflege nicht in Frage zu stellen, obwohl sie um ihre eigene Gesundheit fürchten musste.

> *Eigentlich, dass einzige wovor ich mich damals gefürchtet habe, war immer das bettlägerig sein, nicht mehr aus dem Bett kommen. Vor dem habe ich eigentlich schon. Weil ich mir gedacht hab, wie wird das gehen mit dem Heben und das war es eigentlich. Weil ich immer Angst gehabt, dass ich ihn [den Vater, M.D.] nicht mehr heben kann und sie [die Mutter, M.D.] ihn nicht heben kann. Wir haben es beide mit der Bandscheibe. Also das hätte ja blöd ausgehen können (Frau Gallo, 767-772).*

Auffallend ist, dass Frau Gallo kein Pflegemotiv im eigentlichen Sinn nennt. Sie gibt auch nicht zu verstehen, dass sie irgendwelche Ansprüche an die Pflege stellen würde, anhand derer sie ihre eigenen Pflegeleistungen messen müsste. Fraglich ist, ob dieses fehlende oder unspezifische Motiv aus der Beziehung zum Vater resultiert. Als sie nach der Beziehung zu ihrem Vater gefragt wird, stellt sie Folgendes fest:

> *Er [der Vater, M.D.] war eigentlich immer da. Ich habe alles gekriegt, wenn ich was gebraucht hab. Weiß ich nicht, vom Geld her oder wenn es unserer Firma mal schlecht gegangen ist. Er hat eigentlich immer alles hergegeben. Er hat auch immer gearbeitet für uns alle. Hat geschaut, dass es allen gut geht. Also auch meiner Schwester oder meinem Bruder, also ist das immer alles schön aufgeteilt worden (Frau Gallo, 103-107).*

Frau Gallo beschreibt ihren Vater als einen Mann, der in materieller Hinsicht seine Kinder gerecht behandelt hat. Auch an anderen Stellen des Interviews beschreibt Frau Gallo ihren Vater als „Ernäh-

rer“ der Familie. Von emotionaler Zuwendung des Vaters ist kaum die Rede. Vielmehr weisen die Erzählungen darauf hin, dass der Vater auch aggressiv war und zwar bereits vor dem Ausbruch der Alzheimererkrankung.

> *Na, also er war auch aggressiv oder zornig, aber ich weiß jetzt nicht wie die Beziehung zwischen meinen Eltern so war. Ob da meine Mutter vielleicht auch ein bissel dran Schuld war, weil die war ja auch oft sehr sturr, dass er so aggressiv geworden ist. Aber aggressiv halt nur mit Worten. Das hat sich natürlich in der Krankheit auch ausgewirkt. Er hat dann oben sie aus dem Bett getreten, hat das ganze Bettzeug aus dem Fenster geschmissen (Frau Gallo, 118-123).*

Einigermaßen sachlich beschreibt Frau Gallo die Aggressionen ihres Vaters, die sich vor allem gegen die Mutter gerichtet hätten und von der Mutter selbst verursacht worden waren. Möglicherweise will sie damit gutes Vaterbild aufrechterhalten.

> *Das war eigentlich schon ein guter Mensch, muss man sagen (Frau Gallo, 253).*

Es ist nicht auszuschließen, dass Frau Gallo ein gutes Bild von ihrem Vater zeichnet, um auch für sich die Selbstverständlichkeit, mit der sie die Pflege übernommen hatte, zu rechtfertigen. Denn vermutlich ist es einfacher, die Pflegebelastungen ohne weitere Aufforderung anzunehmen, wenn es einen guten Grund gibt, sie also für einen guten Menschen getan wird. Dennoch ist es erstaunlich, dass Frau Gallo dazu tendiert, sich eher mit dem aggressiven Vater als mit der Mutter zu identifizieren. Möglicherweise steht das mit folgendem Konflikt in Verbindung:

> *Und unsere Mutter hat uns aber immer, weiß nicht, die wollt uns eigentlich immer alle in ihrer Nähe haben und immer an sich binden. Ich habe mich damals schon gewehrt, weil, wir waren ja dann doch lange Zeit in X gewesen. Aber leider ist es mir nicht so geglückt, wie ich wollte [sehr leise]. Weil eigentlich wäre ich gerne draußen geblieben, aber [leise] jetzt sind wir halt wieder da. Also hat sie sich auch wieder durchgesetzt (Frau Gallo, 723-728).*

Frau Gallo hatte mit ihrer Familie in einer weit entfernten Stadt gelebt, wo es der Familie finanziell deutlich besser ging. Sie ist dann aber mit ihrer Familie zurückgekehrt, mehr auf Drängen der Mutter als auf eigenen Wunsch.

> *Und das hat die Mutter ja nie verstanden, dass einer weg will von zu Hause oder irgendwas. Die ist heute noch: „Jacke anziehen, es ist kalt draußen. Du musst das, Du musst das“ (Frau Gallo, 753-755).*

Mit der Rückkehr in den Wohnort der Eltern, gegen den sie sich nicht wehren konnte, weil sie das Unverständnis der Mutter nicht ertragen hätte. Damit trägt die Mutter allerdings auch eine Teilschuld daran, dass Frau Gallo die mit der Pflege und Betreuung der Eltern erlebten Belastungen ertragen musste. Denn wäre sie in der Großstadt geblieben, wäre sie für die Elternpflege nicht verantwortlich gewesen.

> *Ich hätte mir eigentlich viel erspart. Weil dann wäre ich ja absolut nicht präsent gewesen (Frau Gallo, 762).*

Deutlich ist, dass Frau Gallo sich von ihren Eltern lösen wollte, sie sich aber nur bedingt unabhängig machen konnte. Dennoch scheint die emotionale Bindung nicht so wirksam zu sein, dass sich aus ihr eine Verpflichtung und ein Dankbarkeitsgefühl ergeben hätten. Ein „schlechtes Gewissen“ bleibt Frau Gallo damit erspart.

6.3.2.2 Selbst- und Weltbild

Frau Gallo scheint sich der Pflegesituation nicht ohne Stolz und situativer Anpassungsfähigkeit zu stellen. Ihre weibliche und pflegende Rolle stellt sie nicht in Frage. Im Gegenteil: Pflege war für sie immer ein wesentlicher Bestandteil ihrer Identität. Das erzählt sie gleich nach der Erzählaufforderung, aus ihrem Leben zu berichten.

> *Die Tochter war halt viel krank. Dadurch bin ich eh immer im Pflegedienst gewesen. Weil die hat Asthma gehabt und eine Pollenallergie und ist halt gegen alles allergisch und bei der Haut und da hast immer aufgepasst. Und die Ines [Tochter, M.D.] die war eher gesund. Gott sei dank (Frau Gallo, 20-23).*

Eben weil sie sich mit ihrer jahrelangen Rolle als Mutter und Pflegende identifiziert, schätzt Frau Gallo die Situation rund um die Pflege ihres Vaters pragmatisch ein. Frau Gallo eröffnet das Interview nicht nur mit dieser Feststellung, sondern betont das im späteren Interviewverlauf noch einmal, als sie nach schwierigen Situationen während der Pflegephase gefragt wird:

> *Ich habe mich einfach in die Situation begeben und war in der. Fertig. Also ich war auch immer ruhig oder ich war auch nie, wenn er so zornig war, weiß ich, bedroht gefühlt hätte oder auch, dass ich auch ausgerastet wäre. Das ist eher bei der Schwester. Die ist da eher der Typ, die das nicht verkraftet. Also, die haben da mal draußen gecatched. Der eine außen, die andere drinnen. War auch irgendwann mal. Was war denn da? Waren sie beim Frisör oder was. Weiß ich gar nicht alles mehr. Hätte man sich alles aufschreiben müssen. Es hat eine Menge Situationen gegeben, aber es kommt einem immer nur so bruchstückhaft (Frau Gallo, 376-383).*

Bei dem Vergleich mit der Schwester stellt Frau Gallo durchaus selbsterhöhend fest, dass sie selber mehr Ruhe im Umgang mit ihrem Vater hatte. Sie selbst war davon weniger (emotional) betroffen, so dass sie viele schwierige Situation zum Zeitpunkt des Interviews schon gar nicht mehr erinnert. Mit dieser Haltung wendet sie mögliche Zweifel an ihrem Selbstbild ab. Sie hat eben „selbstverständlich“ die Pflege übernommen. Denn schließlich sind Familie und Verwandte ihr sehr wichtig. Das bringt sie zum Schluss des Interviews zum Ausdruck, als sie gefragt wird, was für sie im Leben das Wichtigste sei.

> *Meine Familie ist das Wichtigste. Meine Kinder, meine Verwandten. Ja. Und Freunde und Gesundheit. Eigentlich bin ich ein zufriedener Mensch (Frau Gallo, 1123f.).*

In diesen Sätzen fließen die Einschätzung ihrer Prioritäten und ihre Selbsteinschätzung zusammen. Nicht nur, dass sie damit die Beziehungs- und Familienfähigkeit als Teil ihres Selbstverständnisses zum Ausdruck bringt, sondern auch die Zufriedenheit mit sich selbst und ihrer Familie. Frau Gallo ist darüber hinaus auch mit ihren Pflegeleistungen zufrieden. Sie stellt ihre Pflege nicht in Frage, son-

dern ist vielmehr davon überzeugt, ihren Vater dadurch vor größerem Schaden bewahrt zu haben. Anders als bei einigen anderen Probandinnen hat sie keine Zweifel, den Vater gut und richtig versorgt zu haben.

> *Zumindest habe ich die Kontrolle, was ich mach und ich weiß, dass es ihnen gut geht. Also wobei ja Krankenhaus oder im Altersheim man nie sicher sein kann, dass es so gemacht wird, wie ich es gerne hätte. Oder wie die Bedürfnisse von den Menschen sind. Also auch im Umgang mit ihm. Also ich habe da drinnen jetzt zugeschaut, der wird da rumgeschmissen, rums umgedreht. So tät ich meinen Vater nie anfassen. Da wird mir anders, ja Himmel Herrgott, der hat ja auch Knochen. Wir gehen halt besorgt um oder passen halt auf, dass er nirgendwo dran kommt und dass er sich nicht weh tut (Frau Gallo, 935-941).*

Frau Gallo will ihren Vater fürsorgend pflegen, verbindet das aber nicht mit der gemeinsamen Biografie. Sie pflegt ihn nicht, um z.B. ihre Dankbarkeit auszudrücken. Möglicherweise liegt darin die pragmatische Haltung begründet, denn sie muss ihr Selbstbild nicht an hochanspruchsvollen Zielen messen.

Selbstwert

Das im Interview durchweg positiv vermittelte Selbstbild wird durch das Ergebnis der schriftlichen Befragung voll bestätigt. Gemäß der Self-esteem Skala (Ferring & Filipp, 1996) verfügt Frau Gallo zum Zeitpunkt der Befragung über ein hohes Selbstwertgefühl. Mit einem Summenwert von 28 wird beinahe der maximale Gesamtwert von 30 erreicht. Damit schätzt Frau Gallo ihr Selbstwertgefühl weit größer eine als der Durchschnitt der ProbandInnen anderer Studien (z.B. Ferring & Filipp, 1996).

Das Weltbild von Frau Gallo kann zunächst nur mit der zitierten Aussage belegt werden, dass ihre persönliche Umgebung für sie besondere Bedeutung hat. Gegen Ende wird Frau Gallo gefragt, ob der Glaube eine Rolle für sie spiele, was sie klar verneint. Mit den Ergebnissen der schriftlichen Befragung sind einige weitere Aussagen möglich.

Gerechtigkeitsvorstellungen

An keiner Stelle des gesamten Interviews Aussagen zum Thema Gerechtigkeit vorkommen. Auch auf eine diesbezügliche Frage antwortet sie schlicht mit der Aussage, dass sie die Welt im „schon gerecht“ fände. Das ist durchaus erstaunlich, weil Frau Gallo im Vergleich zu den anderen Probandinnen den höchsten Mittelwert ($M_{allg.\ GW}$=5,50) des „Allgemeinen-Gerechte-Welt-Glaubens“ und den zweithöchste Wert beim „Persönlichen-Gerechte-Welt-Glauben“ ($M_{persönl.\ GW}$=5,57) erreicht. Entweder hat sie in dem Interview keine Aussagen zu diesem Thema treffen wollen, oder aber sie geht tatsächlich von einer gerechten Welt aus, die sie nicht hinterfragt und als gegeben annimmt.

Kontrollüberzeugungen

Folgende Ergebnisse sind der Befragung zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991) zu entnehmen:

	Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	**Internalität**	**soziale Externalität**	**fatalistische Externalität**	**Selbstwirk-samkeit**	**Externalität**	**Internalität versus Externalität**
Gesamtwerte der Subskalen	43	39	18	24	82	44	40
T-Werte	70	63	37	46	70	43	68
Prozentrang	98	90	10	34	98	24	96

Frau Gallo verfügt über ein sehr ausgeprägtes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und hohe Internalität. Nur 2% bzw. 10% der Normierungsstichprobe (Krampen, 1991) erreichen höhere Werte. Entsprechend gering sind die soziale, fatalistische und allgemeine bedingte Externalität ausgeprägt. Die Sekundärskalen bestätigen das Bild: Die generalisierte Selbstwirksamkeit ist sehr hoch, die generalisierte Externalität eher niedrig. Damit kann von einem hohen Selbstvertrauen und geringen Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht zum Zeitpunkt der Befragung ausgegangen werden.

Optimismus und Zukunftsvorstellungen

Frau Gallo blickt Optimistisch in die Zukunft, wie der Life Orientation Test (Wieland-Eckelmann & Carver, 1990) zeigt. Trotz der zum Zeitpunkt der Befragung schwer erkrankten Mutter ist Frau Gallo aufgrund des Testwertes (X=24; X_{max}=40) überdurchschnittlich optimistisch (wegen X>22, ebd.).

Damit kann das Selbstbild von Frau Gallo aufgrund des Selbstwertes und des ausgeprägten Glaubens an die Selbstwirksamkeit mit Taylor als selbsterhöhend bezeichnet werden. Die Kontroll- und Gerechtigkeitsvorstellungen sowie der Optimismus zeugen ebenfalls tendenziell von übergeneralisierten Überzeugungen. Damit ist zunächst zu fragen, ob sich die gesunden Sichtweisen auch durch die schriftliche Befragung bestätigen. Weiter ist zu fragen, wie bedrohlich Frau Gallo die Pflege ihres Vaters erlebt hat, um zu einer Einschätzung zu gelangen, ob gegebenenfalls ihre Bewältigungsfähigkeiten eine Desillusionierung oder Erschütterung verhindert oder kompensiert haben.

6.3.2.3. Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung

Frau Gallo berichtet von einem Bandscheibenschaden, der vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit des Vaters operativ therapiert wurde. Durch die Pflege werden aber keine diesbezüglichen oder an-

dere Symptome verursacht. Auf die Frage nach der Gesundheit während der Pflege beklagt sie die nächtlichen Schlafstörungen (Frau Gallo, 1126)

Dieser Einschätzung entsprechen auch die Ergebnisse der schriftlichen Befragung. Der Summenwert des BDI-V liegt mit 15 Punkten deutlich unterhalb klinischer Auffälligkeiten Die Selbstbeurteilung mittels Impact of Event Scale (Maercker & Schützwohl, 1998) zeigen, dass Frau Gallo zwar intrusive Erinnerungen hat (21, Skalenrange 0-35), die Vermeidungssymptome aber gering sind (x=4, Skalenrange 0-40). Die Übererregbarkeitssymptome fallen etwas deutlicher aus (x=16, Skalenrange 0-35). Mit einem IES-Testwert von x= -2,1 sind posttraumatische Symptome (wegen x>0) sehr unwahrscheinlich. Gemessen anhand aktueller depressiver und posttraumatischer Symptome kann vermutet werden, dass Frau Gallo die Elternpflege gut verarbeitet hat.

6.3.2.4 Ereignisabhängige Traumafaktoren

Entsprechend der oben beschriebenen Vorgehensweise folgt eine Darstellung des möglichen Traumatisierungspotenzials.

Konfrontation mit dem Tod und Bedrohungspotenzial der Elternpflege

Zunächst werden diejenigen angstbesetzten Situationen betrachtet, die Frau Gallo rückblickend auf die Pflegephase berichtet

Der Tod des Vaters

Der nahende Tod des Vaters ist für Frau Gallo sehr bedrohlich

> *Nein, ich muss sagen, mir hat das extrem geholfen, dass die letzten vierzehn Tage, dass wir eigentlich die ganze Zeit bei ihm waren. Also man hat das in diesen Tagen, wo man schon gewusst hat, es geht zu Ende, schon aufarbeiten können. Also für mich war das in dem Sinn gar nicht so schlimm. Ich habe etwas auch immer gewusst. Ich habe immer gewusst, also eins ist sicher, ich bin beim Sterben, wenn er stirbt, nicht dabei. Ich war auch bis fünf drin und bin dann nach Hause gefahren, duschen, und wie ich wieder reingefahren bin, auf dem Weg, hat die Schwester angerufen: ‚Jetzt ist es vorbei'. Da war die Mutti und sie dabei und das war für ihn glaub ich sogar viel wichtiger, dass meine Mutter das. Weil die Schwester und ich, wir haben ihn ja schon losgelassen. Wir haben ja gesagt: ‚Er hat alles für uns getan'. Also, er darf in Ruhe sterben. Und er braucht sich keine Sorgen mehr machen. Und meine Mutter hat ihn halt immer wieder, wahrscheinlich auch unterbewusst. Weil sie wollt ja nicht, dass er stirbt, damit sie nicht alleine ist. Aber, das ist ja der reine Egoismus, eigentlich. Man ist ja eigentlich egoistisch, weil, warum will man etwas nicht? Weil es einem selber dann weh tut (Frau Gallo, 704-718).*

Frau Gallo will das Sterben und den Tod des Vaters nicht miterleben. Hierin unterscheidet sich Frau Gallo deutlich von den anderen Probandinnen, die die Sterbebegleitung als Teil ihrer Pflegeaufgabe verstehen und deren Identität als Pflegende verunsichert wird, wenn sie sich dieser Situation nicht stellen. Frau Gallo dagegen verabschiedet sich von ihrem Vater in dessen letzter Lebensphase, als der Tod absehbar ist. Interessant ist die Vermengung der Perspektiven. Aus Gründen des Selbst-

schutzes will sie nicht anwesend sein, wenn der Vater stirbt. Entsprechend versucht sie, ihre Abwesenheit aus der Perspektive des Vaters zu deuten. Für ihn war die Anwesenheit seiner Frau wichtig. Sie deutet die Situation auch aus der Perspektive der Mutter. Frau Gallo meint, dass es auch für die Mutter wichtig gewesen sei, in den letzten Stunden des Lebens ihres Mannes anwesend gewesen zu sein, damit sie dessen Tod realisieren würde. Schließlich habe sie nicht wahrhaben wollen, dass ihr Mann stirbt. Dieses Argument verstärkt sie noch, in dem sie den Egoismus der Mutter beklagt, die die Krankheit des Mannes nicht akzeptieren wollte, um die Gedanken an das Alleinsein nach dessen Tod zu vermeiden. Mit diesen Argumenten ist es für Frau Gallo leichter zu ertragen, sich der Bedrohung durch den Tod des Vaters nicht gestellt zu haben. Allein der Versuch der Rechtfertigung spricht freilich dafür, dass ihre Abwesenheit in der Sterbesituation dennoch problematisch ist.

Offensichtlich ist, dass Frau Gallo einen guten Grund für die Abwesenheit in der Sterbesituation hat. Einige ExpertInnen der Telefonbefragung äußerten, dass Frauen häufig die Sterbesituation nur schlecht durchhielten, weil ihnen damit schmerzlich bewusst würde, „als nächstes an der Reihe zu sein“.

Angst und Ohnmacht

Obwohl Frau Gallo einen schweren Bandscheibenvorfall erlitten hatte und daher die körperlichen Belastungen fürchtete, stellt sie doch die durch die Pflege entstehenden psychischen Belastungen in den Vordergrund. Im Kontext der Frage, was sie besonders schwierig bei der Pflege erlebt hatte antwortet sie wie folgt (auch alle weiteren Zitate dieses Kapitels, sofern nicht anders ausgewiesen, sind Aussagen zu dieser Frage)

> *Ich mein, das ist für jeden sicher in gewisser Weise, eine seelische Belastung. Weil wir haben überhaupt nicht einmal mehr richtig geschlafen. Wir haben uns ins Bett gelegt und ich habe schon gewartet, bis der erste Schreckensruf von oben kommt, dass ich wieder was passiert ist. Also du bist einfach nicht mehr, wie soll ich sagen. Es ist so wie wenn die Kinder, wie die klein waren. Wo sie [die Tochter, M.D.] dauernd ihre Asthmaanfälle gehabt hat. Du kannst nicht schlafen, weil, du bist immer schon mit einem Ohr dort. Und so ist das jetzt auch. Wenn ich denk, wie ich jetzt da die Mutti gehabt habe [die Frau Gallo bis kurz vor dem Interview bei sich zu Hause gepflegt hatte, M.D.]. Das ist ein Alptraum (Frau Gallo, 332-342).*

Die Betreuung des Vaters erforderte permanente Aufmerksamkeit und war immer mit der Sorge verbunden, dass etwas Unerwartetes passieren wird. Nicht zur Ruhe zu kommen ist für Frau Gallo eine extreme Belastung, die sie einem Alptraum gleichsetzt. Problematisch erlebt sie auch die Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit ihres Vaters.

> *Das pflegebedürftig war gar nicht so schlimm, sondern das wesentlich schlimmere war, dass du auf einmal, wenn du mit ihm gesprochen hast, ins Leere gesprochen hast. Dass er dich einfach nicht mehr wahrgenommen hat. Dass er einfach nicht mehr realisiert hat, was du sagst (Frau Gallo, 259-262).*

Für Frau Gallo ist die eingeschränkte und schließlich vollständige Kommunikationsunfähigkeit des Vaters das größte Problem während der Betreuung. Sie hat mir ihrem Vater nicht mehr so kommuni-

zieren können wie in früheren Zeiten, wodurch das einstige Bild des starken aktiven Vaters zerstört wird (vgl. Frau Gallo, 789f.). Die Metapher „ins Leere sprechen“ deutet darauf hin, dass sie den Kommunikationsverlust mit dem Verlust des Vaters gleichgesetzt. Im weiteren Verlauf nennt sie ein Beispiel für den Verlust des Vaters. Sie erzählt, wie sich ihr Vater nach einem Krankenhausaufenthalt verändert.

> *Rasanter Umschlag war’s dann eigentlich. Und zwar, da haben wir ihn dann nach S runter gegeben [in ein Krankenhaus, M.D.] Die haben ihn dann eingestellt auf Medikamente, damit diese Aggressivität ein bisschen weg ist. Und da haben wir ihn dann nach einer Woche zurückgekriegt. Das war das Aus. Da war der nicht mehr vorhanden. Das war wahrscheinlich auch anhand von dem Risperal und Urinol und alles, was er halt gekriegt hat. Ich mein, es war für uns dann angenehmer, weil er einfach ruhiger war. Aber er war so nicht mehr vorhanden. Vorher waren doch zwischendurch wenigstens diese Aggressionen und diese Ausbrüche. Die haben einem nämlich dann nämlich auch wieder gefehlt. Also das war gar nicht so. Und das war so ein abrupter Wechsel von dem Aggressiven zu dem Ruhigen (Frau Gallo, 267-278).*

Der Vater war sowohl durch die weiter oben beschriebene geistige Abwesenheit wie auch durch die Medikamente nur noch physisch anwesend. So deutet sie auch die Aggressionen und das gewalttätige Handeln des Vaters als Lebenszeichen, das die Gewissheit seiner Existenz vermittelt.

Die Aggressionen sind aber auch Teil der Belastungen, die Frau Gallo erlebte.

> *Und dann hat er [der Vater, M.D.] vielleicht zwei Stunden geschlafen und dann ist er aufgeschreckt und dann ist der Ausbruch gekommen. Aber der war dann massiv. Also dann haben sich die Aggressionen dermaßen noch, dann sind wir zu dritt, haben wir müssen schauen, dass wir ihn einhalten, dass er sie [die Mutter] nicht angreift oder was. Er hätte es wahrscheinlich gar nicht getan. […]. Wahrscheinlich hätte er sie gar nicht angegriffen. Aber einfach, er ist halt eingeschossen, wie ein Irrer. Also das war ganz schlimm. Und das haben wir immerhin zwei Jahre mitgemacht. […] Ja, dass du eigentlich nicht weißt, wie du ihn beruhigen sollst, und gleichzeitig sie schützen sollst. Also, das war schon, also das war auch für die Nicole [Tochter, M.D.] sehr belastend, weil die ist ja so sensibel, dass sie das einfach nicht hat, - also sie hat gewusst, er ist krank. Aber das dann in dem Moment, wenn das gekommen ist, das war dann ganz schlimm. Also er hat sich da überhaupt nicht kontrolliert. Du hast nicht gewusst, ob du nicht vielleicht auch eine abräumst. Weil, ich mein, von dem, was er alles geschrieen hat. Wenn er da was in der Hand gehabt hätte, hättest das wahrscheinlich auf dem Schädel gehabt. So ist es. Es ist nie was passiert, zum Glück. Ja. Aber wir haben auch gefragt - also, der Huber, der ist immerhin Oberarzt auf der Neurologie – wir haben ihn gefragt, wir haben den Hausarzt gefragt, wir haben uns, da war auch so eine Mediatorin da. Das haben wir alles gemacht. Und wir haben gefragt, „Was machen wir, wenn diese Aggressivität kommt?“ „‚Ja, dann müsst ihr ihn beruhigen“. ‚Ja, wie? Wie denn?“ „Ja, ablenken“. Ja, probier einmal. Das ist ja nicht möglich (Frau Gallo, 180-204).*

Die (auch durch die Erkrankung verursachte) Gewaltbereitschaft ihres Vaters beschreibt Frau Gallo als Bedrohung für die Familie. Bedrohlich ist nicht nur die Gewalt des Vaters, sondern auch die Veränderung seiner Persönlichkeit, die die Familie deutlich überfordert. Frau Gallo sucht nach Unterstützung bei Ärzten und einer Mediatorin, um Rat zu bekommen, wie sie die Kontrolle bei den aggressiven Ausbrüchen des Vaters herstellen kann, was für die Hilflosigkeit in solchen Situationen

spricht. Aber die Suche nach Hilfe bleibt erfolglos. Für Frau Gallo bedeutet das, mit der ständigen Angst vor dem nächsten Ausbruch der Aggressionen zu leben.

Entsprechend kommt Frau Gallo zu dem Schluss, dass die Pflege sehr große psychische Belastungen mit sich bringt, die ohne Unterstützung des Partners kaum möglich ist. Auf die Frage, ob sie bei der Pflege unterstützt wurde antwortet sie.

> *Das in jedem Fall. Ich glaube, wenn das einer alleine machen muss und zum Beispiel niemanden hat, wo er diese ganzen Sachen abladen kann oder, der dann mitfühlt, oder der das miterlebt. Das muss ganz schlimm sein. Da kann ich mir dann schon vorstellen, dass es so - weiß ich wie viele –zu Selbstmordversuchen und Depressionen führen kann, wenn du mit dir alleine das ausmachen solltest. Weil, das verarbeitest Du ja gar nicht (Frau Gallo, 856-860).*

Dieser Abwärtsvergleich zeigt einerseits die massiven Belastungen und andererseits die Wertschätzung sozialer Unterstützung. Die Schlussfolgerung ist auffällig: Die erlebten Belastungen sind so gewaltig, dass Frau Gallo sich ohne weiteres vorstellen kann, dass Pflegende, die nicht unterstützt werden, davon krank werden oder schlimmstenfalls Suizid begehen. Über den Selbstbezug dieser Aussage kann man nur spekulieren.

Die Alzheimererkrankung

Als Frau Gallo gefragt wird, ob sie vor Eintreten der Pflegesituation mit ihren Eltern über eine solche Situation gesprochen habe, antwortet sie, dass sie überhaupt nicht davon ausgegangen war, dass der Vater hätte krank werden können:

> *Also, dass war irgendwo immer gegeben, dass meine Mutter ihn sicher nicht überleben wird. Auch von dem ganzen Krankheitsbild her. Man hätte sich ja nie gedacht, dass meine Mutter meinen Vater überlebt, also das war ja gar nicht, anhand der ganzen Sachen. Sie war ewig krank. Der Papa war nur gesund. […] Eigentlich eher ein kräftiger Mann, ich mein jetzt so, vom Anpacken her. Er war kräftig. So war er ja eigentlich immer dünn. Aber der hat schon was weiter gebracht. Aber im Gegensatz zu meiner Mutter, die war eigentlich immer schwächlich und krank. Und du hast eigentlich immer gerechnet, jeden Augenblick ist Schluss (Frau Gallo, 155-166).*

Nichts hatte im Lebenslauf des Vaters auf eine schwere Erkrankung hingewiesen, so dass Frau Gallo den Glauben aufrechterhalten konnte, der Vater würde „immer“ gesund bleiben. Diese Illusion wird durch die Alzheimererkrankung desillusioniert.

Vorzeitiges Abschiednehmen

Die Alzheimererkrankung des Vaters und auch die Erkrankung der Mutter erzwingen ein frühzeitiges Abschiednehmen. Frau Gallo versucht, sich auf den nahenden Tod der Eltern vorzubereiten, in dem sie sich emotional von ihnen zu distanziert:

> *Wir haben uns eigentlich alle, bis auf meinen Bruder, der hat sich da schon rechtzeitig abgeschottet. Ich habe das eigentlich erst lernen müssen. Also ich habe jetzt, in meinen letzten Jahren ein, für mich selber das Gefühl gehabt, Du musst einfach Abstand gewinnen, von beiden. Weil irgendwann sterben Sie. Und was mach ich dann? Dann habe ich keine Bezugsper-*

son mehr wo ich hinrennen kann oder wo ich mich ausplärren kann oder was auch immer. Eigentlich versucht, ein bissel Abstand zu gewinnen (Frau Gallo, 225-230).

Sich von den Eltern zu distanzieren dient dem Selbstschutz. Frau Gallo ahnt, dass der Verlust der Eltern und der Bezugsperson ein Gefühl von Einsamkeit hinterlassen wird und erkennt, dass sie rechtzeitig Abschied nehmen muss, um durch den Tod der Eltern emotional nicht überfordert zu werden. Allerdings bleibt sie unsicher, ob ihr das schon gelungen ist, da sie von einem „Versuch" spricht, der vermutlich auf den nahenden Tod der Mutter abzielt, die zum Zeitpunkt des Interviews aufgrund einer schweren Erkrankung im Krankenhaus lag.

Die Bewusstwerdung der eigenen Sterblichkeit durch die Elternpflege

Als Frau Gallo über die erlebten Belastungen spricht, erwähnt sie nicht explizit den eigenen Tod, wohl aber die eigene, mögliche Pflegebedürftigkeit. Sie kommt (im Kontext der Erzählungen zu den Belastungen) zu dem Schluss, ihre Pflege auf keinen Fall den eigenen Kindern zumuten zu wollen.

Also man darf das nicht erwarten [dass die Kinder die Pflege der Eltern übernehmen, M.D.]. Weiß ich nicht, ob sie [die eigenen Kinder, M.D.] das täten oder nicht. Aber das ist ja eine Zumutung. Ist einfach auch für das Seelische eine Zumutung. Das kann man gar nicht. Für uns war es okay und normal. Aber ich glaub, dass das für unsere Kinder nicht mehr so ist (Frau Gallo, 322-326).

Aufgrund der Pflege ihres Vaters denkt Frau Gallo darüber nach, selbst einmal pflegebedürftig zu sein. Es bereitet ihr Sorge und Angst, sich die eigene Pflegebedürftigkeit vorzustellen, vor allem weil die medizinische und pflegerische Versorgung ihrer Erfahrung nach nicht adäquat ist. Sie hatte erlebt, wie der Vater versorgt wurde, als er nach einem Sturz in ein Krankenhaus eingeliefert wurde:

Am selben Tag zu Mittag haben wir ihn schon wieder mit nach Hause nehmen können. Da hat er noch 38° Fieber gehabt. Die hat ihn die sofort entlassen, die eine Oberärztin. Und hat gesagt, „Sie können ihn schon mitnehmen". Hab ich gesagt, „Ist eh fein. Also wenn Du da lästig wirst oder was, dann ab. Die Verantwortung ist mir dann zu groß und aus". Also ich weiß nicht. Gibt es denn in keine Abteilungen für solche Krankheiten. Weil eigentlich ist das schon dramatisch. Ich mein, das kann ja jeder kriegen. Wie schauen denn wir aus, wenn wir das auch kriegen. Das hält doch keiner aus (Frau Gallo, 307-318).

Die Angst, die hier zum Ausdruck kommt, beruht auf Systemmängeln, aber auch auf Selbstbetroffenheit. Zumindest nach Aussagen der ExpertInnen von Gesprächskreisen für pflegende Angehörige (aus dem zweiten Untersuchungsteil) fürchten viele pflegende Töchter, sie könnten die Alzheimererkrankungen geerbt haben.

Einschätzung der ereignisunabhängigen Traumatisierungspotenziale

Zweifelsohne waren die Belastungen von Frau Gallo insbesondere durch die Alzheimererkrankung des Vaters ausgelöst worden. Mit ihnen verbunden waren aggressive Übergriffe des Vaters und Persönlichkeitsveränderungen, die das frühere Vaterbild zerstört haben. Deutlich wurde auch, dass das Miterleben des Verfalls des Vaters Sorge darüber ausgelöst hat, was mit ihr geschehen wird, sollte sie

selbst einmal pflegebedürftig sein. Dennoch scheint, auch vor dem Hintergrund scheinbar ungetrübter Kontroll-, Gerechtigkeits- und Zukunftsvorstellungen, wie auch der oben beschriebenen gesundheitlichen Verfassung eine gute Verarbeitung der Pflegeerfahrungen stattgefunden zu haben.

6.3.2.5 Ereignisunabhängige Faktoren

Auch in dieser Fallanalyse wird analog zu den Theorien von Taylor und Janoff-Bulman zunächst der für die Wiederherstellung von Überzeugungen oder Illusionen notwendige Prozess Hinterfragens betrachtet. Danach folgen intrapsychische und interpersonelle Bewältigungsmechanismen.

Intrapsychische Bewältigung: Bedeutungszuweisungen und interpretatorische Ressourcen

Frau Gallo macht sich Gedanken über die Alzheimererkrankung des Vaters und zweifelt an der Diagnosestellung. Diese äußert sie zu Beginn des Interviews, noch im Kontext der ersten Erzählaufforderung:

> *Und ich muss auch sagen, also da die 14 Tage vor seinem Tod, da ist mir das eigentlich bewusst geworden. Da habe ich mir auch schon überlegt, vielleicht hat er gar nicht Alzheimer. Da war er zwischendurch irrsinnig klar (Pause). Aber das ist vielleicht auch knapp vor dem Sterben oder was, dass man wieder ein bissel. […]Also es waren oft so Antworten, die eigentlich normal waren, dass du nicht mehr gewusst hast, jetzt, vielleicht war das doch nicht. Manchmal. Ich mein, man, man hat es dann schon gemerkt wieder. Dann war er wieder in der Wohnung, in der ich, wie ich sechs Jahre alt war, ausgezogen sind. Und so, also. Dass das in Ordnung war, ist es sicher nicht. Aber, man hat das Gefühl gehabt zwischendurch, dass du wieder ganz normale Antworten kriegst. Die du Jahre vorher zum Beispiel nicht mehr gekriegt hast (Frau Gallo, .90-100).*

An einer anderen Stelle des Interviews taucht der Zweifel an der Diagnose „Alzheimerkrankheit“ noch einmal auf.

> *Nach außen ist der Schein schon gewahrt geblieben. Sogar bis zum Schluss. Das habe ich immer bewundert. Weil eigentlich dann deswegen. Deswegen habe ich eigentlich zum Schluss dann gesagt „War das jetzt eigentlich wirklich Alzheimer? Oder war es nur eine Demenz? Oder?“ Ich mein den Unterschied, den hätte man eigentlich nur geschafft, wenn wir hätten schneiden [obduzieren, M.D.] lassen. Das weiß man dann (Frau Gallo, 812-817).*

Die Diagnoseunsicherheit verhindert eine sichere Interpretation und Einschätzung des Verhaltens des Vaters. Wenn der Vater keine Alzheimererkrankung hätte, so müsste sie ihr „neues“ Vaterbild und ihr Verhalten ihm gegenüber möglicherweise überdenken. Es kann aber auch die Hoffnung eine Rolle spielen. Gerade in der letzten Lebensphase des Vaters mögen diese Zweifel auch die Hoffnung geweckt haben, sich von dem Vater, wie er früher einmal war, zu verabschieden. Schließlich ist auch denkbar, dass diese Interpretation ganz einfach dem Selbstschutz dient. Denn wenn der Vater keine Alzheimererkrankung hatte, bräuchte sie sich nicht sorgen, diese Erkrankung möglicherweise geerbt zu haben.

Neubewertung sozialer Beziehungen

Als Frau Gallo gefragt wird, welche Veränderungen sie durch die Pflege erlebt hat, erzählt sie, vor der Pflege ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben, das sie sehr veränderte, wohingegen die Pflege selbst weniger veränderungsauslösend war.

> *Ich meine, meine Veränderung hat eigentlich früher angefangen und zwar da, wo ich meine Bandscheiben gehabt habe. Also da habe ich mich dann verändert. Also für mich persönlich. Das hängt eigentlich mit dem zusammen, was mir passiert ist. Sicher nicht jetzt nicht jetzt mit der Pflege meiner Eltern, sondern einfach. Weil da war ich zwei Jahre mehr oder weniger nur gelegen. Mein Mann hat den Haushalt und die Kinder geführt und ich war nur Therapien und Therapien und Therapien. Also da hat sich vieles für mich verändert. Ich habe dann immer nur viel Besuch gehabt von unseren Freunden oder so. Ich habe mich dann einfach nicht mehr ausnutzen lassen. Ich bin nicht so wie eine Irre und habe fünf Mal gekocht, so wie ich das früher gemacht habe und hab's jedem recht gemacht, sondern ich habe dann einfach gesagt, so Schluss, es gibt ein Essen und nicht für jeden. […] Für mehr war ich eh nicht fähig. Aber ich habe wieder von vorne anfangen, weil wenn ich einen Salat geschnitten hab, beispielsweise einen Endiviensalat, war ich fertig für den Rest des Tages (Frau Gallo, 346-361).*

Die beschriebenen Veränderungen ähneln sehr dem in der Literatur beschriebenen persönlichen Wachstum, das durch Veränderungen der Lebensprioritäten und einer Intensivierung der Beziehungen gekennzeichnet ist (Collins, Taylor & Skokan, 1990; Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Tedeschi & Calhoun, 1995). Aufgrund ihrer Erkrankung verliert die Hausarbeit an Bedeutung. Wichtiger wird der Besuch von Freunden und Bekannten. Zu dieser Zeit erkennt sie auch, dass sie ihr Leben stark an den Bedürfnissen ihrer Familie und weniger an ihren eigenen ausgerichtet hatte. Freilich deuten die Wiederholungen deuten darauf hin, dass das die Veränderungen schwierig umzusetzen waren. Tatsächlich war sie aufgrund ihrer Krankheit gar nicht in der Lage, mehr zu arbeiten.

Die mit der Krankheit verbundenen überwältigenden Ängste vor einer Querschnittlähmung überwindet Frau Gallo durch ein Schlüsselerlebnis:

> *Na, aber ich habe das einfach weggesteckt und weil sie immer gesagt haben, ich habe bei der letzten unten auch etwas nicht in Ordnung und wenn ich da auch irgendwas krieg, habe ich eine Querschnittslähmung. Aber ich habe das einfach irgendwie weggesteckt und habe mir gedacht, nein, ich kann ja nicht, wie am Anfang die ersten zwei Jahr bin ich eh so unterwegs gewesen mit dem Gefühl, es passiert mir gleich was. Und dann war ich mit sechs Kindern in Urlaub und seitdem ist es mir eigentlich recht gut gegangen. Da hat sich das psychisch dann auch ein bisschen gelegt und, und es war auch nichts (Frau Gallo, 141-149).*

Schon die Anzahl der Kinder, mit denen sie den Urlaub verbrachte, und die andere Umgebung deuten darauf hin, dass sie während des Urlaubs die Chance, von ihrer Erkrankung abgelenkt zu sein. Weil sie den Urlaub unbeschadet überstanden hatte, konnte sie sich davon überzeugen, dass Angst in Zukunft weniger begründet sein würde.

Angesichts dieser Krankheitserfahrungen und der von ihr beschriebenen Entwicklung kann man den Eindruck gewinnen, dass Frau Gallo ein gewisses Maß an Immunität gegenüber Erschütterungen entwickelt hat (Fischer & Riedesser, 2003).

Neubewertungen des Selbst und des Lebens

Nach einer retrospektiven Bewertung der Vaterpflege gefragt, antwortet Frau Gallo:

> *Es gibt einem einfach vom inneren her. Du brauchst Dir nie Vorwürfe machen, Du hättest irgendetwas verabsäumt. Somit fällt der Abschied auch wenn der Mensch einmal stirbt auch wesentlich leichter, weil du sagen kannst, ich habe eigentlich so weit es in meiner Macht steht für den alles getan. Und für mich persönlich auch also. Ja, ich weiß von einer Bekannten, die hat Ihre Schwiegermutter da ins Pflegeheim gegeben. […] Also die hat die vier Monate fast nicht überlebt, die sie dort noch gelebt hat. Die war fertig (Frau Gallo, 950-956).*

Frau Gallo erklärt hier noch einmal, dass sie die Pflege zu ihrer Zufriedenheit erfüllt hat und sie diese als persönlichen Gewinn betrachtet. Ein sozialer Vergleich mit einer anderen Frau, die ihre Mutter in einer Pflegeeinrichtung unterbringen musste, verstärkt diese Einschätzung. So ist sie auch erleichtert, selbst die Pflege geschafft zu haben. Der Vergleich zeigt, dass für die retrospektive Bewertung das „Durchhalten" der Pflege entscheidend ist.

Obwohl Frau Gallo behauptet hatte, sie habe sich insbesondere durch ihre Erkrankung verändert, stellt sie im weiteren Interview doch auch persönliche Entwicklungen aufgrund der Vaterpflege fest. Als sie mit einer anderen Fragestellung (manche sagen auch, ihr Leben hätte sich durch die Pflege verändert, ob das auch für sie zutreffe) erneut nach den Veränderungen durch die Pflege gefragt wird, sagt Frau Gallo:

> *Früher ist man einfach gegangen. Also gehst du auch in die Stadt, ob du da jetzt hin willst oder eigentlich nicht hin willst, das war vollkommen uninteressant, weil die Gruppe geht dahin, also gehst du mit der Gruppe mit. Also ich habe mir dann eigentlich vor einem Jahr schon gesagt: „Warum muss ich mir das antun, da rein gehen, wenn ich nicht will, ich mich nicht wohl fühle und ich renn den ganzen Tag da drin von einem Lokal ins Nächste. Du weißt ja irgendwann nicht mehr, was du trinken sollst. Ich bin ja kein Kamel". Und das war mir dann zu blöd. Da habe ich mir gedacht: Warum kann ich nicht ehrlich sein und sagen, „Ich will das gar nicht". Und dann habe ich einfach für mich beschlossen, da war dann mein Mann ziemlich grantig, weil ich gesagt habe, „Schluss, aus. Ich bleibe zu Hause. Du kannst gehen, wenn du das magst. Ich gehe nicht". Und ich habe einen so schönen Tag gehabt. Es war wirklich schön. Es ist die Mutti gekommen, es ist die Schwester gekommen am Nachmittag zum Kuchenessen zu mir. […] Ja, es ist so sinnlos, man vergeudet so viel Zeit, die man nutzbringender verwenden kann. Man hat eh für sich selber so. Ich meine, ich habe einfach das Gefühl, ich will nicht, ich will einfach nicht nutzlose Sachen machen, die mir gar nichts geben. Ich will mich nicht mit irgendwem unterhalten über das Wetter, wo ich eigentlich sonst kein Gesprächsthema finde. Da sitze ich lieber irgendwo mit einem guten Buch und habe meine Ruhe. Das habe ich früher wohl genießen können, das habe ich auch gerne getan. Lesen, zu dem bin ich ja jetzt Jahre nicht mehr gekommen, weil ich war einfach zu k.o. zum Lesen. Weil wenn ich dann um zwölf oder eins ins Bett geh, les ich nicht mehr. Oder es bringt mir nicht mehr viel. Aber eine Zeit lang habe ich eh Schlafstörungen gehabt, dann habe ich halt gelesen, jetzt. Bin ich halt oben gelegen und habe gelesen (Frau Gallo, 1094-1124).*

Während der Pflegesituation erkennt Frau Gallo die Bedeutung der Selbstfürsorge. Die wenige Zeit, die ihr aufgrund der Pflegesituation bleibt, will sie nicht länger bereit fremdbestimmt verbrin-

gen, sondern diese vielmehr entsprechend der eigenen Bedürfnisse zu gestalten. Die neuen Prioritäten sollen nutz- und sinnstiftend sein.

In der schriftlichen Befragung (PPR, Maercker & Langner, 2001)) bewertet Frau Gallo ihr persönliches Wachstum durch die Pflege des Vaters wie folgt:

	Neue Möglich-keiten	**Beziehungen zu Anderen**	**Wert-schätzung des Lebens**	**Persönliche Stärke**	**Religiöse Verände-rungen**	**Σ**
Mittelwerte der PPR-Subskalen	3,6	3,57	4,33	3,5	3	
PPR- Summenwerte	18	25	17	14	6	80*

*Skalenrange [0;105]

Der Summenwert liegt deutlich über dem der Vergleichsgruppe (Maercker & Langner, 2001). Analog zu den Interviewaussagen bestätigt Frau Gallo, dass sie dem Leben seit der Vaterpflege eine höhere Wertschätzung beimisst.

Weitere Bewältigungsstrategien

„Humor ist, wenn man trotzdem lacht"

Die ambivalenten Verhaltensweisen des Vaters, der Mangel an Alternativen für die Versorgung des Vaters und die Belastungen, zuschauen zu müssen, dass dessen geistige und kommunikative Fähigkeiten stark eingeschränkt sind, lassen vermuten, dass Frau Gallo Strategien benötigt, damit umzugehen. Folgende Passage liefert hierfür ein Beispiel, die sie im Kontext der Frage, worin sie besonders gelitten habe, erzählt:

> *Das er einfach geistig. Das du eigentlich nicht mehr mit ihm hast sprechen können wie vorher. Das war. Oder das starre Geradeausschauen. Das, das nichts mehr Mitkriegen oder nur mehr wenig mitkriegen. Obwohl ich eh noch das Glück gehabt habe, dass ich ihn manchmal habe rausreißen können noch. Aus der Lethargie, die er da hat. Weil zwischendurch habe ich dann ganz klare Antworten auch gekriegt. Oder, da hast du dich schon gefreut, wenn er einmal gegrinst hat. Also, dass hat dann schon Spaß gemacht, wenn er den Mund verzogen hat, wenn ich oft gesagt habe: ‚Jetzt lach einmal'. Dann hat er gelacht. Und das waren so Augenblicke, die einem dann wieder Auftrieb gegeben haben. Wo du sagst: ‚Jetzt hat er doch was gehört. Jetzt hat er gegrinst, es hat ihm doch Spaß gemacht'. Oder da das letzte Mal bei der Hilfsgruppe drinnen, wo er sich von allen verabschiedet hat. Zwei Stunden hat er zuerst geschlafen und dann haben sie alle um ihn herum gestanden und da hat er sich gefreut, dass sie halt alle mit ihm geredet haben und da hat er ja ganz klare Antworten gegeben (weinerlich). Deswegen oft, das war recht witzig. Da hat er stundenlang so starr gesessen und auf einmal ist irgendein Freund gekommen, da war er wie in alten Zeiten (Frau Gallo, 781-797).*

Der Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit ist für Frau Gallo problematisch, weil sie bemerkt, dass ihr Vater nicht mehr am Leben teilnimmt, wie das früher der Fall war. Kleine, freundliche und emoti-

onale Gesten des Vaters werden als Erfolg gewertet, die den Gegenpol zu den Pflegebelastungen bilden. Gerade dieses Knappheitsprinzip erhöht deren Wertschätzung und motiviert Frau Gallo, sich weiter intensiv um ihren Vater zu kümmern. Zudem gelingt es ihr, selbst schwierige Situationen, die sich durch die Krankheit ergeben, humorvoll zu interpretieren.

> *Na, das war zwischendrin. Das war lustig. Da waren wir im Kaffeehaus gesessen. Ich glaub die Ines [Tochter, M.D.] war damals mit. Und er bestellt sich im Kaffeehaus ein Tiramisu. […] „Was" hat er gesagt, „das Tiramisu schmeckt aber nach Schwammerln". Also an dem Tag hat alles nach Schwammerln geschmeckt. […]. Ja, wir haben so viel gelacht. Wir haben zwischendurch so viel gelacht. Sonst verzweifelt man (Frau Gallo, 607-613).*

Frau Gallo erkennt den stressreduzierenden Nutzen, bestimmte Situationen humorvoll zu deuten. Humor wirkt gegen die situative Hoffnungslosigkeit und das Unvermögen, eine Zustand nicht länger ertragen zu können (zum Nachweis stressreduzierender Wirkung des Humors vgl. Lefcourt, 2002; für die Bedeutung von Humor für Pflegepersonen vgl. Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenwald, 2000).

Relativierungen und andere Bewertungen schwieriger Pflegeerfahrungen

Offensichtlich ist es eine wirkungsvolle Strategie von Frau Gallo, schwierigen Situationen die Dramatik zu nehmen. Das gelingt ihr, indem sie den Vater mit einem Kind vergleicht (Frau Gallo, 414) oder seine Krankheit betont. Damit kann sie sich vom ursprünglichen Vaterbild trennen und verschiedenste Situation flexibel deuten.

> *Wir [die Familie, M.D.] haben uns auch nicht geniert. Das war uns vollkommen egal, was ein anderer sagt. Wir waren im Gasthaus, wir waren überall. Und wenn er zwischen durch geschlafen hat, hat er halt fünf Minuten geschlafen. Mein Gott. Das hat mich auch nicht aufgeregt. Da war er wenigstens ruhig (lacht) (Frau Gallo, 678-682).*

Diese Passage beinhaltet einen impliziten Vergleich mit anderen. Anderen würde es vielleicht schwerer fallen, sich mit einem an Alzheimer erkrankten Elternteil in der Öffentlichkeit zu zeigen: Sie selbst fühlt sich jedem Schamgefühl überlegen. Dass sie mit der Situation „normal" umgehen kann, ist auch ihr Erfolg, mit dem sie sich selbst in ihrer Pflegerolle bestätigt. Sie zeigt damit aber auch, dass sie die Pflegesituation als nicht änderbar zu akzeptieren versucht und sie in ihr alltägliches Leben integriert. Das, so Frau Gallo, ist notwendige Voraussetzung, um überhaupt ertragen zu können, dass der Vater so schwer krank ist:

> *Man muss entweder sich damit abfinden oder du gehst auseinander. Ich find das ist schon sehr belastend (Frau Gallo, 876-877).*

Weitere soziale Vergleiche tauchen auf. Freilich ist Humor nicht in jeder Situation ein geeignetes Bewältigungsinstrument. In schwierigen Situationen vergleicht Frau Gallo ihre Situationen mit extremen anderen Fällen. Auf die Frage, wie sie die veränderte Rolle (des nunmehr kindlichen Vaters) erlebt hat, sagt sie:

Ja, wir haben eigentlich bei der Selbsthilfegruppe, das waren eigentlich alles schon sehr schwere Fälle. Also die waren erstens alle schon im Bett, die haben alle eigentlich schon einen Lift gebraucht zum Heben und Umheben und die haben da mit den Magensonden und so weiter arbeiten müssen. Da waren wir ja noch relativ gut bedient mit unserem. Da haben wir damals gedacht, da ist unserer noch ein leichter Fall (Frau Gallo, 471-476).

Dieser Abwärtsvergleich zielt darauf ab, die eigene Situation besser darzustellen als sie möglicherweise wirklich war. Schließlich war der Vater sehr aggressiv, im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung inkontinent und bettlägerig. Hierin wird eine Facette deutlich, die unterschiedlich zur Interpretation des sozialen Vergleichs von Aspinwall und Taylor (1993) ist. Während die Autorinnen den sozialen Vergleich als eine Form der Selbsterhöhung interpretieren, scheint es sich bei Frau Gallo vielmehr um einen Mechanismus zu handeln, durch den sie Hoffnung schöpft, und der sie motiviert, sich weiterhin den Belastungen zu stellen. Dahinter steht nämlich die Botschaft: „Anderen ergeht es noch schlechter, dann werde ich das wohl aushalten".

Frau Gallo spricht noch einen weiteren bedeutenden Bewältigungsmechanismus an, der oben schon angedeutet wurde. Sie weicht nicht nur von dem früheren Vaterbild ab, in dem sie ihn während seiner Erkrankung als Kind wahrnimmt, sondern ihn mit seiner Erkrankung zwar als andersartig aber autonomen Menschen anerkennt.

Ich habe ihn immer wieder trotz der Krankheit als vollwertiges Mitglied gesehen. Es ist auch vorgekommen, dass er gesagt hat, er mag jetzt nicht mehr. Dann war das für mich gegeben. Dann habe ich den Teller genommen. Egal ob er zwei Löffel gegessen hat oder ob er schon vorher einen Berg gegessen hat, ich hab's dann einfach weggeräumt und habe gesagt, okay, dann magst jetzt nicht. Fertig. Und nach einer halben Stunde habe ich dann wieder einmal gesagt ‚magst was essen?' ‚Ja'. ‚Gut', habe dann den Teller hingestellt und hat dann selbsttätig den Teller leer geputzt (Frau Gallo, 583-590).

Frau Gallo ist so fest von der Autonomie des Vaters überzeugt, dass sie auch dem Betreuungsrecht skeptisch gegenübersteht.

Weil, da nimmt man ihm jegliche Kompetenz für sein eigenes Leben. Und das wollte ich eigentlich nicht. Weil ich mir gedacht habe, irgendwo weiß nicht. Das war für mich eine unwohle Seite, die Pflegschaft (Frau Gallo, 639-641).

Diese Anerkennung ihres Vaters und das veränderte Vaterbild schaffen eine innere Ruhe und Gelassenheit, die es ihr ermöglichen, sich an unterschiedliche Situationen flexibel anzupassen.

Wir waren halt eher ruhig und haben ihn so genommen wie er war. Also als das genommen, was er ist. Und nicht so wie er früher war. Und wir haben das einfach weggeschoben. Weil wir haben ihn einfach so hingenommen, wie es jetzt war. Wir haben jede Situation immer einzeln beurteilt. Für uns (Frau Gallo, 666-669).

Deutlich gibt Frau Gallo zu verstehen, dass das neue Vaterbild unabhängig für sich selbst, also eigenen Entlastung gezeichnet hat.

Interpersonelle Bewältigung: Soziale Unterstützungsleistungen

Frau Gallo fühlt sich von ihrem sozialen Umfeld bestätigt und ist voll des Lobes ob der Reaktionen anderer Personen. Es liegt nahe anzunehmen, dass diese Reaktionen auch Folge der von ihr geleisteten Integrationsarbeit ist. Auf die Frage, was Freunde und Bekannte dazu gesagt hätten, dass sie ihren Vater pflegte, meint sie:

> *Die haben uns immer bedauert (lacht). Aber sie sind trotzdem auf Besuch gekommen. Ich mein, meine Mutter ist sowieso immer dabei gewesen. Der Papa ist halt dagesessen und hat halt nichts geredet. Das war halt, er war halt ruhig. […] Im Gegenteil, eher hat jeder gesagt, Ihr seid zu bewundern, dass ihr das macht und so weiter. Ich habe nie etwas Negatives gehört (Frau Gallo, 386-391).*

Gerne nimmt sie die Ratschläge anderer Personen an, weil sie ahnt, dass diese unreflektierte Routinen durchbrechen können.

> *Ja, wir haben uns eigentlich sämtliche Vorträge, die es gegeben hat über das Thema. Fernsehsendungen. Und da hat man das eigentlich vermehrt alles angeschaut. Und dann auch die Bücher und (Pause) was es sonst noch für Möglichkeiten gibt und das haben wir eigentlich alles ausgenutzt. Jegliche Form von Video bis DVD-Casetten, alles haben wir uns geholt. Wir haben es dann auch meistens so angeschaut, die Schwester und ich und mein Bruder. Und wenn wir dann mal wieder zusammen gesessen sind, haben wir uns drüber unterhalten. Da hat auch jeder wieder was anderes als wichtig erachtet, was wieder für uns dann nicht so schlecht war. Ich habe vielleicht das gar nicht so als das wahrgenommen habe, dass das für uns auch so ist. Ich muss sagen, der Bruder hat da eigentlich, obwohl er sonst [wegen einer Erkrankung] ja nichts hat beitragen können. Aber der hat da oft immer so Sachen gesehen, die die Schwester und ich, wo wir eigentlich mitten im Geschehen waren, nie so gesehen haben. Also man hat von außen auch immer einen Schubser gekriegt in die richtige Richtung, was ja nicht so schlecht war (Frau Gallo, 513-528).*

Diese hohe Wertschätzung des familiären und sozialen Umfeldes spiegelt sich in dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung wider (F-Sozu-K2, Fydrich, Sommer, Menzel & Hoell, 1987). Frau Gallo ist von ihrer instrumentellen sozialen Unterstützung voll überzeugt. Sie wünscht sich lediglich etwas mehr Geborgenheit.

F-SozU-K22	M	Summenwerte
emotionale Unterstützung	5,00	40
praktische Unterstützung	5,00	20
soziale Integration	5,00	30
Vertrauensperson	5,00	10
Zufriedenheit mit Sozialer Unterstützung	3,00	7
Gesamt	**4,80**	**107***

* (Skalenrange 1 - 110)

Wahrgenommene Wertschätzung

Das Bild vervollständigt sich durch die von Frau Gallo erlebte Wertschätzung. Die wahrgenommene Missbilligung ist gering, die Anerkennung durch das soziale Umfeld entsprechend hoch.

	Allgemeine Missbilligung	Anerkennung	Familiäre Missbilligung
Punktwerte Subskalen	7	24	3
Punktwerte Subskalen* (Vergleichsgruppe)	14,43	16,03	9,86
Wertebereich	0-25	0-30	0-25

* (Maercker & Müller, 2004, n=178)

Ergebnis der Bewältigung: Rückkehr zur Normalität des Alltags

Collins, Taylor und Skokan (1990, vgl. auch Taylor, 1989) behaupten, dass im Zentrum der Überwindung schwerwiegender Ereignisse der Wunsch steht, so schnell wie möglich zum Alltag zurückzukehren. So auch bei Frau Gallo, die auf die Frage, wie sie sich ihre Zukunft vorstelle, das Folgende sagt.

> *Dass man ein bisschen mehr Muße hat, ein bisschen mehr Zeit, ein bisschen mehr den Urlaub genießt. Das man vielleicht ab und zu auch mal ein Theater sieht - von innen. Oder dass es mir wieder die Freude macht, die es mir vorher gemacht hat. Weil im Moment komme ich überhaupt nicht raus. […] Es kommt nicht mehr die Lust oder die Freude, die du früher dran gehabt hast, das fehlt völlig. […] Du gehst nicht mehr unbelastet außer Haus. (Frau Gallo, 1015-1024).*

Frau Gallo hofft auf eine Zukunft, in der sie wieder Aktivitäten durchführen kann, an denen sie früher Freude hatte. Seit Beginn der Vaterpflege fühlte sie sich in ihrer Lebensführung und -gestaltung eingeschränkt. Allerdings ist sie sich im Klaren darüber, dass sie bis dahin noch die Pflege der Mutter übernehmen wird.

6.3.2.6 Zusammenfassende Bewertung

Frau Gallo beschreibt die erlebten Belastungen in erster Linie im Kontext der Alzheimererkrankung ihres Vaters. Allerdings spielt bei dem Erleben der Pflegebelastungen ein Bandscheibenvorfall, der als schwerwiegendes Ereignis gedeutet werden kann, eine wesentliche Rolle. Sie hatte sich zum Zeitpunkt der Pflege bereits Bewältigungsfähigkeiten entwickelt, durch die Frau Gallo den Eindruck erweckt, so schnell könne sie nichts mehr erschüttern (vgl. hierzu lessons about oneself; Janoff-Bulman, 1992; Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997; Taylor, Wood & Lichtman, 1983).

Auffällig ist auch, dass Frau Gallo zwar das Vaterbild des einst aktiven, starken Vaters in das Bild des kranken, aggressiven, aber auch guten Vaters umdeutet, sonst aber wenige Deutungen anwendet. Es tauchen keine religiösen oder andere Deutungsmuster auf. Eher legt Frau Gallo eine realitätsnahe Sichtweise an den Tag, ohne aber dadurch Defizite in selbstrelevanten Bereichen zu erleben. Möglicherweise wurden solche von ihr verschwiegen, weil ihr z.B. die Interviewatmosphäre nicht vertrauensvoll genug erschien. Denkbar ist aber auch, dass das wenig anspruchsvolle Pflegemotiv die Pflege zu einer alltäglichen Arbeit machte, die weniger zu hinterfragen war. Zwar hat sich Frau Gallo mit ihrer Pflegerolle identifiziert, ohne aber dass ihre Identität darauf reduziert gewesen wäre.

Eng an das Pflegemotiv gebunden ist vermutlich ein weiterer ereignisunabhängiger Faktor. Die Beziehung zu ihrem Vater schien wenig emotional zu sein und keine besonderen Abhängigkeiten aufzuweisen. Von einer zu guten Kindheit (Rando, 2002) kann keine Rede sein.

Die ereignisunabhängigen, individuellen Faktoren (früheres Trauma, realistische Einschätzungen, wie auch ein angepasstes Vaterbild und Bewältigungsfähigkeiten wie Humor und Relativierungen) scheinen die Bewältigung der Pflegebelastungen gefördert zu haben. Dass diese Bewältigungen mit der Pflege zusammenhängen scheint dadurch bestätigt zu werden, dass Frau Gallo auch etliche persönliche Entwicklungen infolge der Vaterpflege beschreibt.

6.3.3 Frau Seida: „Pflege heißt sich bereit zu machen“

Frau Seida ist 57 Jahre alt, geschieden und hat zwei erwachsene Kinder. Sie bezieht eine kleine Rente und wird von ihrer Schwester finanziell gestützt. Die gemeinsame Wohnsituation mit ihrer Schwester in einem kleinen Haus am Rande einer Großstadt erleichtert ihre finanzielle Situation.

Frau Seida besucht eine katholische Höhere Töchter Schule. Nach drei Jahren wechselt sie auf Drängen der Eltern auf eine Hauptschule und absolviert eine Ausbildung in einer Buchhandlung. Ihren Wunsch, dass Abitur nachzuholen, kann sie nicht realisieren. Anstelle dessen besucht sie, als sie mit 21 volljährig ist, eine Tanzakademie und arbeitet einige Zeit am Theater, bis sie eine Familie gründet. Als der Sohn drei Jahre alt ist, beginnt sie eine Ausbildung als Dolmetscherin. Aufgrund beruflicher Veränderungen ihres Mannes bricht sie diese Ausbildung ab und zieht mit ihm in eine andere Stadt. Mit der Geburt ihres zweiten Kindes gibt sie ihren beruflichen Werdegang auf und wird Hausfrau. Mit Beginn der Berufsausbildung der Kinder steigt sie 1993 erneut in das Berufsleben ein und arbeitet als Sekretärin in einer Baufirma. Aufgrund der Verschlechterungen der Auftragslage wird ihr 1996 gekündigt. Es folgen drei Jahre, in denen sie keiner Erwerbstätigkeit nachgeht. 1996 kommt es zu einem Bruch in ihrer Lebensbiografie als ihr Mann sie verlässt. Sie zieht zu ihrer Mutter. Es folgt die Scheidung. Etwa zur selben Zeit bricht bei ihrer Mutter eine Alzheimererkrankung aus. Es wird deutlich, dass die Mutter, die bereits seit zwanzig Jahren Witwe ist, und sich bis dahin selbstständig versorgt hatte, betreuungsbedürftig wird. Erschwerend kommt eine ausgeprägte Osteoporose hinzu. Frau Seida beschließt gemeinsam mit ihrer Schwester, die Pflege der Mutter zu übernehmen. Gemeinsam mit der Mutter und der Schwester beziehen sie ein kleines Haus. Während die Schwester voll erwerbstätig ist und den finanziellen Aufwand deckt, übernimmt Frau Seida die Betreuung und Pflege der Mutter. Für Frau Seida beginnt eine dreieinhalb Jahre andauernde Pflegetätigkeit bis die Mutter 2004 stirbt. Während dieser Zeit sind die Belastungen so groß, das sie eine Psychotherapie in Anspruch nimmt. Nach dem Tod der Mutter versucht Frau Seida in einem Beruf Fuß zu fassen, was ihr allerdings (bis zum Zeitpunkt des Interviews) nicht gelingt.

6.3.3.1 Das Pflegemotiv: Verpflichtung

Frau Seida (58 Jahre) begründet ihr Pflegemotiv mit der guten Mutter-Kind Beziehung. Im Kontext der Frage, worunter sie besonders gelitten haben, spricht sie ihr Pflegemotiv an.

> *Unsere Mutter hat uns heiß und innig geliebt. Und wir haben sie natürlich auch geliebt, heiß und innig. Aber wird sind natürlich auch gegen sie ran, wenn sie, wenn sie sehr streng war und, und. Aber das ist normal, das ist in jeder Familie so. Dieses, dieses Mutter-Tochter Verhältnis war gut. War nicht schlecht. Es gibt ja auch Töchter, die sagen, oh Gott, nein, wenn ich an meine Mutter denke - nie im Leben hol ich meine Mutter, wenn ich ein bisschen älter bin, ins Haus und pflege sie. Kann ich nicht, will ich nicht. Kann meine Mutter nicht riechen. Das war bei uns nicht der Fall. Wir haben beide gesagt, gut es ist unsere Mutter und wie wir klein waren hat sie für uns gesorgt und wenn jetzt der Punkt gekommen ist, dann sorgen wir für sie. Das ist, das ist aus, ja das kommt aus der Erziehung, das kommt aus unserer Schulbildung und es kommt auch aus der Religion. Wir sind katholisch, wir sind auf eine höhere Töchterschule gegangen, bei den Franziskanerinnen, und wir sind auch sehr streng katholisch erzogen worden. Vielleicht kommt es auch daher, aber es ist ganz egal. Es ist ganz egal. Wir haben gesagt, wir machen das und ja, das haben wir auch dann durchgezogen (Frau Seida, 349-366).*

Frau Seida grenzt sich von anderen Töchtern ab, die die Pflege der Mutter ablehnen, weil sie keine gute Beziehung zur Mutter haben. Im Umkehrschluss müsste Frau Seida ihre Mutter also aufgrund der guten Mutter-Tochter-Beziehung pflegen. Aber sie ist sich nicht sicher, ob dass das Pflegemotiv war. Sie überlegt, ob ihre religiöse Erziehung dazu beigetragen hatte, ohne sich dessen aber sicher zu sein. Wirklich überzeugt, ist sie davon nicht, so dass sie schließlich zu dem Schluss kommt, dass das Motiv keine Rolle spiele. Entscheidend ist, so Frau Seida, dass sie und ihre Schwester sich für die Pflege entschieden haben. Und diese Entscheidung ist für sie verpflichtend. Verpflichtend ist diese Pflege deshalb, weil die Mutter früher für sie Sorge getragen hatte, so dass sich umgekehrt die Verpflichtung ergibt, nun für sie zu sorgen.

Das Ausmaß der wahrgenommenen Verpflichtung wird in einer langen Ausführung zu den Belastungen deutlich, als die Töchter entscheiden, die nach mehren Stürzen und einer schweren Operation schwerstpflegebedürftige Mutter in einer Pflegeeinrichtung unterzubringen.

> *[…] und Reha wird ja nur genehmigt für drei Wochen, und wenn sie nicht anschlägt, stehen wir wieder vor der Entscheidung, was machen wir? Nehmen wir sie nach Hause – sie war sehr schlecht dran, sehr schlecht. Sie wurde immer weniger. Und dann haben wir ja, jetzt haben wir ja eine Mutter, die nicht mehr laufen kann. Die kann keine Treppe gehen. Wir haben eine Mutter, die rund um die Uhr versorgt werden muss. Wir haben eine Mutter im Hause, wo wir vielleicht ständig einen Arzt holen müssen, egal was. Es war – was machen wir? (Pause) Die kann auch nicht mehr in Tagespflege, nur was ist zu tun? Es waren schwierige Tage. Dann hat die Klinik, haben sie gesagt, versuchen sie sie in Heim, in ein Altenpflegeheim. Wenigstens bis die schlimmste Phase überstanden ist. Dann ist sie versorgt, sie ist unter Beobachtung, sie kriegt bestimmt eine gute Pflege. Und da haben meine Schwester und ich – meine Schwester vor allen Dingen, die hat das sie hat das wirklich geschafft, das sie hier, in der, in der Arbeiterwohlfahrt, das sie ein Bett gekriegt hat (Frau Seida, 657-671).*

Mit sechs Argumenten beschreibt Frau Seida den schlechten Gesundheitszustand der Mutter, die weniger zur Darstellung des Krankheitsbildes dienen als vielmehr dazu, sich selbst und der Zuhörerin

zu verdeutlichen, dass die Entscheidung, die Mutter in einem Pflegeheim unterzubringen, unumgänglich war. Zusätzlich untermauert sie dies noch mit dem Rat KlinikexpertInnen, die die Heimunterbringung empfohlen hatten.

Aus der wahrgenommenen Verpflichtung, die Mutter zu pflegen, entstehen tiefe Schuldgefühle, die trotz der offensichtlich notwendigen Heimunterbringung bis zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht bewältigt wurden.

> *Auch dieser Vorwurf noch, warum haben wir [Frau Seida und ihre Schwester, M.D.] sie ins Heim getan? Es ist hirnrissig. Jeder sagt zu uns, „Wie könnt Ihr nur einen Gedanken daran verschwenden". […]. Ich konnte nicht mehr. (Pause) Es ging einfach nicht mehr. Aber diesen Vorwurf, haben wir heute noch, sagen wir uns beide heute noch, warum haben wir das gemacht? Hätten wir sie nicht zu Hause holen, zu Hause sterben lassen können? Das ist so, das wäre dann der Gipfel gewesen, für uns, in unseren Augen. […]. Es ging gar nicht. Aber, das haben wir nicht gelten lassen, bis heute noch (Frau Seida, 1108-1122).*

Rational ist Frau Seida klar, dass die Heimunterbringung erforderlich war, dennoch bleiben das Schuldgefühl und die Selbstvorwürfe bestehen. Klar ist, dass die Pflege als eine Verpflichtung angenommen wurde, die nach Vorstellung Frau Seidas auch die Pflege bis zum Tod beinhaltete und somit nicht erfüllt wurde.

> *Obwohl, ich habe es damals auch gesagt, ich kann nicht mehr. Ich persönlich kann nicht mehr, das geht an - aber wirklich dann geht's so ans Eingemachte, dass ich, da lieg ich dann irgendwann flach. Aber […] man geht dann komischerweise wieder zurück, was hätte denn die Mutter, wenn sie noch sprechen konnte oder in jungen Jahren, hätte sie das verlangt? Hätte sie das verlangt von ihrem Charakter her, und ich, ich würde sagen, ja. Denn was sie gefordert hat und was sie auch selbst für sich gefordert hat, das war absoluter Einsatz. In allem. Den Kindern gegenüber, ihrem Mann gegenüber. Und, sie war halt ehrgeizig und sie war einePowerfrau, auf ihre Art. Es gibt welche, die sagen, […] ich möchte meinen Kindern nicht zur Last fallen. […] Aber so war sie nicht. Und deshalb auch immer die Frage, haben wir es denn richtig gemacht? (Frau Seida, 1131-1153).*

Die Schuldgefühle resultieren aus zwei Gedankengängen, die aber eng miteinander verknüpft sind. Einerseits denkt Frau Seida darüber nach, dass ihre Mutter nicht in einem Heim untergebracht, sondern von ihren Töchtern gepflegt werden wollte. Zumindest hatte ihre Mutter sich nicht gegenteilig geäußert, so dass die tiefe Besorgnis bestehen bleibt, nicht im Sinne der Mutter gehandelt zu haben. Andererseits beschreibt sie ihre Mutter als „Powerfrau", die „absoluten" Einsatz gefordert hatte. Bei diesem Vergleich mit der Mutter schneidet Frau Seida nach ihrer Vorstellung schlecht ab. Nach ihrer Vorstellung hätte ihre Mutter die Pflege geschafft. Sie dagegen hatte im Vergleich dazu versagt und nicht genügend Energie. Frau Seida erlebt eine Erschütterung ihres Selbst, weil sie ihre eigenen physischen und psychischen Grenzen überschätzt und die Pflege ihre Kräfte überschritten hatte. Diese Zerstörung ihres Selbstbildes und die Belastungen der Pflege hatte sie nicht antizipiert:

> *Wir haben einfach gesagt, wir machen das, wir ziehen hier her, wir wohnen zur Miete und Schluss und aus. Ja und dann kamen dreieinhalb schwere Jahre, ganz schwere Jahre und sieben Monate, noch schwerere Monate bis zum Schluss (Frau Seida, 40-42).*

Es war „einfach gesagt“, die Mutter zu betreuen. Die dann folgende Realität sieht dann ganz anders aus. Präzise gibt sie den Zeitraum der Pflege an und unterstreicht damit die Belastungen.

6.3.3.2 Selbst- und Weltbild

Frau Seida lehnt religiöse und schicksalsbezogene Deutungen kategorisch ab, ohne aber Alternativen hierfür zu entwickeln. Als sie nach einem religiösen Glauben gefragt wird, verneint sie die Frage. An einer anderen Stelle (im Kontext einer ausführlichen Antwort auf die Frage nach den Pflegebelastungen) sagt sie:

> *Da habe ich also früh irgendwie, dagegen, da bin ich dagegen an schon. […] Irgendwie hat mir das [die Fremdbestimmung durch die Eltern, M.D.] nicht gepasst. Ich wollte eigentlich Abitur machen, ging von zu Hause aus nicht. Wir kommen aus ganz einfachen Verhältnissen, da war ich irgendwie sauer. Weil, ich wollte, wollte wirklich mein Abitur machen und wollte, Ärztin oder was, ich wollt Lehrerin, ich, ich wo, also so in die Richtung habe ich tendiert. Und einfach aus dieser Tatsache heraus, dass wir dann vom Gymnasium auf die Volksschule übergewechselt sind, damit wir rechtzeitig aus der Schule rauskommen und eine Lehre anfangen und Geldverdienen. Und das hat mir schon irgendwie gestunken, und habe ich, meiner Schwester genauso. Aber wir haben es halt gemacht. Wir waren ja brav. Wir waren ja sehr brave Mädchen (Frau Seida, 1198-1215).*

Sich gegen diese traditionell katholische Erziehung zu wehren, bedurfte einiger emanzipatorischer Anstrengungen (Frau Seida, 1188), die zur Ablehnung der „verängstigenden Richtlinien“ (Frau Seida, 1455) führte. Zu solchen Richtlinien zählt Frau Seida auch die Schicksalsgläubigkeit und Gerechtigkeitsvorstellungen, die sie strikt ablehnt.

In den Ergebnissen zum „Gerechte-Welt-Glauben“ (GWAP, Dalbert, 1996) spiegeln sich diese Vorstellungen in einem geringen Glauben allgemeine Gerechtigkeit ($M_{GWallg.}$= 3,00) sowie einem geringen Glauben an eine persönliche Gerechtigkeit ($M_{GWpersönl.}$=4,14) wider. Freilich bleibt die Interpretation aufgrund der eingeschränkten Interviewdaten offen. Sie kann sowohl für erlebte Ungerechtigkeiten, wie auch für die grundsätzliche Ablehnung des Gerechtigkeitsglaubens stehen. Denn Aussagen wie z.B. „Ungerechtigkeiten sind nach meiner Auffassung in allen Lebensbereichen eher die Ausnahme als die Regel“ können im Fall ihrer Ablehnung beides bedeuten. Nämlich, dass die Welt als ungerecht eingeschätzt wird, aber auch, dass die Gerechtigkeit als Ordnungsprinzip nicht anerkannt wird, ohne das Ungerechtigkeiten wahrgenommen wurden. Folgt man der Aussage von Frau Seida, dass für sie Gerechtigkeit kein Beurteilungsmaß ist, ist eher letztere Einschätzung wahrscheinlicher.

Analog zu der Vorstellung, nicht vom Schicksal abhängig zu sein, ist Frau Seida davon überzeugt, Situationen selbst zu beeinflussen wie die Befragung zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK, Krampen, 1991) zeigt.

	Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	Internalität	soziale Externalität	fatalistische Externalität	Selbstwirksamkeit	Externalität
Gesamtwerte der Subskalen	36	34	11	18	70	29
T-Werte	58	54	27	37	58	29
Prozentrang	79	66	1	10	79	2

Das Profil der FKK Primärskalen deutet auf ein durchaus ausgeprägtes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und ein „normales“ Maß an Internalität in den generalisierten Kontrollüberzeugungen sowie sehr geringe soziale wie auch fatalistische Externalität. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist eher hoch, während die allgemeine Externalität sehr gering ist. D.h. Frau Seida ist von ihrer Handlungsfähigkeit überzeugt und glaubt, Ereignisse selbst beeinflussen zu können. Die geringe Externalität ist im Sinne einer geringen geglaubten Abhängigkeit von anderen und einer sehr geringen Schicksalsgläubigkeit interpretierbar (vgl. Krampen, 1991).

Einen Hinweis auf ihr Selbstbild liefert folgender Textausschnitt, der der Antwort auf die Frage nach den religiösen Vorstellungen entnommen ist:

> *Da gibt es einen Ausdruck, den hat mal mein ehemaliger Schwiegervater gebraucht. Habe ich bis dato noch nicht wieder gehört. Der hat gesagt, in irgendeinem Gespräch, „Ja du machst dich ja verloren. Mach doch nicht so viel, mach doch nicht zu viel, du machst dich doch verloren“. Und dieser Ausdruck, der war mir im ersten Moment ganz fremd, aber da habe ich viel drüber Nachgedacht, da steckt sehr viel dahinter. Ich mache mich verloren (Frau Seida, 1429-1435).*

Frau Seida wendet dieses Zitat auf die Pflege an und bringt damit zum Ausdruck, dass sie so viel für die Pflege ihrer Mutter gegeben hat, dass sie sich selbst dabei verloren hat. Gleichen Inhalts ist auch die weiter oben bereits zitierte Aussage „Ich sterbe eigentlich jeden Tag ein bisschen mit der Mutter“ (Frau Seida, 323). Sie lassen eine tiefe Erschütterung ihres Selbst erkennen, die sich aber zum Zeitpunkt der Befragung (nicht) mehr in der Befragung mit der Self-esteem Skala (Ferring & Filipp, 1996) widerspiegelt. Hier erreicht sie einen Gesamtscore von 21, der nur unwesentlich unter Kennwerten anderer Studien liegt (ebd.). Allerdings liegt der Gesamtscore 6-7 Punkte unter den Werten anderer Probandinnen. Vor allem aber lohnt sich ein Blick auf einzelne Items. Frau Seida stimmt folgenden Aussagen voll zu: „Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann“ und „Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben“. Schließlich fühlt sich Frau Seida „teilweise“ „von Zeit zu Zeit völlig nutzlos“ (auf einer vierstufigen Skala von „trifft nicht zu“, „trifft kaum zu“, „trifft teilweise zu“ bis „trifft völlig zu“). Ein gewisses Maß an Selbstzweifeln ist also trotz des Gesamttestwertes erkennbar.

Unverkennbar ist zudem ein überdurchschnittlicher Optimismus, wie der im LOT (Wieland-Eckelmann & Carver, 1996) gemessene Wert von 26 zeigt.

6.3.3.3 Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung

Frau Seida berichtet, während der Pflege eine Depression entwickelt zu haben, die sie veranlasste, eine Therapeutin aufzusuchen. Weitere gesundheitliche Konsequenzen entstanden aufgrund der Pflege im Skelettbereich. Sie hatte ihre Schulter überlastet, weil sie der Mutter lange Zeit immer Nahrung zugeführt hatte. Diese Probleme treten unmittelbar nach dem Tod der Mutter auf, als hätte sie diese vorher nicht bemerken dürfen.

Aufschluss über etwaige depressive Symptome liefern die Ergebnisse aus dem BDI-V, wonach es keine Anzeichen für depressive Symptome gibt. Mit einem Summenwert von 21 liegt sie unter dem Durchschnitt von 22,9 (einer annähernd repräsentativen Stichprobe, Schmitt & Maes, 2000). Im Vergleich zu den vorherigen Einzelfällen mit Testwerten von 15 liegt Frau Seida allerdings deutlich höher.

In der schriftlichen Befragung posttraumatischer Belastungen mittels IES-R (Maercker & Schützwohl, 1998) erreicht Frau Seida relativ hohe Punktwerte auf der Subskala „Intrusion“ (26, Skalenrange 0-35), die vermutlich mit berichteten Alpträumen von der Pflege (siehe folgendes Kapitel) zusammenhängen.

Im Unterschied zur Intrusion sind die Punktwerte der Skalen „Vermeidung“ mit x=6 (Skalenrange 0-40) und Hyperarousal mit x=3 (Skalenrange 0-35) sehr niedrig. Entsprechend niedrig ist auch der IES-R-Gesamttestwert von x= -4,01, der sich nahe der vollständigen Abwesenheit posttraumatischer Symptome bewegt (x_{min} = -4,36).

Insgesamt gibt es einigen Anlass dafür, von erlebten Erschütterungen auszugehen. Außerdem sind zwar insgesamt keine gesundheitlichen Einschränkungen messbar, die intrusiven Gedanken sind allerdings Anlass, nach Faktoren zu fragen, die diese auslösten. Begonnen wird, wie in den anderen Fällen auch mit der Darstellung derjenigen Faktoren, die das Ereignis selbst kennzeichnen.

6.3.3.4 Ereignisabhängige Traumfaktoren

Im Fall von Frau Seida liegt ein zentraler Belastungsfaktor der Pflege in dem geistigen und körperlichen Verfall der Mutter.

Die Alzheimererkrankung der Mutter

Im Rahmen ihrer Pflegetätigkeit wird Frau Seida mit dem geistigen Verfall der Mutter konfrontiert, der das einstige Bild der Mutter zerstört und Verwirrung auslöst. Zu Beginn des Interviews, nach der Erzählaufforderung berichtet sie:

> *Und sie [die Mutter, M.D.] war auch, sie war eigentlich ein sehr liebenswerter Mensch. Sie hat so ein Lachen drauf gehabt und war so freundlich. Und wie sie sich freuen konnte, wenn sie mich gesehen hat und das war eigentlich ganz toll. Auch mit meiner Schwester. Sie hat sich gefreut wie ein kleines Kind (Frau Seida, 130-133).*

Kleine Momente, in der Frau Seida ihre Mutter als liebevoll wahrnimmt, spenden Trost im Vergleich zu den vielen krankheitsbedingten aggressiven Ausbrüchen der Mutter. Eine eindeutige Diagnose wäre hilfreich:

> *Und dann waren sie [die ÄrztInnen, M.D.] sich nicht sicher. Sie haben gesagt, na also, es könnte auch eine Altersdepression sein. Das ist ja, das läuft nicht parallel. Das sind zwei ganz verschiedene Dinge. […] Also so wie es sich anfangs abzeichnet, diese Krankheit, kann man nicht unterscheiden, ist es jetzt eine Depression oder ist es eine beginnende Alzheimerkrankheit. Also das habe ich auch jetzt lernen müssen. Habe ich erst lernen müssen. Und so in verschiedenen Situationen, es könnte doch sein, das es Alzheimer ist, wer kann das wissen. Und deshalb haben wir auch am Anfang uns so verhalten. Ja, die Mutter ist halt, ja, so ein bisschen störrisch und sie leidet unter Osteoporose. Sie hat sich schlecht, konnte sich unter Schmerzen bewegen und dann, haben wir auch bemerkt, sie hat Atemnot, einen richtigen Buckel gekriegt. Ja, unsere Mutter, die sonst ganz gerade gelaufen ist, schnell, gerade. „Halt dich gerade Kind", hat sie immer gesagt. Auch beim Essen. Plötzlich ist sie nachlässig geworden. Sie ist also immer mehr nach vorne, und sie, wie gesagt, hat so geschlurft, sie hat so einen schlurfenden Gang angenommen (Frau Seida, 160-177).*

Nicht zu wissen, warum die Mutter sich deutlich verändert, ist für Frau Seida schwierig, weil sich die Mutter Verhaltensweisen und soziale Normen nicht mehr einzuhalten in der Lage ist, die ihr früher einmal wichtig waren, und die sie von ihren Kindern eingefordert hatte. Eine klare Diagnose wäre wichtig, um Sicherheit für die Einschätzung des eigenen Verhaltens zu gewinnen.

> *Dann hat man gesagt, du musst, du sollst den Stock nehmen. Ne, dann hat sie, ich brauch doch keinen Stock (gedämpfte Stimme) ich brauch doch keinen Stock. Dann hat man ihr, nach dem Sturz ein Korsett verpasst, ein Dreipunkte Korsett. Das war, ich sollte ihr das Korsett anlegen, zwei mal am Tag. […] Und da fing sie schon an, so ein bisschen leicht mit der rechten Hand zu zittern. Und das Korsett, sie saß dann am Tisch, und die Stütze, die Kinnstütze ging bis hin. Also sie musste praktisch kerzengerade sitzen. Und da wollt sie plötzlich nicht mehr essen. Also habe ich sie gefüttert. Da hat der Arzt gesagt, sie muss einfach, sie muss das einfach von sich aus machen. Dann hat sie sich geweigert, jedes mal, nach dem fertig machen, wenn ich ihr das Korsett angelegt hab. Das war ein Kampf ohne Ende. Sie ist mit Fäusten auf mich los. Sie, sie wollte das Korsett nicht. Dann habe ich ihr vorgemacht, habe ich das Korsett angezogen. Habe ich gesagt: „Guck mal, wie gerade ich da laufen kann, Mutti. Schau es dir an". Nein, sie hat dieses Korsett nicht akzeptiert und es waren solche Kämpfe, dass ich zu dem Arzt gesagt habe, „Ich mach das nicht mehr. Die leidet so, wenn ich ihr das Korsett anziehe, ich bring es nicht mehr über das Herz. Ich, ich kann das nicht mehr. Ich lass es aus" (Frau Seida, 182-200).*

Frau Seida versucht, wie einem kleinen Kind, das durch Nachahmung lernen soll, die Mutter davon zu überzeugen, das orthopädische Hilfsmittel zu tragen. Dieser Versuch scheitert am Widerwillen der Mutter. Frau Seida leidet in dieser Situation, weil sie einerseits um die Notwendigkeit dieser Maßnahme weiß, und andererseits das Gefühl hat, der Mutter Leiden zuzufügen. Frau Seida ist ohnmächtig angesichts dieser Situation. Ihr eigenes Leid ist schließlich so groß, dass sie einen Arzt aufsucht und ihn darüber informiert, dass sie es selbst nicht mehr erträgt, ihrer Mutter weiteres Leid zuzufügen.

> *Das war ihr Verhalten und ihr Gesichtsausdruck. Auch die Augen, ich habe dann später, ich habe daraus gelernt. Aus ihren Augen, wie sie dann nicht mehr gesprochen hat, durch ihren Blick irgendwie zu lesen, was sie empfindet und was sie nicht empfindet. Das war eine stink*

Wut auf mich und auf dieses Ding. Und da nützt auch nicht irgendwie eine Logik, „Schau, dann hast du keine Schmerzen beim gerade Sitzen“ oder, das nützt alles, das, das die nicht verstand. Das hat sie, oder sie wollt es nicht verstehen. Sie hat so hat sie sich gewehrt, wie ein Kind, dass halt aus purem – eine Trotzreaktion – jetzt möchte ich das nicht und Schluss und aus und basta. Und ich habe das zu akzeptieren. Na gut, dann habe ich akzeptiert, Aber, ob das für sie jetzt schlecht war oder gut, das war der vollkommen egal. Ich will das nicht und Schluss und aus (Frau Seida, 222-235).

Besonders schwierig ist die beschriebene Situation, weil Frau Seida die Gesundheit der Mutter unterstützen will, die Mutter aber rigoros ihre Hilfestellungen ablehnt und noch dazu mit Wut und Aggressionen reagiert. Frau Seida gibt schließlich nach, ohne nachvollziehen zu können, warum die Mutter ihrer Gesundheit selbst schaden will. Erneut taucht der wacklige Vergleich der Muter mit dem Kind auf:

Das ist so wie bei einem Kind, das was angestellt hat, die Mutter straft das Kind nie und sagt, warte bis dein Vater nach Hause kommt und der Vater hat dann die Aufgabe, dass Kind zu bestrafen Was, was für irgendeinen Zeitpunkt es irgendwas gemacht hat, was nicht gepasst hat. Und so ist es, so praktisch ein Kindverhalten. Ich kann sie ja nicht zur Rechenschaft ziehen, für Dinge die eine Stunde zurückliegen. Das ist weg, einfach weg (Frau Seida, 271-278).

Mit diesem Vergleich wird sehr deutlich, dass Frau Seida den Widerwillen missbilligt, sie aber nicht in der Lage ist, sich der Mutter zu widersetzen. Der Wunsch nach einem strengen Vater wird deutlich, der die Bestrafung übernimmt, und das Kind sich anschließend hoffentlich besser verhält. Der Wunsch bleibt allerdings unerfüllt, weil die Mutter gleich vergisst, wie sie sich verhalten hat. Ihr bleibt nichts, als dem geistigen Abbau der Mutter zuzuschauen.

Es tut auch sehr weh. Habe lange gebraucht, aber die anderen Angehörigen haben dann auch gesagt, ja sie haben so Punkte erwischt, wo die Patienten sag ich mal, die Patienten auf sie losgehen. Mit Fäusten und mit Schreien und mit irgendwelchen Aggressionen oder sitzen am Tisch, gucken raus, sehen einen Schatten und fangen fürchterlich an zu schreien. Angstzustände haben die plötzlich und man, bis man das feststellt oder rauskriegt, warum die jetzt da sitzt, die Sonne scheint, die gucken raus und fangen an zu schreien. Also, läuft doch da oben irgendetwas ab, was man überhaupt nicht verstehen kann. Also, so ging es mir dann. Ich habe immer nach einem Grund gesucht. Aber, das habe ich ja dann aufgegeben. Das – man muss einfach verschiedene Dinge einfach akzeptieren (Frau Seida, 289-303).

Die Hilflosigkeit angesichts der kranken Mutter ist nur durch die Bereitschaft zur Einsicht zu bewältigen, der Mutter nicht helfen zu können. Auf die Frage nach dem „Warum“ findet sie keine Antwort. Damit ist dann auch klar, dass die Verhaltensweisen der Mutter nur ausgehalten werden können. Zu ertragen ist das aber eben nur, wenn es für das Verhalten eine plausible Begründung gibt, also klar ist, dass dem eine Demenz oder ein Alzheimer zugrunde liegt.

Ich meine, das, das kann man auch, wenn man sagt die Mutter ist krank, die hat, sie ist vergesslich, sie ist altersstarrsinnig, sie ist einfach, sie möchte alleine sein oder sie ist und man hat ihre Schrullen zu ertragen (Frau Seida, 310-312).

Rational ist Frau Seida klar, dass die Probleme durch die Alzheimererkrankung verursacht sind. Das zu akzeptieren, gelingt ihr aber nur teilweise. Immer wieder schwankt sie zwischen dem Ver-

gleich mit dem Kind und der kranken Mutter, deren Leid nicht wirklich erklärbar ist. Damit bleibt auch die eigene Rolle schwierig anzupassen.

Bedrohungspotenziale

Wie die Pflegebelastungen sich nach und nach steigerten, beschreibt Frau Seida als Antwort auf die Erzählaufforderung:

> *Dann fingen die Stürze [der Mutter, M.D.] an. Dann fing das an mit, nicht mehr sprechen. Dann fing es an plötzlich mit, ja, schlecht laufen, schlecht laufen. Und dann auch wirklich bis ganz am Schluss, Tages- Nachtrhythmus war vollkommen gestört. Ihr Verhalten war so, ohne, also mich, „Ohne dich geht es überhaupt nicht". Also, wenn ich auf die Toilette bin, ist sie mir nach wie ein kleines Hündchen. Ich war nie alleine. Ich konnte auch nie in meinem Schlafzimmer absperren, weil ständig, wenn sie dann da war, stand sie vor der Tür oder riss die Tür auf. Mir ist es mal passiert, dass sie nachts kam. Sie hat sich vor der Dunkelheit gefürchtet. Und das war so eine Marotte von ihr, immer eine Taschenlampe mit sich herumzuschleppen. Und dann stand sie plötzlich, wie so ein kleiner Geist vor meinem Bett und leuchtet mir mit der Taschenlampe in die Augen und „komm" sagt sie. Sie hat dann damals schon wenige Sätze oder Worte gesprochen. Und ich natürlich (seufzt) raus aus dem Ding und wenn das so drei Mal die Nacht passiert ist, war ich am nächsten Morgen fix und alle. Habe ich mir gedacht, wie machst du das, ja? (Frau Seida, 70-83).*

Frau Seida erzählt anschaulich und beispielhaft die nächtlichen Störungen durch die Mutter, die stark auf ihre Tochter fixiert ist. Die Schlafunterbrechungen erlebt sie als besonders dramatisch, nicht zuletzt, weil die Mutter mit ihrem Verhalten ihre Tochter plötzlich und gespenstisch aus dem Schlaf reißt. Am liebsten hätte sie ihr Schlafzimmer abgesperrt, um wenigstens in der Nacht die eigene Privatsphäre zu wahren. Deutlich wird das in der reinszenierten Erzählpassage: Frau Seida vergleicht das Verhalten ihrer Mutter mit einem „kleinen Hündchen" und einem „kleinen Geist", von dem sie sich verfolgt und in ihr Lebensweise eingeschränkt fühlt. Dieses Verhalten bringt sie Grenze ihres Durchhaltevermögens.

Noch deutlicher zeugt das folgende Zitat von den Belastungen:

> *Meine Mutter hat es gehasst, alleine zu sein. Die ist an die Tür, hat sich verabschiedet, die Tränen flossen. Wie, wenn ich, wie wenn ich nie, überhaupt nie mehr wiederkommen würde. Dann habe ich gesagt, „Du, ich muss einfach einkaufen gehen, damit wir was zu Essen haben. Damit ich etwas auf den Tisch bringe". Und dann sagt sie zwar ja, dreht sich um und dasselbe fängt wieder von vorne an. Zu weinen und mich zu küssen, rechts und links und Abschied zu nehmen. […] Dann habe ich gesagt, „Soll ich, soll ich absperren, dass keiner hereinkommt?" Die hat verlangt von mir, dass ich sie einsperre, hier. Und mit, ich bin mit einer Panik einkaufen, da vorne beim Tengelmann. Habe gedacht ich kann doch meine Mutter nicht einsperren. Ich muss in zehn Minuten wieder zu Hause sein, da passiert was. Solche Vorstellungen hat man dann vor seinem inneren Auge, man kauft ein wie ein blöder. Dann so, rucki zucki, kommt nach Hause und (seufzt erleichtert) ah ist ja nichts passiert. […] Und so habe ich mich in ihrem, ja ich habe mich irgendwie gefangen gefühlt, hier. Ich habe gedacht: „Was darfst Du denn noch machen? Ich muss hier irgendwie raus". Oder wenn ich manchmal so Attacken hatte, wo ich, wo es mir richtig, und wenn dann die Tränen kamen wegen ihrem Zustand, dann bin ich raus in den Garten gerannt und habe die Bäume ange-*

heult. (Pause) Und dann bin ich zurück und habe gedacht, das darf doch wohl nicht wahr sein, das kann doch - wie, wie, wie schaffe ich das? (Frau Seida, 96-117)

Frau Seida macht sich Sorgen, wenn sie die Mutter für kurze Zeit alleine lässt. Die Sorge wird nicht zuletzt durch das Abschiednehmen der Mutter verursacht, die mit ihrem Verhalten einen endgültigen Abschied zum Ausdruck bringt, der Frau Seida in Panik geraten lässt. Die Zeiten, in denen sie ihre Mutter alleine zu Hause lässt, werden auf ein Minimum reduziert, um die eigene Angst zu kontrollieren, die möglicherweise durch das Gefühl verursacht wird, die Mutter könnte schlimmstenfalls in ihrer Abwesenheit sterben. Zeitweilige Entlastung von dieser emotionalen Überforderungen bietet ihr die Flucht, wenn sie „im Garten die Bäume anheult". Die Dramatik dieser Panik liegt darin, dass Frau Seida die Grenze ihrer eigenen emotionalen Belastbarkeit erlebt. Deutlich ist, dass es ihr nicht gelingt, sich von ihrer Rolle als Pflegende zu distanzieren. Vermutlich ist das auf das Pflegemotiv zurückzuführen, der Mutter dieselbe Fürsorge zu geben, die sie selbst von ihr bekommen hatte. Das beinhaltet eine Orientierung an den Bedürfnissen der Mutter und zwar unabhängig von den eigenen Ressourcen, was nicht einfach umzusetzen sein dürfte, weil die Bedürftigkeit der Mutter aufgrund der Alzheimererkrankung kaum Grenzen hat. Entsprechend pflegt Frau Seida ihre Mutter bis sie an ihre eigenen Grenzen gerät.

Ja, das ging bis zum Anschlag, ja, auch seelisch. Seelisch und körperlich. Ich konnte nicht mehr. (Pause) Es ging einfach nicht mehr (leise) (Frau Seida, 1116-1119).

An verschiedenen Stellen des Interviews wiederholt Frau Seida die wahrgenommenen Belastungen. Sie werden immer wieder als Grenzerfahrung beschrieben. Die deutlichste Beschreibung taucht in folgender Passage auf:

Man muss sich dann bereit machen für Dinge, die man sonst nicht ertragen könnte. Also, ich habe mal gesagt, da wusste ich das noch nicht, dass die Mutter Alzheimer hat, zu meiner Schwester, (tiefes Luftholen – Pause) „Ich sterbe eigentlich jeden Tag ein bisschen mit ihr". Weil, man bedauert, man trauert um den Verlust ihrer Fähigkeiten. Man sieht sie, wie sie jung und frisch und energiegeladen und lebenslustig und freundlich und lebt und auch ganz forsch in verschiedenen Situationen und dann hat die diese Fähigkeiten alle nicht mehr. Die sind einfach weg. Das ist so, wie in einer Bibliothek von A bis Z. Da fällt das Buch raus, Buchstabe D, Buchstabe K, Buchstabe L und das ist in ihrem Gedächtnis einfach verschwunden. Und damit muss man sich abfinden, sonst kann man das nicht ertragen (Frau Seida, 312-335).

Es wird deutlich, dass die erlebten Grenzerfahrungen auch mit dem geistigen Abbau und dem zerstörten Mutterbild zusammenhängen. Explizit beschreibt Frau Seida den geistigen Verfall der Mutter und kontrastiert ihn mit dem Idealbild der Mutter. Und diese Diskrepanz zwischen Idealbild und Realität deutet sie als das Sterben der Mutter. Sie kann den Verlust der Mutter nicht aufhalten und fühlt sich dadurch selbst verloren. Rational ist ihr klar, dass sie sich von dem Idealbild der Mutter lösen muss, um die Pflege durchstehen zu können.

Kumulative Effekte schwerwiegender Pflegesituationen

In keiner der Einzelfallanalysen wird der Effekt kumulativer Ereignisse deutlicher als bei Frau Seida. Sie berichtet von einer Ereigniskette während der Pflegephase, die sehr belastend war. Eines Morgens steht die Mutter nicht wie gewöhnlich selbstständig auf, so dass Frau Seida nachschaut. Sie berichtet im Kontext der Frage nach Unterstützungsleistungen, die nach dieser Ereigniskette notwendig wurden.

> *Bin ich in ihr Zimmer und da lag sie in der Ecke klitschnass auf der Erde und sie konnte - da konnte sie schon nicht mehr sprechen und im Kopf und die Augen und dann habe ich gesagt, sie lag so auf der Seite, habe ich gesagt „Ist was passiert?" Und ich habe vermutet, sie ist aus dem Bett gestürzt. Auf - und hinten ist ein Schrank der ist - in die Ecke gefallen und ist dort liegen geblieben. Das morgens um Acht. Ich schätz einmal, die lag eineinhalb Stunden da. Und dann fing sie furchtbar an zu schreien, wie ich sie so, so allmählich auf die Seite gedreht habe und dann habe ich gesehen, mit dem Arm. Sie ist auf den Oberarm gefallen, auf den rechten, vermute hier und hat sich so mit dem Ellbogen abgestützt, ist aber nicht mehr hochgekommen. Also, dazu war sie nicht fähig. Dann habe ich sie so - habe ich sofort meine Schwester gerufen, habe sie aber unten liegen lassen. Sagte, „Wir müssen einen Arzt bestellen", Notarzt gerufen. „Ja, sie muss ins Krankenhaus, geröntgt werden". Ein riesen Trara. Ja rechter Oberarm gebrochen (Frau Seida, 491-506).*

Noch als sie erzählt, ist die Aufregung dieser Situation erkennbar. Gerade die abschließende Passage enthält eine isochrone, verdichtete Erzählung mit einigen Auslassungen und verweist auf die schwierige Situation. Die Dramatik liegt auch darin begründet, dass Frau Seida nicht einschätzen kann, wie lange ihre Mutter bereits dort gelegen hatte und die Mutter bei dem Versuch, sie aus ihrer Lage zu befreien, zu schreien beginnt.

Nach diesem Sturz wird die Mutter medizinisch mit einem Keilgips versorgt.

> *Und sie konnte sich halt nicht rühren, obwohl sie sowieso so ein Zappelphilipp war und selbstständig gegessen hat sie ja auch bis zu dem Zeitpunkt noch. Ja, dann habe ich mich auf das Füttern verlegt und so weiter und so fort. Und sie hat unheimlich gelitten. Ich habe gemerkt, sie wollte dieses Ding abziehen, konnte aber nicht (Frau Seida, 515-518).*

Frau Seida pflegt ihre Mutter sehr liebevoll, weil sie das Leiden ihrer Mutter erkennt. Sich selbst nimmt sie aus dieser Szene raus. Erst im nächsten Textausschnitt kommt andeutungsweise ihr eigenes Leiden zum Ausdruck.

> *Also sie war sehr aggressiv in dieser Phase. Dann haben wir noch in dieser Woche, die draufolgend Woche, habe ich sie nochmals in die Tagespflege, das war noch ein Tag, das werd ich nie vergessen. Und, dann hat man sie nachmittags gebracht und ich habe sie in Empfang genommen und habe sie hier hingesetzt, dann wollt sie von hier nach da. (Pause) Und dann fällt die mir, fällt die mir grad so um. Dann lag die wieder da auf dem Boden (Frau Seida, 525- 530).*

Der zweite Sturz brennt sich tief in das Gedächtnis von Frau Seida ein. Ihre Anwesenheit in dieser Situation ist bedeutend: Frau Seida sagt nicht etwa, die Mutter fällt, sondern „die fällt *mir* grad so um". Der Sturz ist also nicht nur der Mutter, sondern auch ihr passiert.

Nach diesem Sturz bekommt die Mutter Atemprobleme.

Wenn sie aufgeregt war, dann hat die immer huhuhuhu [ahmt schnelles hecheln nach, M.D.], so hat die gemacht. Ich konnte ja nicht mehr rausgehen, nichts, keinen Schritt mehr machen. Dann hat die diese Panikattacken gekriegt, von Stund an huhuhu und dann bin ich hin und habe sie beruhigt und habe gesagt „Mutti es ist schon wieder gut und guck doch mal es ist doch nur der Arm gebrochen". (Pause) Von, dem Zeitpunkt an hat sie gelitten. Weil sie erstens nicht sprechen konnte, zweitens war das für sie ganz, ganz schlimm. Rechter Arm gebrochen, ob sie es überhaupt verstanden hat, weiß ich nicht (Frau Seida, 543-551).

Ein ähnliches Muster wie weiter oben wiederholt sich. Frau Seida selber ist in der Situation gefangen und erzählt von dem Leiden der Mutter. Man kann den Eindruck gewinnen, dass die vordergründige Betrachtung des Leidens der Mutter verhindert, das eigene Leiden zuzulassen.

Dann kam, der nächste Sonntag, hat sie wieder diese Panikattacken gekriegt, haben wir den Notarzt wieder gerufen. Der Notarzt hat gesagt, hat sie untersucht, „Entweder sie muss ins Krankenhaus, sie muss unters Sauerstoffzelt oder aber - es sieht nicht gut aus - wollen Sie sie hier behalten?" (Pause) Dann haben wir gesagt, (Pause) „Ja, wir wollen sie hier behalten. Wenn das nur diese Attacken sind. Dann lassen wir sie hier. Die möchte zu Hause sein, dann, sie möchte bei uns sein, wir lassen sie hier" (Frau Seida, 551-561).

Frau Seida und ihre Schwester sind bereit, die Mutter trotz der schweren Panikattacken zu Hause weiter zu betreuen, um dem Wunsch der Mutter, zu Hause zu sein und dort auch zu sterben, gerecht zu werden.

Dann kam wieder eine ganz schlimme Attacke, wo sie fast keine Luft mehr gekriegt hat. Es war alles an dem Sonntag, haben wir zum zweiten Mal den Notarzt gerufen. […] Das war Sonntagmorgens um sieben Uhr. Und dann hat er gesagt, „Ich gebe ihr eine Spritze". Sie lag oben im Bett, der geht mit uns runter und ich schildere das Krankheitsbild. Wir sitzen hier. Auf einmal tut es einen riesen Rumpler. Wir stürzen hoch, ist sie aus dem Bett gestürzt, aus dem Krankenbett. Voll vorne drauf, der sagt zu mir, „Um Gottes willen, wir versuchen die wieder zurückzuheben". Und dann plötzlich sagt der, „Bitte achten sie drauf, ich habe ja noch Einsatz. Wenn irgendetwas dick wird am Oberschenkel, rufen Sie mich sofort an" (Frau Seida, 561-579).

Die Mutter stürzt ein drittes Mal und erleidet eine Oberschenkelhalsfraktur, die operiert werden muss. Frau Seida schildert in der folgenden Szene die Situation kurz bevor die Mutter operiert wird.

Wir sind hingefahren und dann lag sie da, als wäre sie am Sterben. Dann haben wir mit dem Oberarzt gesprochen (leise Stimme), wir haben gesagt, „Um Gottes Willen hat sie noch eine Chance? Mit 85?" Dann hat er gesagt, „Uns bleibt gar keine andere Wahl. Nur die Flucht nach Vorne". Und ich habe durchgesetzt, ich bin bis mit in die Schleuse, bis kurz vor der Operation. Also meine Schwester und ich, im Nachhinein, wir haben gesagt, wir haben gedacht, dass überlebt sie nicht (Frau Seida, 596-604).

Für Frau Seida ist es sehr bedeutend, die Mutter bis zum Operationssaal zu begleiten, weil sie ahnt, dass ihre Mutter die Operation möglicherweise nicht überleben würde. Erst im „Nachhinein" wird ihr und ihrer Schwester klar, wie groß ihre Angst war, die Mutter zu verlieren.

Nach der Operation erholt sich die Mutter nur sehr bedingt. Problematisch ist, dass sie aufgrund der fortgeschrittenen Alzheimererkrankung die Anweisungen der TherapeutInnen nicht versteht. Dennoch geben die Töchter die Hoffnung nicht auf:

Wir haben nie die Hoffnung aufgegeben, dass schaffen wir wieder, wir nehmen sie mit nach Hause (Frau Seida, 651f.).

Diese Hoffnung erfüllt sich nicht, bringt aber zum Ausdruck, wie wichtig es ist, die Mutter bis zum Tod zu Hause zu pflegen. Endgültig sieht Frau Seida sich damit konfrontiert, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit ihre Ressourcen überschreitet und die Mutter in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden muss. Täglich ist sie in dem Pflegeheim anwesend und unterstützt ihre Mutter geduldig bei der Nahrungsaufnahme und anderen Dingen des alltäglichen Lebens. Aber selbst diese Fortführung der Pflege in der Pflegeeinrichtung reduzieren die Selbstvorwürfe nur wenig.

Die Beschreibung dieser Reihe von höchst schwierigen Situationen ist höchst erstaunlich, weil Frau Seida diese relativ sachlich beschreibt und vor allem keine Deutungen enthält. Diese Offensichtlich gelingt es Frau Seida nicht, den Ereignissen einen Sinn zuweisen. Es tauchen keine Erklärungen darüber auf, dass die Stürze vom Schicksal bestimmt worden seien oder ähnliches. Folgt man den Erklärungen Janoff-Bulmans (1992) und Horowitz (1976), gelingt Frau Seida (noch) nicht, die negativen Informationen zu bewältigen. Auffällig ist auch, dass Frau Seida die Ereignisse mehr oder weniger unabhängig von ihrer Person beschreibt. Offensichtlich ist es ihr noch nicht gelungen, z.B. die Hilfestellungen, die sie geleistet hat als vorteilig für die Situation zu deuten. Scheinbar verhindert die am Leiden der Mutter orientierten Bewertungen eine Reflexion der eignen Leistungen.

Konfrontation mit dem eigenen Tod

Dem geistigen und körperlichen Verfall der Mutter zuschauen zu müssen, bedeutet für Frau Seida die Konfrontation mit dem eigenen Tod. Im Zusammenhang mit der Frage nach ihrer Gesundheit (906f.) erzählt sie ausführlich:

> *Ich möchte trotzdem, ich mein, diese Zeit, das war ein Weg, wo ich auch ganz, ich habe mich auch mit Sterben und Tod befasst. Weil, man irgendwie, man steht ihm ganz nah. Man hat früher immer gesagt, an Sterben denk ich nicht (leise) und der Tod ist eine Fügung und wenn es passiert und nicht. Aber das war ein richtiger Reifeprozess, den ich da, die letzten sieben Monate. Auch wie es dann mal ans Sterben ging, und jeder hat zu uns gesagt, das ist die letzte Nacht oder dann fängt man auch an, darüber nachzudenken. Auch über seine eigene (Pause) Verfassung oder wie das mal später sein wird (Frau Seida, 961-974).*

Über das Sterben und den Tod nachzudenken konnte Frau Seida lange verdrängen. Die Pflegerealität zwingt sie, sich mit der eigenen Sterblichkeit auseinanderzusetzen. Der Satz, in dem sie die letzten sieben Monate als die Zeit des Sterbens beschreibt, deutet aufgrund der aneinander gereihten, zum Teil unvollständig verbalisierten Gedanken darauf hin, dass es Frau Seida auch während des Interviews noch schwer fällt, damit konfrontiert zu sein. Die Gedanken sind noch nicht klar strukturiert und tauchen deshalb möglicherweise immer wieder auf:

> *Aber das geht dann wieder, bei mir geht es dann immer, jetzt liegt der Vater da, jetzt und jetzt liegt die Mutter im Grab, wo werden wir [Frau Seida und ihre Schwester, M.D.] denn landen? Wo werde ich denn landen? Weil, jetzt knüpfe ich noch immer an, mit dem - man denkt dann mehr über den Tod nach. Übers, übers Vergehen und wie will ich beerdigt sein*

und, und, und. Das hat, hat solch eine Kreise zieht das dann, auch nach dem Tod. Für einen selbst, mein ich (Frau Seida, 1169-1177).

Immer wieder kehren die Gedanken an den Tod der Mutter und den eigenen Tod wieder. Offensichtlich war die Bedrohung durch den geistigen und körperlichen Abbau der Mutter sowie ihr Stern und ihren Tod so bedrohlich, dass sie Angst davor hat, einen ähnlichen Zustand erleiden zu müssen. Die Auswirkungen davon, beschreibt sie folgendermaßen:

Und wenn man so in das Loch gefallen ist, und plötzlich hat man böse Träume und der Arm tut einem weh [aufgrund schwerer entzündlicher Erkrankung infolge schweren Hebens, M.D.]. Tut einem dies und jenes weh. Man kriegt Herzweh und Kopfweh und ach (stöhnt), man hat Depressionen und, und, und. Und ich denke, dass die Seele auch ein ganzes Jahr lang braucht, um sich zu erholen (Frau Seida, 946-953)

Es entsteht der Eindruck, dass Frau Seida die Seele im Herzen und im Kopf verortet, denn die Seele ist krank und verursacht Kopf- und Herzschmerzen. Jedenfalls beklagt sie Symptome der Übererregbarkeit, die sie auf die Pflege ihrer Mutter zurückführt. Belastend sind auch die die Alpträume, die sie seit dem Tod der Mutter plagen:

Und dann auch, ja man nimmt verschiedene Dinge, Spannungen auch mit ins Bett. Man hat dann Alpträume. Ich habe z. B. geträumt, dass die Mutter in der Ecke sitzt und blutüberströmt, dass sie wieder gestürzt ist. Und ich sehe die da in der Ecke sitzen im Traum und ach, fürchterlich geschrieen, aber im Traum und bin von meinem eigenen Schrei wach geworden. Und meine Schwester hat mich oben gehört. Die kam die Treppe runter und sagt „Was war denn das?" Da habe ich gesagt, „das war ich, ja. Ich habe so laut geschrieen, aber es ist nichts. Es ist gar nichts, ja" (Frau Seida, 118-125).

Die Alpträume hängen nicht direkt mit dem Tod der Mutter zusammen, sondern sind Wiederholungen extremer Pflegeereignisse. Zumindest für diese Passage kann die These bestätigt werden, dass zwar auch der Tod ein traumatisches Ereignis ist, aber auch die sich während der Pflege ereignenden Situationen traumatisierendes Potenzial besitzen. Für Frau Seida zeigt sich jedenfalls deutlich, dass die psychischen Kosten der Pflege immens hoch sind.

Einschätzung der ereignisunabhängigen Traumatisierungspotenziale

Schon die Menge der berichteten Belastungen deutet darauf hin, dass Frau Seida die Pflege möglicherweise belastender erlebte als die vorab vorgestellten Probandinnen. Besonders kritisch scheint die Erschütterung des Selbst zu sein, als sie erkennt, sich selbst überschätzt zu haben und das Pflegemotiv nicht realisieren zu können. Dass sie den Belastungen nicht gewachsen ist, hängt wiederum mit der Persönlichkeitsveränderung der Mutter zusammen, die das Mutterbild vehement in Frage stellt. Auch hier wird das Erschütterungspotenzial sichtbar, das die Vorstellung von einer „guten, persönlichen Umwelt" (Janoff-Bulman, 1992), konkret der einst wohlwollenden Mutter, konterkarieren, die sich nunmehr als aggressiv entpuppt. Diese Erschütterung weckt bei Frau Seida die für Sinnkrisen typische Frage nach dem „Warum" aus (Frau Seida, 289-303).

6.3.3.5 Ereignisabhängige Faktoren

Auch hier zeigt sich dieser Einzelfall unterschiedlich zu den vorherigen. Ein besonderer Faktor kommt im Fall von Frau Seida hinzu. Ihre Beziehung zu ihrer Mutter scheint sie besonders vulnerabel für die Pflegebelastungen zu machen.

Verkehrung der Mutter-Kind-Beziehung

Problematisch für Frau Seida ist nicht nur der geistige Abbau der Mutter und die Konfrontation mit dem Tod, sondern auch die schon Schwierigkeit, die Rolle des braven Kindes gegen die Pflegerolle zu tauschen, was sie schon zu Beginn des Interviews in der ersten Erzählung der Lebensgeschichte zum Ausdruck bringt:

> *Man geht ja immer von dem Zeitpunkt aus, wo man, als Kind, Mutter. Das – die Mutter ist so, Mutter hat so reagiert und du bist immer das Kind. Auch wenn die Mutter 85 ist. Und ich bin 57. Das ist immer so, das wird immer so bleiben. Und man ist bemüht, als braves Kind zu folgen. Was die Mutter will, das tust du halt. Und da kommt schon die Grenze wo man sagt, nein, da musst du nicht folgsam sein. Da kommt die Grenze, wo man sagt, nein ich muss jetzt bestimmen was zu tun und was zu lassen ist. Das ist eigentlich, man kommt schon in Konflikt. Also, da spielt die Erziehung eine große Rolle. Wenn die Mutter dominant war, wenn sie lieb war, wenn sie aber wirklich, wenn sie im Hause die Herrin war. Auch ihrem Mann gegenüber und ihren Kindern. Dann nimmt sie das mit bis ins hohe Alter. Das ist ganz klar. Die legt so was nicht ab, auch wenn's ihr noch so schlecht geht, körperlich oder geistig (Frau Seida, 139-153).*

Frau Seida kann sich (wie früher) der dominanten Mutter auch während der Pflegephase nicht entziehen. Sie erkennt den erforderlichen Rollentausch, ohne ihn wirksam durchsetzen zu können, auch weil die Mutter ihre dominierende Rolle nicht abgibt. Diese diffusen Rollenverhältnisse verursachen Unsicherheit, weil das „brave Kind" (Frau Seida, 145) auf die Bestätigung der Mutter wartet.

> *Man will zwar Gutes tun, aber man hat immer das Gefühl ein Respekt, einen gewissen Respekt, und Kind zur Mutter, mach ich es richtig?(Frau Seida, 783).*

An einem Beispiel konkretisiert sie den zugrunde liegenden Konflikt:

> *Als sie noch sprechen konnte. Wie sie sehr aggressiv geworden ist und böse oder. Na ja, sie ist mich auch mal angegangen, also mit Fäusten und ich habe auch einfach mal ausgeholt und ich, ich habe ihr sogar mal auf die Hand geschlagen. Was ganz furchtbar für mich war, ich habe gedacht, du kannst doch deine Mutter nicht schlagen, aber irgendwie muss ich ihr auch zeigen, dass ich mich mal wehren muss. Und dann hat sie, nicht in diesem Falle, sondern, das war eine zeitlang vorher, hat sie sich wieder entschuldigt. Das Schreien und so, „ach dass wollt ich nicht. Das wollt ich eigentlich nicht". Aber diese Entschuldigung kam nie mehr. Dann kamen wieder aggressive Phasen und dann habe ich gedacht, das hat die alles vergessen. Die hat vergessen, dass die mir, dass die richtig lauf mich los ist, das hat die vergessen. Oder das die Abends vor meinem Bett stand und mich aufgeweckt und gerüttelt, das hat die einfach vergessen. Das hat sie auch vergessen, wenn ich sie darauf hin angesprochen hab, „Mutti weißt du eigentlich was du gestern gemacht hast? (Pause) Und dann lass ich das, dann lass ich einfach das sie darauf hin anzusprechen und zu sagen, weißt du was du gestern gemacht hast? Das ist so wie bei einem Kind, das was angestellt hat, die Mutter straft das Kind nie und sagt, warte bis dein Vater nach Hause kommt und der Vater hat dann die Aufgabe, dass Kind zu bestrafen (Frau Seida, 259-274).*

Frau Seida beschreibt eine Szene, in der die an Alzheimer erkranke Mutter ihre Aggressionen gegen die Tochter richtet. Als Frau Seida darauf ebenfalls aggressiv reagiert, ist sie über sich selbst entsetzt, weil es sich für ein braves Kind nicht gehört, sich gegen die Mutter aufzulehnen, wenngleich ihre Reaktion nachvollziehbar ist. Dass diese Situation auch aufgrund des Verhaltens der Mutter sehr irritierend ist, zeigt sich auch in der sprachlichen Formulierung. Bis zu der Stelle, an der Frau Seida beschreibt, dass ihre Mutter sich für ihre verbalen Angriffe entschuldigt hatte, nutzt sie ein Pronom, das den Bezug und die Zugehörigkeit bezeichnet. Als sie dann fortfährt („dann kamen die aggressiven Phasen") und das Ausbleiben der Entschuldigungen beklagt, wird die Mutter nicht mehr mit „sie", sondern mit der unpersönlichen Formulierung „die" beschrieben. Die aggressive Mutter, die sich nicht für ihr Verhalten entschuldigt und es nicht bereut, ist ihr fremd. Zumindest sprachlich entindividualisiert sie diese problematische Erfahrung.

Früheres Trauma

Kurz bevor Frau Seida die Entscheidung trifft, die Mutter zu pflegen, verändert sich ihre Lebenssituation vollständig:

> *Das war 1999, das war mein großer Umbruch. Da hat mich mein Mann verlassen, einfach so. Also hat mich richtig sitzen lassen. Wir hatten ein Geschäft damals. Ist einfach abgehauen. Und die beiden Söhne, der eine war schon, schon großjährig, der war bei seiner Freundin, der war schon aus dem Haus und der zweite war noch in der Lehre. Und an dem hing ich eigentlich, ich wollte da durchsetzen das er wenigstens seine Lehre fertig macht und, dann hieß also: „Ja du kannst ja dort bleiben, du kannst dir auch eine Wohnung nehmen, aber ich bin hier weg". Ja. Ich hatte dann auch fünf Monate lange auch dann nichts mehr gehört, bis hin Trennung, Scheidung und so weiter und so fort. Es war also eine ganz üble Zeit für mich (Frau Seida, 47-55).*

Bis heute scheint Frau Seida nicht zu wissen, warum ihr Mann sie verlassen hatte. Nun hatte Frau Seida ihr Leben auf ihre Familie ausgerichtet, was diesen „riesen Bruch" (Frau Seida, 1267) noch problematischer macht: Im Alter von 21 Jahren hatte Frau Seida ihre Eltern verlassen. Sie hatte auf Wunsch der Eltern eine Ausbildung gemacht, obwohl sie es selbst vorgezogen hätte, das Abitur zu machen. Deshalb verlässt sie die Eltern, um eine Tanzakademie zu besuchen. Diese und eine weitere Ausbildung bricht sie ab, um für ihre junge Familie zu sorgen:

> *Und dann habe ich also wiederum, leider muss ich sage, das tut mir heute noch leid, das, weil ich das dritte, das dritte, vierte Semester nicht mehr abgeschlossen habe, aus familiären Gründen und bin umgezogen, weil damals mein, mein Ex, sein ersten, seine erste Stelle hatte. Und da war der grad drei Jahre alt, der Kleine. Und eine Dolmetscherschule gab dort nicht. Und da habe ich wegen dem, wegen dem Sohn eigentlich abgebrochen. (Pause) Und nach vier Jahren, nach vier Jahren kam dann das zweite, der zweite Sohn. Und da waren mir alle Hände gebunden, konnte ich nichts mehr machen (Frau Seida, 1250-1260).*

Zweimal wird Frau Seida daran gehindert bzw. lässt sie sich daran hindern, ihren beruflichen Werdegang ihren Wünschen entsprechend zu gestalten. Im ersten Fall sieht sie keine andere Alternative,

> *weil, unser Vater uns unsere Mutter hatten ja das Sagen in der Familie (Frau Seida, 1268).*

Später bricht sie ihre Karriere ab, um dem Mann auf dessen Karriereweg zu folgen und den Sohn zu betreuen. Nachdem sie das zweite Kind geboren hatte, sieht sie dann keine berufliche Chance mehr für sich, was für sie bis heute auch deshalb schwierig ist, weil sich nach der Scheidung von ihrem Mann die Notwendigkeit ergeben hatte, für sich selbst zu sorgen, sie aber an keine berufliche Laufbahn anknüpfen kann.

Während der Mann seiner Karriere nachging, hatte Frau Seida sich dem Haushalt und der Erziehung gewidmet.

> *War ich halt zu Hause. Und dann, nach, als die Söhne größer waren, also mein, mein Ex war, war eine Wochenendehe, der hat groß Karriere gemacht. Ziemlich Karriere. An Wochenenden nie da, ich habe praktisch die Kinder alleine großgezogen. Bis sie dann einmal so weit waren. Der Große, beim Abitur und der kleine bis zur Lehre (Frau Seida, 1262-1265).*

Sie war „halt" zu Hause, was bedeutet, dass sie ihre Situation als nicht änderbar erlebt hat. Ihr Mann hatte schließlich aufgrund seines Berufes keine Zeit, sie zu unterstützen. Deutlich ist der wahrgenommene Verslust der Autonomie, der die Wahrnehmung schwieriger Situationen beeinflusst (Ehlers, 1999; Ehlers, Clark, Dunmore, Jaycox & Foa, 1998).

Nach der Trennung von ihrem Ehemann zieht Frau Seida dann zunächst zu ihrer Mutter. Bald wird klar, dass die Mutter nicht mehr in der Lage ist, sich selbst zu versorgen, so dass Frau Seida und ihre Schwester beschließen, gemeinsam für die Mutter zu sorgen. Die Schwester sorgte für die finanzielle Unterstützung, Frau Seida sollte für die Pflege zuständig sein. Für Frau Seida stellt die Pflege der Mutter dann eine neue Herausforderung dar, die sie von ihren Verlusterfahrungen ablenkt:

> *Dann hat meine Schwester gesagt so, und treffen wir eine Entscheidung, du kommst hier nach München, ziehst zu mir. Wir suchen eine Wohnung, für die Mutter, für uns und dann fangen wir hier neu an. Also das waren für mich praktisch, zwei ganz neue Aufgaben. So raus aus den Schlamassel und (lächelt) wieder rein in den ganz neue Linie. (holt tief Luft) Das fiel mir sehr schwer, aber es hat mir auch auf der anderen Seite geholfen, auch diesen schrecklichen Bruch zu verarbeiten. Ich habe es zwar verdrängt, aber vorrangig war für mich dann im Moment, was machen wir mit unserer Mutter? Und es waren vollkommen, vollkommen neue Aufgaben für mich. Auch das Pflege und das alles und die, das alles zu arrangieren hier im Hause (Frau Seida, 58-67).*

Frau Seidas Schwester, die sie auch als die „Forschere" beschreibt (Frau Seida, 375) trifft die Entscheidung, mit der Pflege der Mutter und einer von allen drei gemeinsam geteilten Wohnung einen neuen Lebensabschnitt zu beginnen. Damit zeigt sich, wie auch bei der Beschreibung der beruflichen Laufbahn, dass es Frau Seida nicht unbedingt leicht fällt, die eigenen Interessen zu realisieren. Anders als in Bezug auf die berufliche Laufbahn sieht Frau Seida in der von ihrer Schwester getroffenen Entscheidung zur Pflegeübernahme aber durchaus Vorteile für sich selbst. Schon aus der Bezeichnung eine „ganz neue Linie" geht hervor, dass die vorherige Desorientierung in Folge der Trennungssituation durch neu strukturierte Pflegesituation abgelöst wird. Für die Mutter zu sorgen ist gleichbedeutend damit, die Verluste durch die Trennung mittels einer neuen sinnstiftenden Aufgabe zunächst zu

verdrängen und zu minimieren. Diese Assoziation ist natürlich nicht unproblematische, weil die Pflege gelingen muss, soll diese die Scheidungserfahrung überwinden helfen.

Angesichts dieser individuellen Lebensgeschichte, ist nach individuellen Bewältigungsstrategien zu fragen.

Intrapsychische Bewältigung: Bedeutungszuweisungen und interpretatorische Ressourcen

Weiter oben wurde schon angedeutet, dass Frau Seida aufgrund der Pflege eine Sinnkrise erlebte, die Frau Seida (wie Taylor, 1989, behauptet) veranlasst, die Pflegesituation zu Hinterfragen. Wie Janoff-Bulman (1992) beschreibt, überlegt Frau Seida, welche Rolle sie in der Pflegesituation übernimmt.

(A) Das Hinterfragen der eigenen Rolle während der Pflegephase

Auf die Frage, was sie besonders schlimm während der Pflege erlebt hatte, antwortet Frau Seida:

> *Mal in die Stadt fahren oder so, zum Friseur gehen oder was auch immer. Habe ich nicht gemacht, weil, ich war auch in gewisser Weise verbohrt. Ich habe immer, du kannst nicht zum Friseur, weil du auf die Mutter aufpassen musst. Diese Schuldgefühle hat man ständig. Auch beim Einkaufen. Und die habe ich aber allmählich abgelegt, weil ich gesagt habe so geht's nicht. Du gehst auch mal irgendwo hin. Und wenn ich jetzt, wie früher, in zehn Minuten nicht vom Einkaufen zurück bin, dann bin ich halt in einer halben Stunde zurück. Es wird schon nichts passieren, denn rausgehen und sagen, du machst das in einer viertel Stunde und in dieser viertel Stunde stürzt sie von der Treppe runter! Tja, wer hat daran Schuld? Keiner. Davon muss man sich freimachen (Frau Seida, 428-444).*

Frau Seida hatte die Pflege zu ihrem neuen Lebensinhalt gemacht und sich vorgenommen, die Mutter fürsorglich zu pflegen, und gehofft, damit die Belastungen nach der Scheidung zu überwinden. Das Gegenteil tritt dann ein. Frau Seida braucht einen gewissen Freiraum, um sich wenigstens ab und zu von den Betreuungsstrapazen zu erholen. Natürlich bleibt das Risiko, dass in dem Moment, in dem sie die Betreuung nicht wahrnimmt, ein schlimmes Ereignis, schlimmstenfalls der Tod der Mutter eintritt. Frau Seida antizipiert, sich in einem solchen Fall schuldig zu fühlen. Ursache hierfür ist vermutlich die Vorstellung, für die Pflege die Verantwortung übernommen zu haben, die im Fall ihrer Mutter aber eine 24-stündige Betreuung bedeuten würde. Sich selbst ein wenig Freiraum einzugestehen heißt also, die Vorstellung zu überwinden, im Fall eines unvorhergesehenen Ereignisses, sich nicht schuldig zu fühlen. Es besteht kaum Zweifel daran, dass das nicht so leicht möglich ist. Es gelingt ihr nur sehr bedingt, antizipierte Schuldgefühle abzuwehren.

(B) Die Neubewertung des Selbst und sozialer Beziehungen

Auch wenn Frau Seida der Erkrankung der Mutter keinen Sinn zuweisen kann, und sie von Selbstvorwürfen geplagt wird, die mit Unterbringung der Mutter in der Pflegeeinrichtung zusammenhängen, gelingen Frau Seida doch einige sinnstiftende Deutungen:

> *So, und in der Zwischenzeit habe ich, was Pflege angeht oder was speziell mit schwerkranken Menschen, habe ich alles (Pause) mir angeeignet und auch, bin mit dort in irgendeine Gemeinschaft, kann ich sagen, in einer Familie aufgenommen worden, das war toll. Ich gehörte praktisch dazu. Und die vielen älteren Menschen, die dort, die Heimbewohner, viele, viele, die mich ganz gut gekannt haben, ich war praktisch für die eine Schwester (Frau Seida, 701-708).*

Frau Seida fühlt sich wohl in der Pflegeeinrichtung, weil die Bewohner ihre Hilfe anerkennen. Hier wird sie in ihrer Aufgabe als Pflegeperson voll akzeptiert und geschätzt.

> *Wenn einer nicht essen wollte, und ich habe mich dann dazugesetzt und habe gesagt, Eugen, lass mich mal probieren Frau So und so. Wir haben, und dann, dann habe ich gemerkt, die Menschen, die wollen ja gar nicht so gedrängelt werden. Die wollen doch einfach nur, dass einer mal fünf Minuten für sie hat. Ein Wort, ein Streicheln. Und dann ist das schon in Ordnung, auch wenn sie nicht essen wollen und wenn sie mal ihre Tablette vergessen haben. Das ist alles nicht so schlimm. Und da muss ich sagen, da habe ich sehr, sehr viel gelernt. Das waren Erfahrungen, die hätte ich nie gemacht, wenn ich nicht in dieser Situation gewesen wäre (Frau Seida, 713-723).*

Frau Seida erlebt die sozialen Beziehungen zu den Heimbewohnern als Gewinn für sich selbst. Sie fühlt sich als Pflegende bestätigt. Und: Diese Erfahrung hätte sie nicht machen können, wenn die Mutter nicht in dieser Einrichtung versorgt worden wäre. Eine erste positive Deutung der Situation wird deutlich, wenngleich diese nicht direkt auf die Mutterpflege bezogen wird. Einige Zeilen später wird klar, warum sich ihre persönliche Entwicklung in der Pflegeeinrichtung unabhängig von der Mutter vollzieht:

> *Man geht zwar da raus, und ist dann manchmal ganz fertig, fix und fertig, weil es nimmt einen schon mit. Aber bei der eigenen Mutter nimmt es einen am meisten mit. Weil, ich habe das als meine Aufgabe gesehen und weil's halt die Mutter ist. Sicher sie ist auch ein Mensch gewesen, aber bei, ich bin vielleicht unverfrorener an die ganze Geschichte ran bei anderen. Da bin ich, da war ich nicht so unfrei. Der Mutter gegenüber ist man als Tochter anders. Man will zwar Gutes tun, aber man hat immer das Gefühl ein Respekt, einen gewissen Respekt und Kind zur Mutter, mach ich es richtig? (Frau Seida, 761-783).*

Frau Seida gibt zu verstehen, dass die Unterstützung anderer BewohnerInnen in der Pflegeeinrichtung ihr leichter fiel. Die Ehrfurcht oder auch eine mit einer gewissen Angst verbundene Scheu vor der Mutter war so groß, dass sie in der Rolle der Tochter das Bedürfnis hatte, von der Mutter bestätigt zu werden. Tatsächlich konnte sie nicht einschätzen, ob sie „richtig" gepflegt hatte. In der Pflegeeinrichtung wird ihr dann klar, dass ihr die Bestätigung der MitarbeiterInnen und BewohnerInnen sehr gut tut. Vermutlich wird ihr dadurch auch bewusst, wie sehr sie diese bei der Pflege der Mutter vermisst hatte. Jedenfalls verhilft ihr diese Zeit in der Pflegeeinrichtung, ihr Selbstbild zumindest insoweit zu bestätigen, als dass sie erkennt, zur Pflege fähig zu sein.

Noch weitere Perspektiven eröffnen sich für Frau Seida aufgrund der Pflege. Auf die Frage, was sich für sie durch die Pflege verändert habe, sagt sie:

> *Für mich ist eigentlich wichtig, dass der Tag ganz normal verläuft. Eine Normalität, ganz normal, das ein Mensch Hunger hat, das er Durst hat, das er sich freut das draußen schön ist und das er traurig ist wenn's regnet. Ganz normale Dinge, die sind nicht selbstverständlich. Die waren nicht mehr selbstverständlich, verstehen sie. Ich will jetzt auch nicht so hochjubeln, aber so hinterher kann ich sagen, ist es denn wichtig, wenn ein Kind jetzt mal nicht die Nase geputzt hat und so, und die Mutter schimpft. Es ist doch total, und ob man eine Beule ins Auto fährt, ist nicht so wichtig. Total unwichtig. Es gibt andere Dinge, die sind wichtiger. Und wenn man dann sieht, wie ein Mensch, der nicht mehr, auch über seine, über seine Funktionen entscheiden kann, dass finde ich ist wichtig. Zur Toilette geht oder ob man noch selbst Essen kann und darüber entscheiden kann, ich will das Essen und das will ich nicht Essen. Und ich will das Medikament nehmen oder ich will gar keins nehmen. So die persönliche Freiheit (Frau Seida, 1036-1058).*

Nur allzu deutlich ist, dass Frau Seida die Abhängigkeiten, die sie bei ihrer Mutter beobachtet hat, ein Umdenken bei ihr bewirkt haben. Persönliche Autonomie erhält einen ganz neuen Stellenwert. Dinge, die vor der Pflege noch selbstverständlich waren, erhalten eine neue Wertschätzung. Die Erfüllung alltäglicher Bedürfnisse lässt soziale und moralische Normen und Werte plötzlich unbedeutend erscheinen.

Auch die Einschätzung des persönlichen Wachstums in der schriftlichen Befragung (PPR (Maercker & Langner, 2001)sticht ins Auge:

	Neue Möglich-keiten	**Beziehungen zu Anderen**	**Wert-schätzung des Lebens**	**Persönliche Stärke**	**Religiöse Verände-rungen**	**Σ**
Mittelwerte der PPR-Subskalen	4,2	4,86	5	4,5	4	
PPR- Summenwerte	21	34	15	18	8	96*

*Skalenrange [0;105]

Frau Seida erreicht auf allen Subskalen hohe Werte und näherungsweise den maximalen Punktwert. Gemeinsam mit Frau Kristo erreicht Frau Seida einen um mehr als 20 Punkte höheren Wert als die anderen drei Probandinnen. Der maximale Punktwert der Subskala „Wertschätzung des Lebens" und hohe Wert der Subskala „Beziehung zu anderen" scheinen zu bestätigen, dass Frau Seida trotz der von ihr so bezeichneten erlebten „harten Schule" (Frau Seida, 1359) und der bis zum „seelischen und körperliche Anschlag" reichenden Pflege der Mutter (Frau Seida, 1116) positive Lernerfolge zu verzeichnen hat.

Interpersonelle Bewältigung: Soziale Unterstützungsleistungen

Auf die Frage, wie Freunde und Bekannte auf die Pflegeübernahme reagierten, beschreibt Frau Seida folgende Reaktion aus dem sozialen Umfeld:

> *Eigentlich tut sie [Frau Seida, M.D.] mir leid, diese Frau, das sie dies macht. Auf der anderen Seite, hoffentlich werd ich davon verschont (Frau Seida, 836f.).*

Klar und deutlich beschreibt Frau Seida, dass sie von anderen als Opfer gesehen wurde, das für andere eine Bedrohung darstellt. Sie selbst sieht sich im Übrigen auch als Opfer. Für sie bedeutet die Pflege auch Selbstopferung.

Vor allem aber betont Frau Seida, während der Pflegephase sehr gut von ihrer Schwester unterstützt worden zu sein. Die Schwester hat sie sowohl emotional als auch durch die Übernahme von Betreuungsleistungen bei der Mutterpflege unterstützt. So erklärt sich auch das Ergebnis des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-Sozu K-22, Fydrich, Sommer, Menzel & Hoell, 1987):

F-SozU K22	M	Summenwerte
emotionale Unterstützung	5,00	40
praktische Unterstützung	4,75	19
soziale Integration	4,83	29
Vertrauensperson	5,00	10
Zufriedenheit mit Sozialer Unterstützung	2,00	4
Gesamt	4,64	102*

* (Skalenrange 1 - 110)

Insgesamt beurteilt Frau Seida die ihr zur Verfügung stehende soziale Unterstützungsleistung sehr gut. Sie wünscht sich lediglich ein wenig mehr „Verständnis und Zuwendung von anderen Menschen“.

Die Befragung zur erlebten Wertschätzung (Maercker & Müller, 2000) zeigt ergibt Folgendes:

	Allgemeine Missbilligung	**Anerkennung**	**Familiäre Missbilligung**	
Punktwerte Subskalen	16	21	3	(Skalenrange 0-80)
Punktwerte Subskalen*	14,43	16,03	9,86	

Analog zu dem Wunsch nach mehr Verständnis, ist Frau Seida davon überzeugt, dass „die meisten Menschen nicht verstehen, was sie durchgemacht hat“ und fühlt sich auch nur von denjenigen richtig verstanden, denen Ähnliches auch schon passiert ist“ (Subskala allgemeine Missbilligung). Zugleich fühlt sie sich sehr wohl von anderen Menschen und von ihrer Familie für ihre Leistung anerkannt. Es ist nicht auszuschließen, dass gerade die positiven Erfahrungen, die sie in der Pflegeeinrichtung erlebt hat, zu diesem Urteil beigetragen haben.

Ergebnis der Bewältigung

Auch wenn Frau Seida die belastenden Pflegesituationen sehr realistisch beschreibt und weitgehend auf Deutungen verzichtet, sind die Erwartungen an die Zukunft stark ausgeprägt. Leitend für Frau Seida ist die Hoffnung. Diese Hoffnung wir im Interview immer wieder betont. Dieses hoffende Lebensprinzip ist möglicherweise das Ergebnis unterschiedlicher Erfahrungen mit Depressionen, die sie während und nach der Pflege der Mutter durchlebt hat. Die Frage nach den Zukunftsvorstellungen liefert folgende Aussage:

> *Die Hoffnung darf man nicht aufgeben. Die darf man nicht aufgeben. Das hat die Therapeutin auch schon zu mir gesagt. Die hat zu mir gesagt, dieses warum jetzt gerade mir passieren muss, dieses (Pause) diese Frage wird nie gestellt Punkt. Ist nur Selbstmitleid. Ist wirklich so (Frau Seida, 1571-1575).*

Entsprechend drückt sie auch die Hoffnung aus, nach Abschluss der Pflege der Mutter wieder berufstätig sein zu können und weniger finanziell von der Schwester abhängig zu sein.

6.3.3.6 Zusammenfassende Bewertung

Frau Seida verpflichtet sich zur Pflege ihrer Mutter als diese noch gesund ist und kann deshalb die mit der später auftretenden Alzheimererkrankung verbunden Belastungen nicht realistisch einschätzen. Als die Krankheit dann ausbricht, muss sie feststellen, den Belastungen nicht gewachsen zu sein, was ihr Selbstbild massiv in Frage stellt. Gerade die Einweisung in eine Pflegeeinrichtung macht besonders deutlich, wie problematisch die wahrgenommene Pflegeverpflichtung ist, weil Frau Kristo mit dem Gefühl leben muss, die Pflege nicht geschafft und ihr Ziel nicht erreicht zu haben. Genau mit dieser Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung situativer Bedingungen und der subjektiven Ressourceneinschätzung wird das Trauma definiert (Fischer & Riedesser, 2003: 82, vgl. Kap. 2).

Erschwert wird die Pflegesituation durch spezifische individuelle Faktoren, die auch das Pflegemotiv beeinflussen. Sie hatte entsprechend tradierter Rollenvorstellungen die Pflege der Mutter übernommen, die zugleich die Pflege auch massiv behindern, weil die Mutter, ebenfalls traditionellen Rollenbildern folgend, ihre dominierende Rolle nicht abzugeben bereit ist. Gerade die Dominanz der Mutter wie auch die respektvolle Haltung von Frau Seida gegenüber der Mutter erschweren den für die Pflege notwendigen Rollentausch. Scheinbar hatte sie sich von der Mutter nicht ausreichend ablösen können, so dass die „zu gute Kindheit“ (Rando, 2002) in der Pflegephase zum Hindernis wird. Sie wirkt hemmend auf die Bewältigung der Pflegesituation, weil die Beziehung zur Mutter und das Bild der „guten“ Mutter so tief verinnerlicht sind, dass sie einer Umdeutung nicht zugänglich sind. Zwar hatte Frau Seida als Jugendliche und junge Erwachsene versucht, sich von der Mutter abzugrenzen und die von ihr vermittelten Wertvorstellungen abzulegen. Tatsächlich gelingt ihr das aber nur sehr eingeschränkt. Selbst in der Pflegesituation bleibt die Ablösung von der Mutter partiell.

Die nur teilweise gelungene Bewältigung steht möglicherweise auch mit der schmerzlich erlebten Scheidung in Verbindung. Die Pflege hatte sie als neue Lebensaufgabe nach der Scheidung definieren wollen, die aber eben von ihr nicht zu Ende gebracht werden kann. Man kann erahnen, dass die Belastungssymptome deutlicher ausgefallen wären, hätte sie nicht in der Pflegeeinrichtung den Glauben an sich selbst stärken können, als sie eine Aufwertung durch das Pflegepersonal und die BewohnerInnen erfährt. Vermutlich ebenfalls entlastend wirkte die emotionale Unterstützung von Seiten der Schwester und des sozialen Umfeldes, die möglicherweise eine stärkere Traumatisierung verhinderte.

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass der Eindruck entsteht, dass Frau Seida viele Belastungserfahrungen noch nicht bewältigt hat. Zum Zeitpunkt des Interviews sind neben Selbstzweifeln aber auch positive Selbsteinschätzungen (z.B. das erlebte persönliche Wachstum) vorhanden. Zumindest für diese Phase der Bewältigung scheint sich zu bestätigen, dass das gleichzeitige Vorhandensein positiver wie negativer Schemata möglich ist (Janoff-Bulman, 1998, 1992).

6.3.4 Frau Schneck: „Pflegen heißt sich sorgen und aushalten“

Frau Schneck ist 61 Jahre alt, verheiratet und hat einen erwachsenen Sohn im Alter von 32 Jahren. Sowohl Frau Schneck als auch ihr Mann beziehen Rente und sind finanziell gut gestellt.

Frau Schneck besucht ein Gymnasium und arbeitet danach als Beamtin bis zu ihrer Pensionierung, die zum Zeitpunkt des Interviews zwei Jahre zurück liegt.

Ab dem Jahr 2000 nimmt die geistige Leistungsfähigkeit des Vaters stark ab. Einige Zeit später wird eine Alzheimererkrankung diagnostiziert. Zu Beginn seiner Erkrankung wird der Vater von seinen Töchtern und seiner Ehefrau bei den täglichen Dingen des Lebens unterstützt. Vater und Mutter leben autonom in einer eigenen Wohnung. Mit der fortschreitenden Alzheimererkrankung des Vaters funktioniert diese Konstellation nicht mehr, da der Vater ganztätig betreuungsbedürftig wird. Die Töchter beschließen, die Eltern tagsüber und abends gemeinsam in der Wohnung der Schwester zu versorgen. Die Nächte verbringen die Eltern in ihrer eigenen Wohnung. Frau Schneck ist zu dieser Zeit (2001) noch voll erwerbstätig ist. Vor der Arbeit und am Abend versorgt sie ihren Vater im Hause der Schwester. Später, als Frau Schneck in Rente ist, ist sie ganztägig bei ihrer Schwester zur Betreuung des Vaters. Erst fünf Wochen bevor der Vater verstirbt wird sein Zustand so kritisch, dass beide Elternteile bei der Schwester aufgenommen werden. Der Vater stirbt im Altern von 85 Jahren im Jahr 2004. Die Mutter bleibt bei der Tochter wohnen.

6.3.4.1 Pflegemotiv

Frau Schneck (61 Jahre) zählt im Kontext der Frage nach der Beziehung zu ihren Eltern verschiedene Argumente auf, die sie veranlassen, die Eltern zu betreuen und zu pflegen:

Ja, eine sehr enge Beziehung, weil die Mutter alles auffangen musste, schulisch und wenn man eben Angst hatte vor einem Vater, und sie auch noch etwas getan hat: Sie hat für meinen Sohn zwölf Jahre gesorgt, so dass ich tatsächlich in meinem Beruf, also voll gesorgt, tagsüber, so dass ich ohne Probleme meinem Beruf nachgehen konnte (Frau Schneck, 25-32).

Weil die Mutter für ihren Sohn gesorgt hatte, fühlt sich Frau Schneck verpflichtet, die Elternpflege zu übernehmen:

Und da fühlt man sich dann schon auch ganz normal verpflichtet, nicht? Dass man etwas zurückgibt (Frau Schneck, 40f.).

Um sich der Mutter gegenüber dankbar zu zeigen, pflegt Frau Schneck ihren Vater, zu dem sie eine weniger gute Beziehung hat. Wie in den anderen Einzelfällen auch, gab es vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit aber keine Absprachen. Frau Schneck hat vielmehr angenommen, dass es sich um eine Erwartung, insbesondere der Mutter handelte, die Pflege des Vaters zu übernehmen.

Es ist wohl so, man spürt, ich habe das meiner Mutter schon gespürt, dass sie das eigentlich erwartet (Frau Schneck, 76f.)

Frau Schneck unterstellt eine machtvolle Erwartungshaltung der Mutter. Sie dominiert die Tochter auch als ältere Frau. Diese Dominanz kommt auch in folgendem Ausschnitt deutlich zum Ausdruck:

Ja, also wenn, dann muss das freiwillig geschehen. Ich meine, mein Vater hätte es nicht sagen können. Obwohl man sich hat wirklich die Frage stellen können: Wenn er nirgendwo daheim ist, dann kann er auch im Heim sein. Wenn er eh nie daheim ist. Aber nicht einmal das ist gegangen. Also können wir jetzt bei der Mutter gar nicht anders handeln (Frau Schneck, 107-111).

Die Freiwilligkeit der Pflegeübernahme, die Frau Schneck hier im ersten Satz betont, wird durch den ausgeübten Zwang der Mutter relativiert. Zwar hätte sie den Vater in eine Pflegeeinrichtung geben können, weil dieser aufgrund seiner Alzheimererkrankung gar nicht wusste, wo er sich aufhielt, was der angenommenen Selbstverständlichkeit widerspricht. Weil sie den Vater versorgte, ist klar, dass sie die Mutter erst recht betreuen wird. Offensichtlich scheut Frau Schneck eine Auseinandersetzung mit der Erwartungshaltung der Mutter, denn die wahrgenommene Verpflichtung nicht eingehalten zu haben, wäre wohl mit Selbstvorwürfen verbunden.

6.3.4.2 Selbst- und Weltbild

Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen und Erschütterungen beginnt Frau Schneck mit ersten positiven Umdeutungen, die Pflege als sinnvolle Aufgabe zu interpretieren, die sie durchgeführt hat …

… und noch dazu nicht ungern. Also, so schlimm das ist, man – es war überhaupt die letzte Zeit sehr schlimm. Da weint man vielleicht neben ihm [dem Vater, M.D.] und hält seine Hand und fragt, weil man ja weiß, dass das Sterben so schwer ist, das finde ich schon schrecklich. […] Dann haben ich [zur Mutter, M.D] gesagt: „Bitte lass ihn doch sterben. Das war dann tatsächlich so, sie kommt zum Bett und sagt mir vorwurfsvoll, „Ja, ich tue ja nichts". Habe ich gesagt: „Gib in frei oder was ist da?". Dann hat sie nur seine Hand gehalten und dann sind seine letzten fünf Minuten. Ich auf einer Seite, sie auf der anderen Seite. Das ist seltsam

ja. Ja, das tut weh und das erleichtert auch, weil man vielleicht dann doch das Gefühl hat, er ist erlöst (Frau Schneck, 114-128).

Frau Schneck gibt zu verstehen, dass sie trotz der Belastungen die Pflege ihres Vaters gerne übernommen hat. In der Sterbephase trauert sie um ihren Vater und sieht dessen Tod als seine Erlösung von seiner Krankheit. Der Verlust wird von dem Gefühl der Erleichterung (für sich selbst) begleitet, den Vater nicht mehr leiden zu sehen. Hinzu kommt sicher auch der Aspekt, mit Anwesenheit in der Sterbephase die weiter oben angesprochene Verpflichtung eingehalten zu haben, den Vater auch in dieser Phase ausreichend zu versorgen und die Aufgabe damit abgeschlossen zu haben.

Das getestete Selbstwertgefühl in der schriftlichen Befragung fällt etwas geringer aus als bei den anderen Probandinnen. Auf der Self-esteem Skala (Ferring & Filipp, 1996) erreicht sie einen Summenwert von 21, der knapp unterhalb des Kennwertes in anderen Studien liegt (Ferring & Filipp, 1996).

Im Interview tauchen an keiner Stelle Hinweise zu Gerechtigkeitsvorstellungen auf. Leider konnten die entsprechenden Fragen, die entsprechend der Vorgehensweise eines narrativen Interviews am Ende des Interviews noch bearbeitet werden sollten, nicht gestellt werden, da der Mann von Frau Schneck das Interview störte, und es daraufhin beendet wurde. Die schriftlichen Befragungen geben aber dennoch einige Hinweise auf die Selbst- und Weltbilder von Frau Schneck.

In der Befragung zu den Gerechtigkeitsvorstellungen (Dalbert, 1996) erreicht sie im Vergleich zu den anderen Probandinnen den niedrigsten Wert auf der Skala zur persönlichen Gerechte-Welt-Vorstellung ($M_{persönl.\ GW}$=3.00). Ebenfalls im Vergleich zu den anderen Probandinnen schätzt sie auch die allgemeine Welt im Vergleich zu den anderen Probandinnen gering ein ($M_{allg.\ GW}$=4.33). Vor allem aber ist sie die einzige, die die persönliche Welt weniger gerecht erlebt als die globale Welt, was vermutlich auf die Beziehungsprobleme zu ihrem Mann und ihre Einsamkeit zurückzuführen ist.

Hinsichtlich der Befragung zu den Kontroll- und Kompetenzerwartung zeigt sich ein eher geringes Selbstkonzept, das für geringere wahrgenommene Handlungsmöglichkeiten und geringere Selbstsicherheit spricht. Das mittlere Internalitätsmaß spricht dafür, dass Frau Schneck Anstrengungen und persönlichen Einsatz zeigt, ohne aber regelmäßige Erfolge zu erkennen. Die Werte sozialer Externalität zeigen keine Auffälligkeiten hinsichtlich der wahrgenommenen Abhängigkeit von anderen Personen. Die fatalistische Externalität dagegen fällt gering aus, worin sich die Schicksalsungläubigkeit widerspiegelt, die Frau Schneck auch im Interview betont.

	Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	Internalität	soziale Externalität	fatalistische Externalität	Selbstwirksamkeit	Externalität	Internalität versus Externalität
Gesamtwerte der Subskalen	29	32	27	17	70	44	26
T-Werte	46	51	52	36	58	43	60
Prozentrang	32	54	58	8	79	24	84

Der positive Zukunftswille drückt sich im Life Orientation Test (Wieland-Eckelmann & Carver, 1996) in einem Summenwert von 21 aus. Frau Schneck schätzt sich optimistisch ein, liegt mit diesem Wert aber um mindestens 5 Punkte unterhalb der Werte der anderen Probandinnen.

6.3.4.3 Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung

Ein Summenwert von 28 in der schriftlichen Befragung zur depressiven Symptomatik (BDI-V, Schmitt & Maes, 2000) zeigt, dass die erlebten Erschütterungen im Zusammenhang mit der Vaterpflege zum Zeitpunkt des Interviews noch wirksam sind. Sie zeigt mehr depressive Symptome als der Durchschnitt der bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von Schmitt und Maes (2000) mit einem Wert von knapp 23.

Auch die Befragung mittels IES-R zeigt deutliche Belastungssymptome. Mit einem Testwert von 0,01 besteht wegen x>0 zudem der Verdacht auf posttraumatischen Symptomen. Auf den Subskalen erreicht Frau Schneck 29 Punkte auf der Subskala „Intrusion“ (Skalenrange 0-35), 15 Punkte auf Vermeidungsskala (Skalenrange 0-40) und 26 Punkte auf der Hyperarousalskala (Skalenrange 0-35). Auf der Vermeidungsskala erreicht sie damit im Vergleich zu den anderen Probandinnen den höchsten Punktwert.

Beide Ergebnisse sprechen eher für eine weniger erfolgreiche Verarbeitung und kognitive Integration der Elternpflege als dies für die bisher vorgestellten Probandinnen gilt. Erste Ansätze sind aber deutlich sichtbar.

6.3.4.4 Ereignisabhängige Traumfaktoren

Wie auch in den anderen Fällen ist die erlebte Bedrohung durch den Tod und vor allem durch die Alzheimererkrankung auch bei Frau Schneck zentral.

Konfrontation mit dem Tod des Vaters

Frau Schneck spricht das Sterben und den Tod des Vaters an mehreren Stellen des Interviews an. Direkt nach dem Tod gefragt, sagt sie Folgendes:

Ich war jetzt doch etwas, äh, unglücklich, weil wie dann, diese letzten Atemzüge, des war dann für mich doch wieder etwas Neues, oder halt wirklich des erste Mal. Glücklich hat es mich nicht gemacht. Also ganz einfach. Einfach ist es nicht. Man muss wirklich, man kann einfach da noch sagen: „Es ist gut! Der braucht seine Ruhe". Es ist ungeheuerlich. Das waren auch die letzten Stunden schrecklich. Er hat da; weiß nicht, so schrecklich geatmet (Frau Schneck, 822-830).

Das Sterben und dem Tod des Vaters versucht Frau Schneck als Teil des Lebens zu verstehen. Die Aussage „Es ist gut. Der braucht seine Ruhe" deutet darauf hin, dass sie versucht, den nahenden Tod zu akzeptieren. Allerdings verliert der Tod dadurch nur teilweise seinen Schrecken.

Da ist man hilflos. Man spürt, also man spürt, also man ist hilflos; Hilflosigkeit spürt man. Das ist das, wo man dann nachdenklich ist und sagt, ich bin zwar dabei. Ich gebe etwas. Ich halte deine Hand. Aber trotzdem bleibt zurück: „habe ich genug getan, im richtigen Augenblick? Habe ich ihn nicht Stunden leiden lassen?" (Frau Schneck, 857-863).

Das Sterben und insbesondere das Atmen in den letzten Lebensphasen des Vaters verunsichern und ängstigen Frau Schneck. Sie erkennt darin ein Leiden, so dass sie selbstzweifelnd fragt, ob sie alles in ihren Kräften stehende getan hat. Aus dem Bedürfnis, alles für den Vater in seiner Sterbephase tun zu wollen, leitet sich auch der Wunsch ab, den Vater in dieser Phase zu begleiten.

Man möchte, man möchte dabei sein und nicht. […] Das ist dann natürlich selbstverständlich, dass man sagt, so und jetzt gibt es eigentlich nur eines, rund um die Uhr Bewachung, oder so. Das ist nicht so, dass man immer an seinem Bett saß. Aber das, das bekommt man schon mit. Man weiß zwar nicht, ist es heute Nacht, ist das morgen Nacht. Ich weiß nicht, warum man immer Nacht sagt; Nacht. […] Was auch wichtig ist, dass man das Gefühl hat, wenn man dabei ist. Das ist ungemein wichtig. Das man dann sieht, dass es doch problemlos ist. Wenn man nicht dabei ist, sagt man sich vielleicht: „Vielleicht hat er irgendwo gekämpft, vielleicht hätte er was gebraucht? Und so weiß man ja, ich war ja da. Es beruhigt. Es beruhigt dabei zu sein (Frau Schneck, 798-815).

Sehr deutlich ist, dass die Anwesenheit in der Sterbesituation nicht aus altruistischen Motiven, sondern zum Selbstschutz notwendig ist. Denn die wahrgenommene Verpflichtung der Vaterpflege beinhaltet, alles in ihren Kräften stehende zu tun, einschließlich der Sterbebegleitung, ohne aber zu wissen, ob sie richtig pflegte (s.o.). Sie ist der Situation schutzlos ausgeliefert. Im Mittelpunkt der Wahrnehmung steht das Leiden, von dem der Sterbende durch den Tod erlöst wird. Zurück bleiben der Schrecken und die Erschütterung, dass jedem jederzeit Schreckliches widerfahren kann.

Also es ist nicht so, dass man sagt, es gibt keine Zukunft! Das will ich nicht. Ich habe zweimal gemacht, so was. Es, es ist schlimm, was einem so widerfahren kann. Mit Tod und so, aber man lernt damit zu leben. Weil es einfach doch natürlich ist. Und wenn man diesen schmerzvollen Abschied sieht oder die, also die Krankheit, die Krankheiten. Dann wäre das ganz schrecklich, würde man sagen: „Du musst weiter leben"(Frau Schneck, 1293-1299)..

Frau Schneck gibt zu verstehen, dass der Verlust des Invulnerabilitätsglaubens (Perloff, 1983) so dramatisch ist, dass sie die Hoffnung auf eine gute Zukunft verliert. Sie muss sich ermahnen, durch die Konfrontation mit dem Leiden eines anderen nicht den eigenen Lebenswillen zu verlieren.

Also weder Alzheimer, noch das. Ich sag, das Miterleben, was so ein Sterbender denkt. Wenn er Krebs hat, das ist innerhalb eines Jahres alles erledigt. Oder, das, das. Das kann ich aber jetzt erst sagen. Der plötzliche Herztod. Eigentlich mitten aus dem herrlichen Leben

heraus. Das ist fast ein Geschenk. Aber das ist Würde. Das ist vielleicht auch altersbedingt, dass ein Dreißigjähriger, vierzig, fünfzig, sechzig, siebzig – ist schon auch ein Unterschied. Oder der Unfall auf der Straße. Trotzdem, ich glaube ich habe das erkannt, dass das gar nicht ganz das Schlimmste ist. Das Plötzliche. Das habe ich dann, eben daraus gelernt. Weil das einfach das andere zu schrecklich, zu schrecklich. Es muss ja gar nicht für den Pflegenden sein. Der Pflegende hat ein Leben danach. Sondern für den Betroffenen, wenn er es mitbekommt. Beim Alzheimer könnte man evtl. sagen, der bekommt es gar mit. Das er so ist, wie er ist. Da ist es eigentlich wieder anders (Frau Schneck, 1326-1346).

Frau Schneck beschreibt, wie dramatisch das Leiden für eine Sterbende Person ist. Sie differenziert auch, dass Pflegende ein Leben nach dem Verlust des Gepflegten haben und der Sterbende das Leiden ertragen muss, aber diese Textpassage macht deutlich, dass das Miterleben des Sterbens für sie selbst auch entsetzlich ist.

Bewusstwerdung der eigenen Sterblichkeit

An zwei Stellen des Interviews lässt Frau Schneck deutlich werden, dass die Pflege des Vaters sie auch zum Nachdenken über die eigene Pflegebedürftigkeit und das eigene Sterben und den eigenen Tod bewogen hat.

Und ich kann dann von dem [an Alzheimer erkrankten Menschen, M.D.] dann nicht mehr verlangen, was ich von mir verlange. Das Leben so schätzen und, und sagen - . Ich würde von mir verlangen, dass ich für mein Kind so gehe, so verabschiede, dass er [der Sohn, M.D.] dann so mit Stolz auf mich blickt oder über mich denkt. Dass ich das nicht verliere, dass ich das auch nicht in der Krankheit verliert. Ich weiß nicht, ich erwarte es von mir (Frau Schneck, 650-654).

Frau Schneck hat Angst davor, selber einen geistigen Verfall zu erleiden; eine auch in der quantitativen Befragung bestätigte Angst von Töchtern, die dementiell erkrankte Elternteile pflegen. Diese Vorstellung ist für Frau Schneck belastend, weil sie damit den Verlust der „Würde“ assoziiert (Frau Schneck, 218). Bei ihrem Vater hat sie miterlebt, dass er nicht mehr in der Lage war, Dinge des alltäglichen Lebens zu bewältigen. So war der Vater z.B. aufgrund seiner Erkrankung inkontinent. Frau Schneck hatte ihm auch die Nahrung zuführen müssen. In ihrer Wahrnehmung hat der Vater damit seinen menschlichen Stolz eingebüßt, was sie für sich nicht akzeptieren kann und will. Dass ihr Sohn sie in einem Zustand der „Würdelosigkeit“ erleben könnte, ist für sie unerträglich. Mit dieser Passage bringt sie auch zum Ausdruck, dass die Pflege ihres Vaters ihre Vorstellung eines würdevollen Menschen erschüttert hat, bei der es sich um eine Variante der von Janoff-Bulman (1992) beschriebenen Kernüberzeugung kompetenter Menschen wie auch des kompetenten Selbst handelt.

Die Erschütterung ist offensichtlich so groß, dass sie über den eigenen Tod, oder genauer die Art des Todes, nachdenkt:

Also man weiß, es ist so. Man weiß es auch zu schätzen, den plötzlichen Tod. Also das wird mich wohl nie mehr sehr erschrecken, wenn man zwei solche gepflegt hat [also Vater und Mutter, M.D.]. Wir haben beide, meine Schwester und ich, wir haben eigentlich gesagt: „Wir müssen in ein Heim“. Das kann man nicht machen. Es bleibt irgendetwas, es bleibt zurück, dass man sagt, wenn ich nur könnte, dann würde das früher das beenden. Weil das Leben –

man erkennt auch, dass das Leben nicht lebenswert ist. Also ich kann es bei meiner Mutter – muss das sagen. Sie sagt das. Beim Vater konnte man das nicht sagen, aber ich bin sicher, dass er gesagt hätte „warum kann ich denn nicht – sterben?" Also ich glaube, die Menschen sind wohl, wenn sie so sind, sind sie wirklich sehr arm (Frau Schneck, 926-940).

Die Vorstellung eigenen geistigen Siechtums ist so dramatisch, dass Frau Schneck einem geistigen Verfall durch Suizid verhindern wollen würde.

Frau Schneck macht sich nicht nur Gedanken über den Tod, sondern auch darüber, wie es sein würde, falls sie selbst pflegebedürftig wäre. Auslöser hierfür ist, dass sie die Pflege grundsätzlich so belastend erlebt hat, dass sie diese niemandem „zumuten" will:

Würde ich sagen, in dem Fall, obwohl ich für mich und meinen Sohn es nicht so wünsche. Weil ich auch das empfinde, dass das eine Zumutung ist. Also. Ich wäre dagegen, wenn Eltern und Angehörige, also die ältere Generation sagt: „Ihr seid dazu verpflichtet!" Das wünsche ich nicht. Das höre ich nicht gerne. Ich will, dass das freiwillig geschieht. Und ich gebe es freiwillig. Aber ich will nicht verpflichten lassen. Das ist es nicht. So sehe ich es wirklich nicht! Ich kann nicht Kinder auf die Welt bringen und sagen, nur damit ich jemanden zur Pflege habe (Frau Schneck, 1024-1038).

Damit ist klar: Frau Schneck hat Angst davor, gepflegt werden zu müssen. Für sie ist die Elternpflege unzumutbar. Daher will sie ihrem Sohn die Pflege nicht aufbürden. Falls die Pflege allerdings freiwillig geschieht, würde sie diese aber vermutlich annehmen. Insofern liegt in dieser Aussage auch die Hoffnung verborgen, bei Bedarf doch in der Familie versorgt zu werden. Aus welchem Grund sie die Pflege für unzumutbar hält, verrät sie auch:

Ich habe auch gesagt: „Meine Mutter war eine vorbildliche Mutter". Ich habe sie ewig verteidigt und, und mir die Wut meines Mannes zugezogen. Er hat das natürlich gar nicht mal so unrichtig gesehen. Das habe ich inzwischen natürlich auch gelernt. Werd ich nicht so hundertprozentig zugeben, meinem Mann gegenüber. Aber, das sind schon Mängel. Man erkennt die Mängel und vielleicht ist es das, wenn ich das meinen Kind nicht antun würde, vielleicht möchte ich, dass er [der Sohn, M.D.] mich glorifiziert oder [lacht]. Es ist ja nicht unbedingt (Pause). Ganz der Schwache und das Elendige, das Elende, das Elend nicht so sieht, was damit einhergeht (Frau Schneck, 1225-1232).

Die Pflegebedürftigkeit offenbart in der Wahrnehmung von Frau Schneck die Unvollkommenheit des Menschen. Der Alterungsprozess und damit verbundene Krankheiten nimmt sie als Elend wahr, die die Wertigkeit einer Person reduzieren. Die vehemente Sorge um die eigene Pflegebedürftigkeit wird durch die Vorstellung verursacht, in den Augen des Sohnes wertlos zu sein. Sie glaubt, ihr Sohn könnte dann nicht mehr zu ihr aufblicken und das Bild einer würdevollen Mutter verlieren. Allein die Vorstellung der eigenen Pflegebedürftigkeit löst eine Erschütterung ihres Selbstbildes aus.

Vorzeitiges Abschiednehmen

Klar und deutlich schildert Frau Schneck, dass sie ihren Vater lange vor dessen Tod verloren hat:

Der Mensch, aber damit findet man sich ab - den Menschen habe ich ja, der war ja eigentlich schon verloren. Man musste nur [Pause] irgendwie [Pause] weiterbringen, also der

Mensch, der Vater, der Elternteil, den hat man schon früher verloren, weil der war schon nicht mehr der, der er war (Frau Schneck, 202-207)

Schon während der Pflege erlebt Frau Schneck den Verlust des Vaters, der mit der Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit beginnt und mit einer Veränderung der Persönlichkeit einhergeht.

Angst und Hilflosigkeit

Frau Schneck erzählt, wie belastend es war, ständig mit der Angst konfrontiert gewesen zu sein, es könne dem an Alzheimer erkrankten Vater und auch der kranken Mutter etwas passieren. Im Kontext der Frage nach den erlebten Belastungen sagt Frau Schneck:

Wie wird es, wie wird es wirklich enden? Was kann passieren? Es ist zum Beispiel beim Vater - jetzt, gab es das andere Problem. Nicht nur das Gesundheitliche – er kann irgendetwas anstellen. Er kann in Brand setzen. Die haben noch einen Ofen gehabt, da ist er einfach mit der Hand so reingefahren. Also kann man ihn den wirklich – die zwei – allein lassen, ein paar Stunden? Abends, in der Früh waren es dann in paar Stunden! Was kann bei der Krankheit passieren, wenn ich gerade weg gehe? Plötzlich sterben oder umfallen, stürzen, man hört so viel. Und das waren halt die Ängste. Was? Tut man genug? Kann man sie so ungeschützt lassen, das war nicht so, also wirklich die Mutter und der Vater war bis fünf Wochen vor dem Tod alleine nachts. Sie [die Mutter, M.D.] hatte ihr Telefon; sie konnte um Hilfe rufen, was sie dann auch getan hat. Aber sie war alleine. Und ich weiß, dass sie schrecklich Angst hatte (Frau Schneck, 254-265).

Frau Schneck spricht in dieser Passage verschiedene Belastungen an. Der Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit des Vaters war immer mit der Sorge verbunden, er könne bestimmte Situationen des täglichen Lebens nicht mehr bewältigen und infolge dessen Schaden nehmen. Die Eltern unbeobachtet zu lassen, war für Frau Schneck daher mit der ständigen Angst verbunden, dass genau in dieser Zeit etwas eintreten würde, das sie bei ihrer Anwesenheit möglicherweise hätte verhindern können. Frau Schneck spricht direkt an, dass sie fürchtet, der Vater könne in ihrer Abwesenheit sterben. Diese Sorge zeigt, dass Frau Schneck (ähnlich wie in den vorherigen Fällen) eine emotionale Distanzierung von der wahrgenommenen Verpflichtung nicht mehr gelingt, und dass diese das Denken, Handeln und Fühlen dominieren.

Die übermächtige Sorge äußert sich auch darin, dass die von der Mutter erlebten Angstzustände zur eigener dauerhaften Angst von Frau Schneck führen.

Außerdem hat sie [die Mutter, M.D.] noch Panikattacken gehabt, so dass es, wenn es dunkel geworden ist, hat sie Ängste bekommen, sie will raus, unter Menschen und. Ja, also mit Angst lebt man schon permanent (Frau Schneck, 269-271).

Die permanente Angst davor, es könne etwas Unvorhergesehenes passieren geht mit der immer präsenten Frage einher, ob sie den Vater gut und richtig pflegt.

Oder nicht das richtige [getan zu haben, M.D.]. Also nicht genug. Obwohl man eh bis zur Grenze geht. Da muss man schon aufpassen. Bei der Pflege, das ist nicht so. Ich habe das gehört von Leuten, „passt auf, passt auf". Oft werden die Pfleger dann erst recht krank. Und dann geht man schon etwas über Grenzen. Weil es einfach auch – also körperlich sowieso, körperlich, weil wenn da jemand am Boden liegt, dann probierst halt mit allen möglichen

Mitteln und das ist. Und das geht dann auch bei der Seele, weil man sagt, kann ich das noch? Ertrag ich den noch den Brüllenden oder den Leidenden. Man setzt sich ins Auto und – dann ist man dann allein und sagt: „Oh Gott ich kann nicht mehr". Also da ist man schon an der Grenze. Und – also genug – ist es vielleicht, „was macht man richtig, was ist richtig"? Genug ist nicht so sehr. „Ist das richtig wie man es tut?" Da kommt man nicht ganz klar. Und zwar auch so, indem man aufpasst, wie weit kann ich mit mir gehen? (Frau Schneck, 278-289).

Um das eigene Gefühl zu beruhigen, den Vater ausreichend zu versorgen, geht Frau Schneck an ihre Grenzen. Die Grenzbelastung wird zum Maßstab für die ausreichende Versorgung. Mehr kann sie also nicht leisten, weniger könnte bedeuten, die wahrgenommene Verpflichtung nicht zur Genüge zu erfüllen. Weil der Vater augrund seiner Erkrankung keine Rückmeldung geben kann („*Er kann es ja nicht sagen*", Frau Schneck, 900), bleibt die Frage danach, ob die Pflege richtig oder gut geleistet wird, über dessen Tod hinaus aktuell.

Zu dieser andauernden Belastung kommen viele Situationen, in denen Frau Schneck sich hilflos fühlt. Sie fragt sich, wie sie als Pflegende angesichts des sich verändernden Vaters handeln soll. Erst mit fortschreitender Erkrankung werden die Belastungen geringer, weil der zunehmende Verlust der Aktivität des Vaters zugleich weniger Auseinandersetzungen mit ihm bedeuten.

Es ist, es ist schwer. Es, es ist. Aber was soll man mit dem Menschen machen? Mit den Menschen, die da geistig den Verfall durchmachen. Es ist. Sie sind ja eine zeitlang sogar besonders gesund - körperlich. Man kann sie nicht einsperren! Sie laufen weg, es haben ja viele den Drang wegzurennen. Darfst die Türe nicht zusperren, sonst schlägt er [der Vater, M.D.] die Türe ein. Später ist es dann gegangen, dann haben wir das gemacht. Aber viele Jahre war das nicht möglich (Frau Schneck, 740-749).

Und diese Hilflosigkeit ist lange zu ertragen, weil nicht klar ist, wie viel Zeit vergehen wird, bis der Vater stirbt. Nicht abschätzen zu können, wie lange die Belastungen noch andauern, scheint die Belastungen zu potenzieren, weil dadurch fraglich ist, ob die eigenen Ressourcen ausreichen werden. Ein Hinweis hierfür liefert auch der entindividualisierte Sprachgebrauch. Auf die Frage nach sozialen Unterstützungen hält Frau Schneck einen langen Monolog, der zu folgender Aussage führt:

Diese Ungewissheit. Da vergeht eine Woche. Da gibt's den Schlaf; ein paar Stunden Schlaf, ja, eigentlich haben wir nicht geschlafen. [Pause] Und, ja, da weiß man nicht, da kann so etwas noch Wochen dauern. Eigentlich hat uns niemand gesagt, oder gefragt auch. Vielleicht fragt man auch nicht. Das weiß ich jetzt nicht. Aber es ist bei der Mutter dasselbe. Wie schlecht ist ihr Zustand wirklich? Sie kann seit fünf Jahren sterben. Aber sie lebt. Aber man kann nicht mehr, es kommt nicht (Frau Schneck, 492-502).

Die Alzheimererkrankung des Vaters

Schließlich wird die Pflegesituation auch aufgrund der Persönlichkeitsveränderungen des Vaters schwierig erlebt:

Ja, es begleitet einen bei Alzheimer noch etwas. Es gibt kein danke. Das Danke muss man sich schon selber sagen. Das kennt er nicht. Er ist sogar am Schluss per „Sie" mit dir, weil er

ja nicht weiß. Er hat behauptet, seine Frau ist nicht seine Frau. Er würde die, seine Frau ohnehin kennen (Frau Schneck, 894-903).

Es ist, als wenn eine die fremde Person pflegte und zudem jede Wertschätzung unterlässt, und das, obwohl Frau Schneck alles ihr mögliche tut. Die Hoffnung, dass der Vater bestätigen würde, dass die Tochter, die ihr auferlegte Pflege pflichtgemäß erfüllt, bleibt aus. Gerade weil Frau Schneck ihre Pflegerolle sehr ernst nimmt, kann man erahnen, dass die ständige Unsicherheit, die Rolle gut zu erfüllen, Nährboden für Selbstzweifel ist.

Einschätzung der ereignisunabhängigen Traumatisierungspotenziale

Dass Frau Schneck die Pflege als selbstverständlich annimmt, führt dazu, dass sie die erlebten Belastungen, die insbesondere aus dem für sie würdelosen Verfall des Vaters resultieren, ohne Rücksicht auf die eigenen Grenzen zu auszuhalten. Freilich ist dies auch durch die dominierende Mutter mitverursacht, von der Frau Schneck annimmt, sie erwarte die Pflege des Vaters. Das Aushalten der Pflege und das Miterleben des Leidens des Vaters sind extrem bedrohlich für Frau Schneck, so dass sie besonders fürchtet, selbst als ein „Pflegefall" zu enden und würdelos zu verfallen.

6.3.4.5 Ereignisunabhängige Faktoren

Welche individuellen Faktoren spielen im Fall von Frau Schneck eine Rolle?

Verkehrung der Eltern-Kind Beziehung

Um die Problematik der Rollenumkehrung in der Pflegephase zu erklären, ist es notwendig, die Beziehung zum Vater anzuschauen. Ihren Vater beschreibt auf die Frage nach der Beziehung zu ihm so:

Zu meinem Vater. Für mich sehr streng. Er hat Angst verbreitet. Das war keine wunderbare Jugend für mich. Nur wir wurden gut versorgt (Frau Schneck, 9f.).

Auch als Pflegende hat sie unter dem Vater zu leiden. Weil Frau Schneck während des Interviews viel von der Alzheimererkrankung erzählt, wird sie von der Interviewerin mit folgender Frage konfrontiert:

Es gibt ein Buch, das ein englischsprachiger Autor verfasst hat, das heißt „Die verdeckten Opfer der Alzheimerkrankheit" und dann meint er die pflegenden Angehörigen. Würden sie sich auch so sehen?

Darauf antwortet sie:

Ja, ja also immerhin. Ich habe gelesen, und das hat ja auch gut getan, weil man damit sich stärkt kann, indem man schon sagt, es stimmt, dass es den Pflegenden schlechter geht als den Betroffenen. Denn der Betroffene bekommt ja eines Tages –je weiter er fortschreitet in dem geistigen Verfall, das langsame Sterben des Geistes, Er entrückt ja und wir nicht. Wir sind da und kriegen das voll ab (Frau Schneck, 694-698).

Den Vater dennoch zu pflegen bedarf daher einer Erklärung oder Rechtfertigung. Danach gefragt, ob sich die Beziehung zu ihrem Vater durch die Pflege geändert haben, sagt Frau Schneck:

> *Er [der Vater, M.D.] war ein armer Mensch. Wenn er – was er ja wohl bis zum Schluss, seine Ausbrüche hatte, dann gut, dann habe ich mir so im Stillen gesagt: „Schrecklich, schrecklich. Ich renne davon. Ich gebe Dich ab" (lacht). Aber das hat man natürlich nicht ernst gemeint. Es war eher so, dass man sorgenvoll den nächsten Tag hat kommen sehen, was wird der bringen. Es war einfach herrlich, wenn es mit dem Stuhl geklappt hat (lacht) und mit der Pflege. Und wenn man einmal weniger umziehen musste (Frau Schneck, 133-140).*

Sich um den Vater zu kümmern, begründet Frau Schneck damit, dass er sich in einer Notsituation befindet. Trotzdem bleibt die Pflege ambivalent. Einerseits bereitet ihr der Zustand des Vaters Sorge. Andererseits erlebt sie das aggressive Verhalten so belastend, dass sie flüchten möchte. Offensichtlich reicht das Bild vom armen Vater nicht aus, die Aggressionen des Vaters abzupuffern. Ursache hierfür ist möglicherweise, dass sie das früher geprägte Elternbild nicht loslassen kann.

> *Ich würde dann von denn von meinen Alten verlangen, von meinen Eltern. Beim Papa konnte man das nicht! Das ist vielleicht das enttäuschende bei der Mutter, die kann es leider auch nicht. Sie will ja nicht mehr leben. Ist ja verständlich. Ich verlange von ihr – nein, verlangen nicht wirklich, dass sie. Es ist eben eine Zeit noch nicht gekommen. Man würde wollen, Eltern sollen ein bisschen doch ein Vorbild bleiben. Schaffen es aber nicht! Schaffen das alle nicht? Das weiß ich nicht (Frau Schneck, 627-632).*

Aus der Perspektive der Tochter erwartet Frau Schneck, dass ihre Eltern lebenslänglich ihre Vorbildfunktion behalten. Diese Erwartung enttäuschen die Eltern. Waren die Eltern früher noch Vorbild, muss sie ihnen heute erklären, was sie zu tun haben. In dieser neuen Rolle fühlt sich Frau Schneck nicht sehr wohl.

> *Ja, ja. Meine Mutter, meine Mutter hat mir gesagt – das klingt sehr herzlich, wenn sie dann gesagt hat hin und wieder: „Na bist mei Mutterle, gell" Also, es ist schon so, so wie jetzt. Ja und dann wird es auch so. Das ist vielleicht das Unschöne, das man da auch als Pflegender zu weit geht. Da sieht man auch die Grenzen. Wie weit kann ich mich da einmischen. Also diese. Also ich glaub, man macht, macht dann schon gewisse Vorschriften: „Du darfst nicht! Wenn du schlafen gehst muss du dass und das" (Frau Schneck, 657- 664).*

Frau Schneck erkennt, dass sie sich den Eltern gegenüber so verhält, wie sie es selbst von diesen erlebte. Dass sie diese Verhaltensähnlichkeit gering schätzt hängt damit zusammen, dass sie glaubt, als Tochter dazu nicht berechtigt zu sein. Als Tochter darf sie sich nicht einmischen. Jede Anweisung an die Eltern erlebt sie daher im Widerspruch zu ihrer Tochterrolle.

> *Aber bei meiner Mutter ist man da zu weit gegangen. Ja, ob des Medikamente waren, oder Bekleidung oder diese als Vorschriften gemeinten Ratschläge. Na ja, es ist das umgekehrte Verhältnis. Das was wie als Eltern: „Du darfst nicht und pass auf die auf und zieh dich an", das geht dann halt umgekehrt (Frau Schneck, 672-675).*

Man kann den Eindruck gewinnen, dass die Rollendiffusion verhindert, das ursprüngliche Bild des Vaters an die Situation anzupassen.

Frau Schneck versucht die Pflegebedürftigkeit der Eltern anhand eines Rollentausches zu erklären:

Also jetzt, jetzt habe ich mein Mütterchen als Kind und meinen Papa als Kind. Aber, ja. Na ja, habe mir gesagt Windeln brauchst wieder. Das ist etwas. Na ja, Kinder sind schon etwas anders (Frau Schneck, 1044-1046).

Frau Schneck sieht in der Pflegebedürftigkeit die Parallelen zwischen alten Menschen und Kindern. Diesen Vergleich schränkt sie allerdings wieder ein. Ein paar Zeilen später wird der Grund hierfür ersichtlich:

Eigentlich, vielleicht fiel es mir leichter beim Vater. Ich habe fast oder ist das wieder nur der Beginn [der kurz vor dem Interview eingetretenen Pflegebedürftigkeit der Mutter, M.D.] der mir Schwierigkeiten macht. Denn plötzlich denkst du: „Du musst den Po deiner Mutter putzen. Das ist doch, das, das ist doch. Das gibt es ja nicht". Das ist ja umgekehrt. Also es geht einfach, einfach ganz schön weit. Aber ist doch so, es war ja beim Papa nicht anders (Fr. Schneck, 1052-1060).

Frau Schneck kann es kaum fassen, dass sie die Eltern sogar bei den Ausscheidungen unterstützen muss. Eine solche basale Hilfsbedürftigkeit entfremdet sie. Es zerstört ihr Bild von den strengen, würdevollen Eltern. Diese Erschütterung lässt sich offensichtlich nicht durch das Bild kindlicher Eltern auffangen.

Intrapsychische Bewältigung: Bedeutungszuweisungen und interpretatorische Ressourcen

Im Vordergrund der Bewältigung scheint die Neubewertung des Lebens und des Selbst zu stehen.

(A) Die Neubewertung des Selbst und sozialer Beziehungen

Frau Schneck hatte sich auf das Interview vorbereitet und einige Dinge notiert, die sie der Interviewerin ausrichten wollte:

Ja, ich war, ich habe aufgeschrieben, über die Angst gesprochen. Was wird und wie wird es. Wie wird es enden und was wird. Das war mir sehr wichtig. Ob das: „Was ist wirklich ein Problem", das haben wir aber auch gesagt, das das kennen lernt. Das Problem nicht Problem ist. Und das man Freude über einen Lächeln hat. Und Freude über Worte, die dann, dann so, so rauskommen. Äh, ungeheuerlich wie bescheiden man wird. Und habe ich mir eben auch Demut dazugeschrieben, gell. Habe ich dazugeschrieben. Und das habe ich immer gesagt. Das „Dabeisein" beruhigt sehr. Beim Sterben dabei sein, das ist dann letztendlich doch etwas, äh, was beruhigt. Einfach, du hast gesehen, wie es, wie es zu Ende geht. Dann, dass man Menschen kennen lernt, die, die wirklichen menschlichen Menschen. Da gibt es schon Unterschiede. Und das man eigentlich interessanter Weise dann den Schluss zieht, dass man das den Kindern nicht antut. Den eigenen Kindern. Die wir ja beide haben. Die Schwester und ich (Frau Schneck, 1197-1210).

In der Beschreibung tauchen die in der Traumatologie diskutierten typischen Bereiche auf, für die traumatisierte Personen persönliches Wachstum bestimmen (vgl. z.B. Tedeschi, Park, Calhoun, 1998). Frau Schneck setzt neue Prioritäten und freut sich, über kleine Gesten, die die Beziehung zu ihrem Vater verbessern. Sie beschreibt ihre Veränderungen als Stärkungen ihrer persönlichen Eigenschaften.

Auch andere Interviewpassagen bestätigen das von Frau Schneck wahrgenommene Wachstum. Im Kontext der Frage, ob sie die mangelnde Unterstützung von Seiten des Mannes schwierig erlebt hat, lenkt Frau Schneck (wohl schon aufgrund der nicht gerade sensiblen Fragestellung) auf das persönliche Wachstum ab.

> *Und das ist kein Vergnügen was ich mache, das ist absolut kein Vergnügen, aber ich glaube, insofern ich habe ja auch was davon, wenn meine Eltern sterben. Ich habe sie verabschiedet. Also ich habe ein wohles Gefühl; man kann schon sagen, man lernt auch vieles dabei. Man ist ja dann etwas demütiger; man weiß Gesundheit zu schätzen. Es ist nicht jedes Wehwehchen ganz so schlimm. Es gibt halt ein nur Wehwehen. Das Schicksal hat mir mehr gegeben. Die Freiheit [Pause] Zeit zu geben, also ich war richtig froh, ich habe diesen Rentenschock, den man überall hört, den, den habe ich nicht gehabt; den konnte ich nicht haben. Da war immer jemand, der gewartet hat, ja man kann ja sagen, die warten auf dich. Das Gebraucht werden ist wahrscheinlich auch eine schönes Gefühl. Was fehlt dann dem Mann – nicht? Während der Mann sich um so etwas nicht kümmert, der weiß dann nicht, wohin. Das habe ich ja auch erlebt. Das war ja schrecklich. [Pause] Der Beginn der Rente (Frau Schneck, 178-198).*

In dieser Passage werden einige positive Neubewertungen ersichtlich. Den schon oben angesprochenen positiven persönlichen Veränderungen fügt sie noch eine weitere hinzu. Dass sie ihren Vater gepflegt hat, hat sie auch als eine Aufgabe verstanden, die ihr den Eintritt in das Rentenalter erleichtert hat. Sie war froh eine sinnvolle Aufgabe gehabt zu haben, weil ihr Mann diesen Renteneintritt nur schlecht bewältigt hatte. Im Vergleich zu ihrem Mann kann sich Frau Schneck durch Abgrenzung von ihm auch selbst erhöhen.

In vielen anderen Passagen spricht Frau Schneck immer wieder ihr persönliches Wachstum an: Sie hat gelernt, „*dass man auf Menschen zählen kann, das ist wichtig, das es die wirklich gibt*“ (Frau Schneck, 476f.) und bezieht dies auf die Personen, die sie in der Selbsthilfegruppe kennen lernte. Sie spricht davon, „nachsichtiger“ und „demütiger“ geworden zu sein (Frau Schneck, 587) und davon, „*den Menschen in seiner Unvollkommenheit zu akzeptieren oder überhaupt akzeptieren“* (Frau Schneck, 610). Letzteres ist ein erster Neubewertungsversuch, um die Erschütterungen durch den Verlust der Würde zu kompensieren. Auch dem Tod der Eltern weist sie einen Sinn zu:

> *Ich sag mir, es hat vielleicht diesen Sinn, das ich dann sage, „o.k., Eltern, jetzt liegt ihr da!“ und ich fühle mich nicht schlecht. Werde schon weinen, aber da tu ich was für die Zukunft, für meine Zukunft. Für mein Wohlbefinden (Frau Schneck, 1002-105).*

In der schriftlichen Befragung zur Wahrnehmung erlebter Veränderungen (PPR, Maercker & Langner, 2001)) wurden folgende Werte gemessen:

	Neue Möglich-keiten	Beziehungen zu Anderen	Wert-schätzung des Lebens	Persönliche Stärke	Religiöse Verände-rungen	Σ
Mittelwerte der PPR-Subskalen	3,6	3	5	3,5	0	
PPR- Summenwerte	18	21	15	14	0	80*

*Skalenrange [0;105]

Diese Selbsteinschätzung bestätigt die im Interview berichten Selbstwahrnehmungen über das persönliche Wachstum, insbesondere hinsichtlich der von ihr berichteten neuen Wertschätzung des Lebens. Interessant ist, dass sie keine religiösen Veränderungen angibt. Leider fehlen hierzu aufgrund des abrupten Interviewendes weitere Daten.

Interpersonelle Bewältigung: Geringe soziale Unterstützungsleistungen

Der Ehemann von Frau Schneck ist weder bereit, sie bei der Pflege der Eltern zu unterstützen, noch sie zu dulden. Dieses Verhalten ist für Frau Schneck schwierig, weil es ihr Bedürfnis, die Eltern zu pflegen und zu betreuen, konterkariert.

> *Aber da hat es dann schon Streitgespräche gegeben. […]. Ich will da einfach meine Ruhe haben, gell. Wenn ich dann eine Pause gehabt habe, dann war es wieder anders, aber, dann haben wir uns schon so geeinigt, dass ich ein bisschen, lieber für mich selber sorge (Frau Schneck, 289-298).*

Die Pflege der Eltern wird zum Streitfall für die Beziehung der Eheleute. Frau Schneck entscheidet sich für die Pflege ihrer Eltern und dazu, ihren eigenen Weg zu gehen, worunter die Beziehung zu ihrem Mann leidet.

> *Das ist jetzt, weil das schon jahrelang so ist. Da habe ich das irgendwie akzeptiert. Es ist nur so, selbstverständlich leidet die Ehe oder Familie. […] Und er hat sich auch seine Hobbys gesucht. Und die Hobbys waren nicht meine Hobbys. Und so jedenfalls, wenn es dann ernst ist [mit der Pflegebedürftigkeit der Eltern, M.D.], betrachtet man das, als wenn das mein Hobby wäre, es geht um Pflege. Jemand muss es ja tun (Frau Schneck, 167-176).*

Es ist nicht leicht für Frau Schneck, die Pflege ihrer Eltern zu übernehmen und dadurch die Beziehung zum Mann zu beeinträchtigen. Die Pflege kann sie nur legitimieren, in dem sie diese als Hobby ausweist. Der Mann lehnt es zwar ab, dass sie die Eltern pflegt. Weil ihr Mann sich aber, ohne Rücksicht auf sie, Hobbys gewählt hat, die sie nicht teilt, kann sie mit der Bezeichnung der Pflege als Hobby diese, selbst ohne Zustimmung des Mannes, durchführen.

Der Mann von Frau Schneck bringt seine ablehnende Haltung gegenüber seiner pflegenden Frau deutlich zum Ausdruck:

> *Was mich vielleicht doch verletzt hat. Es ist interessant. Ich habe das bei meinen Mann so immer nur so nebenbei mitverfolgt. Er sagte doch tatsächlich: „Wenn mir so etwas passiert, dann will ich nicht zur Schau gestellt werden." Und er hat etwas gemeint. Wir sind natürlich – wir haben die Eltern also nicht nur hierher geführt. Er hat gesehen, wie das beim Essen nicht mehr ganz funktioniert hat. Später dann mit aufschneiden. Also da geht dann halt viel*

runter. Und es könnt natürlich was in der Hose sein. Und wir sind dann mit Rollstühlen in die Stadt gegangen. […] Wir sind halt in die Konditorei gegangen, wir sind im Freien gesessen, mitten auf der Brücke. Und er hat gemeint, mein Mann, das macht man nicht. Das tut man nicht. Das würde er nicht wollen. Also dann habe ich gesagt: „Die Mutter kann noch sagen, ob sie will". Also bei ihr habe ich das gespürt (Frau Schneck, 394-417).

Ihr Mann hält es für unangemessen, sich mit den kranken Eltern in der Öffentlichkeit zu zeigen. Frau Schneck lässt sich dadurch verunsichern, weil sie sich rechtfertigt, bei der Mutter gespürt zu haben, dass solche Cafébesuche ihrem Willen entsprachen. Die Verletzung, die Frau Schneck durch die Bemerkungen ihres Mannes erleidet, besteht wohl weniger in der angesprochenen Autonomie, sondern vielmehr darin, dass der Mann mit seiner Aussage auch die Eltern gering schätzt und zum anderen Frau Schneck selbst abwertet, weil er ihr Verhalten in Frage stellt. Folglich muss sie sich gegen ihrem Mann zur Wehr setzen:

Dann sind wir auch anschließend noch Kaffe trinken gegangen. Haben ein Achterle getrunken. Und das war - des hat mein Mann gesagt, das tut man nicht. Das verstehe ich nicht, bitte. Das tut mir leid. Ich habe mir gesagt, die Gesellschaft muss sich – die, die, ich – ich verlange von der Gesellschaft, dass sie sich schön langsam an diese Behinderten, an diese armen Alten – weiß nicht - dass sie mit diesen leben lernt. Ich mag das nicht. Es ist nicht einfach, so etwas zu sehen. Aber das sie deswegen die Menschen verstecken, nein, das kommt nicht in Frage – erst recht nicht (428-430).

Aufgrund der ablehnenden Haltung des Ehemannes fehlt Frau Schneck auch die emotionale Zuwendung einer vertrauten Person. Emotionale Krisen muss sie ohne Unterstützung bewältigen.

Manchmal geht es nicht so gut, manchmal hat man voll, ist man voll mit Sorgen und, und „was kann man machen" und „denken, denken, denken" und das vielleicht jemand einen rausholt. Äh, meine Schwester sagt natürlich, es war – sie findet es für sich etwas einfacher, weil sie halt mit ihren Mann das alles bespricht. Ich mach das ganz selten, weil das Interesse ja nicht so groß ist (Frau Schneck, 528-532).

Auch der Versuch, Entlastung bei der Schwiegertochter zu erhalten, schlägt fehl.

Auch, ich mein, wenn hin und wieder die Schwiegertochter oder so – wobei ich da der Meinung bin, die haben selbst Probleme. Da bin ich sehr zaghaft, aber manchmal erzähle ich halt. Und das ist vorgefallen und das und das und das. Ich habe lange Zeit viele lustige Geschichten über meinen Vater erzählt. Was er alles anstellt. Und es war ja soviel zum Lachen. Es ist schrecklich, peinlich und unangenehm und. Aber da habe ich gemerkt, dass, das eigentlich diese Kinder von meinem Sohn; das kommt gar nicht gut an, das glaubt – ich muss später mal darüber reden – die haben vielleicht das Gefühl, ich mach mich lustig. In Wirklichkeit ist das so, ich habe doch nur gesagt. „Wisst Ihr, Ihr müsst das auch mal so betrachten. Ich komme sonst nicht durch". (lacht) Ich muss das richtig, diese, diese – jetzt fällt mir gerade nichts Besonderes ein – aber, diese Situationen, die es so gegeben hat, die gar nicht, die sind ja traurig. Dieser geistige Verfall, er ist ja nicht da. Aber es war soviel zum Lachen dabei und des haben wir natürlich ein bisschen aufgebauscht, übertrieben und haben darüber, Schwester, Schwager und anderen Verwandten und haben halt gekichert (Frau Schneck, 545-560).

Die Sehnsucht, von jemandem emotional unterstützt zu werden, ist sehr groß. Ohne Unterstützung hält Frau Schneck die Pflege nur schwer aus. Während sie von der Familie keine Unterstützung erfährt, fühlt sie sich von den Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe sehr gut verstanden.

Also wer aber wirklich was verstanden hat, […]das waren eigentlich diese, diese Selbsthilfegruppen, wo du total wortlos verstanden wurdest. Das ist faszinierend, das. In unserer Hilflosigkeit haben wir da zum Beispiel den Herrn, den Herrn Z angerufen und der hat sofort gesagt, Krankenhaus, muss eingestellt werden und oh Wunder, uns ist es allen besser gegangen (Frau Schneck, 318-324).

Schon kleine Gesten und Hinweise helfen Frau Schneck, die Pflege leichter zu ertragen. Hier taucht, wie bei Frau Seida, das Phänomen auf, dass die Knappheit der Zuwendungen zu einer hohen Wertschätzung dieser kleinen Gesten führen.

Und der hat dann Windel gebracht und Medikamente und hat gesagt, „wer braucht Windel?" Ich habe gesagt: „Ja, ich!" Da hat er es mir, da hat er es mir von seinem Auto in mein Auto rein gegeben, solche Windelkisten. Und dann hat er gesagt. „Es kommt noch eine schlimme Zeit!" Ja. Das genügt eigentlich (Frau Schneck, 341-346).

Wie wichtig es ist, Menschen zu haben, die emotionale Unterstützung geben, betont Frau Schneck:

Auf jeden Fall die Menschen, ja. Menschen, da weiß man, es gibt Menschen und des ist ungeheuer wichtig Dass man sich, das man sich auch raus wagt. […]. Das man des nicht mit sich allein austrägt. Das man nicht vergeht (Frau Schneck, 360-364).

Der Mangel an Unterstützung spiegelt sich auch in der schriftlichen Befragung zur sozialen Unterstützung F-Sozu-K22 (Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999) in einem Summenwert von 63 (Skalenrange 0-110) wider. Besonders gering sind die Punktwerte auf den Subskalen „emotionale Unterstützung" und „Vertrauensperson".

Auch in der Befragung zur wahrgenommenen Wertschätzung des sozialen Umfeldes (Maercker und Müller, 2000 zeigt sich die Enttäuschung über die mangelnde Wertschätzung der Familie.

	Allgemeine Missbilligung	**Anerkennung**	**Familiäre Missbilligung**
Punktwerte Subskalen	13	14	18
Wertebereiche	0-25	0-30	0-25

Frau Schneck fühlt sich in hohem Maß von der eigenen Familie missbilligt. Der Summenwert der Anerkennung wird vermutlich auf die Anerkennung z.B. durch die Selbsthilfegruppe zurückzuführen sein.

Ergebnis der Bewältigung

Die folgende Interviewpassage gibt die Antwort auf die Frage nach den Zukunftsvorstellungen wieder

Ja, ich habe mir vorgestellt, wenn ich Pensionistin bin. Oder wenn ich, auch vorher schon, wäre ja möglich gewesen. Schon länger, dass ich dann viel reise. Ich habe das nämlich gemocht. Irgendwie, ich habe mich darauf vorbereitet: man verliert den Sohn, andere geht in die Welt hinaus. Und da habe ich mir gesagt. Die Depressionen werde ich mir da verweigern.

Man muss vorbereitet sein, so ist das Leben. Und bin damit recht gut zurechtgekommen. […] Man wächst damit. Es ist nicht so, man kann nicht sagen, es ist für nichts. Oder wofür ist das. Es ist schlimm genug, das man da die Menschen leiden sehen muss. Aber es ist vielleicht auch wichtig, für jeden persönlich, dass man sagt: „Schätz das Leben, es kommt ja noch eine Zeit, oder nimm dir Zeit" (Frau Schneck, 965-987).

Frau Schneck spricht von früheren depressiven Phasen, die sie nicht mehr zulassen will. Wie weiter oben schon angeführt, nimmt sie diese Gefahr für sich wahr, und wehrt sie ab. Das versucht sie durch eine strikte Zukunftsorientierung und dem Versuch, zur Normalität des Alltags (vgl. Taylor, Wood & Lichtman, 1983) zurückzukehren, umzusetzen. Die Vergangenheit will sie hinter sich zu lassen, was natürlich die Gefahr birgt, diese nicht zu verarbeiten, sondern zu verdrängen.

Ich will mich nicht fallen lassen. Ja, ich glaube, ich werde schon das Loch sehen, aber ich werde schon aufpassen. Das, das werde ich schaffen. Weil, ich sag, das ist verpflichtend, sich nicht gehen zu lassen (Frau Schneck, 1187-1190).

6.3.4.6 Zusammenfassende Bewertung

Aus den Daten des Interviews und den schriftlichen Befragungen geht hervor, dass Frau eine klare Desillusionierung ihres Glaubens an die eigene Unverletzbarkeit erlebt (Perloff, 1983, Taylor, 1989). Verursacht wird dies durch den wahrgenommenen Verlust der Würde des Vaters, der massive Angst vor dem eigenen Leiden auslöst. Erschwerend kommt mangelnde Wertschätzung von Seiten des gepflegten Vaters und des Partners hinzu, die mit Selbstzweifeln an der eigenen Rolle einhergeht. Verbunden damit ist eine Infragestellung der eigenen Kompetenzen, was Janoff-Bulman (1992) mit der Erschütterung des eigenen Selbst und Taylor (1989) als Verlust der Illusion eines positiven Selbst beschreiben würden.

Zum Teil gelingen Frau Schneck erste positive Umdeutungen ihrer Situation. Ein zentrales Thema der erlebten Erschütterungen ist der Verlust der Würde eines Menschen aufgrund des alters- und krankheitsbedingten Verlustes grundlegender Fähigkeiten. Bei den wahrgenommenen persönlichen Entwicklungen wird dann auch der Sinn der Pflege dahingehend gedeutet, dass diese dazu beigetragen, den Menschen mit seinen Defiziten zu akzeptieren.

Sehr ambivalent stellt sich auch der Einfluss der Beziehung zu den Eltern dar. Sie führt zu einer Rollendiffusion, die sich in der Pflegesituation als irritierend für Frau Schneck herausstellt. Während der Pflege bleiben die Eltern dominierend, insofern Frau Schneck sich an den Erwartungen der Mutter orientiert, von der sie glaubt, sie würden die Pflege des Vaters von ihr erwarten. Mit der Vaterpflege will Frau Schneck den Erwartungen der Mutter entsprechen. Bezüglich des Vaters bleibt sie in der Rolle der Tochter. Als Kind ist sie hilflos seiner Strenge ausgeliefert, als Erwachsene ist sie schutzlos dessen Leiden ausgesetzt. Insofern ist die Pflege für Frau Schneck eine Gratwanderung zwischen dem erlebten Mitleid und diesem Mitleid ausgeliefert zu sein. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Ambivalenzen eine positive Umdeutung der Situation erschweren. Zumindest aber verfügt Frau Schneck nicht über religiöse oder andere Deutungen, wenngleich ihr Handeln und Denken, wenn

man sich das verpflichtendes Pflegemotiv vor Augen hält, von moralischen Ansprüchen gekennzeichnet ist.

Wesentlicher Belastungsfaktor scheint die Haltung des Mannes zu sein. In dieser Beziehung erlebt sie eine Vereinsamung und Abwertung, die höchst schmerzlich ist. Diese Problematik taucht auch nicht im Zusammenhang mit den Neubewertungen auf. Sie scheint sie eher zu verdrängen, was den Bewältigungserfolg sichtbar schmälert.

6.3.5 Frau Merlin: „Pflege heißt, das Leben aufgeben müssen“

Einführend ist zu bemerken, dass das Interview weitgehend von Frau Merlin bestimmt wurde. Sie erzählt eine über mehrere Stunden dauernde Geschichte. Erst ganz zum Schluss folgen einige Fragen der Interviewerin. Den zitierten Ausschnitten liegen daher so gut wie keine gestellten Fragen zugrunde. Auch die Analyse erfolgt einer etwas anderen Ordnung als in den vorab vorgestellten Fällen, nicht zuletzt deshalb, weil die Bewältigung sich sehr anders im Vergleich zu den anderen Probandinnen darstellt.

Frau Merlin ist zum Zeitpunkt des Interviews 60 Jahre alt. Sie ist verheiratet und hat keine Kinder. Aufgrund ihrer langjährigen Erwerbstätigkeit bezieht sie eine eigene Rente. Ihr Mann ist noch erwerbstätig. Das Einkommen der beiden Eheleute ermöglicht ihnen ein finanziell sorgenfreies Leben.

Noch während ihrer Berufstätigkeit im Jahr 1996 erkrankt der Vater von Frau Merlin schwer. Auf verschiedene Operationen folgen postoperative Komplikationen, so dass ihr Vater zu einem Pflegefall wird. Frau Merlin entscheidet daraufhin, ihn unmittelbar im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt zu sich zu holen und ihn zu Hause zu pflegen. Ihre Mutter bleibt allein in der elterlichen Wohnung zurück. Einige Zeit später stirbt der Vater. Die Mutter leidet nach dem Tod ihres Mannes an Depressionen und verliert ihren Lebenswillen. Eine zunehmende Demenz der Mutter ab dem Jahr 2000 erfordert vermehrte Betreuung durch Frau Merlin. Nächtliche Anrufe der Mutter und notwendige Unterstützungsleistungen bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens kennzeichnen den Betreuungsbedarf der Mutter. Nach wie vor lebt die Mutter allein in ihrer Wohnung. Schließlich erkrankt die Mutter im Jahre 2004 an einem Gallenblasenverschluss, von dem sie sich nicht mehr vollständig erholt. Postoperativ entwickelt die Mutter ein ausgeprägtes Durchgangssyndrom. Nach dem Krankenhausaufenthalt pflegt Frau Merlin ihre Mutter in ihrer eigenen Wohnung. Wenig später erkrankt die Mutter erneut. Wieder wird die Mutter in ein Krankenhaus eingeliefert. Der Gesundheitszustand verschlechtert sich rapide, so dass die Mutter schwer pflegebedürftig in eine Pflegeeinrichtung verlegt wird. Wenige Wochen später verstirbt die Mutter.

Der Lebenslauf von Frau Merlin ist von mehrfachen Traumatisierungen gekennzeichnet. Im Alter von 12 Jahren wird sie vergewaltigt. Mit 19 Jahren heiratet sie. Im Alter von 25 Jahren folgt nach

gewaltsamen Auseinandersetzungen mit dem Ehemann die Scheidung. Nach über 20 Jahren Betriebszugehörigkeit verliert Frau Merlin 55-jährig ihren Arbeitsplatz. Der Verlust des Arbeitsplatzes und parallel dazu die Belastungen durch die Betreuung der Mutter führen zu Depressionen, die psychotherapeutisch und medikamentös behandelt werden.

6.3.5.1 Pflegemotiv

Für Frau Merlin (60 Jahre) ist überzeugt, dass die Elternpflege selbstverständlich ist.

> *Uns wurde als Kinder eine andere Erziehung geboten (weint). Abverlangt. Uns wurde Familienleben, das Zueinanderstehen und das Dasein füreinander vorgelebt. Und, es ist kein Elternhaus gleich, aber bei unserem Elternhaus war es so, dass Kameradschaft, Füreinanderdasein, zu jeder Sekunde, zu jeder Minute, selbstverständlich. Und ich habe vor Jahrzehnten schon gesagt. Es ist selbstverständlich, daraus resultierend ist es selbstverständlich, dass wenn meine Eltern Jahrzehnte für mich da waren. Jahrzehnte ist vielleicht übertrieben, aber doch mindestens zwanzig Jahre. Das es dann das Natürlichste doch von der Welt ist, wenn ich dann, wenn sie alt sind und gebrechlich, ob jetzt am Körper oder am Geist. Das ist doch dann eine Selbstverständlichkeit, dass ich sag „und jetzt bin ich für Euch da". Mit jeder Konsequenz, so weit ich es vertreten und machen kann. Wenn ich krank geworden wäre, o.k. dann, dann, dann geht es nicht mehr (Frau Merlin, 600-610).*

Deutlich gibt Frau deutlich zu verstehen, dass sie familiäre Normen internalisiert hat, aus denen sie ableitet, dass die einst fürsorgenden Eltern später von ihren Kinder gepflegt werden. Mit der Bezeichnung, es läge in der „Natur" menschlicher Beziehungen, die Elternpflege zu übernehmen, wird eine Gesetzmäßigkeit unterstellt, die wohl mehr auf eine Verpflichtung als auf eine Selbstverständlichkeit deutet.

Von Seiten der Mutter war es weniger selbstverständlich, dass sie von der Tochter im Pflegefall versorgt wird. Entsprechend hat sie sich dessen vergewissert:

> *Ich musste meiner Mutter vor Jahren versprechen, „Bitte bring mich nicht in ein Pflegeheim". Habe ich gesagt: „Mama, ist in Ordnung". Hinterher hätte ich mich irgendwo reinbeißen können, weil ich ihr das Versprechen gab (Frau Merlin, 419-421).*

Auch die hier gewählte Wortwahl, dass sie ein Pflegeversprechen geben *musste*, lässt auf eine Verpflichtung schließen. Dieses Pflegeversprechen wird dann auch zu einem Problem als die Mutter so schwer pflegebedürftig ist, dass es keine Alternative zur Heimunterbringung mehr gibt:

> *Aber, dann habe ich mir wieder gesagt, es gibt eine Grenze. Es gibt eine Grenze, wo etwas nicht mehr geht. Wo man ein Versprechen nicht mehr einhalten kann. Jetzt ist sie von ihrem Geisteszustand so, dass sie es nicht mehr mitbekommt. Wahrscheinlich. Also setz dich drüber hinweg. Schau, dass du ein Zimmer kriegst. Habe ich dann bekommen. Habe ich gedacht, ich sag jetzt gar nichts. Habe ich sag: „Mama, jetzt tun wir dich verlegen auf eine Reha-Station. In ein Reha-Krankenhaus". Und da habe ich ihr dann Bilder, Blumen, Fotos, alles Mögliche, was man reinbringen kann im kleinen Umfang, habe ich ihr dann reingebracht, so dass sie ein bisschen was Vertrautes um sich hatte und sie nicht drauf kommt, wo sie ist. Ist sie auch nicht (Frau Merlin, 424-430).*

Frau Merlin zieht es vor, der Mutter ihren wahren Aufenthalt zu verschweigen und alles zu tun, damit die fortgeschritten alzheimerkranke Mutter nicht ahnt, wo sie sich tatsächlich befindet. Ganz

offensichtlich schafft es Frau Merlin nicht, dass Versprechen zurückzunehmen. Hier kann man das schon angesprochene Motiv dieser Generation annehmen, dass ein einmal gegebenes Versprechen unter allen Umständen einzuhalten ist. Das Versprechen nicht einzuhalten geht mit Schuldgefühlen bzw. der Angst einher, die Mutter würde ihr Verhalten missbilligen. Deshalb kann Frau Merlin zwar rational die Notwendigkeit der Heimunterbringung rechtfertigen, denn diese überschreitet ihr eigenen Ressourcen. In ihrem Verhalten aber bleibt das Motiv des verpflichtenden Versprechens bestimmend.

6.3.5.2 Ereignisabhängige Traumfaktoren

Angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit

In den fünf Jahren, in denen Frau Merlin ihre Mutter betreut und gepflegt hatte, gab es häufige, insbesondere durch verschiedene Erkrankungen der Mutter verursachte schwierige Situationen. Schon zu Beginn des Interviews spricht Frau Merlin die mit der Pflege verbundenen Belastungen an:

> *Jetzt begann - seit 1999 - für mich bis zu ihrem Tod 2004 eine tagtäglich, 24-stündige psychologische Aufbauhilfe. Sie [die Mutter, M.D.] wurde depressiv (Frau Merlin, 46-50).*

Besonders problematisch ist die Betreuung, da die Mutter abgesehen von letzten Lebensmonaten in einer eigenen Wohnung lebte und Frau Merlin sich verpflichtet fühlt, zusätzlich zur psychosozialen Begleitung auch diejenigen Aufgaben zu übernehmen, die sonst ihr verstorbener Vater erledigt hatte.

> *Und so habe ich also alles ersetzt und habe also dann in der Nacht, wenn sie mich dann in der Nacht um 12 Uhr angerufen hat „Mir ist schlecht", „Ich krieg keine Luft", ins Auto gesetzt und rüber gefahren. In der Nacht um drei: „Ich glaube ich sterbe, weil ich kann nicht auf die Toilette gehen" oder sonst was. Aufgesetzt und rübergefahren. In der Nacht um halbeins: „Mei, bei mir sind Einbrecher. Da hat jetzt jemand geklingelt und ich weiß nicht, wer das ist und bei der Nachbarin auch und wir sind beide ganz durcheinander". Also, nahm Ines ihren Revolver, Taschenlampe und fuhr rüber (Frau Merlin, 81-88).*

Frau Merlin zählt viele Beispiele für die nächtlichen Störungen auf, die deren Häufigkeit untermauern sollen und zugleich inhaltlich dramatisch geschildert werden, um zu verdeutlichen, dass das Aufsuchen der Mutter erforderlich war.

Nicht nur die nächtlichen Störungen sind belastend, sondern vor allem der Verlust der geistigen Fähigkeiten der Mutter, die nach Aussage von Frau Merlin am schwersten wiegt.

> *Nicht zu wissen wie ist der Ablauf in diesem menschlichen Hirn [der an Alzheimer erkrankten Mutter, M.D.]. Wie ist der Ablauf. Wie reagiert das menschliche Hirn. Also, das war für mich am meisten, das war nicht nachvollziehbar (Frau Merlin, 729-731).*

Ein Beispiel verdeutlicht, welche Bedeutung der Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit der Mutter hat:

> *Warum sagt sie: „Ich weiß schon, Du bist hinter meinem Geld her"? […] Jeden dritten Tag habe ich sagen müssen „Mama, behalt Dein Geld, ich brauch Dein Geld nicht". Das sind, da kommen in dem Kranken wahnsinnige Ängste raus. So lange er noch so weit denken kann. Weil dann kommt ein unheimliches Misstrauen. Auch der pflegenden Person, die er in und auswendig kennt. Meint er, glaubt er. Aber dann kriegt man Misstrauen. Dann ist ein Ver-*

trauensverlust da. Enorm. Dann wird man, ach, das habe ich ja noch gar nicht gesagt, dann wird man angebrüllt. Dann wird man, au mein Gott. Sie werden ja, Sie sind ja kein Mensch mehr. Sie werden ja überfahren, dass du sagst, ja Himmel Donner, ich mach alles, was ist jetzt wieder nicht recht. Also, dass sind Aggressionen, die da losgelassen werden, die auf dich einhageln. Das ich sag, ja, ich weiß jetzt nicht mehr, wie ich das machen soll. Es ist schlimm. Aber Du darfst dem anderen nicht, du darfst dem anderen nicht böse sein, weil du immer berücksichtigen musst, Moment, er meint es ja gar nicht so (733-746).

Das Nichtverstandenwerden von der Mutter belastet Frau Merlin schwer. Darin sieht sie auch die Ursache für eine Beziehungsstörung zu ihrer Mutter und deren unberechenbares Verhalten. Die Mutter misstraut ihrer Tochter, die große Anstrengungen für die Betreuung auf sich nimmt. Obwohl die Tochter erwarten könnte, dass die Mutter ihre Tochter gut kennen müsste, erntet sie Misstrauen, so dass der Beziehung die Basis, nämlich das Vertrauen, genommen ist. Und es kommt noch schlimmer. Die Mutter wird verbal aggressiv gegen die Tochter, ohne dass Frau Merlin die Gründe für die Aggressionen versteht. Den dadurch entstehenden Zorn muss Frau Merlin unterdrücken. Die Frage, wie sie sich anders verhalten soll, um die Aggressionen der Mutter zu vermeiden.

Auffällig ist, dass Frau Merlin von einem Dialog mit ihrer Mutter zu einem unbekannten Kranken wechselt. Diese Entindividualisierung entlastet von der problematischen Erfahrung, die sie berichtet. Anstelle der aggressiven Mutter tritt eine fremde, kranke Person, deren Aggressionen besser zu ertragen sind. Nicht nur die Entindividualisierung spricht für die Dramatik dieser („enormen“) Erfahrung, sondern auch der Gebrauch von Tropen (vgl. z.B. Ueding & Steinbrink, 1994), der dazu dient, die sprachliche Routine zu verlassen, um die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken. „Himmel“, „Donner“ und das „Einhageln“ der Aggressionen sind Ausdrücke, die metaphorisch für die „katastrophale“ Erfahrung stehen.

Die dramatische Pflegesituation wird noch verschlimmert als Frau Merlin ihren Arbeitsplatz verliert:

Und da schaust Du dann diesem Zerfall zu. Musst Du zuschauen. Musst Du zuschauen. Wie oft bin ich hier gesessen, ins Leere geschaut. Lieber Gott, wann hat das ein Ende? Ich habe nicht mehr können. Ich habe nicht mehr gekonnt. Dann kam wieder ein Anruf und dann kannst Du wieder. Und Du kannst noch ein paar hundert Mal. Verstehen Sie? War aber selbst depressiv, durch den Job, durch Mama et cetera, durch den Papa (weinerlich). Also es kam bei mir damals sehr, sehr viel zusammen. So dass ich auch mich noch am Hals hatte (lacht). Bildhaft ausgesprochen. Ich hatte mich selber noch am Hals. […] Ich kann das gar nicht beschreiben. Ich habe nicht gedacht, dass ich das überlebe (557-567).

Frau Merlin beschreibt in diesem Beispiel sehr deutlich, dass sich schwierige Ereignisse kumulieren: Sie ist dem geistigen „Zerfall“ hilflos ausgeliefert. Sie kann nur zuschauen und abwarten, weiß also, dass die intensiven Pflegeleistungen keine Besserungen bringen werden. Sehr deutlich beschreibt sie, dass sie sehr nah an die Grenze ihrer Belastbarkeit gerät, der Betreuungsbedarf der Mutter sie aber immer wieder zum Durchhalten zwingt. Nicht zuletzt hängen die Pflegebelastungen auch mit der Ungewissheit zusammen, nicht zu wissen, wie lange sie die Pflege noch durchhalten muss.

Das mit der Pflege strapazierte Durchhaltevermögen wird sprachlich in dem Anrufen einer „höhere Instanz“ deutlich, der sich in dem Wunsch nach Erlösung steigert („Lieber Gott, wann hat das ein Ende?“).

„Durchhalten“ muss Frau Merlin auch, weil sie schließlich während der Pflegephase ihren Arbeitsplatz verliert und sich mit diesem Verlust nur begrenzt auseinandersetzen kann, weil die Pflege viel Aufmerksamkeit erfordert. Schließlich erreicht sie ihre Belastbarkeitsgrenze und fürchtet sogar ein Überschreiten dieser, dass sie möglicherweise sogar mit ihrem Leben zu zahlen hat („nicht zu überleben“).

An vielen Stellen spricht Frau Merlin von ihrer Überforderung. So auch in folgender Passage, in der sie ihren eigenen Zustand mit einem Wirbelsturm vergleicht.

> *Ich bin mir manchmal vorgekommen wie in einem Taifun. Wissen Sie, wie in einem Hurrikan, in dem Kreisel. Und wenn ich dann daheim war, ab und zu, da war ich in dem Auge. Und wehe dem, ich bin wieder raus gegangen. Wusch, habe ich wieder mein Watschen. So. So bin ich mir manchmal vorgekommen. (770-774).*

Angesichts der massiven Belastung von Frau Merlin wundert es nicht, dass es Situationen gibt, in denen sie die Kontrolle in den Begegnungen mit ihrer Mutter zu verlieren droht.

> *Die [Mutter, M.D.] hat einfach gesagt: „Warum schreist denn Du so?“. Sag ich: „Mama, ich kann nicht mehr. Ich habe die Möglichkeit, zu weinen oder zu schreien“ (Pause) Ich weiß nicht. Ich weiß nicht, ob sie es verstanden hat. Ich weiß auch nicht, ob sie es kurzfristig verstanden hat. „Ja“, hat sie gesagt, „ich tu doch gar nichts“. Da hätte ich sagen wollen: „Ja, und was Du alles tust“. Beherrscht Du Dich wieder und sagst nichts. Aber ich habe nicht anders können. Ich habe zwei Möglichkeiten gehabt: Weinen oder schreien. Anpacken darf ich sie nicht, ist logisch. War doch klar. Darum bin ich auch gegangen. Nachdem ich gewusst hab, sie weiß es nicht anders. Es ist ihr nicht bewusst. Wissen Sie, dass muss der Mensch verdauen. Du wirst angegriffen, angegriffen, angegriffen und du darfst dich nicht wehren. Du kannst Dich nicht wehren. Du musst schlucken. Einstecken (790-799).*

In dieser Szene geht es darum, dass Frau Merlin ihrer Mutter gerne vermittelt hätte, dass sie Teil ihrer Belastungen ist. Sie sieht aber nur folgende Alternativen mit ihren Emotionen umzugehen: Sich der Trauer um den eigenen Zustand hinzugeben oder der mit diesem Zustand verbundenen Wut und Aggressionen gegen die Mutter Ausdruck zu verleihen. Sie sieht aber auch die Sinnlosigkeit beider Ausdrucksformen, die an der Mutter abprallen würden. Frau Merlin fühlt sich als Verliererin dieses Kampfes, weil ihre ethischen Vorstellungen (die Hand gegen eine kranke Frau zu erheben) ihr die Möglichkeit einer Verteidigung nehmen. Schließlich bleibt nur die Flucht aus dieser hilflosen Situation („darum bin ich gegangen“).

Frau Merlin expliziert sehr deutlich, wie die Pflege ihr Leben einschränkt:

> *Dass ich mein Leben diese fünf Jahre, mein Leben habe ich die fünf Jahre aufgeben müssen. Inklusive meinem Zusammenleben mit meinem Mann. Das musst du aufgeben. Wenn du so etwas hast, musst du das aufgeben. Da geht nichts mehr. Ich habe keine Kinder, ich habe*

keinen Hund. Ich habe keine Geschwister. Ich bin allein. Ich hatte niemand. […] Dann nimmst du an keinem gesellschaftlichen Leben Teil, an gar nichts mehr. Das ist völlige Selbstaufgabe (Frau Merlin, 515-522).

Die Pflege bedeutet für Frau Merlin den Ausschluss aus dem sozialen Leben. Dass „nichts mehr geht" heißt, dass ihr gesamtes Leben von der Pflege beeinträchtigt wurde, auch die Beziehung zu ihrem Mann. Sie trägt die Pflegebelastungen allein: „Niemand" unterstützt sie, was für sie bedeutet, dass der Preis der Pflege ihre Einsamkeit ist. Die Pflege der Mutter bedeutet ein Leben ohne Selbstfürsorge. Das eigene Leben „aufgeben" zu „müssen" deutet darauf hin, dass Frau Merlin die Pflege als (unfreiwillige) Dekonstruktion ihrer eigenen Person wahrnimmt.

Konfrontation mit dem Tod und Bedrohungspotenziale der Elternpflege

Der Todeswunsch der Mutter

Frau Merlin erzählt, dass ihre Mutter nach dem Tod ihres Mannes ihren Lebenswillen verliert. Immer wieder äußert die Mutter den Wunsch, sterben zu wollen. Frau Merlin zitiert ihre Mutter:

„Ich möchte sterben"; „Wie mache ich das, das ich sterbe?"; „Wie kann ich das machen, dass ich sterbe?", „Was soll ich denn noch hier?" Ist logisch. Ist verständlich (Frau Merlin, 58-62).

An diesen Todeswunsch fühlt sich Frau Merlin erinnert, als die Mutter eines Tages das Essen verweigert:

Und dann habe ich mich erinnert, dass meine Mutter mich lange, lange, lange Zeit vorher, wo ich zuerst gesagt habe, äh, „Wie mach ich das, dass ich sterbe?". Zu dem damaligen Zeitpunkt habe - schätz ich, vermute ich – habe ich zu ihr gesagt: „Ja, wenn Du nicht mehr leben willst", weil sie gesagt hat: „Ich kann mich ja nicht irgendwo runterstürzen". Sag ich: „Mama, wenn Du nicht mehr leben willst, darfst nicht mehr essen und nichts mehr trinken". Knallhart. Da war sie dann ja wieder o.k. Es war immer wieder o.k. Es war jeden Tag wieder o.k. Bis zum nächsten oder übernächsten Tag, wo sie wieder sterben wollte. So. Und dann kam mir das ein bisschen in Erinnerung. Und dann habe ich gedacht, warum isst die nichts? Einen Löffel, eine Schluck. Warum macht sie das? Macht sie das bewusst oder macht sie das unbewusst? Was geht jetzt wieder vor? Was geht vor? Dann habe ich umgestaltet. Im Rollstuhl habe ich sie dann rübergefahren. Habe ihr weiß Gott, Griesnockerlsuppen, was sie halt alles gern gemocht hat. Dann habe ich sie noch mal aufs Schärfste angefahren. Habe gesagt: „Mama, was willst Du? Willst Du leben oder sterben? Wenn Du leben willst, musst du essen und trinken. Wenn Du sterben willst, musst Du es nicht tun. Was willst Du?". Da hat meine Mutter gesagt: „Leben". Jetzt wusste ich nicht, hat sie das gesagt aus Angst vor mir. War ihr klar, was sie zu der Sekunde gesagt. Sprich, hat sie es dann schon wieder vergessen gehabt? Das ist unheimlich schwierig bei einem dementen Menschen (Frau Merlin, 363-380).

Frau Merlin reagiert, wie sie meint, barsch auf den Todeswunsch der Mutter als sie ihr rät, mit der Nahrungsverweigerung das Leben beenden zu können. Zunächst scheint diese Reaktion wirksam zu sein, insofern als dass die Mutter ihren Todeswunsch vorübergehend nicht mehr äußert. Problematisch wird der Hinweis zur Nahrungsverweigerung in dem Moment als die Mutter tatsächlich das Essen und Trinken verweigert. Gutgemeinte Gesten (ihr ein Lieblingsgericht zubereiten) helfen nicht

mehr und machen Frau Merlin noch hilfloser. Diese Frustration veranlasst Frau Merlin zu einer aggressiven Äußerung. Erneut erklärt sie ihrer Mutter, dass wenn sie nicht mehr leben will, sie keine Nahrung mehr zu sich nehmen darf bzw. essen muss, um zu leben, womit sie der Mutter auch zu verstehen gibt, dass sie mit beiden Alternativen einverstanden ist. Mit dieser Reaktion lässt sie sich auf den aggressiven Todeswunsch der Mutter ein und erkennt nicht, dass diese sie emotional manipuliert, denn Frau Merlin macht sich schuldig, weil sie als Tochter der bedeutendsten Bezugsperson den Tod nicht wünschen darf. Sie wird sich noch mehr anstrengen müssen, diese wahrgenommene Schuld abzuzahlen. Damit entsteht eine paradoxe Situation: Wenn die Mutter stirbt, hat sie keine Möglichkeit der Wiedergutmachung mehr, auch wenn sie von den Belastungen befreit wäre. Schließlich kann sie sich der Situation nicht mehr entziehen. Es bleibt nur noch die Flucht nach vorn:

> *Dann habe ich gesagt: „O.k". Werden wir ja sehen, ob der natürliche Lebensinstinkt und der Lebenserhaltungstrieb noch da ist. Nein, meine Mutter aß und trank nichts. Einen Löffel, einen Schluck. Dann habe ich wieder umgeschwenkt und habe gesagt: „O.k". Wenn sie es will, darf sie bitteschön hier bei mir, wenn der Herrgott erlaubt, sterben. In Ruhe und Frieden. (Pause). Das haben wir dann vier Tage gemacht. Einen Löffel essen, einen Löffel trinken. Morphiumpflaster. Bekam ich vom Krankenhaus mit. Dann habe ich mich schon mit dem Hospizdienst beratschlagt. Was kann auftreten? Ich kann mir nicht vorstellen, dass das so komplikationslos geht. Was kann jetzt bitteschön alles auftreten? Dann hat sie gesagt: „Es kann alles und nichts sein. Wir wissen es nicht, liegt nicht in unserer Hand". Sag ich: „Ist logisch. Ist selbstverständlich. Nur, was mach ich wenn. Nur was mach ich wenn dann" und so weiter. Dann habe ich zumindest einen Arzt gehabt, der gekommen wäre, wenn das Pflaster nicht mehr ausgereicht hätte. So. Zu dem kam es aber auch nicht (Frau Merlin, 384-395f.).*

Bis zum Zeitpunkt des Interviews hat Frau Merlin Selbstzweifel, ob es richtig war, der Mutter zu raten, nicht mehr zu essen und zu trinken, wenn sie sterben will. Gegen Ende des Interviews werden diese Zweifel noch einmal deutlich:

> *Hat Mama zu mir auch schon gesagt: „Ja, Madel", hat sie gesagt, „irgendwann muss ich doch sterben". „Ja, aber ja, ja, ja, ja." Aber sie hat genau das, drum sag ich, ich habe nicht genau gewusst, ob bewusst oder unbewusst. Ich habe das damals ja auch nur instinktiv gesagt. „Ja Mama, dann darfst Du nichts mehr essen und nichts mehr trinken". Das ist das Natürlichste. Und wenn man das langsam macht. Ganz langsam - weiß ich heute - dann ist das auch nicht so grausam. Wenn sie natürlich jetzt, von heute auf morgen, und jetzt von einer Stunde auf die andere sagen, „jetzt esse ich nichts mehr und trinke ich nichts". Das geht nicht. Weil dann erleiden Sie Höllenqualen. Das ist klar (Frau Merlin, 1426-1438).*

Sie hat ihrer Mutter „nur" aus einem Impuls heraus diesen Rat gegeben. Jetzt fühlt sich Frau Merlin schuldig, weil die Mutter aufgrund ihres Ratschlags zwar keine „Höllenqualen" erlitten hat, der Hungertod aber nach ihrer Vorstellung einer gewissen Grausamkeit nicht entbehrt. So kann sie ihre Schuldgefühle beruhigen, aber nicht vollständig kontrollieren.

Bewusstwerdung der eigenen Sterblichkeit

Wie die anderen Probandinnen auch, sieht sich Frau Merlin durch die Pflege damit konfrontiert, über den eigenen Tod nachzudenken.

Ist mir auch ganz bestimmt nicht bange, wenn ich, ich sag mal in ein paar Jahren, oder was weiß ich, in einem Jahr gehen soll oder muss. Ist mir nicht bange (Frau Merlin, 943-945).

Später denkt sie noch einmal über den Tod nach und auch darüber, pflegebedürftig zu sein:

Da treiben wir und tun wir und laufen und rennen und futtern [lacht] und dann bist du weg [weint]. Aber die Zeit, wo ich da bin, möchte ich mit Anstand vorüber bringen. Das habe ich bisher geschafft, das werde ich weiterhin tun. Und wer mich mal pflegt. Ich glaube nicht, dass mich einer pflegen wird. Will ich nicht. Will ich nicht (Frau Merlin, 1387-1392).

Traurig und ernüchternd stellt Frau Merlin fest, dass sie selbst wahrscheinlich von niemandem aus ihrem Familien- oder Freundeskreis Pflegeunterstützungen erwarten kann. Es bleibt ihr nichts anderes übrig als diese Tatsache als den eigenen Willen zu kognizieren. Man gewinnt den Eindruck, dass es sich dabei um einen hilflosen Versuch handelt, das Gefühl des Verlassenseins abzuwehren.

6.3.5.3 Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ergibt einem Summenwert von 29 auf der Depressionsskala, womit sie deutlich über dem Mittelwert von 22.9 einer annähernd bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe liegt (Schmitt & Maes, 2000). Ebenfalls hohe Summenwerte erreicht Frau Merlin auf den Subskalen Intrusion und Übererregung des IES-R (Maercker & Schützwohl, 1998): Der Punktwert der Intrusionsskala entspricht annähernd dem Höchstwert (x=33, Skalenrange 0-35). Der Summenwert der Übererregungsskala ist gleich dem Höchstwert von x=35 (Skalenrange 0-35). Eher unauffällig sind die Vermeidungssymptome mit x=11 (Skalenrange 0-40). Die Regressionsformel führt zu einem Testwert von x=1, der wegen x≥ 0 (xmax=2,99) für eine posttraumatische Belastungsstörung spricht.

Dieses Ergebnis muss allerdings vorsichtig interpretiert werden. Frau Merlin berichtet über sehr deutliche Belastungsstörungen, die zwar im Interview in der Regel auf die Betreuung und Pflege der Mutter zurückgeführt werden, die aber durch mehrfache Traumatisierungen infolge einer Vergewaltigung, Gewalterfahrungen durch den früheren Ehemann und den Arbeitsplatzverlust beeinflusst sein könnten, wie noch zu zeigen ist. Insofern ist das Ergebnis vermutlich eher im Sinne kumulativer traumatischer Belastungsstörungen zu verstehen und weniger als das Ergebnis traumatischer Erfahrungen durch die Pflege ihrer Mutter. Für den Fall, dass die früheren Traumatisierungen für die Belastungsstörungen verantwortlich sind, bestätigt das die Annahme Janoff-Bulmans (1992), dass traumatische Ereignisse noch Jahre nach dem Ereignis wirksam sind.

6.3.5.4 Ereignisunabhängige Faktoren

Beziehung zu den Eltern und Verkehrung der Mutter-Kind Beziehung

Kurz und präzise beschreibt Frau Merlin ihren Vater:

Mein Vater war ein guter Mann (Frau Merlin, 75)

Ausführlicher beschreibt sie ihren Vater in der Trauerrede, die Frau Merlin am Tag der Beerdigung hielt und der Interviewerin vorliest (Frau Merlin, 988ff.). Darin beschreibt sie ihren Vater als gutmü-

tig, hilfsbereit, kameradschaftlich, zuverlässig und pflichtbewusst. Nun kann man einwenden, dass diese Beschreibung nichts anderes als die Einhaltung sozialer Regeln ist, die es verbieten, schlechte persönliche Eigenschaften nach dem Tod eines Menschen anzusprechen. Interessant ist diese Vaterbeschreibung aber dennoch, weil Frau Merlin auch die Trauerrede ihrer Mutter vorliest. In dieser Rede (Frau Merlin, 1068ff.) taucht keine retrospektive Beschreibung der Mutter. Vielmehr konzentriert sich Frau Merlin darauf, das Leben der Mutter im Jenseits zu beschreiben, das sie als eine Erlösung von den irdischen Härten schildert.

Eine andere Interviewpassage deutet auf eine im Vergleich zur Beziehung zum Vater weniger gute Mutterbeziehung. Ihre Mutter bezeichnet Frau Merlin als „Nerverl“ (Frau Merlin, 32). Eher als mit der Mutter identifiziert sie sich mit ihrem Vater:

> *Dann war meine Mutter ein nervöser Typ. Ist kein Wunder. Und ein sehr ängstlicher Typ. Ja, ist eigentlich ein Wunder, dass ich so bin, wie ich bin. Gott sei Dank, dass ich meinen Vater hatte, der mich da an die Hand nahm, sinnbildlich gesprochen, und dass ich eben die Anlagen mitbekommen habe. Sonst wäre ich so auch nicht. Ganz einfach (Frau Merlin, 1338-1342).*

Vorsichtig gesagt mangelt es Frau Merlin an Wertschätzung einiger Eigenschaften ihrer Mutter.

An anderer Stelle identifiziert sie sich aber auch mit ihrer Mutter:

> *Also, damit will ich sagen, sie [die Mutter, M.D.] war eine fitte, geistig derart fitter Mensch, kann man sich gar nicht vorstellen. Sie war im Prinzip so wie ich, also jetzt mal nicht von der Durchsetzungskraft, vielleicht und nicht vom, vom, wie soll ich sagen. Sie war halt ein bisschen bescheidener (Frau Merlin, 550-553).*

Frau Merlin idealisiert ihre Mutter, obwohl innerhalb der Pflegesituation aufgrund des Verhaltens der Mutter Situationen entstehen, in denen sie die Kontrolle verliert und hilflos ist. Das Bild von der verängstigten, unsicheren und geistig aktiven Mutter scheint also ambivalent zu sein.

Die erlebten Belastungen müssen auch vor dem Hintergrund der Beziehung zur Mutter und den Rollen von Mutter und Tochter während der Pflege betrachtet werden, um das Bild der Pflegesituation zu vervollständigen.

> *Und ich habe ihr den Weg halt so erklärt, dass ich gesagt habe: „Mama, Papa wartet. Ihr werdet Euch sehen. Er wird Dich abholen und Du bitteschön hast mir erklärt, man lebe sein Leben anständig und in Würde und Du bist jetzt eigentlich so weit, dass Du leider Gottes das letzte Stück Deines Weges in Würde, so lang es geht, und Anstand, gesund bist Du ja – körperlich - zu gehen hast. Ich kann Dir den Papa nicht mehr bringen. Geht nicht. Ich kann alles für Dich tun …“ – und ich habe alles für sie gemacht, was sich ein Mensch vorstellen kann. Nur ich konnte ihr natürlich ihren Mann nicht bringen. Es geht nicht. (Frau Merlin, 67-74).*

Frau Merlin richtet mahnende Worte an die Mutter und fordert die an Depressionen leidende Mutter auf, sich den Anforderungen des Lebens zustellen. Schon die Einleitung dieser Passage verweist auf die Haltung, mit der Frau Merlin ihre Überlegenheit in dieser Situation zum Ausdruck bringt: Sie „erklärt“ ihrer Mutter, wie sie sich in ihrer letzten Lebensphase zu verhalten hat und betont diese durch die Dialogwiedergabe. Sie richtet strenge Worte an die Mutter und zwar in derselben Art, wie die Mutter zu ihr als Kind gesprochen hat. Es klingt, als wolle sie die Mutter mit ihren

eigenen Waffen schlagen: „Du bitteschön hast mir erklärt" – „also halte Dich auch selber daran". Ihre Überlegenheit bricht dann aber zusammen als die Begründung für die Belehrung folgt. Sie ist bereit, in ihrer Rolle als Tochter alles für die Mutter zu tun. Aber Frau Merlin sieht auch, dass sie selbst unter Einsatz großer Anstrengungen an dieser Rolle zu scheitern droht, weil sie der Mutter kaum helfen kann. Denn diese leidet an aufgrund des Verlustes ihres Ehemannes an Depressionen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Mutter die Pflegerrolle der Tochter nicht akzeptiert:

> *Wenn ich mit meiner Mutter ausgemacht habe, „Du Mama, nächste Woche tun wir Vorhänge waschen". Als simples Beispiel. Ich habe dreimal am Tag angerufen und ich bin jeden Tag vom Geschäft aus rüber gefahren. Ich komm rüber. Die Vorhänge sind gewaschen. Die Mutter steht auf der Leiter und die Mutter kämpft grad mit der Vorhangschiene. Also geh ich hin und sag „Mama, geh jetzt runter von der Leiter, lass mich das aufhängen". Nein, meine Mutter wollte nicht, weil meine Mutter nicht zu dem Zeitpunkt waschen wollte, wo ich wollt, wo ich sie von Anfang an hätte unterstützen können. Nein, sie wollte jetzt und hat das auch getan. Natürlich habe ich darüber einen Zorn gehabt. Und natürlich bin ich da nicht leise gewesen. Und so ging das hin und her. Sie dagegen, ich dagegen. Sie dagegen, ich dagegen. Und so standen wir beide auf der Leiter. Sie wollte rauf, ich wollte, dass sie runter geht et cetera, et cetera. Kurze Rede, langer Sinn; es ist dann so gewesen, dass ich im Prinzip unbewusst aus Zorn, aus, aus, aus, aus nicht verstehen können, dass ein Mensch so ist, wie sie jetzt war. Ich habe sie dann an den Oberarmen gepackt und habe sie geschüttelt, so dass die ganze Leiter gewackelt hat. Dann ist mir das bewusst geworden, was ich hier tu. Ich bin von der Leiter runter. Habe keinen Ton mehr gesprochen und bin von der Wohnung raus. Da bin ich zu Hause gesessen und habe einmal nachgedacht. So, habe ich mir gedacht, kann es nicht weiter gehen. Irgendwoher brauch ich jetzt Hilfe. Insofern, dass ich, dass mir einer versucht zu erklären, was in dem Hirn (Pause) - Seele kann man schlecht sagen - im Moment vom Hirn und Verstand von meiner Mutter, was da abläuft (Frau Merlin, 125-140).*

Frau Merlin bietet ihrer Mutter Unterstützung bei den Haushaltstätigkeiten an, um die Mutter vor Gefährdungen zu schützen. Die Mutter aber ist nicht bereit, die von ihrer Tochter gestellten Bedingungen zu akzeptieren, so dass der daraus entstehende Konflikt eskaliert. Frau Merlin reagiert wütend und ist über sich selber entsetzt als sie versteht, dass sie die Kontrolle über sich selbst verliert. Es sind also weniger die Rahmenbedingungen der Situation bedrohlich als vielmehr die Erschütterungen des Selbstbildes, in dieser Situation nicht den eigenen Idealvorstellungen einer guten, fürsorgenden Pflegenden zu entsprechen. Wieder bleibt Frau Merlin nur die Flucht aus dieser Situation, die auch eine Flucht vor sich selbst ist. Sie erkennt ihre eigene Erschütterung und wendet sich dann auch an eine Psychologin.

In einem anderen Kontext erklärt Frau Merlin wie schwer es für sie zu ertragen ist, für die Aufopferung nur selten von ihrer Mutter anerkannt und gelobt zu werden. Sie vergleicht ihre Situation mit anderen Pflegenden, die keine Konflikte mit der gepflegten Person austragen müssen.

> *Der Kranke kann ihm zwar nicht danken, aber er ist selbst mich sich zufrieden. Er weiß, dass er es gut macht. Und das wusste ich nie. Das ist das schlimme. Weil sie sagt zwar in dem Moment, „Mein Gott, ich weiß, Du bist die Einzige und Du bist die Beste und". Nur das ist nach drei Minuten vergessen. Dann stehst Du wieder alleine da. Und dann ist es leicht, von einem Psychologen zu sagen, „Ja, Frau Merlin, das dürfen Sie nicht hören". Verstehen Sie?*

Das ist schwer. „Ja, Frau Merlin, es ist ganz egal, was Sie machen werden, es wird nicht genug sein. Es ist so. Ganz egal, was Sie machen, es wird das Falsche sein". Ja, sagen Sie einmal. Also, wenn da ein Mensch nicht wahnsinnig wird. Und das über mehr oder weniger bei mir über fünf Jahre (Frau Merlin, 848-856).

Frau Merlin beklagt den Mangel an Wertschätzung durch die gepflegte Mutter. Diese Passage bringt deutlich zum Ausdruck, wie wichtig die Anerkennung des Gepflegten für die pflegenden Töchter ist. Der Wille, Gutes zu tun, wird durch Missbilligung konterkariert.

Frühere traumatisierende Ereignisse

Frau Merlin zählt chronologisch diejenigen schwerwiegenden Situationen auf, die sie erlebt hat:

Mit 12 vergewaltigt et cetera. Ja, ja. Mit 25 – mit 19 geheiratet, mit 25 geschieden (lacht). Kann heute, nein, das ist kein Anlass zum drüber Lachen. Muss man alles verdauen können. Da hat man kein so Aufheben gemacht wie heutzutage. Zu wem hätte ich denn gehen sollen? Vor 40 Jahren, wie alt bin ich. Entschuldigung, falsch, äh 38, 48 Jahre. Zu wem hätte ich denn gehen sollen? Zur Polizei? (lacht). Ah. Zu meinen Eltern? Um Gottes Willen! Nein, zu niemandem habe ich was gesagt. Selbst verdaut. Selbst geschluckt. Das waren ja auch Buben, das waren ja keine Erwachsenen. Und unter Mithilfe von einem Mädchen, wunderbar (Frau Merlin, 1186-1195).

Schon in sehr jungen Lebensjahren wird Frau Merlin sexuell missbraucht und wie ca. die Hälfte dieser Opfer hat auch Frau Merlin nicht über den Missbrauch gesprochen (Fischer & Riedesser, 2003). Frau Merlin spricht auch klar aus, dass es keine Person gab, der sie sich hätte anvertrauen können. Vor knapp fünfzig Jahren (wie auch heute in weiten Bevölkerungsteilen) war die Vergewaltigung ein Tabuthema. Entsprechend hat sie vermutlich gefürchtet, anstelle der notwendigen Unterstützung negative Reaktionen zu erleben. Ihr blieb damit keine Alternative als das Trauma selbst so gut als möglich zu bewältigen. Über die Reihenfolge der die Bewältigungsversuche beschreibenden Wörter „verdauen" und „schlucken" kann man nur spekulieren. Deutet das letztgenannte „geschluckt zu haben" an, dass der sexuelle Missbrauch kaum bearbeitbar war, sondern nur abgewehrt werden konnte? Jedenfalls folgt der geäußerten emotionalen Verwaisung zugleich eine Entschuldigung der männlichen Vergewaltiger. Weil es sich um noch nicht erwachsene Männer handelte (als wüssten diese noch nicht, was sie tun) entschuldigt sie deren Gewalt gegen sie. Nicht verzeihen dagegen kann sie der beteiligten jungen Frau. Selbst die gleichgeschlechtliche Person richtet sich in der nicht kontrollierbaren Vergewaltigungssituation gegen sie.

Daher kommt natürlich auch mein, ich sag es jetzt einmal krass, mein Frauenmisstrauen. Daher kommt das. Das habe ich lange studiert. (Pause). Das war auch im Berufsleben. Mit den Frauen immer Ärger gehabt. Erstens, weil sie neidisch waren, ist klar. Logisch. Und ich war unverblümt und habe mich mit Männern sehr gut verstanden. Also ich habe, wenn ich sage Leiterin [in einem Teilbereich einer Unternehmung, M.D.], dann weiß ich von was ich spreche. 22 Arbeiter unter mir gehabt und auch noch Fremde gehabt, zum Unternehmen. Und da war ein Frieden drin, dass glauben Sie nicht. Aber wehe, ich hatte eine Kollegin. Aus war es. Aus war es. Aber das ist das normale, gegengeschlechtlich Normale. Bin kein Typ, der mit Frauen zusammenarbeiten kann. Weil die überflügeln dich, dann kommt die Eifersucht und der Neid und dann ist es aus (Frau Merlin, 1196-1205).

Frau Merlin erkennt in ihrem Misstrauen gegen die Frauen die Auswirkung ihres Traumas, dass bis zum Zeitpunkt des Interviews wirksam ist. Offensichtlich hat die Vergewaltigung ihren Glauben an eine „gute persönliche Umwelt“ (Janoff-Bulman, 1992) maßgeblich desillusioniert, wobei Frau Merlin klar konkretisiert, dass die Überzeugung an gute *Frauen* verloren ging. Sie mündet in einer stereotypen Wahrnehmung neidischer und eifersüchtiger Frauen und gipfelt in einer polarisierten geschlechtstypischen Vorstellung „guter“ Männer und „schlechter“ Frauen. Mit den Männern hat sie Frieden geschlossen, mit den Frauen kämpft sie. Wie ist ihre Anerkennung dem männlichen Geschlecht gegenüber erklärbar? Die Frage ist auch deshalb wichtig, weil Frau Merlin ein zweites traumatisierendes Erlebnis nennt. Sie heiratet im jungen Alter von 19 und erlebt Gewalt in der Ehe, die die frühere Gewalterfahrung vermutlich erneut aufleben lässt. Nach sechs Jahren wird die Ehe geschieden. Die hohe Wertschätzung gegenüber den Männern scheint daher eine Täteridentifikation zu sein. Hass und Verachtung, die den männlichen Tätern gelten müssten, werden auf Frauen verschoben und entlasten die Männer, die dann sogar idealisiert werden können.

Kumulation schwerwiegender Situationen

In Bezug auf die Pflegesituation erklärt Frau Merlin die nächtlichen Schlafstörungen, die ständigen Versuche, den Depressionen der Mutter zu begegnen, den Verlust des Lebenswillens der Mutter, die Aggressionen, die die Mutter gegen sie richtet und die Unwissenheit, wie lange sie die Situation noch zu ertragen hat, als Ursache ihrer psychischen Belastung. Hinzu kommt aber noch, dass Frau Merlin während der Pflege ihren Arbeitsplatz verliert.

> *Gleichzeitig bekam ich immer mehr Stress. Außerhalb meiner Mutter. Das heißt, mir wurde also nach 22 Jahren in meiner Firma. […] Also ich habe sehr viel gearbeitet et cetera. Aber mir wurde dann aufgrund wirtschaftlicher Schwierigkeiten in meiner Firma nahe gelegt zu kündigen. Und da habe ich gesagt: „Kommt ja überhaupt nicht in Frage. Ich habe mir nichts zu schulden kommen lassen und ich sehe in keinster Weise Grund und Anlass, dass ich kündigen würde. Wenn dann bitteschön kündigt Ihr mir“. Das ist ganz klar. Was sie dann auch gemacht haben. Jetzt habe ich aber aufgrund dieser langen Zugehörigkeit sieben Monate Kündigungszeit. Kann nur einer ermessen, der weiß, was das heißt, wenn dann ab diesem Zeitpunkt noch sieben Monate tagtäglich reingehen musst und deinen Job erledigen musst. Habe ich auch gemacht. So. Bin aber natürlich nervöser geworden. [zündet sich Zigarette an]. Vierzehn Tage bevor der 31.12. 2000 da war. Bin ich dann krank geworden. Habe mich krankschreiben lassen (Frau Merlin, 109-123).*

Für Frau Merlin bedeutet der Arbeitsplatzverlust eine zusätzlich zur Pflege aufkommende Belastung, die so gravierend ist, dass sie die restliche Arbeitszeit nur mehr schwer ertragen kann und am Ende sogar krank wird. Die Krise, die der Verlust des Arbeitsplatzes auslöst, wird an anderer Stelle unterstrichen, als sie die Bedeutung dieser Arbeit betont.

> *Meine Firma war mein Heiligtum. Dafür wäre ich gestorben. Wissen Sie, da gab es noch Firmen […] Das war auch eine Familie. Eine Großfamilie, ja. Da hat man alles tun müssen, um die Firma dementsprechend zu repräsentieren. Alles im Positiven. Heute? Legt man doch keinen Wert mehr drauf. Das gibt es ja nicht mehr. Ist vorbei. Ja, was glauben Sie wie lange*

das bei mir gedauert hat, den Ärger oder den Kummer und die Trauer habe ich ja auch noch verdauen müssen. Früher war man auf langjährige Mitarbeiter, die Erfahrungen hatten und genau gewusst haben, dass darfst du sagen, dass darfst du nicht sagen, zu dem musst du so sein, zu dem musst du so sein, es geht um einen Auftrag etc. etc. Da kann man viel zerstören, da kann man viel bewahren. Heutzutage? Vergiss es. Globalisierung. Danke (Frau Merlin. 958-968).

Die große Wertschätzung der Arbeit begründet Frau Merlin mit einen Zugehörigkeitsgefühl zur Unternehmung, das sie einer Familie gleichstellt. Insofern bedeutet der Verlust des Arbeitsplatzes auch, aus dieser „Familie" ausgestoßen worden zu sein. Mit dieser persönlichen Kränkung verliert sie einmal mehr den Glauben an sich selbst und eine gute Welt (Janoff-Bulman, 1992). Die Erschütterung ihres Selbstbildes ist verständlich: Sie hatte gute Arbeit geleistet, die nicht honoriert wird. Sie sieht aber nicht die Firma direkt in der Verantwortung, sondern vielmehr die wirtschaftlichen Entwicklungen sowie die Globalisierung und attribuiert die Ursache der erlebten Kränkung external auf Ebene einer schlechten Welt. Entlastend wirkt das keinesfalls, weil mit dieser Vorstellung weder die Kontrolle zurückgewonnen noch die Erschütterung des eigenen Selbstbildes aufgefangen wird. Dieser Deutung fehlt eine positive Selbstbezüglichkeit und erlaubt nur schicksalhafte Ergebenheit.

Intrapsychische Bewältigungsversuche: Intellektualisierungen

Noch bevor Frau Merlin die Pflege ihrer Mutter übernimmt, pflegt sie ihren betagten Vater. Dieser hatte nach einer Operation und einem Herzinfarkt eine Lungenentzündung entwickelt. Frau Merlin hatte ihren Vater aus dem Krankenhaus geholt und bis zu seinem Tod in ihrer Wohnung gepflegt.

Meine Mutter hat das damals -und das habe ich damals noch nicht so ganz genau mitbekommen - meine Mutter war mir damals schon böse, weil ich ihn zu mir nahm mit der Pflege. Das heißt, sie wollte ihn eigentlich bei sich haben. Ich habe aber gecheckt, einen Mensch mit 85 – sie war ein Nerverl – wäre unmöglich gewesen. Wenn dann muss jemand da sein, der verantwortungsbewusst ist und ein bisschen Selbstvertrauen hat und dem anderen das auch geben kann. Und da war sie mir schon böse, warum ich das gemacht habe. Ich habe es nicht verstanden, ich habe auch nicht drüber nachgedacht. Ich habe dann nur gedacht: Ich habe es richtig gemacht. Erledigt (Frau Merlin, 29-36).

Frau Merlin zieht den Zorn ihrer Mutter auf sich als sie ihren Vater zu sich in die Pflege nimmt. Beide, Mutter und Tochter, wollen die Nähe des Ehemannes bzw. Vaters in seiner letzten Lebensphase. Sehr abwertend behauptet Frau Merlin, die Mutter sei nicht in der Lage gewesen, die Pflege ihres Ehemanns zu übernehmen. Diese Abwertung ist notwendig, um die Entscheidung, den Vater zu sich genommen zu haben, rechtfertigen zu können. Ähnlich ist auch die folgende Aussage zu werten, die zum Ausdruck bringt, dass die Pflege ihres Vaters auch für die Mutter übernommen hat:

Jetzt habe ich natürlich schon im Vorfeld alles versucht, um das Leben meines Vaters für meine Mutter so lang es irgend geht [zittrige Stimme], menschlich zu gestalten. Ihm die Lebensqualität zu erhalten, die er hatte. Er war topfit, aber irgendwann geht es halt nicht mehr (Frau Merlin, 38-41).

Es ist nicht auszuschließen, dass Frau Merlin ihren Vater auch deshalb gut pflegen wollte, um dafür von der Mutter anerkannt zu werden, die dann allerdings „böse“ auf die Vaterpflege reagiert. Die ambivalente Beziehung zur Mutter setzt sich also auch in der Pflegebeziehung durch.

Als der Vater stirbt, versucht Frau Merlin die Mutter so gut als möglich zu unterstützen:

> *Und ich habe alles für sie gemacht, was sich ein Mensch vorstellen kann. Nur ich konnte ihr natürlich ihren Mann nicht bringen. Es geht nicht (Frau Merlin, 72-74).*

Der Versuch, die Bedürfnisse der Mutter zu erfüllen scheitert an der Sehnsucht der Mutter nach ihrem Mann. Damit bleibt auch das Bedürfnis nach Anerkennung für die Anstrengungen, die Frau Merlin für die Mutter auf sich nimmt, unbefriedigt:

> *Dann wird man, ach, das habe ich ja noch gar nicht gesagt, dann wird man angebrüllt. Dann wird man, au mein Gott, sie werden ja, sie sind ja kein Mensch mehr. Sie werden ja überfahren, dass du sagst, ja Himmel Donner, ich mach alles, was ist jetzt wieder nicht recht. Also, dass sind Aggressionen, die da losgelassen werden, die auf dich einhageln. Das ich sag, ja, ich weiß jetzt nicht mehr, wie ich das machen soll. Nicht? Es ist schlimm. Aber Du darfst dem anderen nicht, du darfst dem anderen nicht böse sein, weil du immer berücksichtigen musst, Moment, er meint es ja gar nicht so (Frau Merlin, 738-745).*

Frau Merlin sieht sich mit Aggressionen der alzheimerkranken Mutter konfrontiert, denen sie nichts entgegenzusetzen hat. Es sind nicht nur die Aggressionen der Mutter, die entfremdend sind, sondern auch die Notwendigkeit, die eigene Wut zu kontrollieren. Frau Merlin versucht, diese Wut zu kontrollieren, in dem sie sich vergegenwärtigt, dass den Aggressionen der Mutter eine Erkrankung zugrunde liegt. In dem Interview tauchen an verschiedenen Stellen Versuche auf, die verletzenden Verhaltensweisen der Mutter zu verstehen und zu deuten.

> *Nicht zu wissen (Pause) wie ist der Ablauf in diesem menschlichen Hirn. Wie ist der Ablauf. Wie reagiert das menschliche Hirn. Also, das war für mich am meisten, das war nicht nachvollziehbar (Frau Merlin, 728-730).*

Als die Belastungen unerträglich werden, sucht sie Hilfe bei einem Arzt. Dieser Suche nach Hilfe geht eine Situation voraus, in der ihr eigenes Maß an Aggressionen so ausgeprägt ist, dass sie diese nicht mehr kontrollieren kann und Gewalt gegen ihre Mutter anwendet.

> *Da bin ich zu Hause gesessen und habe einmal nachgedacht. So, habe ich mir gedacht, kann es nicht weiter gehen. Irgendwoher brauch ich jetzt Hilfe. Insofern, dass ich, dass mir einer versucht zu erklären, was in dem Hirn (Pause) - Seele kann man schlecht sagen - im Moment vom Hirn und Verstand von meiner Mutter, was da abläuft. So. Dann habe ich mich eben krank gemeldet. Dann habe ich, dann bin ich zu einem Nervenarzt (Frau Merlin, 142-148).*

Hier wird sehr deutlich, dass die Hilfe, die Frau Merlin sich wünscht, eine Erklärung für das Verhalten der Mutter beinhalten soll. Sie bemerkt zwar ihre eigene psychische Instabilität, lenkt deren Ursache aber auf die Alzheimererkrankung der Mutter und versucht, das Problem zu intellektualisieren. Auch andere Bewältigungsversuche zielen darauf ab. Sie sucht Literatur, knüpft Kontakte zu AlzheimerexpertInnen. Alle Maßnahmen helfen nur bedingt. Auch der Psychiater, den sie aufsucht, hilft ihr nicht weiter. Schließlich findet sie ein Psychotherapeutin, der sie sich anvertraut.

Und so, mit all dem Wissen, was ich dann hatte und mit der Psychologin, so habe ich dann über ein Jahr mich immer mehr reinversetzt in die Psyche oder in den Geisteszustand und den körperlichen Zustand -weil es ist ja kombiniert - meiner Mutter. Und das, so gelang es mir dann besser; besser sage ich, aber nur in sofern, dass ich, dass ich (!) überlebt habe (Pause). Meine Mutter war o.k. Nur wenn ich nicht mehr konnte – und das war sehr oft der Fall – ich konnte dann nicht mehr und habe dann nur noch geweint. Ich bekam Weinkrämpfe, weil ich es, das kann man jemand nicht schildern, wenn man einem Menschen etwas ganz einfaches, was Simples sagen will und der begreift das nicht mehr. Meine Mutter hat zum Beispiel dem Ende zu, ein halbes, ein dreiviertel Jahr immer gesagt, sie will jetzt heim. (Pause). Habe ich gesagt: „Mama, Du bist zu Hause". „Nein, ich bin hier nicht zu Hause" (Frau Merlin, 208-218).

Frau Merlin gibt zu verstehen, dass ihr all ihre Bewältigungsversuche nur so weit helfen, im alltäglichen Leben zu funktionieren und die erlebten Kontrollverluste zu verkraften. Das ist leicht nachvollziehbar, weil die Intellektualisierungsversuche an dem eigentlichen Konflikt vorbeigehen, nämlich der Erschütterung über sich selbst und der Entfremdung durch die eigenen Aggressionen gegen die Mutter.

Während es der Mutter gut geht, sieht sich Frau Merlin extremen psychischen Belastungen ausgesetzt. Immerhin findet sie (allerdings erst retrospektiv) eine Deutung, die ihr zu verstehen hilft, warum ihre Mutter die Umgebung nicht als häusliche Umgebung anerkannte und daraus ein Problem entstand:

[…] hinterher habe ich es gewusst. Sie hat damals schon den Weg nach Hause zu ihrem Elternhaus, aber nicht auf dieser Erde, gesucht (Frau Merlin, 240f.).

Diese Überzeugung kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Frau Merlin Belastungen ausgesetzt war, die zum Zeitpunkt des Interviews die Erinnerungen noch deutlich dominierten.

Kompensation erlebter Ohnmacht

Um das Maß ihrer Belastungen zu verdeutlichen, beschreibt Frau Merlin eine schwierige Situation mit weit reichenden Konsequenzen: Ihre Mutter wird mit einer akuten Darmerkrankung in ein Krankenhaus eingewiesen und entwickelt nach einer Operation ein Durchgangssyndrom.

So, dann kam der Chirurg, direkt ans Krankenbett und hat [zur Mutter von Frau Merlin, M.D.] gesagt: „So Frau Merlin, da haben wir jetzt das und das festgestellt, und Sie sind ja körperlich so gesund und wegen dem muss man nicht sterben, Frau X. Glauben Sie mir, also das ist eine Sache, die kriegen wir schon hin". So, da waren rumgestanden, er und noch einer, zwei Chirurgen, die gesamte innere Arztformation, ich. Und da hätte ich dann sagen sollten – im Prinzip hätte ich es tun sollen – aber ich habe die Kraft nicht gehabt, dass ich gesagt hätte: „Nein, Ihr operiert meine Mutter nicht. Wenn sie sterben soll, dann soll sie sterben. Es ist nicht gewiss, wie der Ausgang dieser Operation ist. Hiernach habe ich einen Pflegefall zu Hause". Habe ich nicht gemacht, weil man hofft und vertraut. Und habe gesagt, Herrgott, es wird schon gut gehen. Es ist natürlich nicht gut gegangen (Frau Merlin, 285-294).

Frau Merlin zweifelt an sich selbst und verurteilt sich dafür, dass sie sich vor der Operation nicht gegen die mächtigen Ärzte durchgesetzt hat, obwohl sie antizipiert hatte, dass diese Operation für

ihre Mutter gefährlich sein würde (Frau Merlin, 274f.). Ihr Vertrauen in die Medizin wird enttäuscht. Aus dieser Situation heraus versucht Frau Merlin, die Situation doch noch zu kontrollieren und ihr Versäumnis zu kompensieren. Folgende Dynamik entwickelt sich als Frau Merlin in der Nacht nach der Operation vom Personal gerufen wird, weil es mit dem Verhalten ihrer Mutter überfordert war.

> *Dann saß meine Mutter im Stuhl und wollte nicht mehr ins Bett zurück und hat Rabatz gemacht und dann habe ich versucht mit ihr, mit harten Worten zu reden, dass ich mir gedacht hab, vielleicht dring ich durch.[…] Die Mama beruhigte sich nicht. Die hat die anderen zwei Zimmernachbarn, die haben natürlich auch nicht schlafen können. Da habe ich zu den Schwestern gesagt: „Sie, hier können wir sie nicht lassen. Auch kann ich nicht mit ihr so sprechen, wie ich gerne gesprochen hätte. Tun wir sie doch raus von dem 3er-Bettzimmer in den Besuchersaal", sag ich, „und da bleib ich dann so lang bei ihr, so lang, bis sie sich beruhigt hat". Meine Mutter hat sich nicht beruhigt. Jetzt haben sie ihr schon dementsprechend starke Medikamente gegeben. Und dann habe ich erfahren, dass sie ihr Valium gegeben, wo sie paradox drauf reagiert, genauso wie ich. Also, d.h. mit Valium schläft der normale Mensch ein. Meine Mutter nicht. Die ist dann erst zur Hochform aufgelaufen. Dann hat mir die Krankenschwester erzählt: „Jetzt habe ich ihr das und das gegeben". Das war ein Tranquilizer. Dann habe ich gesagt: „Sind Sie wahnsinnig". „Sind Sie wahnsinnig!", habe ich gesagt. „Was wollen denn Sie? Wollen Sie meine Mama jetzt umbringen oder was wollen Sie jetzt eigentlich machen?" Also meine Mutter gab keine Ruh, bis halb zwei Uhr morgens oder zwei Uhr war es schon. Ich weiß es nicht mehr. Habe ich gesagt: „O.k. Zweimal verpfuscht, es war nichts. Es hilft alles nichts. Jetzt gib ich ihr das, was ich ihr zu Hause immer gegeben hab. Nochmal eine andere Sorte von Psychopharmaka, das Normok. Denn ich wusste, dass sie auf das Normok gut reagiert. Ich habe meiner Mutter eine halbe Normok gegeben, wo ich sonst nur eine Viertel gebe. Innerhalb von 20 Minuten hat meine Mutter geschlafen. Am nächsten Tag hatte ich natürlich dementsprechenden Ärger mit der Stationsärztin. Das können Sie sich vorstellen, was ich zu der gesagt habe. Lassen wir es jetzt dahin gestellt. Stationsärztin, Oberärztin, Oberarzt, Professor […] mit denen habe ich Kämpfe ausgefochten, das kann kein Mensch nachvollziehen. Ich habe gesagt: „Ihr gebt kein Medikament mehr meiner Mutter, ohne das ich nicht vorher was weiß. Hier ist die Patientenverfügung. Meine Mutter ist nicht bei Bewusstsein in dem Sinn. Und alles, was Sie tun, stimmen Sie bitte mit mir ab". O.k. Das habe ich dann durchsetzen können (Frau Merlin, 305-338).*

Frau Merlin übernimmt eine aktive und dominierende Position, um die Ohnmacht, die sie vor der Operation empfunden hatte nicht noch einmal erleben zu müssen. Sie versucht, die Situation zu beherrschen und zu kontrollieren. Diese dominierende Position nimmt sie sowohl gegenüber der Mutter ein, die sie mit so „harten Worten" anspricht, dass sie dabei keine Zuschauer wünscht. Dem Pflegepersonal wirft sie vor, der Mutter schaden zu wollen. Hat sie sich noch vor der Operation der Mutter den Entscheidungen der Mediziner nichts entgegensetzen können, kontrolliert sie jetzt die Situation, indem sie deren Kompetenzen in Frage stellt und Entscheidungen selbst übernimmt.

Nicht nur die Interviewdaten weisen auf die Ohnmacht gegenüber mächtigen Anderen hin, sondern auch die Ergebnisse Fragebogens zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK, Krampen, 1991)

	Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	Internalität	soziale Externalität	fatalistische Externalität	Selbstwirksamkeit	Externalität
Gesamtwerte der Subskalen – Frau Merlin	44	30	29	21	74	50
T-Werte	71	46	56	41	61	48
Prozentrang	98	34	73	18	86	42

Die Prozentränge zeigen, dass Frau Merlin im Vergleich zur Normierungsgruppe über hohe Werte im Bereich ihres Selbstkonzeptes aufweist. Hohe Werte auf dieser Skala sprechen für den Glauben an umfassende Kenntnisse, Handlungsmöglichkeiten im Problemlösesituationen und Sicherheit in neuartigen Situationen (zur Interpretation der Ergebnisse vgl. Krampen, 1991). Der vergleichsweise niedrige Wert der Internalitätsskala zeigt, dass Frau Merlin nur bedingt daran glaubt, Gewünschtes und Geplantes zu erreichen und Erfolge kaum auf eigene Anstrengung zurückführt. Eher betrachtet sich Frau Merlin als von anderen Menschen abhängig und durch mächtige Andere benachteiligt (Subskala soziale Externalität). Der Wert spricht außerdem für Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit, wie auch die Subskala zur fatalistischen Externalität bestätigt: Niedrige Werte auf dieser Skala äußern sich in einem ausgeprägten Glauben daran, dass Ereignisse zufallsabhängig sind und die Person meint, sich vor Pech nicht schützen zu können bzw. Erfolg vom Glück abhängt. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, als Summe der Differenz von Selbstkonzept- und Internalitätspunktwerten, zeigt keine besonderen Ausprägungen, wohingegen die generalisierte Externalität in den Kontrollüberzeugungen (Subskala Externalität) für die Wahrnehmung eines geringen Maßes an Autonomie und für den Glauben an Zufallseinflüssen spricht. Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse die Interviewdaten, wonach Frau Merlin sich fremdbestimmt fühlt, aber situativ dominierend agiert.

Warten auf Erlösung

Eine weitere Erkrankung der Mutter verschlimmert die Situation. Wieder wird die Mutter operiert. Postoperativ setzten unklare Blutungen ein.

> *[…] sechs Stunden später begann meine Mutter nach unten und nach oben das Blut wieder herzugeben. Die Mutter lag im Bett, ich habe gedacht, es wurde mir gesagt: „Ihre Mutter verblutet jetzt". (Pause). Also sitzt du draußen und sagst: „Lieber Gott, lieber Gott, lieber Gott, wann hört das auf, wann hört das auf? Bitte wann ist sie jetzt verblutet?" Wissen Sie, da stand ich unter einem Druck da. Da war ich ein Vulkan, der alle Sekunde hochgehen kann. […] Ja, und dann, war sie, glaubten wir, ausgeblutet. Die Blutung war vorbei und meine Mutter lebte ganz munter weiter (Frau Merlin, 340-348).*

Die Hoffnung von Frau Kristo, dass auch sie von ihren Leiden erlöst wird, erfüllt sich nicht. Zwar verschlechtert sich der Zustand der Mutter, aber sie stirbt nicht. Allerdings erfordert die neuerliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes die Überleitung in eine Pflegeeinrichtung.

Und da war sie dann noch drei Wochen. Es wurde immer weniger. Das heißt, das Heim wollte sie aber zuerst aufputschen, auf die Beine bringen. Habe ich gesagt: „Kommt nicht in Frage". Habe ihnen alles erzählt und wir waren dann, nachdem sie das alles wussten und dass sie auch nichts mehr isst und nichts mehr trinkt. Da hat sie gesagt, „Ok, wir verstehen es. Wenn ein Mensch heimgehen will, dann darf er das auch". Gut. Das war, wir haben dann nur noch immer ein bisschen essen, einen Löffel trinken. Und so haben wir weiter gemacht. Bis natürlich irgendwann die Niere versagt, weil es geht ja nicht, bis irgendwann das Hirn ganz weg ist und so weiter (Frau Merlin, 430-438).

Frau Merlin sieht den Tod der Mutter näher rücken und versucht das Pflegepersonal davon zu überzeugen, dass sie deren Tod nicht durch lebensverlängernde Maßnahmen verhindern sollen. Schließlich stirbt die Mutter. Frau Merlin beschreibt die Situation wie folgt.

Und das war mein Kampf und dann war der Kampf vorbei, so dass ich dann auch erlöst war und zwar bin dann heimgefahren, habe mir ein Weißbier aufgemacht, habe mir eine Zigarette angezündet, habe das Foto von meiner Mutter vor mich hingestellt und habe ich gesagt: „Mama, Mama, das hast du gut gemacht". Das war dieser ganze Verlauf (Frau Merlin, 473-477).

Diese Szenenbeschreibung bringt deutlich die Erlösung von Frau Merlin zum Ausdruck.

Auffällig in diesem Kontext ist übrigens, dass sie an keiner anderen Stelle des Interviews den Verlust der Mutter thematisiert. Auch diese Feststellung spricht dafür, dass mit dem Tod der Mutter vor allem eine Erlösung von der Belastung verbunden ist. Die folgende Passage bringt deutlich zum Ausdruck, dass Frau Merlin auf Erlösung von den Strapazen wartet:

Wie oft bin ich hier gesessen, ins Leere geschaut. Lieber Gott, wann hat das ein Ende. Ich habe nicht mehr können. Ich habe nicht mehr gekonnt. Dann kam wieder ein Anruf [von der Mutter, M.D.] und dann kannst Du wieder. Und Du kannst noch ein paar hundert Mal (Frau Merlin, 557- 560).

Mangel an sozialen Unterstützungsleistungen

In dem Interview tauchen keine Passagen auf, in denen Frau Merlin von Bekannten oder Freunden erzählt. Nur einige wenige Stellen handeln von dem Ehemann. So beispielsweise als sie von den nächtlichen Anrufen ihrer Mutter erzählt, als diese noch selbstständig wohnte, die Alzheimererkrankung aber schon ausgebrochen war. Wenn die Mutter nachts bei ihrer Tochter anrief, fuhr Merlin zu ihr, um sie zu beruhigen. Folgende Reaktion ihres Mannes schildert Frau Merlin:

Also, [lacht] hat mein Mann gesagt: „Jetzt fahr doch nicht rüber". Sag ich: „Doch, es hat keinen Sinn". Verstehens? Mir war das, wie soll ich das sagen, in meinen Augen war das auch kindisch. Ich bin ein selbständiger Mensch und, habe ich schon mal gesagt, durchsetzungsfähiger Mensch. Aber ich kannte meine Mutter und das hat keinen Sinn, wenn ich zu der am Telefon sage: „Mama, leg Dich wieder hin und schlaf" [weint]. Das geht nicht (Frau Merlin, 91-96).

Frau Merlin fühlt sich von ihrem Mann nicht verstanden. Für sie sind die nächtlichen Störungen sehr belastend, und dafür muss sie sich auch noch gegenüber ihrem Mann rechtfertigen. D.h. von ihrem Mann erfährt sie keine emotionale Unterstützung. Auch andere Unterstützungsleistungen sind nicht selbstverständlich:

Also mein Mann ist ein Mensch, also, der hilft schon. Aber dem musst Du zuerst sagen, „Bitteschön, hilf mir!“ (Frau Merlin, 1276 f.).

Etwas abfällig heißt es an anderer Stelle:

Ja, ich mach ja sowieso auch alles, damit der gnädige Herr den Rücken frei hat (Frau Merlin, 691 f.).

Offenbar lässt sich Frau Merlin fremdbestimmen, obwohl sie damit unzufrieden zu sein scheint.

Frau Merlin verfügt offensichtlich kaum über soziale und emotionale Unterstützung, die die Bewältigung ihrer erlebten Belastungen erleichtern könnte. Eine existenzielle Einsamkeit, die sich weiter oben schon in der Angst davor gezeigt hat, im Falle eigener Pflegebedürftigkeit nicht versorgt zu sein, zeigt sich auch in diesen Textauszügen.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung bestätigen die Interviewdaten. Frau Merlin erreicht bei dem eingesetzten Fragebogen zur sozialen Unterstützung F-Sozu-K22 einen Gesamtscore von 81, ein im Vergleich zum Normwert von 96,92 niedriger Wert (Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999, n=2179, SD= 11,98). Einerseits ist dieser niedrige Wert auf kaum verfügbare Unterstützungsleistungen zurückzuführen. Folgenden Items hat Frau Merlin beispielsweise nicht oder schwach zugestimmt: „Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin“; „Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle“. Andererseits zeigt sich ein Mangel an emotionaler Unterstützung. Folgenden Aussagen stimmte Frau Merlin beispielsweise zu: „Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung“; „Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe“.

Bewältigungs(miss)erfolge

Frau Merlin bemerkt selber, dass es ihr an grundlegendem Vertrauen zu anderen Menschen, insbesondere zu Frauen mangelt (siehe oben). Eine Ursache erkennt sie in der Vergewaltigung mit der sie ihr Misstrauen gegenüber Frauen begründet. Darüber hinaus gibt sie zu verstehen, dass es ihr ganz grundlegend an Vertrauen zu anderen Menschen fehlt.

Also Urvertrauen, ja, das habe ich ein bisschen zu wenig im Moment. Ich zu mir selbst habe Vertrauen, das ist richtig. Bis zu einem gewissen Maß. Aber das Urvertrauen. Wissen Sie, ich bin ein 45er Jahrgang. […] War also in dem, meine Mutter wurde dann in den letzten paar Wochen erst evakuiert und die letzten Fliegeralarms […] und von der Tragzeit her, von der Schwangerschaft her, war ich ja eh voll mit dabei, sozusagen. Und man unterschätzt das auch ganz gewaltig. Psychologen und Psychoanalytiker wissen das, dass das sich natürlich in dem Kind, in der Seele schon eingeht und zwar enorm. Ja. Das kriegt also das sehr wohl mit. Und vielen Menschen in der Generation fehlt das Urvertrauen. Weil sie ja keine beschauliche Schwangerschaft oder ruhige, friedliche Umgebung hatte, sondern sie waren ja immer auf Zack. […] Das wirkt sich auch im Leben aus. Denkt zwar keiner nach, denkt keiner dran, aber es ist so. Ist doch logisch. Wie soll ich von so einer kleinen Seele, von so einer, eigentlich, maltretierten Seele. Da war sie noch nicht mal auf der Welt, wie soll ich denn da verlangen,

je nachdem wann sie einfällt, weiß man nicht genau. Wie soll ich da verlangen, dass da ein Urvertrauen da ist (Frau Merlin, 1322-1338).

Frau Merlin erkennt für sich einen Mangel an Urvertrauen, das ein Mensch in seiner frühen Existenz erwirbt und ihm ein Gefühl vermittelt, welchen Menschen und Situationen er vertrauen kann oder eben nicht. Dieses Urvertrauen entscheidet wesentlich über die spätere Fähigkeit, zu anderen Menschen Beziehungen aufzubauen, sowie die Entwicklung der Persönlichkeit (vgl. Erikson, 1977).

Konsistent hierzu gibt Frau Merlin zu verstehen, dass sich schon in sehr jungen Jahren nicht auf andere Menschen oder Einrichtungen verlassen hat.

Mein Verstand verbietet es mir zu sagen: „Warum gerade ich?", weil andere Menschen haben noch viel schlimmere Schicksale als was ich jetzt habe erleiden müsse. Verstehen Sie? Ich habe nur gemerkt, das System hilft dir nicht. Ist aber bei mir nicht tragisch, weil ich noch nie auf das System gewartet habe. Verstehen Sie? Einen anderen trifft das noch viel härter. Aber ich, von meiner Anlage her, ich habe mir mein Leben lang immer selber geholfen. Papa hat mir geholfen, ja. Aber von dem, was weiß ich, 15, 16, wo ich ein bisschen selber ein Hirn gehabt habe, habe ich mir immer schon selber geholfen. Ja natürlich, selbstverständlich habe ich, nebenbei betrachtet gesagt: „Aha, helfen tut Dir keiner". Also mir war sehr wohl bewusst, dass das System versagt hat. […] Es gibt viel zu wenige Menschen, denen bewusst ist, dass sie sich zuerst einmal, in aller erster Linie, selber helfen müssen. Dass sie die Pflicht haben, sich selbst zu helfen. Von denen gibt es vielleicht heutzutage zu wenig. Das mag sein, weil, […] sie es von den Eltern her zu leicht gehabt haben. Oder vielleicht wurde ihnen immer zu schnell geholfen. Vor allem zu gut (Frau Merlin, 1445-1460).

Sie beginnt die Passage mit einem sozialen Vergleich, genauer einem Abwärtsvergleich (vgl. Taylor, Wood & Lichtman, 1983; Wood, 1996), der in doppelter Weise selbststärkend sein soll: Erstens, weil es sie weniger schlimm getroffen hat als andere und zweitens, weil sie im Vergleich zu anderen Menschen keine externe Hilfe erwartet und folglich anders als andere Menschen vor Enttäuschung bei unterlassener Hilfe geschützt ist. Der affektive Nutzen daraus ist vermutlich gering, weil mit dem Vergleich zugleich die Verbitterung infolge ihrer Einsamkeit aktualisiert wird. Damit wird der Vergleich zu einer Rechtfertigung erfahren Leidens. Es handelt sich um den Versuch, die strenge Erziehung, die sie selber erlebte, schönzufärben.

Und ich bin von meinen Eltern an festen Zügeln gehalten worden. (Pause) Ich habe da einen Hund gehabt, den habe ich auch an festen Zügel gehalten. Aber den Hund, den haben Sie nicht gehört und gesehen, der war einmalig. Warum? Weil ich ihn von der ersten Stunde an richtig an den Zügeln gehalten habe (Frau Merlin, 619-622).

Offensichtlich hat Frau Merlin die strenge Erziehung und die ihr mit dieser Erziehung oktroyierten Werte internalisiert. Die jugendlichen Ausbrüche gegen diesen Erziehungsstil haben nicht dazu geführt, sich der Fesseln zu entledigen.

Ich habe doch meine Eltern auch ausgereizt bis zum letzten. Ich kann mich erinnern. Ich kann mich sehr wohl erinnern. Und ich habe meine Grenzen gezeigt bekommen und dann war gleich einmal Ruhe. Dann kam das Trotzalter, dann kam noch mal die Pubertät. Oh, die haben genug mit mir mitgemacht. Aber mir war das immer bewusst (Frau Merlin, 639-642).

Frau Merlin hat sich gegen die elterlichen autoritären Ansprüche aufgelehnt, ohne sich jedoch wirkungsvoll dagegen wehren zu können. Die behauptete Kontrolle wirkt dagegen eher wie ein letz-

ter Versuch, das eigene frühere Verhalten zu rechtfertigen, am Ende der elterlichen Autorität aber dennoch zuzustimmen. Die „zu schlechte Kindheit“ wird geleugnet und vergoldet, die Unterordnung als Notwendigkeit einer guten Familie dargestellt. Auch in ihrer Trauerrede verleiht Frau Merlin ihrer Unterordnung einen liebevollen Anstrich:

> *„Liebe Mama, ich verbeuge mich vor Dir in Liebe, Achtung und Respekt und sage auch zu Dir, wie ich schon zum Papa gesagt habe, das kleine lateinische Wörtchen servus. Für mich war ich immer und bin ich immer Eurer Diener“ (Frau Merlin, 1086-1088).*

Was in der Trauerrede sehr pathetisch klingt, stellt für Frau Merlin einen schwerwiegenden intrapsychischen Konflikt dar, den sie bis zum Zeitpunkt des Interviews nicht gelöst hat. Sie fühlt sich ohnmächtig anderen Menschen ausgeliefert. So beispielsweise während der Pflegephase als Frau Merlin ihre Aggressionen gegen ihre Mutter zu kontrollieren versucht:

> *Du wirst angegriffen, angegriffen, angegriffen und du darfst dich nicht wehren. Du kannst Dich nicht wehren. Du musst schlucken. Einstecken (Frau Merlin, 797f.).*

Noch deutlicher ist folgende Passage als Frau Merlin eine Situation beschreibt, in der sie sowohl von ihrem Mann als auch von ihrer Mutter verbal angegriffen wird:

> *Dann hat er [der Mann, M.D.] noch Zahnschmerzen gehabt. Zähne gezogen. Also schlecht drauf gewesen. Und dann hat der mich auch noch zusammen geschissen. [Pause]. Dann habe ich mir immer gedacht, wen pack ich jetzt zuerst an. Tatsache. Dann habe ich mir wieder gedacht. Nein, es hat kein Hirn, es hat keinen Sinn. Mama weiß nicht und mein Mann ist im Moment schlecht beieinander. Also kann ich keinen anpacken [weint heftig]. Also, was mache ich jetzt. Dann bin ich auf den Balkon raus, bin um den Stock rumgegangen, habe Fernsehen geschaut oder irgendwas. Bloß damit ich mich selber wieder unter Kontrolle kriege (Frau Merlin, 824-831).*

Sie erlebt diese Hilflosigkeit als inneren Konflikt, den sie kaum abwehren kann.

> *Was mich am meisten, wo ich am meisten gelitten habe, weil ich mich nicht wehren dürfte. Das kam mir am härtesten an. Ich konnte mich niemals wehren. Immer aus Rücksicht auf den Kranken, ob das mein Mann, der Arzt, der Rettungssanitäter, der Notärztlich, der Stations-, der Oberarzt, egal was war oder im Heim. Ich durfte mich nie so geben, wie ich gern möchte, weil ich genau wusste, oh, Vorsicht, es könnte Regression gegen meine Mutter erfolgen. Ist doch klar. Und das ist das, was mich, von meinem Charakter her. Ich kann mich wehren und ich darf nicht. Und das kostet die Seele sehr viel Kraft. Und ich sag Ihnen noch was: Das ist eine ganz fantastische Basis für Krebs? He? Ist mir schon klar. Ob ich ihn gekriegt habe oder nicht, ist mir mittlerweile egal. Weil (Pause) Hund tot, Vater tot, Mutter tot. (Pause). Und Sie dürfen sicher sein, wenn ich ihn haben sollte, dass ich nichts machen lassen würde. Ich bin 60 Jahre, viel von der Welt gesehen, viele schöne, viele schlechte Erfahrungen (weint). Ich habe mein Leben gelebt. Ich muss keine 85 werden. Nein. Nein, muss ich nicht (Frau Merlin, 859-873).*

Frau Merlin fühlt sich hilflos angesichts der mächtigen Menschen um sie herum. Wieder erlebt sie einen Kontrollverlust, den sie durch andere Personen verursacht wahrnimmt und dem sie wieder nichts entgegenzusetzen hat. Sie begründet ihren Rückzug mit dem Schutz ihrer Mutter. Damit fühlt sich Frau Merlin gefangen, zumal sie sich selbst als eine Person beschreibt, die in der Lage ist, sich zu verteidigen. Diese erzwungene Defensive schätzt Frau Merlin als bedrohlich für ihre Gesundheit ein.

Sie ist die Basis für Krebserkrankungen. Deutlich kommt die Resignation zum Ausdruck: Früher hing sie noch an ihrem Leben, „mittlerweile“ ist ihr „egal“, ob sie früher oder später sterben wird.

Der Fall Merlin bestätigt den in der Traumaliteratur diskutierten Aspekt, dass der Verlust der Autonomiewahrnehmung massive Auswirkungen auf das Erleben traumatischer Situationen hat (Ehlers, 1999; Ehlers, Clark, Dunmore, Jaycox & Foa, 1998).

Diesen Ergebnissen entspricht auch die Selbsteinschätzung von Frau Merlin. Als sie danach gefragt wird, sich selbst zu beschreiben, gibt sie folgende Antwort:

> *Ungeduldig. Fanatisch. Früher, jetzt nicht mehr. Missionarisch, früher, jetzt nicht mehr. Hilfsbereit. Stelle zu hohe Ansprüche an meine anderen Mitmenschen, weil ich selbst von mir zu, am mich selbst zu hohe Anforderungen stelle. Ist schon klar. Das weiß ich. Manchmal verlange ich, was nicht geht. Das weiß ich. Durchsetzungsfähig, das wissen wir. Durchhaltefähig. Kopf und Verstand, Herz und Verstand, so wollte ich sagen, eigentlich in einem guten, ausgeglichenen Verhältnis, würde ich sagen. Aber sehr unbequem. Mitreißend kann ich sein. Also ich kann jemanden, oder eine Gruppe, denen kann ich alles verkaufen, wenn ich von der Sache überzeugt bin. Wenn ich von einer Sache nicht überzeugt bin, tauge ich nichts. Oder sagen wir einmal, ich kann mich selbst auch nicht immer gut verkaufen. Ich bin zu offen - gewesen. Bin lernfähig. Ich war viel zu offen. Bin vollkommen undiplomatisch, kann ich nicht. Kann ich nicht. Sind meine Schwächen (Frau Merlin, 1114-1125).*

Frau Merlin zählt eine Reihe früherer Eigenschaften auf, die sie im Verlauf ihres Lebens verloren hat. Hierunter fallen, wenn man so will, ihre fürsorglichen Eigenschaften, die sie als desillusioniert bezeichnet, weil die Menschen sie eines besseren belehrt haben. Dagegen werden diejenigen persönlichen Eigenschaften hervorgehoben, die den von ihr bezeichneten dominierenden, selbstbewussten Eigenschaften entsprechen.

Interessant ist ein Vergleich mit der schriftlichen Befragung zum Selbstwertgefühl. Frau Merlin erreicht auf Selbstwertgefühlskala in der deutschen Übersetzung von Filipp und Ferring (1996) einen Gesamtwert von 28 (Skalenrange=30) und einen Mittelwert von 2,8, der im Vergleich zu Kennwerten von schwersterkrankten Personen (2,31) und anderen, nicht traumatisierten Personen (2,29) deutlich höher liegt (ebd.). Wie ist dieses Ergebnis angesichts der zum Teil durch Resignation und depressiven Aussagen gekennzeichneten Interviewpassagen zu verstehen? Zunächst ist das Instrument selbst zu betrachten. Die Selbstwertgefühlskala beinhaltet Items wie „Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts tauge“ oder „Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos“. Diese Items sind in der Formulierung negativer Eigenschaft extrem („gar nichts taugen“, „richtig nutzlos sein“). Sie weisen also auf einen extremen Selbstwertmangel hin. Dagegen sind die positiv formulierten Items schwach formuliert. Es heißt nicht „Alles in allem bin ich mit mir selbst *sehr* zufrieden“, sondern „Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden“ oder „Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften“ und nicht etwa „Ich besitze sehr viele gute Eigenschaften“. D.h. auch wenn jemand einige negative Eigenschaften an sich entdeckt, die seinen Selbstwert teilweise unterminieren, kann er diesen Items voll zustimmen. So-

bald die Person z.B. aber einige positive Situationen erinnert, in der sie sich wertvoll fühlte, wird diese Person dem Item absoluter Nutzlosigkeit nicht zustimmen. Weil der Fragebogen auf einen extremen Mangel an Selbstwertgefühl und ein durchschnittliches Zugeständnis an positiven Selbstwertgefühlen ausgerichtet ist, sind insgesamt hohe Durchschnittswerte zu erwarten, was auch in vielen Untersuchungen bestätigt wurde (vgl. z.B. Bednar. & Peterson, 1995).

Abgesehen von den aufgeführten grundsätzlich problematischen Items ist der hohe Punktwert der self-esteem Skala bei Frau Merlin freilich auch nachvollziehbar, weil Frau Merlin sich selbst durchaus selbstbewusst einschätzt und sie dieses Selbstbild erfolgreich gegen die Resignation, die sich für sie schließlich aus einer schlechten Welt ergibt, abschirmt. Es ist nicht auszuschließen, dass Frau Merlin die Bedrohung ihres Selbstbildes durch erlebte Hilflosigkeit und Kontrollverluste durch Projektionen in eine schlechte und ungerechte Welt abwehrt und Verbindungen zwischen dem Selbst und der Welt nicht zulässt. Hierfür spricht, dass Frau Merlin immer wieder den Mangel an Wertschätzung durch andere Personen beklagt.

Dieser Mangel an Wertschätzung wird in der schriftlichen Befragung der erlebten Wertschätzung mit einem standardisierten Instrument von Maercker und Müller (2000, 2004) auch sichtbar. Drei Subskalen testen die allgemeine Missbilligung, die Anerkennung und die familiäre Missbilligung. Zu diesen Skalen liegen zwar keine Normwerte vor, der Studie der AutorInnen sind jedoch Kennwerte zu entnehmen.

	Allgemeine Missbilligung	**Anerkennung**	**Familiäre Missbilligung**	
Punktwerte Subskalen	18	11	7	(Skalenrange 0-80)

Im Vergleich zu den anderen Probandinnen erreicht Frau Merlin den höchsten Punktwert bei auf der Subskala „allgemeine Missbilligung“ und fühlt sich damit stärker missbilligt als die anderen Probandinnen. Auf der Subskala „Anerkennung“ erreicht Frau Merlin den geringsten Wert, fühlt sich also im Vergleich zu den anderen befragten Frauen weniger anerkannt. Einigermaßen erstaunlich ist die geringe wahrgenommene Missbilligung von Seiten der Familie. Sie unterstützt aber zugleich die These, dass Frau Merlin ihre schwierige Situation durch externe Gegebenheiten bzw. eine allgemeine „schlechte Welt“ verursacht sieht.

6.3.5.4 Selbst- und Weltbild

Die ungerechte Welt

Die von Frau Merlin geäußerte Resignation ist Ergebnis einer umfassenden Enttäuschung, die aus einer Vielzahl von Erlebnissen resultiert. Das ganze Ausmaß der Enttäuschung wird in eine grundsätzlich schlechte Welt projiziert:

Ich bin eine sehr bestimmende Person. Und ich kann auch dominant sein. Und das muss man sein, denn wenn man das nicht ist - und das ist der Haupttenor – dann wird man derart unter den Tisch gekehrt - hier in diesem Lande, ich weiß nicht wie es woanders ist - dass es schlimm ist, ja. Und darum muss man durchsetzungsfähig sein (Frau Merlin, 14-18).

Auch wird, wie schon zuvor, eine externale Attribuierung vorgenommen. Frau Merlin sieht sich als Person nicht geschätzt und muss deshalb ihre Rechte erkämpfen.

Und was ich da eben sagen wollte, dass ein Pflegender von der Krankenkasse derart schikaniert wird. Ich meine damit, es geht rein nach dem Paragraphen, es geht rein darum, was kostet jeder Handgriff. Der Mensch ist nicht mehr existent als Mensch. Er ist nur noch, wie soll ich das sagen, ein Kfz, ein reparaturdürftiges Kfz oder was sag ich denn, ich weiß nicht mehr, was ich sagen, es ist kein Lebewesen. […] Die Krankenkasse hat mir drei Tage nachdem, vier Tage nachdem, meine Mutter tot war […] einen Brief geschickt und mir die Pflegestufe 2 [abgelehnt, M.D.]: müssen wir leider ablehnen. Wissen Sie, da kommt man so weit, dass man sagt, denen leg ich eine Bombe. Ganz egal, wer jetzt was, für was zuständig, was genehmigt werden kann, was zu realisieren ist oder nicht. Einfach aus der menschlichen Tragödie heraus, aus der Verzweiflung heraus, denen lege ich eine Bombe. So ist es im Moment 2005. (Pause). Dass man sich jede Information selbst holen muss. Jetzt stellen Sie sich da mal einen Menschen vor. Ich muss anders sagen. Ein Mensch, der nicht so ist wie ich. Der sich treiben lässt. Der naiv ist. Der, wie sag ich das schnell, unterer Durchschnitt ist. […] Der ist zu bewundern. Wissen Sie, was ich meine? „Mei, geht nicht". Damit hat er eine gewisse Portion Gleichgültigkeit. Der sagt: „Das geht halt nicht. Da können wir jetzt nichts machen". Also, ein Mensch von meinem Kaliber tut sich hier zwanzig Mal schwerer als wie ein, ich will nichts sagen. Aber ein Mensch, der mitdenkt, der verzweifelt. Ein Mensch, der selber mitdenkt, der verzweifelt, weil der sagt, „Das kann nicht sein" (Frau Merlin, 477-504).

Das bekannte Muster wiederholt sich: Frau Merlin ist enttäuscht und wütend, weil sie keine Anerkennung für ihre geleistete Arbeit erhält. Ähnlich wie die obige allgemein gehaltene Aussage, in der sie eine generelle Ungerechtigkeit beklagt, wie auch im Zusammenhang mit ihrem Arbeitsplatzverlust für den sie die Globalisierung verantwortlich macht, gibt es auch hier keinen direkten Verursacher oder Täter. Damit gibt es auch keine Chance, jemanden zur Rechenschaft zu ziehen. Die Wut kann nicht kanalisiert und abreagiert werden.

Am Ende der Erzählsequenz folgt noch ein sozialer Vergleich. Einerseits überhöht sich Frau Merlin mit diesem Vergleich, andererseits beinhaltet er auch eine Mischung aus fatalistischer und selbstmitleidiger Haltung. Die Selbsterhöhung wird kausal mit erlebter Ungerechtigkeit assoziiert und macht sie zum Opfer, das vom System vernachlässigt wird. Die von Frau Merlin formulierte dominierende und bestimmende Position erscheint hier erneut als Abwehr erlebter Ohnmacht.

In folgendem Interviewausschnitt wird der erlebte Mangel an Wertschätzung gegenüber ihrer Person noch einmal sichtbar:

Schauen Sie, ich habe mir oft gedacht, wenn ich heute weg bin. Wenn ich heute sterbe, was ist dann? Gar nichts (lacht). Es ist nichts. Aus, erledigt, ist halt weg. Soll ich mir da Gedanken machen? Ich um mich? Nein, so wichtig bin ich nicht (sehr laut), wenn sie weg ist, ist sie weg, gehen wir zur Tagesordnung wieder. Ha. Ist doch, nüchtern betrachtet, ist es doch so. Oder? Bleibt doch nichts (Frau Merlin, 1380-1384).

Es geht also darum, trotz der Wertlosigkeit der eigenen Person, in Würde zu leben. Sofern Frau Merlin mit Würde sittliches und moralisches Verhalten und Handeln meint (und die internalisierten Wertvorstellungen z.B. einer fürsorgenden Familie deuten darauf hin), kann diese Würde nur darauf ausgerichtet sein, dass eigene Selbstbild aufrechtzuerhalten, denn die von Seiten des Systems beklagte Wertlosigkeit oder gar Nichtigkeit der Personen machte ein würdevolles Leben überflüssig.

Auch zur Vorstellung über eine gerechte Welt liegen Daten einer schriftlichen Befragung vor. Frau Merlin erreicht auf der Subskala zur „allgemeinen gerechten Welt" einen Mittelwert von $M_{allg.. GW}$=3.17 (der auch geringer ist als in andere Studien, vgl. z.B. Dalbert, Lipkus, Sallay & Goch, 2001) und auf der Subskala zur „persönlichen gerechten Welt" einen Mittelwert von $M_{persönl. GW}$=4.00. Ähnlich wie in den Interviewdaten zeigt sich auch in der schriftlichen Befragung ein eher geringer Glaube an eine gerechte Welt, der als Indiz für die im Interview deutlich erkennbare Erschütterung des Weltbildes angesehen werden kann.

Die Zukunftsvorstellungen

Die eigene Ohnmacht in verschiedensten Situationen hat zu Resignation und Radikalisierung einer schlechten Welt geführt. Sie idealisiert ihre Familie und beklagt extrem entwertend den Mangel an Menschlichkeit, der ihre existenzielle Einsamkeit zum Ausdruck bringt:

> *Verloren habe ich das Vertrauen in unseren Staat. Staat an sich. So geht man nicht mit Menschen um. Und gewonnen, gewonnen habe ich Einsicht, dass ich es bei mir nicht zulassen werde – wenn ich kann, wenn ich in der Lage bin. Gewonnen habe ich (Pause), gewonnen habe ich die Vorstellung, dass sich ein Familienleben, so wie es wir hatten, richtig ist, schön und gut ist, und dass – ich weiß die Prozentzahl nicht - dass es eigentlich so sein sollte. Überall. Wobei ich aber eben feststellen muss, dass es so nicht oder nirgends oder nur noch in wenigen Familien so ist. Und wenn ich mir die Kälte anschaue, über die unsere Bekannte, mit der Kälte, wie die mit ihren Eltern umgehen, dann muss ich bloß noch mit dem Kopf schütteln. Weil die schieben sie ab. Ohne irgendein ein Gewissen. Das gibt es sehr, sehr viel (Frau Merlin, 919-928).*

Die erlebten Ungerechtigkeiten, die sie im Zusammenhang mit der Pflege ihrer Eltern und anderen Ereignisse erlebte, münden in der Angst um die eigene Person. Sie nimmt sich vor, sich nicht schicksalhaft zu ergeben. Frau Merlin antizipiert zukünftige Kontrollverluste (z.B. durch Krankheit), denen sie mit einer dominierenden Position entgegentreten will. Schließlich stellt sie erneut einen sozialen Vergleich her, der sie in einem besseren Licht erscheinen lässt, weil sie ihre Eltern selbst gepflegt hat, während andere, gefühlskalte Menschen ihre Eltern in Pflegeeinrichtungen abschieben. Auch hier bringt der soziale Vergleich keine Erleichterung, weil der er (wie zuvor) lediglich die Einsamkeit in einer gefühlskalten Welt unterstreicht, von der sich Frau Merlin aufgrund ihres Wunsches, anderen Menschen zu helfen, abgrenzt.

Auffällig sind die hierzu konträren Ergebnisse des Life Orientation Test (Wieland-Eckelmann & Carver, 1990). Frau Merlin ist nach diesem Ergebnis (Gesamtscore=31) überdurchschnittlich optimistisch (Normwert=22), was sowohl angesichts der im Interview erkennbaren Resignation, der depressiven Tendenzen im BDI-V wie auch der posttraumatischen Belastungssymptome (IES-R) erstaunlich ist. Wie ist dieser gemessene Optimismus zu erklären? Möglicherweise schwankt Frau Merlin zwischen der Vorstellung, von mächtigen Anderen bestimmt zu werden und dem Glauben daran, situativ handeln zu können.

Das spirituelle Weltbild von Frau Merlin

Frau Merlin kämpft mit Resignation, Wut und Enttäuschung angesichts der ungerechten und gefühlskalten Welt:

> *Es ist eine derart gleichgültige und kalte und, und egoistische Gesellschaft. Geben Sie mir jetzt zehn Hunde zum Aufziehen, dann täte es mir leid, dass ich gehen müsste, weil die alleine sind. Aber wegen den Menschen? Nein. Klingt hart. Klingt hart. Ich bin auch härter geworden zu den Menschen. Ich war früher verschrien, verschrien, dass ich sofort helfe. Helfersyndrom, ich weiß schon. Ja? Mag ich nicht mehr. Ich bin lernfähig. Ich bin ein lernfähiger Mensch. Mach ich nicht mehr. Sollen sie sich selber aus der Scheiße holen. Ich gebe Ihnen einen Ratschlag. Den Weg gehen muss er alleine. Ist ein alter esoterischer Grundsatz (Frau Merlin, 939-952).*

Wenig lebenswert beschreibt sie das Leben in der egoistischen Welt, weil Hilfe und Unterstützung von anderen nicht zu erwarten ist. Die existenzielle Einsamkeit erklärt sie fatalistisch. Sie hat gelernt, sich dem Schicksal zu ergeben und isoliert sich.

> *Ich könnte einen Satz von Jesus gebrauchen. Denn sie wissen nicht, was sie tun. (Pause). Jesus war der größte Esoteriker und die Bibel ist dementsprechend umgeschrieben worden. Denn sie wissen nicht, was sie tun. Und der Mensch, habe ich immer geglaubt, ist lernfähig, doch der Mensch ist nicht lernfähig. Das sind nur wenige, die tatsächlich lernfähig sind. Jedes Tier lernt. Nur der Mensch nicht. Klingt jetzt auch wieder paradox, aber der Überzeugung bin ich (Frau Merlin, 878-883).*

Mit dem Zitat aus dem Lukasevangelium erklärt Frau Merlin die Lernunfähigkeit der Menschen. Vermutlich handelt es sich hier um eine Anspielung und Fortführung dessen, was Frau Merlin schon vorher betont hat: Sie muss sich selbst helfen. Denn im Lukasevangelium wird eine Szene angesprochen, in der die Menschen der Kreuzigung Jesus zusehen und spotten: „Bist du der Juden König, so hilf dir selber“.

Allerdings tauchen auch andere spirituelle Erklärungen auf.

> *Der Mensch bekommt nicht ohne Grund Stärke mit auf den Weg. Wie soll ich das sagen. Wenn jemand veranlagt ist zur Stärke, dann bekommt er natürlich auch schwierigere Aufgaben. Damit er an seine Grenzen gehen muss, kann, darf, muss die Aufgabe natürlich dementsprechend schwierig sein. Weil sonst verlangt es ihm ja nichts ab. […] Damit Du an den Rand Deiner Persönlichkeit kommst, deiner Stärken und deiner Charakteranlage und über, über dein ganzes Potenzial. Damit du an den Rand deines Potenzials kommst. Deines Potenzialvermögens. Braucht man natürlich entsprechende Hämmer. […] Selbstverständlich hat das einen Sinn. Wir sind ja auf der Welt um zu lernen. Da gibt es verschiedene Klassen. Und*

jede Klasse musst Du durchwandern. So. Und mit jeder Klasse wird das Leben schwerer. Volksschulklasse, Realschule, Abitur, Studium. Und je größer dein Potenzial, umso höher kommst Du. Vielleicht. Wenn du dein Potenzial nutzt. Wenn du dein Trigon nützt, dann kannst du Großes erreichen. Und wenn nicht, im nächsten Leben lernt man wieder was anderes. Jetzt liegen meine Stärken, jetzt, in meinem jetzigen Dasein, liegen meine Stärken meine Stärken, Selbstwertgefühl, Mut, Stärke. O.K. Was ich nicht kann, Musik spielen, mathematisch rechnen, sag mir was, äh, Baustatik erstellen oder sonst irgendwas. Das lerne ich dann vielleicht im nächsten Leben. Da geht es dann wieder von unten an. Da kann ich dann wieder dementsprechend ausbauen, erweitern und zur Reife bringen. Jetzt habe ich halt diese Fähigkeiten, das nächste Mal habe ich dann andere Fähigkeiten. So bis wir wieder am anderen Ende im Gleichgewicht sind. Bis die Seele so viel Erfahrung hat. Aber das ist jetzt, mei, da sind wir jetzt im geistigen Begriff. Ich weiß nicht, ob Sie auf der Wellenlänge sind. Da muss man auch vorsichtig sein. (zündet sich Zigarette an). So sehe ich den Sinn des Lebens (Frau Merlin, 1215-1244).

Ihr Schicksal erklärt Frau Merlin als Ergebnis eines vorbestimmten Weges. Hier zieht sie astrologische Erklärungen heran. Die im Leben zu bewältigenden Härten richten sich nach der Persönlichkeit. Je stärker eine Person ist, desto schwieriger sind die Herausforderungen des Lebens. Jede Person ist mit Fähigkeiten ausgestattet, diese Schwierigkeiten zu meistern, muss sie aber entsprechend einsetzen, um Harmonie zu erreichen. Sie fügt diesen Ausführungen zudem esoterische bzw. buddhistische Vorstellungen hinzu, dass nämlich die menschliche Seele nach dem Tod auf der Erde erneut in ein empfindsames Wesen inkarniert wird.

Weiter heißt es:

Jedes Zeitalter muss durchlebt werden und im Moment sind wir halt in dem Zeitalter und das dauert, astrologisch dauert das seit 2200 Jahren, Entschuldigung, aber, oder 225, je nachdem wie man es sieht. Und dann geht die ganze Sache wieder anders herum. Es ist ja alles, wir leben in der Polarität. Einmal hängt es nach dem Pol, dann kommt es zur Mitte, dann geht es wieder zum anderen Pol. Kommt aus der Esoterik. Wenn Du die Nachtzeiten nicht kennst, wirst Du sie kennen lernen, damit du wieder zur Tagseite kommst. Musst Du durch. Es ist leider so. Ich habe meine Nachtzeiten, ich habe schon einige Nachtzeiten erlebt (Frau Merlin, 1179-1186).

Nach Vorstellung von Esoterikern sind „Nachtzeiten“ Folge des Karmas und beinhalten die Chance, daraus zu lernen. Möglicherweise ist auch die weiter oben angesprochene Intellektualisierung im Kontext dieser esoterischen Vorstellung zu verstehen. Ob Frau Merlin die Pflege der Mutter ebenfalls als auferlegtes Schicksal wahrnimmt, ist kaum nachzuvollziehen. Allerdings gibt es eine Äußerung hierzu als Frau Merlin berichtet, warum sie ihre Mutter gepflegt hat:

Das ist doch dann eine Selbstverständlichkeit, dass ich sag und jetzt bin ich für Euch da. Mit jeder Konsequenz, so weit ich es vertreten und machen kann. Wenn ich krank geworden wäre, o.k. dann, dann, dann geht es nicht mehr. Aber so lange ich kann, werde ich alles dran setzten, nicht krank zu werden und diesen Auftrag, ja Auftrag, Aufgabe, ist vielleicht besser ausgedrückt. Woraus die jetzt resultiert oder wer mir das ins Ohr flüstert oder den Hinterkopf, ins Herz oder in den Verstand, das weiß ich nicht (Frau Merlin, 607-613).

Der Auftrag einer „höheren Instanz“ relativiert nicht nur die angegebene Selbstverständlichkeit der Pflegeübernahme, sondern definiert sie als machtvolle Bestimmung dieser nicht näher bestimmten Instanz.

Bei der Betrachtung der Weltanschauungen, fällt auf, dass Frau Merlin unterschiedliche spirituelle Deutungsmuster nutzt. Sie alle eint allerdings eine am Schicksal orientierte Vorstellung, also eine nicht beeinflussbare Bestimmung oder ein Karma (vgl. Frau Merlin, 1273), wonach dem Menschen als Folge seines (unterlassenen) Verhaltens bestimmte Lebensumständen widerfahren, die wenn nicht im aktuellen Leben, so doch im nächsten Leben ihre Auswirkungen haben.

6.3.5.5.Zusammenfassende Bewertung

Schon im frühen Lebensalter erlebt Frau Merlin Erschütterungen ihrer Glaubensvorstellungen infolge einer Vergewaltigung, die dazu führen, sich mit den männlichen Tätern zu identifizieren. Die erlebte Gewalt kompensiert sie durch Schaffung eines Frauenfeindbildes. Wendet man für diesen Mechanismus die Theorie Janoff-Bulmans an, handelt es sich um die Erschütterung des Glaubens an eine „gute Welt“, die aber zunächst eine gendertypisch generalisiert wird. Selbst im Berufsleben fühlt Frau Merlin sich durch die Kolleginnen in dieser Vorstellung bestätigt. Eine erneute Erschütterung ihres Weltbildes folgt mit dem Arbeitsplatzverlust. Auch hier identifiziert sie sich mit dem Aggressor, als sie die Unternehmung als ihr „Heiligtum“ und ihre Familie bezeichnet. Die globalisierte Welt wird zum neuen Feindbild.

Die Wiederholung dieses Musters findet schließlich auch in der Pflegesituation statt. Die Mutter als Teil der idealisierten Familie kann nicht als Täterin der vielen, in der Pflegephase erlebten Belastungen identifiziert werden, die sie nicht selten an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen, zumal die Pflege sich über viele Jahre hinweg erstreckt. In extremen Situationen findet Frau Merlin im medizinischen und im Pflegesystem ein Feindbild, um die Bedrohung der „persönlichen Welt“ abzuwenden.

Ganz offensichtlich erlebt Frau Merlin immer wieder Ohnmachtsgefühle, die sie im Wesentlichen auf eine und nicht mehrere Glaubensvorstellung(en) reduzierend erklärt. Zudem handelt es sich um die Erschütterung allgemeiner oder generalisierender Glaubensvorstellungen. Die Annahme Janoff-Bulmans (1992), dass gerade die abstrakten Schemata nur schwer umzudeuten und zu integrieren sind, scheint sich im Fall von Frau Merlin zu bestätigen.

Frau Merlin verfügt über kein komplexes, vernetztes Selbst- und Weltbildsystem, so dass von einer Taxonomie der Selbst- und Weltbilder nicht die Rede sein kann. Auffällig ist aber die Beziehung zwischen dem positiven Selbstbild und der negativen Weltsicht. Beide verhalten sich zueinander wie Antagonisten. Im Vergleich zur schlechten Welt gelingt Frau Merlin scheinbar die Aufrechterhaltung ihres positiven Selbstbildes. Die Aufrechterhaltung des Selbstbildes ist also an extreme Abwertungen der Welt oder genauer der gesellschaftlichen Systeme gebunden. Insofern scheint es höchst plausibel, dass Frau Merlin abstrakte Wertvorstellungen einer „schlechten Welt“ sogar aufrechterhalten muss, wenn sie eine Erschütterung des Selbst abwehren will. Zudem dürfte es einfacher sein, ein abstraktes medizinisches System oder die globale Wirtschaft abzuwerten als einzelne Menschen.

Damit kann sie auch einer Konfrontation mit den Tätern (wie beispielsweise dem Firmenchef, der die Kündigung ihres Arbeitsplatzes ausgesprochen hat) aus dem Wege gehen.

Nicht selten taucht der Zusammenhang von Selbst- und Weltbild in Form der von Taylor und ihren KollegInnen (z.B. Aspinwall & Taylor, 1993, 1996) postulierten sozialen Vergleiche auf, die sicher funktional sind, weil sie der Aufrechterhaltung des Selbstbildes dienen, bei denen aber dennoch immer die Einsamkeit mitschwingt, weil die Vergleiche immer auf die Abgrenzung von anderen schlechteren Menschen und der schlechten Welt gerichtet sind.

Zu fragen ist nach sinnstiftenden Umdeutungen. Ganz offensichtlich gelingen Frau Merlin nur marginale und sinnstiftende, positive, aber vor allem auf konkrete Situationen angewendete Umdeutungen. Die wenigen Umdeutungen stellen ein „Sammelsurium" verschiedener esoterischer, abstrakter Deutungen dar, die nicht geeignet sind, konkrete Situationen zu erklären. Vor allem können diese Deutungsmuster nicht als Leitfaden für das eigene Handeln und Verhalten herangezogen werden. Sie sind vor allem kein Leitfaden anhand dessen sie ihr eigenes Verhalten reflektieren könnten. Die abstrakten Glaubensvorstellungen und die fatalistische Haltung von Frau Merlin scheinen eher dazu zu führen, selbstreflexive Prozesse und aktive Bewältigung zu verhindern. Aufgrund dessen werden Verhaltensweisen und Denkmuster wiederholt, aber nicht durchbrochen. So ist auch nicht verwunderlich, dass Frau Merlin an keiner Stelle des Interviews persönliches Wachstum Stelle erwähnt. Anstelle einer Konstruktion von benefits (Taylor, 1989; Janoff-Bulman, 1992) werden Klagen gegen die Gesellschaft erhoben.

Nach den Daten der schriftlichen Befragung, aber auch entsprechend der Interviewdaten sind die gesundheitlichen Einschränkungen bei Frau Merlin am deutlichsten. Depressive und posttraumatische Belastungssymptome sind deutlich erkennbar. Bedenkt man zudem, dass es Frau Merlin kaum gelingt, negative Informationen zu integrieren (Janoff-Bulman, 1992) oder spezifische Situationen flexibel umzudeuten (Taylor, 1983), kann der These beider AutorInnen zumindest nicht widersprochen werden, dass positive Umdeutungen notwendig für die Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit sind bzw. Desillusionierungen die psychische Gesundheit beeinträchtigen können.

6.3.5 Traumatisierungspotenziale in der Elternpflege: Eine zusammenfassende Bewertung der Interview- und Validierungsstudie

Mit der steigenden Lebenserwartung der Menschen und der darauf zurückzuführenden Multimorbidität alter und betagter Menschen steigt die Zahl der Personen mit besonders intensiver Pflegebedarf, insbesondere infolge dementieller Erkrankungen (BMFSFJ, 2002: 167ff.), was gravierende Auswirkungen auf die häusliche Pflege hat.

Auch die befragten Töchter sehen sich mit der Pflege ihrer multimorbiden Eltern konfrontiert. Entsprechend wissen alle interviewten Frauen viele Situationen zu berichten, in denen sie aufgrund

des Auftretens schwerer Krankheitssymptome bei der Mutter oder dem Vater und des nahendes Todes des Elternteiles deutlich überfordert sind.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Einzelfallstudien den Ergebnissen der ExpertInnenbefragung gegenübergestellt, um festzustellen, inwiefern die Einzelfallstudien den Erfahrungen der ExpertInnen entsprechen, die über langjährige Erfahrung bei der Betreuung von pflegenden Angehörigen haben.

6.3.6.1 Ereignisabhängige Traumafaktoren bei der häuslichen Pflege eines Elternteils

Zuerst werden die ereignisabhängigen allgemeinen Traumafaktoren betrachtet. Die hier fokussierte häusliche Elternpflege ist ein gutes Beispiel dafür, dass das Beobachten des Leidens eines anderen, in diesem Fall nahe stehenden Menschen, sehr belastend sein kann. Anders als Janoff-Bulman (1992) behauptet, ist die stellvertretende Viktimisierung (Figley, 1995) der Probandinnen deutlich. Sie zeigt sich aufgrund folgender Faktoren:

(A) Konfrontation mit dem Tod

Gemäß DSM-IV (APA, 1994) ist die Bedrohung des eigenen Lebens als auch die Beobachtung der Bedrohung des Lebens einer anderen Person ein Merkmal des Traumas. Die in den Einzelfällen beschriebenen Facetten der Konfrontation mit dem Tod sind vielfältig. Hierzu zählt natürlich der Verlust der Mutter oder des Vaters. Besonders auffällig aber ist, dass alle Frauen aufgrund der Pflege über ihren eigenen Tod, aber auch die eigene Pflegebedürftigkeit nachdenken. Während eine Frau (Frau Kristo) diese Konfrontation positiv deutet, ist bei den anderen Frauen eher eine Erschütterung ihres Selbst feststellbar.

Im Telefoninterview wurde dieses Ergebnis klar bestätigt. Die folgenden Tabellen zeigen, dass es überwiegend den Erfahrungen der LeiterInnen der Gesprächskreise entspricht, dass pflegende Töchter aufgrund der Elternpflege mit dem eigenen Tod und der eigenen Pflegebedürftigkeit konfrontiert werden.

Fettgedruckt sind die den ExpertInnen in der telefonischen Befragung vorgelesenen Fragen und Statements, die von den Befragten „nie“, „teilweise“ oder „häufig“ zu bewerten waren, je nach Häufigkeit ihrer Erfahrungen.

Pflegende Frauen denken aufgrund der Elternpflege darüber nach, dass sie selbst einmal pflegebedürftig sein könnten.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	30	78,9	78,9	78,9
	teilweise	8	21,1	21,1	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Pflegende Frauen denken aufgrund der Elternpflege über den eigenen Tod nach.

		Häufig-keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	28	73,7	73,7	73,7
	teilweise	8	21,1	21,1	94,7
	nie	2	5,3	5,3	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Mit diesen Ergebnissen wird bestätigt, dass es sich bei der Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit um ein häufiges Phänomen im Zusammenhang mit der Elternpflege handelt. Besonders Frau Seida hatte zu verstehen gegeben, dass sie bis zur Pflege ihrer Mutter die Gedanken über den eigenen Tod verdrängt hatte. In ihrem Fall war die Erschütterung der Ewigkeitsillusion (Battegay, 1996) deutlicher ausgefallen als bei den anderen Probandinnen. Auch die ExpertInnen berichten, dass es ihrer Erfahrung in den Gesprächskreisen entspricht, dass diese verfrühte Desillusionierung belastend für die pflegenden Frauen ist.

Pflegende Frauen belastet das Nachdenken über ihre eigene Pflegebedürftigkeit und ihren eigenen Tod, weil sie damit zu einem für sie unpassenden Zeitpunkt konfrontiert werden.

		Häufig-keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	12	31,6	31,6	31,6
	teilweise	18	47,4	47,4	78,9
	nie	8	21,1	21,1	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

(B) Das Bedrohungspotenzial der Elternpflege

Im DSM-IV wird die Bedrohlichkeit eines Traumas in Abhängigkeit vom subjektiven Erleben des Ereignisses beschrieben. Dabei ist die Bedrohung umso größer, je mehr Angst und Entsetzen erlebt wird.

Hinweise zur Einschätzung des Bedrohungspotenzials durch die Pflege liefern die von den interviewten Frauen berichteten Grenzerfahrungen. Die von den Frauen erlebten körperlichen und psychischen Belastungen sind so groß, dass die pflegenden Töchter eine Reduktion ihres Gesundheitszustandes erleben, die ihre physische und psychische Unversehrtheit gefährdet. Was die pflegenden Töchter erleben, ist eine Grenze der eigenen Leistungsfähigkeit und der eigenen psychischen Belastbarkeit. Angesichts der erlebten Realität des „Nicht-Mehr-Ertragen-Könnens“ wird der *Glaube an die eigene Unverwundbarkeit* zerstört (vgl. Perloff, 1983).

Alle interviewten Frauen berichten Ereignisse, die sie als *(Überschreiten der) Grenze des Ertragbaren* wahrnehmen. Kritisch hieran ist, dass sie die erlebten *Pflegebelastungen als Ursache für ihre Störungen der körperlichen, kognitiven und/oder seelischen Funktionen* attribuieren. Am deutlichsten zeigt sich das in der Auffassung von Frau Merlin, die es für wahrscheinlich hält, dass diese Grenzerfahrungen bösartige Krankheiten verursachen, oder bei Frau Gallo, die die Pflege als schwerwiegend genug ansieht, dass Pflegepersonen deshalb Suizid begehen könnten.

Für dieses Ergebnis ist deutlich hervorzuheben, dass das Leben der befragten Frauen nicht unmittelbar in Gefahr war. Denn der Ausdruck „drohender Tod" in der Definition des DSM-IV (APA, 1994) impliziert eine akute Lebensgefahr, die z.B. bei kriminellen Überfällen erlebt werden kann. Dennoch ist ein Aspekt erfüllt, der mit der Lebensbedrohung in Zusammenhang steht: Die tägliche Präsenz des drohenden Todes zwingt die Töchter dazu, sich auch mit der eigenen Endlichkeit und der davon ausgehenden Angst auseinanderzusetzen. Dabei ist zu beachten, dass der Zeitpunkt der Auseinandersetzung mit dem Tod zu einem unvorhergesehenen Zeitpunkt erfolgt. Ähnlich wie bei anderen lebensbedrohlichen Ereignissen, können auch die pflegenden Frauen den Zeitpunkt der Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit nicht freiwillig bestimmen. Während ein alternder Mensch b den Glauben an seine Unverletzbarkeit verliert, weil sein fortschreitendes Alter ihm seine begrenzte Lebenszeit vor Augen hält und er in Ruhe und behutsam seine Lebensbilanz erstellen kann, werden die pflegenden Frauen mit ihrer Verletzbarkeit zu einem Zeitpunkt konfrontiert, der möglicherweise ihrer persönlichen Reife und ihrem persönlichen Wachstum nicht entspricht. Insofern erleben pflegende Frauen eine lebensgeschichtlich *verfrühte Desillusionierung der Ewigkeitsillusion*, also des „festen Glaubens an die persönliche Unsterblichkeit – ‚andere sterben, aber ich nicht'" (Elias, 1982:7). Haben die pflegenden Frauen, wie beispielsweise Frau Seida die Gedanken an den Tod bis zur Pflege verdrängt, bricht diese Abwehr mit dem drohenden Tod des Elternteils zusammen, die bis dahin den „Terror des Todes" (Becker, 1973) beschwichtigt hat.

Die Validierungsstsudie bestätigt die Interviewdaten: Es entspricht den Erfahrungen der GesprächsteilnehmerInnen, dass die Frauen häufig Überforderungen erleben.

Pflegende Frauen erleben häufig Situationen, in denen sie überfordert sind.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	32	84,2	84,2	84,2
	teilweise	6	15,8	15,8	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Auch die Vorstellung, durch die Pflege krank werden zu können, ist in den Gesprächskreisen für pfle-

gende Angehörige ein Thema. Knapp 58% der Befragten gaben an, dass diese Vorstellung häufig von den Pflegenden geäußert wird.

Solche Überforderungen äußern die Probandinnen in den schon angesprochenen Grenzbelastungen, die den ExpertInnen zur Einschätzung vorgelegt wurden.

Hierzu wurde den Expertinnen folgende Anweisung vorgelesen: „Folgende Belastungen werden von pflegenden Frauen berichtet. Bitte schätzen Sie ein, ob dass Ihrer Erfahrung nach häufig, teilweise oder nie zutrifft."

Die Einschätzung der einzelnen Faktoren brachte folgendes Ergebnis.

… nächtliche Schlafstörungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	32	84,2	84,2	84,2
	teilweise	6	15,8	15,8	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

… am gesellschaftlichen Leben nicht mehr teilnehmen können

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	34	89,5	89,5	89,5
	teilweise	4	10,5	10,5	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

… keine Rückzugsmöglichkeiten haben

		Häufigkeit	**Prozent**	**Gültige Prozente**	**Kumulierte Prozente**
Gültig	häufig	32	84,2	84,2	84,2
	teilweise	6	15,8	15,8	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

… nicht zu wissen, was alles passieren kann

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	36	94,7	94,7	94,7
	teilweise	2	5,3	5,3	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

… nicht zu wissen, wie lange die Pflegebelastungen noch auszuhalten sind

		Häufig-keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	38	100,0	100,0	100,0

… keine Besserung des Zustandes der Mutter/des Vaters herbeiführen zu können

		Häufig-keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	36	94,7	94,7	94,7
	nie	2	5,3	5,3	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Die von den interviewten Frauen berichteten Belastungen sind den ExpertInnen bekannt. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegende insbesondere unter der dauerhaften Anspannung und Angst leiden, es könne etwas Unvorhergesehenes eintreten. Ganz offensichtlich ist der häufigste Belastungsfaktor, nicht zu wissen, wie lange die Pflege noch auszuhalten ist. Viele ExpertInnen bestätigten zudem, dass das nicht nur der häufigste, sondern der zentrale Belastungsfaktor der Pflege ist.

Belastend für die pflegenden Frauen ist zudem, dass sie trotz intensiver Pflege keine Besserung des Zustandes des Elternteils herbeiführen können. Das liegt in der Natur der Pflege eines betagten Elternteils, wurde aber von den ExpertInnen insofern als sehr bedeutend eingeschätzt, weil damit verbunden, der Erfolg der Pflegearbeit ausbleibt. Die ExpertInnen kommentierten, dass von den pflegenden Frauen immer wieder thematisiert würde, sie betrachten (wie in den hier ausgewerteten Interviews auch) die Eltern als Kinder, wodurch die Enttäuschung über die eigene Pflegeleistung aber umso größer würde. Denn Fürsorge für Kinder wird durch die Entwicklung der Kinder mit Erfolg belohnt, während die Elternpflege trotz des immensen Aufwandes zu keinem erfolgreichen Ergebnis führt.

Hinsichtlich des Ausmaßes der erlebten Bedrohung wurde den ExpertInnen folgendes Statement vorgelesen:

Pflegende Frauen glauben, dass die psychischen und physischen Belastungen so groß sind, dass sie davon schwer krank werden könnten.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	22	57,9	57,9	57,9
	teilweise	6	15,8	15,8	73,7
	nie	8	21,1	21,1	94,7
	weiß nicht	2	5,3	5,3	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Auch hier werden die Interviewdaten bestätigt: Die ExpertInnen sind damit vertraut, dass GesprächskreisteilnehmerInnen daran glauben, durch die Pflege schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erleben.

Mit einer offenen Frage wurden die TeilnehmerInnen gebeten, die gesundheitlichen Einschränkungen zu nennen, die pflegenden Frauen in den Gesprächskreisen beklagen. Von n=22 TeilnehmerInnen wurden folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen (wörtlich) genannt:

- Depressionen (n=19),
- Erschöpfung (n=5)
- Herz- und Kreislauferkrankungen (n=4),
- Burnout (n=4),
- Magengeschwüre (n=3),
- Rückenbeschwerden (n=3),
- Rückenbeschwerden, ohne dass diese medizinisch nachweisbar wären (n=1),
- Hautprobleme (n=1).

Bei der Mehrzahl der Nennungen handelt es sich um stressbedingte Symptome.

Ein Nebenergebnis zu dieser Frage ist von Interesse: Ungefähr ein Viertel der Befragten ExpertInnen (n=9) gab an, dass die pflegenden Frauen in den Gesprächskreisen häufig keine Symptome beklagen, weil sie ihre physischen und psychischen Grenzen nicht erkennen (wollen), obwohl die Erschöpfungserscheinungen offensichtlich seien.

Sowohl die Interviewdaten aus den Einzelfallstudien als auch die Validierungsdaten deuten darauf hin, dass pflegende Frauen „hidden patients“ oder „hidden victims“ sind (Zarit, Orr & Zarit, 1985).

Als weitere Kriterien der Bedrohlichkeit werden im DSM-IV intensive Furcht, Entsetzen und Hilflosigkeit als Zeichen der erlebten Bedrohung genannt. Frau Seida beschreibt, ähnlich wie Frau Schneck, die „Panik“, wenn sie die Mutter alleine zu Hause lassen musste, um Einkäufe zu erledigen. Frau Kristo beschreibt, die Ohnmacht, die sie erlebte, wenn ihr Vater Asthmaanfälle erlitt. Frau Merlin beschreibt ihre Hilflosigkeit in vielen Situationen, in denen ihre Mutter akute, lebensbedrohliche

Krankheitssymptome zeigte, die ihr medizinisches Laienverständnis deutlich überforderte. Auch die Aggressionen der Mutter, die sich gegen Frau Merlin richteten, musste sie, ähnlich wie Frau Gallo, hilflos ertragen.

Die Hilflosigkeit, die Kontrollverluste und Angstzustände sind Ausdruck einer Erschütterung des Selbstbildes: Gerade die krankheitsbedingten Pflegesituationen schärfen das Bewusstsein dafür, kaum über Handlungsmöglichkeiten zu verfügen. Dabei wird zweifelsohne die eigene Kompetenz von den Frauen selbst in Frage gestellt, wodurch der Glaube an die eigene Selbstwirksamkeit Schaden nimmt (Bandura, 1995, 1997; Janoff-Bulman, 1992; Taylor, 1989). Vor allem aber werden die Situationen belastend erlebt, weil die Frauen helfen wollen, aber nicht können. Damit unterscheiden sich solche Pflegesituationen auch von Situationen erlebter Hilflosigkeit, wie sie in der Theorie erklärt werden (z.B. Seligman, 1975; Wortman & Brehm, 1975). Hier handelt es sich nicht um eine Non-Kontingenz zwischen Verhalten und dem Ergebnis des Verhaltens auf die eine Unbeeinflussbarkeitserfahrung folgt, sondern um eine Non-Kontingenz zwischen dem fundamentalen Bedürfnis des Helfenwollens und der Unmöglichkeit, dieses in Verhalten umzusetzen. Denn die Hilflosigkeitstheorien unterstellen Handlungsfreiheiten oder –alternativen, die in den hier vorgestellten Fällen nicht gegeben sind. Damit unterscheidet sich auch die Reaktion. Während Personen, die sich selbst in einer Situation hilflos erlebt haben motiviert sind, in folgenden Situationen bessere Ergebnisse zu erzielen, können die pflegenden Töchter die Hilflosigkeit nur reduzieren, in dem sie ihre eigenen Ohnmacht anerkennen.

Schließlich deutet auch die Vorstellung einiger Probandinnen über die „Unzumutbarkeit der Pflege“ auf einen nicht zu unterschätzenden Belastungsgrad der Pflege hin. Besonders bei Frau Schneck wird deutlich, dass sie ihr Selbstbild massiv bedroht sieht, würde sie pflegebedürftig und wegen der Gebrechlichkeit von anderen Menschen weniger geschätzt werden.

Offensichtlich ist die „Unzumutbarkeit“ auch ein wichtiges Thema in den Gesprächskreisen. 80% der Befragten ExpertInnen gaben an, dass pflegende Frauen diese häufig thematisieren.

Pflegende Frauen wollen, wenn sie selbst einmal pflegebedürftig sein sollten, nicht von ihren Kindern gepflegt werden, weil sie ihnen das nicht zumuten wollen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	30	78,9	78,9	78,9
	teilweise	6	15,8	15,8	94,7
	nie	2	5,3	5,3	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

(C) Polytraumatische Erfahrungen

In der Traumatologie wird davon ausgegangen, dass sequenzielle Ereignisfolgen die Wahrscheinlichkeit traumatischer Belastungsstörungen erhöhen. Ereignisse, die für sich genommen unterschwellig sind, traumatisieren die Person, weil die Erholungsphasen ständig unterbrochen werden und schließlich die Abwehr zusammenbricht. Allein die Menge an Ereignissen, die alle Probandinnen der Einzelfallanalysen äußerten, spricht für solche sequenziellen Ereignisfolgen. Zudem waren viele der von den Frauen berichteten Situationen nicht nur unterschwellig, sondern von starken Kontrollverlusten und anderen negativen Gefühlen begleitet. Man denke beispielsweise an die Berichte von Frau Seida, deren Mutter mehrfach stürzt und sich schwere Verletzungen zuzieht oder etwa an Situationen, in denen die alzheimerkranken Elternteile die Töchter oder die Familie angreifen.

Auch in der telefonischen Befragung bestätigten die ExpertInnen diese sich aneinanderreihenden Ereignisse, die von den Frauen als belastend empfunden werden. Lediglich 5,3% stimmten dieser Aussage nicht zu. 10,5% stimmten teilweise zu und knapp 80% stimmten den sequentiellen, belastenden Ereignisfolgen mit „häufig“ zu.

Pflegende Frauen erleben die Pflege u.a. als belastend, weil sich im Laufe der Jahre eine Vielzahl schwerwiegender Ereignisse aneinanderreihen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	30	78,9	78,9	78,9
	teilweise	4	10,5	10,5	89,5
	nie	2	5,3	5,3	94,7
	weiß nicht	2	5,3	5,3	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Im Ergebnis kann für die ereignisabhängigen Faktoren festgehalten werden, dass die Pflege eines Elternteils die wesentlichen diskutierten Merkmale erfüllt, was nicht nur die Einzelfallanalysen zum Ausdruck bringen, sondern auch den Erfahrungen der ExpertInnen im Umgang mit pflegenden Töchtern entspricht.

6.3.6.2 Ereignisabhängige, spezifische Traumafaktoren der häuslichen Elternpflege

Ein weiteres Thema dieser Arbeit betrifft die Frage, ob neben den in der Traumaliteratur diskutierten allgemeinen Faktoren weitere spezifische Merkmale erkennbar sind, die für die hier fokussierte häusliche Pflege typisch sind.

(A) Rollentausch

Aus den Interviewdaten ging hervor, dass mit der Pflege des Elternteils ein Rollentausch notwendig wird. Die einst fürsorgenden Eltern werden von ihren nun pflegenden Töchtern abhängig. Diese Umkehr der Rollen und damit verbundene veränderte Machtkonstellation, so zeigten die Interviewdaten, führten bei einigen Frauen zu großen Irritationen, die darin bestanden, dass z.T. weder die pflegenden Töchter noch die Eltern diesen Rollentausch akzeptierten. Die Ursache dafür lag darin, dass dieser Rollentausch die vorhandenen Vorstellungen des Selbst und des Mutter- oder Vaterbildes konterkarierten.

Daher war die Frage von Interesse, ob es auch der Erfahrung der ExpertInnen entspricht, dass es den pflegenden Frauen kaum gelingt, eine dominierende Rolle gegenüber dem Elternteil zu übernehmen. Erstaunlicherweise gaben 73,7% an, dass es sich dabei um ein häufiges Problem handelt. Auch hier sind die Kommentare der ExpertInnen von Interesse. Ungefähr die Hälfte der ExpertInnen (n=18) kommentierte dieses Thema. Sie waren sich einig, dass die Töchter aufgrund der gemeinsamen Biografie auch während der Pflegephase die Tochterrolle beibehalten. Drei der 18 genannten ExpertInnen fügten dem hinzu, dass in der Regel die Eltern nicht bereit seien, ihre dominierende Elternrolle abzugeben.

Zu erwähnen ist, dass die ExpertInnen nicht zu einem Kommentar aufgefordert wurden und zudem fast ausschließlich die letzten beiden statements und die zuvor genannten kaum kommentierten. Das könnte darauf hinweisen, dass sowohl der Rollentausch als auch die Verschlechterung des Zustandes des Elternteils bedeutender für die Pflege sind als die anderen genannten.

… Probleme, in der Pflegesituation eine dominierende Rolle gegenüber dem Elternteil einzunehmen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Häufig	28	73,7	73,7	73,7
	Teilweise	6	15,8	15,8	89,5
	Nie	4	10,5	10,5	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

(B) Desillusionierung der Elternbilder

Für vier Frauen war es kaum fassbar, dass sich der einst aktive Elternteil infolge einer dementielle Erkrankung in seiner Persönlichkeit so verändert. Auch in den Telefoninterviews wurde diese Desillusionierung des Elternbildes mit folgendem Ergebnis befragt:

Pflegenden Frauen fällt es schwer damit umzugehen, dass die einst aktive Mutter/der einst aktive Vater körperlich und/oder geistig abbaut.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	34	89,5	89,5	89,5
	teilweise	4	10,5	10,5	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

(C) Mächtiger Todeswunsch der Eltern und Erschütterungen des Selbst

Vergegenwärtigt man sich noch einmal die beiden Einzelfälle Frau Merlin und Frau Kristo, gab es ein gemeinsames Merkmal. Beide Elternteile hatten sich den Tod gewünscht, was große Ambivalenz bei den Töchtern hervorgerufen hatte, die sich zwischen dem Verständnis für den Todeswunsch und massiven Schuldgefühlen für dieses Verständnis bewegte.

Dass es sich bei dem Todeswunsch des Elternteils um ein häufiges Phänomen handelt, bestätigen die Expertinnen.

… die Mutter/der Vater will nicht mehr leben

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	28	73,7	73,7	73,7
	teilweise	8	21,1	21,1	94,7
	nie	2	5,3	5,3	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Eine Ursache hierfür wurde abgefragt:

Wenn die Mutter/der Vater nicht mehr leben will, ist das besonders problematisch, weil die pflegenden Frauen einerseits den Elternteil nicht verlieren wollen und andererseits aber auch sehen, dass es für sie selbst eine Erlösung von den Pflegebelastungen ist.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	26	68,4	68,4	68,4
	teilweise	6	15,8	15,8	84,2
	nie	6	15,8	15,8	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Einige ExpertInnen kommentierten, es sei ein regelmäßiges Phänomen, dass die Töchter sich schuldig fühlten, weil sie sich nach Erlösung von den Belastungen sehnen würden. Zwei ExpertInnen gaben im diesem Zusammenhang an, dass eine ihrer wesentlichen Aufgaben sei, die Frauen dazu zu bewegen, solche negativen Gefühle zuzulassen und ihnen klar zu machen, dass solche Gefühle „normal“ seien. Einmal mehr wird damit die These gestützt, dass die Pflege eines Elternteils für die pflegenden Frauen eine Grenzbelastung ist, die in diesem speziellen Fall das Selbstbild stark erschüttert.

Die Erschütterung des Selbstbildes wird auch durch die folgende Aussage bestätigt:

Frauen wollen mit der Pflege ihres Elternteils Gutes tun und sind über sich selbst erschüttert, weil sie merken, dass die Pflege ihre psychischen und physischen Grenzen überschreitet.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	häufig	30	78,9	78,9	78,9
	teilweise	6	15,8	15,8	94,7
	nie	2	5,3	5,3	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Freilich bleibt ohne klinische Beobachtungen (idealerweise in longitudinalen Untersuchungen) das Traumapotenzial eines Ereignisses schwer einschätzbar. Dennoch sollte deutlich sein, dass die von den pflegenden Frauen berichteten Beeinträchtigungen, insbesondere aufgrund deren Vielschichtigkeit und den damit verbundenen Belastungen, vielleicht nicht im einzelnen, so doch als Ereignisfolgen über viele Jahre ein dauerhaftes Bewegen an den Belastungsgrenzen für die pflegenden Frauen bedeutet.

Insgesamt ist die überwiegende Zustimmung der ExpertInnen auffällig. Das mag in der Methode begründet sein oder in einer verzerrten Sichtweise der TeilnehmerInnen. Denkbar ist, dass überwiegend solche Pflegenden in Gesprächskreisen Hilfe suchen, die ein Bedürfnis haben, die negativen Belastungen zum Ausdruck zu bringen. Nicht auszuschließen ist aber auch, dass die Pflege betagter und kranker Eltern tatsächlich durch die gemessenen Belastungen gekennzeichnet ist. Weitere, umfangreichere Studien sind also erforderlich.

Ausgehend von der Annahme, dass die von den Frauen berichteten Belastungspotenziale und Erschütterungen näherungsweise den Erfahrungen der ExpertInnen entsprechen, kann der Versuch unternommen werden, die vorgestellten Fälle zu ordnen. Die folgende Abbildung verschafft eine Übersicht.

Abb. 3: Die Bewältigung und Belastung hemmende und fördernde Faktoren

	Frau Kristo	**Frau Gallo**	**Frau Seida**	**Frau Schneck**	**Frau Merlin**
Pflegemotiv	Dankbarkeit/ Versprechen	Keine andere Person verfügbar	Verpflichtung (aufgrund früherer Fürsorge)	Verpflichtung	Selbstverständlichkeit/ Versprechen
Elternbild	Akzeptanz der Defizite	Desillusionierung	Desillusionierung	Desillusionierung	Desillusionierung
Selbst- und Weltbild	Selbst: Identität durch Pflege ist dominierend; Komplexes religiöses Selbst- und Weltbild	Selbst: Identität durch Pflege, aber nicht dominierend	Traditionelles Rollenbild (Gehorsamkeit)	Diffuse Selbst- und Weltbilder	Fragmentarische Weltbilder aus unterschiedlichen esoterischen/ religiösen Bereichen
Früheres Trauma/kritisches Ereignis	Scheidung	Bandscheibenvorfall und Peronäuslähmung	Scheidung	nicht bekannt	Vergewaltigung, eheliche Gewalterfahrung, Arbeitsplatzverlust
Konfrontation mit eigenem Tod durch die Pflege	wird überwiegend positiv erlebt	Angst vor eigener Pflegebedürftigkeit	Wird bedrohlich erlebt	Massive Bedrohung	Massive Bedrohung
Beziehung zum Elternteil	Enge emotionale Beziehung	Emotional gering	Dominierende Mutter	Dominierende Eltern	Dominierende Mutter
Soziale Unterstützung	Perzipierte sozU* groß	Tatsächliche und perzipierte sozU groß	Tatsächliche und perzipierte sozU groß (aber beschränkt auf wenige Menschen)	Gering; Partner bietet keine sozU	Gering; Partner bietet keine sozU
Kognitive Umdeutung der Pflegeerfahrungen	Positive Umdeutung (persönliches Wachstum)	Persönliches Wachstum durch früheres kritisches Ereignis	Ansätze kognitiver Umdeutung	Geringe kognitive Umdeutung	Geringe kognitive Umdeutung
Bewältigung	Erfolgreich	Weitgehend erfolgreich	Teilweise erfolgreich	Kaum erfolgreich	Kaum erfolgreich

* sozU: soziale Unterstützung

Quelle: Eigene Darstellung.

Entscheidend für das Erleben der Belastungen und deren Bewältigung ist das Pflegemotiv. Dankbarkeitsvorstellungen und Verpflichtungsgefühle führen dazu, dass die Pflegenden sich selbst danach bewerten, ob und wie gut sie der Verpflichtung gerecht werden. Weil Dankbarkeit keine Grenzen

kennt, nehmen die Frauen die eigenen Grenzen kaum wahr. Mehr noch: Ohne ein gewisses Maß an Leid können Dankbarkeit und Verpflichtung nicht einlöst werden.

Problematisch sind Dankbarkeitsmotive weil sie, sofern sie das Gefühl wecken, die damit verbundene Schuld nicht einlösen zu können (Frau Merlin und Frau Schneck), massive Selbstzweifel hervorrufen. Solche Selbstzweifel werden noch verstärkt, wenn negative Gefühle gegen die gepflegte Person auftreten, insbesondere dann, wenn diese gewaltvolle Handlungen gegen die Gepflegten provozieren.

Für den Bewältigungserfolg scheint die kognitive Umdeutung sehr förderlich zu sein, sofern es gelingt, schwerwiegende Ereignisse schlüssig zu erklären (Frau Kristo). Im Gegensatz dazu stehen fragmentarische Deutungen, die eine Integration der Pflegeerlebnisse in die Selbst- und Weltvorstellungen verhindern (Frau Merlin). Wesentlich hierbei ist das Pflegemotiv: Die kognitive Umdeutung erfolgt in Abhängigkeit vom Pflegemotiv. Die extremen Pflegebelastungen können positiv im Sinne persönlicher Entwicklung und persönlichen Wachstums gedeutet werden, wenn die Pflegenden die eigenen Erwartungen an die Elternpflege als erfüllt betrachten. Damit ist zugleich die Anfälligkeit dieses Mechanismus offensichtlich. Er hängt vom Verhalten des Gepflegten ab. Denn die Bewertung, ob das Pflegemotiv eingelöst wird oder nicht, wird entscheidend davon beeinflusst, welche Rückmeldungen die Eltern zu den Pflegeleistungen geben. Im Fall von an Alzheimer erkrankten Elternteilen reduzieren sich diese Rückmeldungen oder fehlen ganz, so dass die Pflegenden die Erfüllung des Pflegemotivs kaum beurteilen und die Umdeutungen nur unter Unsicherheit und unvollständig erfolgen können.

Von besonderer Bedeutung scheint zudem die soziale Unterstützung zu sein. Fehlende oder geringe soziale Unterstützungen stellen einen zusätzlichen Belastungsfaktor dar, der in der Pflege besonders bedeutend sein mag, weil damit eine doppelte Vereinsamung einhergeht.

Schließlich scheint die Pflege durch die elterliche Beziehung bestimmt zu sein. Dass die pflegenden Töchter ihre eigenen Grenzen kaum wahrnehmen und überschreiten, scheint in der Abhängigkeit von den Eltern begründet zu sein. Sich für die Pflege aufzuopfern verhindert die Wahrnehmung der Belastungsgrenzen. Es sind aber gerade diese Abhängigkeiten zwischen Pflegenden und Gepflegten, die Pflegemotive wie Dankbarkeit und Verpflichtung überhaupt ermöglichen und zugleich geeignet sind, diese Abhängigkeiten zu verstärken.

Grenzen der Ergebnisse:

Freilich sind der Untersuchung und den Auswertungen deutliche Grenzen gesetzt. Die Theorien von Janoff-Bulman (1992) und Taylor sind (wie im ersten Teil der Arbeit beschrieben) kaum operationalisierbar und wenig hinreichend für einen empirischen Nachweis. Dies gilt beispielsweise für den illusorischen Charakter der Selbst- und Weltbilder oder für die Einordnung des Schweregrades eines

Ereignisses. Dagegen bieten die Theorien einen geeigneten Ansatz für den Versuch, die Reorganisation der Kognitionen nach traumatischen Erfahrungen nachzuvollziehen.

Fraglich ist zudem, ob die derzeit verfügbaren und hier eingesetzen Instrumente ausreichen, um einen Nachweis für Traumatisierungspotenziale kritischer Ereignisse zu führen. Dies trifft besonders die Abgrenzung der Pflege als als Trauma von einem schwerwiegenden Ereignis. Hier wären geeignete Maße zur Bestimmung von Traumata wünschenswert.

7 Ausblick

Es ist nachgewiesen, dass die Pflege eines Angehörigen hohe Anforderungen an die Pflegeperson stellt und mit zum Teil extremen physischen und psychischen Belastungen verbunden ist (Gauggel & Rößler, 1999; Gaugler, Davey, Pearlin & Zarit, 2000; Kruse, 1994; Liming Aspaugh, Zarit, & Greene, 1999; Vitalino, Zhang & Scanlan, 2003). Auch die hier vorliegende Untersuchung zeigt, dass pflegende Töchter, nicht zuletzt aufgrund unreflektierter Verpflichtungen zur Pflegeübernahme, Belastungen ausgesetzt sind, die die Gesundheit zu gefährden scheinen, wenn nicht ausreichende Bewältigungsressourcen zur Verfügung stehen. Vor allem scheint die Pflege auch einen Rückblick auf das gesamte Leben und die Beziehung zu den Eltern auszulösen. Zweifelsohnen werden dadurch frühere Konflikte aktualisiert. In der Pflegephase muss dann unter Beweis gestellt werden, ob eine ausreichende Abgrenzung von dem gepflegten Elternteil möglich ist.

Mit der Untersuchung wurde auch deutlich, dass Unterstützungsleistungen nicht nur auf die zu pflegenden Personen zu begrenzen sind, sondern darüber hinaus eine angemessene Betreuung und Untersützung der Pflegenden vonnöten ist. Betroffen hiervon sind insbesondere Frauen, die die private Pflegearbeit überwiegend übernehmen. Auf gesellschaftlicher und politischer Ebene ist darüber nachzudenken, ob es weiterhin zu akzeptieren ist, dass die Pflegearbeit eine überwiegend (weibliche) private Aufgabe ist. Denn mit der Übernahme der Pflege beginnt für die Pflegenden eine lang anhaltende kritische Lebensphase mit hohen psychischen Kosten.

Wie die meisten Untersuchungen, wirft auch diese mehr Fragen auf, als sie zu lösen in der Lage ist. Solche sind: Fällt Männern die Pflege leichter, weil sie weniger mit der Pflege identifiziert sind oder eine weniger emotionale Beziehung zum Gepflegten aufrechterhalten? Welche Maßnahmen sind geeignet, erlebte positive Veränderungen durch die häusliche Pflege zu stützen? Vor allem aber auch die Frage: Wie wird die folgende Generation die häusliche Pflege erleben, die selbst eine individualisierte Lebensführung präferiert, deren Eltern aber noch in traditionellen (Rollen-)mustern denkt? Vor allem die eindrucksvollen Zeugnisse der befragten Frauen sollten gezeigt haben, dass es notwendig ist, sich diesen (und anderen) Fragen zu stellen.

Literaturverzeichnis

Abelson, R. P. (1981). The psychological status of the script concept. *American Psychologist*, 36, 715-729.

Abramson, L. Y.; Metalsky, G. I.; Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Adler, C.; Gunzelmann, T.; Machold, C.; Schumacher, J.; Wilz, G. (1996). Belastungserleben bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, 143-149

Affleck, G.; Tennen, H.; Gershman, K. (1985). Cognitive adaptations to high-risk infants: The search for mastery, meaning, and protection from future harm. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 653-656.

Affleck, G.; Tennen, H.; Pfeiffer, C.; Fiflied, J.; Rowe, J. (1987). Downward Comparison and coping with serious medical problems. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 570-578.

Ahrens, A. H.; Alloy, L. B. (1997). Social comparison processes in depression. In: Buunk, B. P.; Gibbons, F. X. (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory*. (389-410). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.

Aldwin, C. M.; Levenson, M.l R.; Spiro, A. (1994). Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Psychology and Aging*, 9, 34-44.

Alicke, M. D. (1985). Global self-evaluation as determined by the desirability and controllability of trait adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1621-1630.

Alicke, M. D.; Klotz, M. L.; Breitenbecher, D. L.; Yurak, T. J.; Vredenburg, D.S. (1995). Personal contact, individuation, and the better-then-average effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 804-825.

Alloy, L. B.; Abramson, L. Y. (1979). Judgement of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology*, 108, 441-485.

Alloy, L. B.; Abramson, L. Y. (1988). Depressive Realism: Four theoretical perspectives. In: Alloy, L.B. (Ed.), *Cognitive processes in depression*. (223-265). New York; NY, US: Guilford Press.

Alloy, L. B.; Clements, C. M. (1992). Illusion of Control: Invulnerability to Negative Affect and Depressive Symptoms After Laboratory and Natural Stressors. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 234-245.

Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Oxford, England: Holt.

American heritage dictionary of the English language (1973), ed. By William Morris. Boston, England: Houghton Mifflin.

American Psychologist (No authorship indicated) (1997). Awards for Distinguished Scientific Contributions, S. E. Taylor. *American Psychologist*, 52, 312-314.

Andren, S.; Elmstahl, S. (2005). Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: Aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 157-168.

Andrews, B.; Brewin, C. R.; Rose, S.; Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.

Aneshensel, C. S.; Pearlin, L. I.; Mullan, J. T.; Zarit, S. H.; Whithlatch, C. J. (1995). *Profiles in Caregiving: the unexpected career*. San Diego: Academic Press.

APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV*. Washington, DC, US.

Arata, C. M.; Burkhart, B. R. (1998). Coping appraisals and adjustment to nonstranger sexual assault. *Violence Against Women*, 4, 224-239.

Armor, D. A.; Taylor, S. E. (1998). Situated Optimism: Specific Outcome Expectancies and Self-Regulation. In: Zanna, M. P. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, *30*. (309-379). San Diego, CA, US: Academic Press.

Aronson, E. (1969). The theory of cognitive dissonance: A current perspective. In: Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 4, New York, NY, US: Academic Press.

Asendorpf, J.B.; Ostendorf, F. (1998). Is elf-enhancement healthy? Conceptual, psychometric, and empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 955-966.

Aspinwall, L. G.; Taylor, S. E. (1992). Modeling Cognitive Adaptation: A Longitudinal Investigation of the Impact of Individual Differences and Coping on College Adjustment and Performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.

Aspinwall, L. G.; Taylor, S. E. (1993). Effects of Social Comparison Direction, Threat, and Self-Esteem on Affect, Self-Evaluation, and Expected Success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 708-722.

Aspinwall, L. G.; Taylor, S. E. (1997). A Stitch in Time: Self-Regulation and Proactive Coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.

Atkeson, B. M.; Calhoun, K. S.; Resick, P. A.; Ellis, E. M. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 96-102.

Aymanns, P. (1992). *Krebserkrankung und Familie: Zur Rolle familiarer Unterstützung im Prozess der Krankheitsbewältigung*. Bern: Huber.

Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in Changing Societies*. NY, US: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. NY, US: W. H. Freeman; Times Books; Henry Holt; Co.

Battegay, R. (1996). *Die Ewigkeitsillusion des Menschen in seinem Streben nach Unsterblichkeit*. Daseinsanalyse 13, 149-157.

Baum, A.; Fleming, R.; Singer, J. E. (1983). Coping with victimization by technological disaster. *Journal of Social Issues*, 39, 117-138.

Baumeister, R. F. (1989). The Optimal Margin of Illusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 176-189.

Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A. T.; Weissman, A.; Lester, D.; Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

Beck, B. (1997). Fallstudien über erwerbstätige Hilfe-/ Pflegeleistende in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege*. (159–231). Schriftenreihe. Bd. 106/1. Stuttgart: Kohlhammer.

Becker, E. (1973). *The denial of death.* New York, NY, US: Free Press.

Bednar, R. L.; Peterson, S. R. (1995). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bernstein, W. M.; Stephan, W. G.; Davis, M. H. (1979). Explaining attributions for achievement: A path analytic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1810-1821.

Bilsky, W.; Hosser, D. (1998). Soziale Unterstützung und Einsamkeit: Psychometrischer Vergleich zweier Skalen auf der Basis einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 19, 131- 145.

Blank, A. S. (1993). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In: Davidson, J. R. T.; Foa, E. B. (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond*. (3-22). Washington, DC, US: American Psychiatric Press.

Blenker, M. (1965). Social work and family realtionships in later life with some thoughts on filial maturity. In: Shanas, E.; Streib, G. F. (Eds.), Social structure and the family. (46-59). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice Hall.

Bless, H.; Schwarz, N. (2002). Konzeptgesteurte Informationsverarbeitung. In: Frey, D.; Irle, M. (Hg.), *Theorien der Sozialpsychologie*. Bd. 3. Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien. (257-278). Bern: Hans Huber.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin: Bundesanzeiger Verlag.

Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping: A systemic-transactional view of stress and coping among couples. Theory and empirical findings. *European Journal of Applied Psychology*, 47, 137-141.

Boeger, A.; Pickartz, A. (1998). Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. *Pflege* 11, 319–323.

Bolwby, J. (1969a). Attachment and loss. Vol. 1: *Attachment*. London, England: Hogarth.

Bolwby, J. (1969b). Attachment and loss. Vol. 1: *Separation*. New York, NY, US: Basic Books.

Bonanno, G. A. (1999). The Concept of Working Through Loss: A Critical Evaluation of the Cultural, Historical, and Empirical Evidence. In: Maercker, A.; Schützwohl, M.; Solomon, Z. (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: a lifespan developmental perspective*. (221-247). Kirkland, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59, 20-28.

Bos, W.; Koller, H.-C. (2002). Triangulation. In: König, E.; Zedler, P. (Hg.), *Qualitative Forschung*. (271-285). Weinheim und Basel: Beltz.

Bower, J. E.; Kemeny, M. E.; Taylor, S. E.; Fahey, J. L. (1998). Cognitive Processing, Discovery of Meaning, CD4 Decline, and AIDS-Related Mortality Among Bereaved HIV-Seropositive Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979-986.

Boyd-Wilson, B. M.; McClure, J.; Walkey, F. H. (2004). Are wellbeing and illusiory perceptions linked? The answer may be yes, but… *Australian Journal of Psychology*, 65, 1-9.

Bracker, M. (1990). Pflegezwang für Frauen. *Dr. med. Mabuse*, 15, 38-41.

Bracker, M.; Dallinger, U.; Karden, G.; Tegethoff, U. (1988). *Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Ansprüchen*. Wiesbaden: o.V.

Brähler, E.; Strauß, B. (Hg.) (2002). *Diagnostik für Klinik und Praxis*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Braithwaite, R. B. (1953). *Scientific Explanation: A Study of the Function of Theory, Probability and Law in Science*. Cambridge: Cambridge University Press.

Brehm, J. W. (1966). *A Theory of psychological reactance*. Oxford, UK: Academic Press.

Bremner, J.D.; Southwick, S. M.; Johnson, D. R.; Yehuda, R. et al. (1993). Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 150, 235-239.

Breslau, N. (2001). The epidemiology of Posttraumatic Stress Disorder: What is the extent of the problem? *Journal of clinical Psychiatry*, 62, 15-22.

Breslau, N.; Chilcoat, H. D.; Kessler, R. C.; Davis, G.C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit area survey of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.

Breslau, N.; Chilcoat, H. D.; Kessler, R. C.; Peterson, E. L.; Lucia, V. C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: Further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29, 813-821.

Breslau, N.; Davis, G. C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 671-675.

Breslau, N.; Davis, G. C.; Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 529-535.

Breslau, N.; Davis, G. C.; Andreski, P.; Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.

Breslau, N.; Kessler, R. C.; Chilcoat, H. D.; Schultz, L. R.; Davis, G. C.; Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.

Brett, E. A. (1996). The classification of posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk, B. A.; McFarlane, A. C.; Weisaeth, L. (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. (117-128). New York, NY, US: Guilford Press.

Brewin, C. R.; Andrews, B.; Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

Brewin, C. R; Andrews, B.; Rose, S.; Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156, 360-366.

Brickman, P.; [Janoff-]Bulman, R. (1977). Pleasure and pain in social comparison. In: Suls, J.; Miller, R.L. (Eds.), *Social comparison process: Theoretical and empirical perspectives* (149-186). Washington, DC, US: Hemisphere.

Brown, J. D. (1986). Evaluation of the self and others: Self-enhancement biases in social judgements. *Social Cognition*, 4. 353-76.

Brown, J. D. (1993). Coping with Stress. The Beneficial Role of Positive Illusions. In: Turnbull, A. P.; Patterson, J. M.; Behr, S. K.; Murphy, D. L.; Marquis, J. G.; Blue-Banning, M. J. (Eds.), *Cognitive Coping, Families, and Disability*. (121-133). Baltimore u.a.: Brookes Publishing.

Brown, J. D.; Dutton, K. A. (1995). Truth and Consequences: The Costs and Benefits of Accurate Self-Knowledge. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1288-1296.

Brown, J. D.; Gallagher, F. M. (1992). Coming to terms with failure: Private self-enhancement and public self-effacement. *Journal of Experimental Psychology*, 28, 3-22.

Bruder, J. (1988). Filiale Reife ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung kranker, insbesondere dementer alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 1, 95-101.

Bulman, R. J; Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.

Buunk, B. P. (1990). Affiliation and helping interactions within organizations: A critical Analysis of the role of social support with regard to occupational stress. In: Stroebe, W.; Hewstone, M. (Eds.), *European Review of Social Psychology*. *3.* (293 – 322). Oxford, England: John Wiley; Sons.

Buunk, B. P.; Collins, R. L.; Taylor, S. E.; VanYperen, N. W.; Dakof, G. A. (1990). The Affective Consequences of Social Comparison: Either Direction Has Its Ups and Downs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1238-1249.

Buunk, B. P.; Gibbons, F. X.; Reis-Bergan, M. (1997). Social comparison in ealth and illness: A historical overview. Buunk, B. P.; Gibbons, F. X. (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory*. (1-23). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.

Buunk, B. P.; Ybemba, J. F. (1995). Selective evaluation and downward comparison in coping with stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1499-1517.

Buunk, B. P.; Ybemba, J. F. (1997). Social comparison and occupational stress: The identification-contrast model. In: Buunk, B. P.; Gibbons, F. X. (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory*. (359-388). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.

Calhoun, L. G.; Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic Growth: Future Directions. In: Tedeschi, Richard G.; Park, Crystal L.; Calhoun, Lawrence G. (Eds.), *Posttraumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. (215-238). New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.

Campbell, A.; Converse, P. E; Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York, NY, US: Russell Sage Foundation.

Campbell, J. D.; Fehr, B. (1990). Self-esteem and perceptions of conveyed impressions: Is negative affectivity associated with grater realism? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 122-133.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Oxford, England: Basic Books.

Carmil, D.; Breznitz, S. (1991). Personal trauma and world view: Are extremely stressful experiences related to political attitudes, religious beliefs, and future orientation? *Journal of Traumatic Stress*, 4, 393-405.

Carnap, R. (1959). *Induktive Logik und Wahrscheinlichkeit*. Wien: Springer.

Carver, C. S.; Scheier, M. (2003). Optimism. In: Lopez, S. J.; Snyder, C.R. (Eds.), *Positive Psychological Assessment. A handbook of models and measures*. (75-89). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Cason, D. R.; Resick, P. A.; Weaver, T. L. (2002). Schematic integration of traumatic events. *Clinical Psychology Review*, 22, 131-153.

Catlin, G.; Epstein, S. (1992). Unforgettable experiences: The relation of life events to basic beliefs about self and world. *Social Cognition*, 10, 189-209.

Chalmers, A. F. (1990). *Science and its fabrication*. Buckingham, GB: Open Univ. Press.

Chalmers, A. F. (1999). *What is this thing called Science?* St. Lucia, Australia: University of Queensland Press.

Clark, L. A.; Watson, D.; Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.

Cloitre, M.; Scarvalone, P.; Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 437-452.

Cohen, L. H.; Hettler, T. R.; Pane, N. (1998). Assessment of Posttraumatic Growth. In: Tedeschi, R. G.; Park, C. L.; Calhoun, L. G. (Eds.), *Posttraumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. (23-42). New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.

Cole, S.; Kemeny, M. E.; Taylor, S. E. (1997). Social Identity and Physical Health: Accelerated HIV Progression in Rejection-Sensitive Gay Men. *Journal of Personality and Social Psychology,* 72, 320-335.

Collani, G. von; Herzberg, P. Y. (2003). Zur internen Struktur des globalen Selbstwertgefuehls nach Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24, 9-22.

College B. (1976-1977). Student descriptive questionnaire. Princeton, NJ: Educational Testing Service.

Collins, R. L. (1996). For better or worse: The impact of upward social comparison on self-evaluation. *Psychological Bulletin*, 119, 51-69.

Collins, R. L.; Taylor, S. E.; Skodan, L. A. (1990). *A Better World or a Shattered Vision? Changes in Life Perspectives Following Victimization*. Social Cognition, 8, 263-285.

Colvin, C. R.; Block, J. (1994). Do positive illusions foster mental health? An examination of the Taylor and Brown formulation. *Psychology Bulletin*, 116, 3-20.

Colvin, C. R.; Block, J.; Funder, D. C. (1995). Overly positive self-evaluations and personality: Negative implications for mental health. *Journal of Personality and Social Psychology,* 68, 1152-1162.

Colvin, C. R.; Block, J.; Funder, D. C. (1996). Psychometric truths in the absence of psychological meaning: A reply to Zuckerman and Knee. Journal of Personality and Social Psychology, 70, 1252-1255.

Colvin, C. R.; Funder, D. C. (1991). Predicting personality and behavior: A boundary on the acquaintanceship effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 884-894.

Cottler, L. B.; Nishith, P.; Compton, W. (2001). Gender differences in risk factors for trauma exposure and post-traumatic stress disorder among inner-city drug abusers in and out of treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 111-117.

Coyne, J. C.; Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.

Coyne, J. C; Gottlieb, B. H. (1996). The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Personality*, 64, 959-991.

Coyne, L. C.; DeLognis, A. (1986). Going beyond social support: The role of realtionships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 454-460.

Craemer, M.; Burgess, P.; Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 453-459.

Crocker, J.; Park, L. E. (2003). Seeking self-esteem: Construction, maintenance, and protection of self-worth. In: Tangney, J. P.; Leary, M. R. (Eds.), *Handbook of self and identity*. (291-313). New York, NY, US: Guilford Press.

Dahl, M. (2001). Asymmetries in the processing of emotionally valenced words. Scandinavian Journal of Psychology, 42 (2): 97-104.

Dakof, G. A.; Taylor, S. E. (1990). Victims Perception of Social Support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.

Dalbert, C. (1982). *Der Glaube an eine Gerechte Welt: Zur Güte einer deutschen Version der Skala von Rubin; Peplau*. Trier: Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 10.

Dalbert, C. (1996). *Über den Umgang mit Ungerechtigkeit. Eine psychologische Analyse*. Bern: Huber.

Dalbert, C. (1999). The world is more just for me than generally: About the personal belief in a just world scale's validity. *Social Justice Research*, 12, 79-98.

Dalbert, C., Montada, L.; Schmitt, M. (1987). Glaube an eine gerechte Welt als Motiv: Validierungskorrelate zweier Skalen. *Psychologische Beiträge*, 29, 596-615.

Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. In: Yule, W. (Ed.), *Post-traumatic Stress Disorders: Concepts and therapy*. (193-220). New York, NY, US: John Wiley; Sons.

Dauenheimer, D., Stahlberg, D.; Frey, D.; Petersen, L.-E. (2002). Die Theorie des Selbstwertschutzes und der Selbstwerterhöhung. In: Frey, D.; Irle, M. (Hg.), *Theorien der Sozialpsychologie*. Bd. 3. Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien. (159-190). Bern: Huber.

Davidson, J. R.; Hughes, D.; Blazer, D. G.; George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.

Davis, C. G.; Nolen-Hoeksema, S.; Larson, J. (1998). Making Sense of Loss and Benefiting From the Experience: Two Construals of Meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.

deCharms, R. (1968). *Personal causation*. New York, NY, US: Academic Press.

Deci, E. L.; Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 2000; 11, 227-268.

Dennett, D. C. (1994). *Die Philosophie des menschlichen Bewusstseins*. Hamburg: Hoffmann and Campe.

Derogatis L. (1975). *The Affect of Balance Scale*. Baltimore, Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L. R. (1981). *Self-report symptom inventory. SCL-90-R. Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.

Deutmeyer, M. (2004). Gesundheitsversorgung, soziale Situationen und (subjektive) Vorstellungen von Gesundheit. In: Referat für Frauen und Gleichbehandlung der Kärntner Landesregierung (Hg.), *Kärntner Genderstudie. Geschlechterverhältnisse und geschlechtstypische Disparitäten.* (99-136). Klagenfurt: Drava.

Deutsch, M.; Krauss, R. M. (1997). *Theorie der Sozialpsychologie*. Eschborn bei Frankfurt/M.: Kotz.

DeVellis, R. F.; Blalock, S. J.; Holt, K.; Renner, B. R.; Blanchard, W.; Klotz, M. L. (1991). Arthritis patients' reactions to unavoidable social comparisons. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 392-399.

DeVellis, R. F.; Blalock, S. J.; Holt, K.; Renner, B.R.; Blanchard, L.W.; Klotz, M.L. (1991). Arthritis patients' reactions to unavoidable social comparison. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17 (X), 392-399.

Devereux, G. (1967). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Diener, E.; Suh, E. M.; Lucas, R. E.; Smith H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Pschological Bulletin*, 125, 276-302.

Dittmar, N. (2004). *Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ditto, P. H.; Lopez, D. F. (1992). Motivated skepticism: Use of differential decision criteria for preferred and nonpreferred conclusions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 568-584.

Dollinger, S. J. (1986). The need for meaning following disaster: Attributions and emotional upset. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12, 300-310.

Donovan, D. M. (1991). Traumatology: A field whose time has come. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 409-411.

Drobes, D. J.; Lang, P. J. (1995). Bioinformational theory and behavior therapy. In: Krasner, L.; O'Donohue, W. T. (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*. (229-257). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Dunkel-Schetter, C.; Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In: Sarason, I. G.; Sarason, B. R.; Pierce, G. R. (Eds.), *Social support: An interactional view*. NY, US: Wiley, 267-296.

Dunkel-Schetter, C.; Feinstein, L. G.; Taylor, S. E.; Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.

Dunmore, E.; Clark, D. M.; Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.

Dunmore, E.; Clark, D. M; Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.

Dunning, D.; Meyerowitz, J. A.; Holzberg, A. D. (1989). Ambiguity and self evaluation: The role of idiosyncratic trait definitions in self serving assessments of ability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1082-1090.

Dunning, D.; Story, A. L. (1991). Depression, realism, and the overconfidence effect: Are the sadder wiser when predicting future actions and events? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 521-532.

Eccles, J. S. (1998). Perceived control and the development of academic motivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 63, 221-231

Ehlers, A.; Clark, D. M.; Dunmore, E.; Jaycox, L.; Meadows, E.; Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 457-471.

Ehlers, A.; Maercker, A.; Boos, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45-55.

Ehlers, A.; Mayou, R. A; Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.

Elias, N. (1982). *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Epstein, J. N.; Saunders, B. E.; Kilpatrick, D. G. (1997). Predicting PTSD in women with a History of childhood rape. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 573-588.

Epstein, S. (1973). The self-concept revisited, or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 404-416.

Epstein, S. (1979). The ecological study of emotions in humans. In : Pliner, P.; Blanstein, K R., Spigl, I. M. (Eds.), *Advances in the study of communication and affect, Vol. 5: Perception of emotions in self and others*. (47-84). New York, NY, US: Plenum.

Epstein, S. (1980). The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality. In: Staub, E. (Ed.), *Personality: Basic issues and current research.* (81-132). Englewood Cliffs, N.J., US: Prentice-Hall.

Epstein, S.; Morling, B. (1995). Is the self motivated to do more than enhance and; or verify itself? In: Kernis, M. H. (Ed.), *Efficacy, Agency, and Self-esteem*. (9-30) New York, NY, US: Plenum Press.

Erikson, E. (1977). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York, NY, US: Norton.

Esser, H.; Klenovits, K.; Zehnpfennig, H. (1977a). *Wissenschaftstheorie: Bd. 1: Grundlagen und analytische Wissenschaftstheorie.* Stuttgart: Teuber.

Esser, H.; Klenovits, K.; Zehnpfennig, H. (1977b). Wissenschaftstheorie: Bd. 2: Funktionsanalyse und hermeneutisch-dialektische Ansätze, Stuttgart: Teuber.

Everley, G. S. Jr.; Latin, J. M. (2004). *Personality-Guided Therapy for Posttraumatic Stress Disorder*. Washington: American Psychological Association.

Everly, G. S. (1993). Neurophysiological considerations in the treatment of posttraumatic stress disorder: A neurocognitive perspective. In: Raphael, B.; Wilson, J. P. (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes*. (pp. 795-801). New York, NY, US: Plenum Press.

Everly, G. S. (1993). Psychotraumatology: A two-factor formulation of posttraumatic stress. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 28, 270-278.

Eysenck, H. J. (1994). Neuroticism and the Illusion of Mental Health. *American Psychologist*, 49, 971-972.

Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London, UK: Hodder & Stoughton.

Falsetti, S. A.; Resick, P. A. (1995). Causal attributions, depression, and post-traumatic stress disorder in victims of crime. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1027-1042.

Falsetti, S. A.; Resick, P. A.; Davis, J. L. (2003). Changes in Religious Beliefs Following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 391-398.

Ferber, C. von (1993). Pflege und Pflegebedürftigkeit – eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit. In: Müller, H.-W. (Hg.), *Pflegenotstand – Not der Pflegenden und Gepflegten – Krankenpflege im Dienst der Gesundheit*. (9-21). Kongressbericht 1992. Frankfurt/M.

Ferring, D.; Filipp, S.-H. (1994). Testarische Überprüfung der Impact of Evenst-Skala: Befunde zur Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica*, 49, 344-362.

Ferring, D.; Filipp, S.-H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, 42, 284-292.

Ferring, D.; Filipp, S.-H. (2000). Coping as a "reality construction": On the role of attentive, comparative, and interpretative processes in coping with cancer. In: Harvey, J.; Miller, E. (Eds.). *Loss and trauma. General and Close Relationship Perspectives*. (146-165). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.

Festinger, L. (1954). Who Shall Survive? *Psychological Bulletin*, 51, 322-323.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.

Figley, C. R. (1993). Forward. In: Wilson, J., Raphael, B. (Eds.): *International handbook of Trauma Stress Syndroms*. (xvii-xx). New York, NY, US: Plenum.

Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic Stress disorder in those who trat the traumatized*. Bristol: Brunner; Mazel.

Filipp, S.-H. (Hg.) (1981). *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Filipp, S.-H.; Klauer, T. (1988). Ein dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Formen der Krankheitsbewältigung. In: Kächele, H.; Steffens, W. (Hg.), *Bewältigung und Abwehr: Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheit*. (51-68). Berlin: Springer.

Finkelhor, D.; Hotaling, G. T; Lewis, I. A.; Smith, C. (1989). Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion, and attitudes. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 379-399.

Fischer, G.; Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhard Verlag.

Fischhoff, B. (1975). Hindsight is not equal to foresight: The effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 1, 288-299.

Fischhoff, B.; Beyth, R. (1975). "I knew it would happen": Remembered probabilities of once future things. *Organizational Behavior and Human Performance*, 13, 1-16.

Fiske, S. T.; Taylor, S. E. (1991). *Social cognition*. New York, NY, US: McGraw.

Flanagan, O. (1992). *Consciousness reconsidered*. Cambridge, MA, US: MIT Press

Flatten, G. (2003). Abriss über den aktuellen Stand bei den Traumfolgestörungen ASD und PTSD. In: Seidler, G. H.; Laszig, P.; Micka, R.; Nolting, B. V. (Hg.), *Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie – Krankheitsbilder – Therapie*. Gießen: Psychosozial.

Flick, U. (1992). Triangulation Revisited – Strategy of or alternative to validation of qualitative data. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 22, 175-197.

Foa, E. B.; Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

Foa, E. B.; McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In: Rapee, R. M. (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders*. (329-343). New York, NY, US: Guilford Press.

Foa, E. B.; Meadows, E. A. (1998). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. In: Yehuda, R. (Ed.), *Review of psychiatry: 17. Psychological Trauma*. (179-204). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Foa, E. B.; Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In: Oldham, J. M.; Riba, M. B.; Tasman, A. (Eds.), *Review of psychiatry*. *Vol. 12*. (273-303). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Foa, E. B.; Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York, NY, US: Guilford Press.

Foa, E. B.; Steketee, G. S.; Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral; cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.

Foa, E. B.; Zinbarg, R.. E.; Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.

Foy, D. W.; Sipprelle, R. Carl; Rueger, Drue B.; Carroll, Edward M. (1984). Etiology of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam veterans: Analysis of premilitary, military, and combat exposure influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 79-87.

Frankl, V. E. (1946). *Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. Wien: Verl. für Jugend u. Volk.

Frankl, V. E. (1963). *Man's Search for Meaning. An Introduction to Logotherapy*. Boston, MA, US: Beacon Press.

Franklin, K. M.; Janoff-Bulman, R.; Roberts, J. (1990). Long-Term Impact of Parental Divorce on Optimism and Trust: Changes in General Assumption or Narrow Beliefs? *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 743-755.

Frazier, P. A. (2000). The role of attributions and perceived control in recovery from rape. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5, 203-225.

Frazier, P. A.; Schauben, L. J. (1994). Causal attributions and recovery from rape and other stressful life events. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 13, 1-14.

Frazier, P. A.; Schauben, L. J. (1994). Stressful life events and psychological adjustment among female college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 27, 280-292.

Freud, S. (1927). *Die Zukunft einer Illusion*. Gesammelte Werke (GW), Bd. XIV, Frankfurt/M.: Fischer 1999.

Frey, D.; Greif, S. (1997). *Sozialpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. Weinheim: Psychologie VerlagsUnion.

Frey, D.; Irle, M. (1993). *Theorien der Sozialpsychologie. Bd. 1: Kognitive Theorien*. Bern: Hans Huber.

Frey, D.; Irle, M. (2002). *Theorien der Sozialpsychologie*. *Bd. 3. Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Freye, R. (1998). Häusliche Pflege: Zwischen Liebe und Verdruss. *DÄB*, 95, 51-52.

Fröhlich, W. D. (2000). *Wörterbuch Psychologie*. München: DTV. 23. Aufl.

Fromm, E. (1955). *The sane society*. Fawcett, Greenwich, US: Rinehart and Winston.

Fuchs, J. (1998). Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen. *Gesundheitswesen* 60, S. 392–398.

Fuchs-Heinritz, W. (2005). *Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Funder, D. C.; Colvin, C. R. (1988). Friends and strangers: Acquaintanceship, agreement, and the accuracy of personality judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 149-158.

Funder, D. C.; Kolar, D. C.; Blackman, M. C. (1995). Agreement among judges of personality: Interpersonal relations, similarity, and acquaintanceship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 656-672.

Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G., Brähler, E. (1999). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). Neue Ergebnisse zur Testgüte und Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45, 212-216.

Fydrich, T., Sommer, G., Menzel, U.; Hoell, B. (1987). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform, SOZU-K-22). Kurzbericht. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie*, 16, 434-436.

Gana, K.; Alaphilippe, D.; Bailly, N. (2004). Positive illusions and mental and physical health in later life. *Aging; Mental Health,* 8, 58-64.

Gauggel, S.; Rößler, D. (1999). Die Belastung älterer Menschen durch die Pflege eines Angehörigen. *Zeitschrift für medizinische Psychologie,* 4, 175-181.

Gaugler, J. E.; Davey, A.; Pearlin, L. I.; Zarit, S. H. (2000). Modeling Caregiver Adaption Over Time: The Longitudinal Impact of Behavior Problems. *Psychology and Aging*, 15, 437-450.

Goethals, G. R.; Darley, J. M. (1977). Social comparison theory: An attributional approach. In: Suls, J.; Miller, R. L. (Eds.), *Social comparison processes: Theoretical and empirical perspectives.* (317-346). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Goethals, G. R.; Messick, D. M.; Allison, S. T. (1991). The uniqueness bias: Studies of constructive social comparison. In: Wills, T. A.; Suls, J. (Eds.), *Social comparison: Contemporary theory and research*. (149-176). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum.

Goffman, E. (1975). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Goldberger, L. (1983). The concept and mechanism of denial: a selective overview. In: Breznitz, S. (Ed.), *The Denial of stress*. (83-95). New York, NY, US: International Universities Press

Gollwitzer, P. M.; Bayer, U. C.; Wicklung, R. A. (2002). Das handelnde Selbst. Symbolische Selbstergänzung als zielgerichtete Selbstentwicklung. In: Frey, D.; Irle, M. (Hg.), *Theorien der Sozialpsychologie*. *Bd. 3. Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien*. (191-211). Bern: Huber.

Gorin, A.; Stone, A. A. (2001). Recall Biases and Cognitive Errors in Retrospective Self-Reports: A Call for Momentary Assessments. In: Baum, A., Revenson, T. A.; Singer, J. E. (Eds.), *Handbook of health psychology*. (405-413). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Görres, S. (1993). Familienpflege und Angehörigenkarrieren. Entwicklung eines Forschungsparadigmas zur Belastung pflegender Angehöriger von chronisch kranken, älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie* 26, 378–385.

Gosling, S. D; J., Oliver P; Craik, K. H; Robins, R. W. (1998). Do people know how they behave? Self-reported act frequencies compared with on-line codings by observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1337-1349.

Gräßel, E. (1998a). *Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden*. Egenbach, Frankfurt/M., Washington: Verlag Dr. Hänsel-Hohenhausen.

Gräßel, E. (1998b). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, 57-62.

Gräßel, E.; Leutbecher, M. (Hg.) (1993). *Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*. Ebersberg: VLESS Verlag.

Green, B. (1990). Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1632-1642.

Green, B. L.; Epstein, S. A.; Krupnick, J. L.; Rowland, J. H. (1997). Trauma and medical illness: Assessing trauma-related disorders in medical settings. In: Keane, T. M., Wilson, J. P. (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. (160-191). New York, NY, US: Guilford Press.

Green, B. L.; Grace, M. C.; Lindy, J. D.; Titchener, J. L.; Lindy, J. G. (1983). Levels of functional impairment following a civilian disaster: The Beverly Hills Supper Club fire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 573-80.

Greenberg, M. A. (1995). Cognitive Processing of Traumas: The Role of Intrusive Thoughts and Reappraisals. *Journal of Applied Science*, 25, 1262-1296.

Greenglass, E. R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. *Applied Psychology: An International Review*, 42, 323-340.

Greenwald, A. G. (1980). The Totalitarian Ego: Fabrication and Revision of Personal History. *American Psychologist*, 35, 603-618.

Greenwald, A. G.; McGhee, D. E.; Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.

Greve, W. (2000). Die Psychologie des Selbst – Konturen eines Forschungsthemas. In: ders. (Hg.), *Psychologie des Selbst*. Weinheim: Psychologie VerlagsUnion, 15-36.

Grond, E. (1994). Können pflegende Angehörige „Sinn suchen"? Zur Pflegesituation pflegender Angehöriger. *Pflegen ambulant*, 1, 29-32

Gunderson, E. K.; Rahé, R. H. (1974). *Life stress and illness*. Springfield, Illinois, US: Charles C. Thomas.

Günther, A. (2001). Illusionen als psychische Ressource: Desiderate eines psychologischen Illusionskonzeptes. *Ethik und Sozialwissenschaften*, 12, 237-240.

Guski, R. (2000). *Wahrnehmung.* Stuttgart: Kohlhammer.

Haan, N. (1977). *Coping and defending*. New York, NY, US: Academic Press.

Hafer, C. L.; Olson, J. M. (1993). Beliefs in a just world, discontent, and assertive actions by working women. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 30-38.

Halsig, N. (1994). Pflege in der Familie: Situation der Hauptpflegepersonen und Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Situation. In: Fischer, G. C. (Hg.) *Qualitätskriterien der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung im Alter – Zusammenfassung und Ausblick*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.

Halsig, N. (1998). Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention. In: Kruse, A. (Hg.), *Psychosoziale Gerontologie. Band 2: Intervention*. (211-231). Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 16. Göttingen: Hogrefe.

Harvey, J. H. (1965). Cognitive aspects of affective arousal. In: Tomkins, S. S..; Izard, C. E. (Eds.), *Affect, cognition, and personality: Empirical studies*. (242-262). New York, NY, US: Stringer.

Harvey, J. H. (2000). *Give sorrow words: Perspectives on loss and trauma*. Ann Arbor, MI, US: Sheridan.

Harvey, J. H. (Ed.) (1998). *Perspectives on Loss: A Sourcebook*. Philadelphia, PA, US: Brunner; Mazel.

Harvey, J. H.; Orbuch, T. L.; Chwalisz, K. D.; Garwood, G. (1991). Coping with sexual assault: The roles of account-making and confiding. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 515-531.

Haubl, R. (2001). "Blaming the victims". Über Sündenbock-Phänomene. *Jahrbuch für Gruppenanalyse*, 6, 55-75.

Hautzinger, M.; Bailer, M.; Worall, H.; Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern_ Huber.

Hayes, A. F.; Dunning, D. (1997). Construal Process and Trait Ambiguity: Implications for Sef-Peer Agreement in Personality Judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 664-677.

Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlin, D: Springer.

Hedtke-Becker, A.; Schmidtke, C. (1985). *Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Altenpflege*. Frankfurt/M.: Eigenverlag des DeutschenVerins für öffentliche und private Fürsorge.

Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York, NY, US: John Wiley; Sons.

Heine, S. H.; Lehman, D. R; Markus, H. R.; Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard? *Psychological Review*, 106, 766-794.

Heineken, E.; Ollesch, H.; Stenzel, M. (2003). Führungsverhalten unter Stress - ein organisationspsychologisches Experiment in virtueller Umgebung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*; 47 , 123-133.

Helgeson, V. S.; Mickelson, K. D. (1995). Motives for Social Comparison. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1200-1209.

Helgeson, V. S.; Taylor, S. E. (1993). Social Comparison and Adjustment Among Cardiac Patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1171- 1195.

Hempel, C. G. (1974). *Grundzüge der Begriffsbildung in der empirischen Wissenschaft*. Düsseldorf: Bertelsmann Universitätsverlag.

Herkner, W. (2001). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Hermann, J. L. (1992). *Trauma and recovery. The Aftermath of Violence-from Domestic Abuse to Political Terror*. New York, NY, US: Basic Books.

Hill, J. L.; Zautra, A. J. (1989). Self-blame attributions and unique vulnerability as predictors of post-rape demoralization. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 368-375.

Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress.* New York, NY, US: Plenum.

Hobfoll, S. E.; Lilly, R. S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21, 128-148.

Hopf, C. (2003). Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (349-360). Reinbeck: Rowolt.

Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York, NY, US: Aronson.

Horowitz, M. J. (1982). Stress response syndromes and their treatment. In: Goldberger, L.; Breznitz, S. (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. (711-732). New York, NY, US: Free Press.

Horowitz, M. J. (1982). Stress response syndromes and their treatment. In: Goldberger, L.; Breznitz, S. (Eds.), *Human Stress and cognition*. New York, NY, US: Wiley.

Horowitz, M. J. (1997). Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders.

Horowitz, M. J.; Wilner, N.; Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

Hough, R. L.; Vega, W.; Valle, R.; Kolody, B.; Griswald del Castillo, R.; Tarke, H. (1990). Mental health consequences of the San Ysidro McDonald's massacre: A community study. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 71-92.

Irle, M. (1991). *Die Theorie der Laienepistemologie (Kruglanski) und die (revidierte) Theorie der Kognitiven Dissonanz*. Bericht über den 37. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Kiel 1990. Göttingen: Hogrefe, 84-91.

Jacobs, M. (2000). Illusion. *A Psychodynamic Interpretation of Thinking and Belief*. London, Philadelphia: Whurr Publischers.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY, US: Basic Books.

James, W. ([1890] 1918). *The Principles of Psychology, 2.* New York, NY, US: Holt.

Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological vs. behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.

Janoff-Bulman, R. (1982). Esteem and control bases of blame: „Adaptive" strategies for victims versus observers. *Journal of Personality*, 50, 181-192.

Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In: Figley, C. (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder*. (15-35). New York, NY, US: Brunner; Mazel.

Janoff-Bulman, R. (1988). Victims of violence. In: Fisher, S.; Reason, J. (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health.* (101-113). Oxford, England: John Wiley; Sons.

Janoff-Bulman, R. (1989). The benefits of illusions, the threat of disillusionment, and the limitations of inaccuracy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 158-175.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY, US: Free Press.

Janoff-Bulman, R. (1997). Understanding reactions to traumatic events. *The Harvard Mental Health Letter*, 14, 8.

Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models. *Psychological Inquiry*, 15, 30-34.

Janoff-Bulman, R.; Berg, M. (1998). Disillusionment and the Creation of Value: From Traumatic Losses to Existential Gains. In: Harvey, J. H. (Ed.), *Perspectives on Loss: A Sourcebook*. (35-47). Philadelphia, PA, US: Brunner; Mazel.

Janoff-Bulman, R.; Berger, A. R. (2000). The other side of trauma: Towards a psychology of appreciation. In: Harvey, J. H.; Miller, E. D. (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives*. (29-44). New York, NY, US: Brunner-Routledge.

Janoff-Bulman, R.; Brickman, P. (1982). Expectations and what people learn from failure. In: Feather, N. T. (Ed.), *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, N.J., US: Erlbaum.

Janoff-Bulman, R.; Hanson Frieze, I. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.

Janoff-Bulman, R.; Hanson Frieze, I. (1987). The Role of Gender in Reactions to Criminal Victimization. In: Barnett, R. C.; Biener, L.; Baruch, G. K. (Eds.), *Gender and Stress*. (159-184). New York, NY, US: Free Press.

Janoff-Bulman, R.; Hecker, B. (1988). Depression, Vulnerability, and World Assumptions. In: Alloy, L. B. (Ed.), *Cognitive Processes in depression*. (177-192). New York, NY, US: Guilford.

Janoff-Bulman, R.; Lang-Guun, L. (1988). Coping with Disease, Crime, and Accidents: The Role of Self-blame Attribution. In: Abramson, L. Y. (Ed.), *Social cognition and clinical psychology*. (116-147). New York, NY, US: Guilford.

Janoff-Bulman, R.; McPherson-Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In: Brewin, C. R.; Power, M. J. (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice*. (91-106). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.

Janoff-Bulman, R.; Thomas, C. E. (1989). Toward an understanding of self-defeatin responses following victimization. In: Curtis, R. C. (Ed.), *Self-defeating behaviours: Experimental research, clinical impressions, and practical implications*. (215-234): New York, NY, US: Plenum Press.

Janoff-Bulman, R.; Timko, C. (1987). Coping with Traumatic Life Events: The Role of Denial in Light of People's Assumptive Worlds. In: Snyder, C. R.; Ford, C. E. (Eds.), *Coping with Negative Life Events*. (135-159). New York, London: Plenum Press.

Janoff-Bulman, R.; Timko, C.; Carli, L. L. (1985). Cognitive biases in blaming the victim. *Journal of Experimental Social Psychology*, 21, 161-177.

[Janoff-]Bulman, R.; Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.

John, O. P.; Robins, R. W. (1994). Accuracy and Bias in Self-Perception: Individual Differences in Self-Enhancement and the Role of Narcissism. Journal of Personality and Social Psychology, 66 (1, 209-219.

Johnson, E. A.; Vincent, N.; Ross, L. (1997). Self-deception versus self-esteem in buffering the negative effects of failure. *Journal of Research in Personality*, 31, 385-405.

Jones, E. E.; Pittman, T. S. (1982). Toward a general theory of strategic self-presentation. In: Suls, J.; Greenwald, A. G. (Eds.), *Psychological perspectives on the self*. (231-262). Hillsdale, NJ, US: Erlbaum.

Joseph, S. A.; Brewin, C. R.; Yule, W.; Williams, R. M. (1993). Causal attributions and post-traumatic stress in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 247-253.

Joseph, S. A.; Brewin, C. R.; Yule, W.; Williams, R. M. (1991). Causal attributions and psychiatric symptoms in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster *British Journal of Psychiatry*, 159, 542-546.

Joseph, S.; Yule, W.; Williams, R. (1993). Post-traumatic stress: Attributional aspects. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 501-513.

Joseph, S.; Yule, W.; Williams, R.; Hodgkinson, P. (1994). Correlates of post-traumatic stress at 30 months: The Herald of Free Enterprise disaster. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 521-524.

Jourard, S.y M.; Landsman, T. (1980). *Healthy personality: An approach from the viewpoint of humanistic psychology*. Oxford, England: Macmillan.

Kahneman, D.; Tversky, A. (1996). On the Reality of Cognitive Illusions. *Psychological Review*, 103, 582-591.

Kammer, D. (1983). Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressionsinventars (BDI). *Diagnostica*, 29, 48-60.

Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. Washington, DC, US: National Research Council.

Kauffman, J. (Ed.) (2002). *Loss of the assumptive world: A theory of traumatic loss*. New York, NY, US: Brunner Routledge.

Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart, Enke.

Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology, in: Levine, D. (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*. (192-238). Lincoln, Nebraska, US: University of Nebraska Press.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York, NY, US: Norton.

Kernis, M. H. (2003). Towards a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Pychological Inquiry*, 14, 1-26.

Kernis, M. H.; Grannemann, B. D. (1990). Excuses in the making: A test and extension of Darley and Goethals' attributional model. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 337-349.

Kessler, R. C.; Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M.; Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. In: Eissler, R. S.; Freud, A.; Hartman, H.; Kris, M. (Eds.): *The psychoanalytic study of the child: XVIII*. (286-306). Oxford, England: International Universities-N.

Kiecolt-Glaser, J. K. (1999). Stress, personal relationships, and immune function: Health implications. *Brain, Behavior, and Immunity*, 13, 61-72.

Kilpatrick, D. G.; Veronen, L. J.; Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In: Figley, C. R. (Ed.), *Trauma and its wake*. (113-141). New York, NY, US: Brunner; Mazel.

King, L. A.; King, D. W.; Fairbank, J. A.; Keane, T. M.; Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 420-434.

Kirschbaum, C.; Klauer, T.s; Filipp, S.-H.; Hellhammer, D. H. (1995). Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective response to acute psychological stress. *Psychosomatic Medicine*, 57, 23-31.

Klauer, T. (2000). Das Selbst und die Nutzung sozialer Ressourcen. In: Greve, Werner (Hg.), *Psychologie des Selbst*. (149-166).Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Klein, I. Janoff-Bulman, R. (1996). Trauma History and Personal Narratives: Some Clues to Coping Among Survivors of Child Abuse. *Child Abuse; Neglect*, 20, 45-54.

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.

Kohut, H. (1966). Forms and transformations of narcissism. Journal of the American Psychoanalytic Association, 14, 243-272.

Kolb, L. C. (1987). A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *American Journal of Psychiatry,* 144, 989–995.

Kolb, L. C. (1993). The psychobiology of PTSD: Perspectives and reflections on the past, present, and future. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 293-304.

Koopman, C.; Classen, C.; Spiegel, D. A. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151, 888-894.

Koss, M. P.; Harvey, M. R. (1991). *The Rape Victim: Clinical and Community Interventions*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.

Kowal, S.; O'Connell, C. (2003). Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* (437-447). Reinbeck: Rowolt.

Krahé, B. (1984). Der self-serving bias in der Attributionsforschung: Theoretischen Grundlagen und empirische Befunde. *Psychologische Rundschau*, 35, 79-97.

Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (1987). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.

Krueger, J. (1998). Enhancement bias in descriptions of self and others. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 24, 505-516.

Kruger, J. (1999) Lake Wobegon be gone. The "below-average effect" and the egocentric nature of comparative ability judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 221-232.

Kruger, J.; Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own competence lead to inflated self-assessments. Journal of Personality and Social Psychology, 77, 1121-1134.

Kruse, A. (1994). Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen – Beiträge aus empirischen Untersuchungen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 42-51.

Kuhn, T. S. (1967). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen.* Frankfurt/M.: Suhrkamp

Kuiper, N. A.; Derry, P. A. (1982). Depressed and nondepressed content self-reference in mild depressives. *Journal of Personality*, 50, 67-80.

Lakatos, I. (1970; 1974). Falsifikation und die Methodologie wissenschaftlicher Forschungsprogramme. In: Lakatos, I.; Musgrave, A. (Hg.), *Kritik und Erkenntnisfortschritt*. (S.89-189). Braunschweig: Vieweg.

Lakey, B.; Drew, J. B. (1997). A social-cognitive perspective on social support. Sarason, Irwin G.; Sarason, B. R.; Pierce, G. R.; Lakey, B. (Eds.), *Sourcebook of social support and personality*. (107-140). New York, NY, US: Plenum Press.

Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken.* Weinheim: Beltz.

Lamnek, S. (2002). Qualitative Interviews. In: König, E.; Zedler, P. (Hg.), *Qualitative Forschung*. (157-193). Weinheim, Basel: Beltz.

Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz.

Langer, E. J. (1975). The Illusion of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.

Laucken, U. (2001). Illusion – ein anspruchsvoller und ein schlagkräftiger Begriff. *Ethik und Sozialwissenschaften*, 12, 245-248.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY, US: Springer.

Lazarus, R. S.; Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In: Pervin, L. A.; Lewis, M. (Eds.), *Perspectives in international psychology*. (287-327). New York, NY, US: Plenum.

Lefcourt, H. M. (1973). The Function of the Illusions of Control and Freedom. *American Psychologist*, 28, 417-425.

Lefcourt, H. M. (2002). *Humor*. In: Lopez, S. J.; Snyder, C. R. (Eds.). (2002). Handbook of positive psychology. (619-631). New York, NY, US: Oxford University Press.

Lehman, D. R.; Davis, C. G.; DeLongis, A.; Wortman, C. B.; Bluck, S., Mandel, D. R., Ellard, J. H. (1993). Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 90-112

Lerner, M. J. (1965). Evaluation of Performance as a function of performer's reward and attractiveness following failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 355-360.

Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York, NY, US: Plenum Press.

Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control. *Proceedings of the Annual Convention of the APA*, 7, 261-262.

Levenson, H. (1974). Activism and powerful others. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.

Lewinsohn, P. M.; Mischel, W.; Chaplin, W.; Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 203-212.

Lifton, R. J. (1967). *Death in life: Survivors of Hiroshima.* New York, NY, US: Simon; Schuster.

Lifton, R. J. (1980). On the consciousness of holocaust. *Psychohistory Review*, 9, 3-22.

Lilli, W., Frey, D. (1993). Die Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung. In: Frey, D.; Irle, M. (Hg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Bd. 1 Kognitive Täuschungen*. (49-78). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Liming Aspaugh, M. E.; Zarit, S. H.; Greene, R. (1999). Londitudinal Patterns of Risk for Depression in Dementia Caregivers: Objective and Subjective Primary Stress as Predictors. *Psychology and Aging*, 14, 34-43.

Linville, P. W. (1985). Self-complexity and affective extremity: Don't put all of your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition*, 3, 94-120.

Lopez Ibor, J. J.; Soria, J.; Canas, F.; Rodriguez-Gamazo, M. (1985). Psychopathological aspects of the Toxic Oil Syndrome catastrophe. *British Journal of Psychiatry*, 147, 352-365.

Lucius-Hoene, G.; Deppermann, A. (2004). *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Luhmann, N. (1978; 2000). *Vertrauen*. Stuttgart: Lucius.

Lund, D. A.; Caserta, M.l S.; Dimond, M. F. (1993). The course of spousal bereavement in later life. In: Hansson, R. O.; Stroebe, M. S.; Stroebe, W. (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. (240-254). New York, NY, US: Cambridge University Press.

Lutzky, S, M.; Knight, B. G. (1994). Explaining Gender Differences in Caregiver Distress: The Roles of Emotional Attentiveness and Coping Styles. *Psychology and Aging*, 9, 513–519.

Madakasira, S.; O'Brien, K. F. (1987). Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental disease*, 175, 286-90.

Maercker, A., Müller, J. (2004). Social Acknowledgement as a Victim of Survivor: A Scale to Measure a Recovery Factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 345-351.

Maercker, A.; Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47, 153-162.

Maercker, A.; Müller, J. (2000). *Fragebogen zur erlebten Wertschätzung*. http://www.psychologie.unizh.ch/psypath/docs/wertschaetz.pdf

Maercker, A.; Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44, 130-141.

Maes, J. (1996). *Fragebogeninventar zur Erfassung von Reaktionen auf die Viktimisierung anderer am Beispiel schwerer Krebskrankheiten - Dokumentation der Item- und Skalenanalysen.* Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral", Nr. 101. Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.

Maes, M.; Delmiere, L.; Schotte, C.; Janca, A.; Creten, T.; Mylle, J.; Struyf, A.; Pison, G.; Rousseeuw, P. J. (1998). Epidemiologic and phenomenological aspects of post-traumatic stress disorder: DSM-III-R diagnosis and diagnostic criteria not validated. *Psychiatry Research*, 81, 179-193.

Magwaza, A. S. (1999). Assumptive world of traumatized South African adults. *Journal of Social Psychology*, 139, 622-630.

Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.

Marris, P. (1975). *Loss and change*. Garden City, NY, England: Anchor Press.

Mattmüller, U. (1995). Pflegeberatung bei Schwerpflegebedürftigkeit : Ein Projekt der Techniker Krankenkasse in Zusammenarbeit mit dem DBfK. *Pflege aktuell*, 49, 823-826.

Mayer, H. O. (2002). Interview und schriftliche Befragung: München, Wien: Oldenbourg.

McCann, I. L.; Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. Philadelphia, PA, US: Brunner: Mazel.

McCann, I. L.; Pearlman, L. A. (1989). Vicarious traumatization. A framework for Understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.

McCormick, R. A.; Taber, J. I.; Kruedelbach, N. (1989). The relationship between attributional style and post-traumatic stress disorder in addicted patients. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 477-487.

McFarland, C.; Alvaro, C. (2000). The Impact of Motivation on Temporal Comparisons: Coping With Traumatic Events by Perceiving Personal Growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 327-343).

McFarlane, A. C. (1989). The prevention and management of the psychiatric morbidity of natural disasters: An Australian experience. *Stress Medicine*, 5, 29-36.

McFarlane, A. C. (1992). Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. Journal of Nervous Mental Disease. 180, 439-445.

McFarlane, A. C.; de Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. In: van der Kolk, B. A.; McFarlane, A. C.; Weisaeth, L. (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. (129-154). New York, NY, US: Guilford Press.

McFarlane, A. C; van der Kolk, B. A. (1996). Trauma and its challenge to society. In: McFarlane, A. C.; van der Kolk, B. A. (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. (24-46). New York, NY, US: Guilford Press.

McIntosh, D. N.; Silver, R. C.; Wortman, C. B. (1993). Religion's Role in Adjustment to a Negative Life Event Coping With the Loss of a Child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 812-821.

Meneses, M. R. de; Burgess-Perry, G. R. (1993). The plight of caregivers. Home Healthcare. *Nurse*, 11, 10–14.

Merkens, H. (2003). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (286-299). Reinbeck: Rowolt.

Merton, R.; Kendall, P.L. (1979). Das fokussierte Interview. In: Hopf, C.; Weingarten, E. (Hg.), *Qualitative Sozialforschung*. (171-204). Stuttgart: Klett-Cotta.

Mettee, D. R.; Smith, G. (1977). Social comparison and interpersonal attraction. The case for dissimilarity. In Suls, J. M.; Miller, R. L. (Eds.), *Social comparison processes. Theoretical and empirical perspectives*. (69-102). Wahington, DC, US: Hemisphere.

Metzinger, T. (1993). *Subjekt und Selbstmodell. Die Perspektivität phänomenalen Bewusstseins vor dem Hintergrund einer naturalistischen Theorie mentaler Repräsentation*. Paderborn: mentis.

Metzinger, T. (Hg.) (1995). *Bewusstsein - Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie*. Paderborn: mentis.

Meyer, C. B.; Taylor, S. E. (1986). Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1226-1234.

Meyer, W.-U.; Försterling, M. (1993). Die Attributionstheorie. In: Frey, D.; Irle, M. (Hg.), Theorien der *Sozialpsychologie. Bd. 1 Kognitive Täuschungen* (175-214). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Mezulis, A. H.; Abramson, L. Y.; Hyde, J. S.; Hankin, B. L. (2004). Is There a Universal Postivity Bias in Attribution? A Metaanlytic Review of Individual, Developmental, and Cultural Differences in the Self-Serving Attributional Bias. *Pschychological Bulletin*, 130, 711-747.

Michael, T.; Ehlers, A.; Halligan, S. L.; Clark, D. M. (2005). Unwanted memories of assault: What intrusion characteristics are associated with PTSD? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 613-628.

Miller, D. T.; Ross, M. (1975). Self-serving biases in the attribution of causality: Fact or fiction? *Psychological Bulletin*, 82, 213-225.

Miller, L. C.; Cooke, L. L.; Tsang, J.; Morgan, F. (1992). Should I brag? Nature and impact of positive and boastful disclosures for women and men. *Human Communication Research*, 18(3), 364-399.

Miller, W. R.; C'deBaca, J. (1994). Quantum change: Toward a psychology of transformation. In: Heatherton, T. F.; Weinberger, J. L. (Eds.), *Can personality change?* (253-280). Washington, DC; US: American Psychological Association.

Montada, L. (1988). Die Bewältigung von „Schicksalsschlägen" – erlebte Ungerechtigkeit und wahrgenommene Verantwortlichkeit. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 47, 203-216.

Montada, L. (1992). Attribution of responsibility for losses and perceived injustice. In: Montada, L.; Filipp, S.-H.; Lerner, M. J. (Eds.), *Life crises and experiences of loss in adulthood*. (133-162). Hillsdale, NJ, US: Erlbaum.

Montada, L. (1994). Injustice in harm and loss. *Social Justice Research*, 7, 5-28.

Montada, L.; Schneider, A.; Seiler, S. (1999). *Bewältigung emotionaler Belastungen durch Querschnittslähmungen mittels Relativierung von Verantwortlichkeitsattributionen*. URN: urn:nbn:de:bsz:291-psydok-1440. URL: http:; ; psydok.sulb.uni-saarland.de; volltexte; 2004; 144;

Moos, R.; Schaefer, J. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In: Moos, R. (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach*. (3-28). New York, NY, US: Plenum.

Moran, P.W.; Lambert, M.J. (1983). "A review of current assessment tools for monitoring changes in depression." In: Lambert, M.S.; Christensen, E.R.; DeJulio, S. (Eds.), *The Assessment of Psychotherapy Outcomes.* (263-303). New York, NY, US: Wiley.

Morgan, H. J.; Janoff-Bulman, R. (1994). Positive and negative self-complexity: Patterns of adjustment following traumatic versus non-traumatic life experiences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 63-85.

Müller, G. F.; Hassebrauck, M. (1993): Gerechtigkeitstheorien. In: Frey, D.; Irle, M. (Hg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Bd. 1 Kognitive Täuschungen. (*217- 243). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Müller, J.; Maercker, A. (2000). *Fragebogen zum offenen Erzählen (Disclosure)*. http://www.psychologie.unizh.ch/psypath/forschung/schwerpunkte/ptsd/diagptsd/disclosure-versionb34items1.pdf

Mummendey, H. D. (1995). *Psychologie der Selbstdarstellung*. Göttingen: Hogrefe.

Mummendey, H. D. (2002). Selbstdarstellungstheorie. In: Frey, D.; Irle, M. (Hg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Bd. 3 (Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien).* (212-233). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Murray, J.; Ehlers, A.; Mayou, R. A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180, 363-368.

Murray, S. L.; Holmes, J. G.; Griffin, D. W. (1996a). The benefits of positive illusions: Idealization and the construction of satisfaction in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 79-98.

Murray, S. L.; Holmes, J. G.; Griffin, D. W. (1996b). The self-fulfilling nature of positive illusions in romantic relationships: Love is not blind, but prescient. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1155-1180.

Nadler, A. (1997). Personality and help-seeking: Autonomous and dependent seeking of help. In: Pierce, G. R.; Lakey, B.; Sarason, B. R.; Sarason, I. G. (Eds.), *Sourcebook of social support*. NY: Plenum Press.

Nadler, A.; Steinberg, L.; Jaffe, Y. H. (1981). Coping with stress by help-seeking: In: Spielberger, C. D.; Sarason, I. G.; Milgram, N. A. (Eds.), *Stress and anxiety*. (375-386). Washington, DC: Hemisphere.

Naegele, G. (1997). Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse und erste sozialpolitische Schlußfolgerungen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege*. (5-19). Schriftenreihe. Bd. 106/1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Nagel, E. (1961). *The Structure of Science*. New York, NY, US: Harcourt, Brace and World.

Nolen-Hoeksema, S.; Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum.

Norris; F. H.; Foster, J. D.; Weisshaar, D. L. (2002). The epidemiology of sex differences in PTSD across developmental, societal, and research contexts. In: Kimerling, R., Ouimette, P.; Wolfe, J. (Eds.), *Gender and PTSD*. (3-42). New York, NY, US: Guilford Press.

North, C. S.; Smith, E. M.; Spitznagel, E. L. (1994). Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 151, 82-88.

Oettingen, G.; Gollwitzer, P. (2002). Theorien der modernen Zielpsychologie. In: Frey, D.; Irle, M. (Hg,): *Theorien der Sozialpsychologie*. (51-73). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Ohira, H.; Winton, W. M.; Oyama, M. (1998). Effects of stimulus valence on recognition memory and endogenous eyeblinks: Further evidence for positive-negative asymmetry. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 986-993.

O'Neill, M. L.; Kerig, P. K. (2000). Attributions of self-blame and perceived control as moderators of adjustment in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1036-1049.

Overcash, W. S.; Calhoun, L. G.; Cann, A.; Tedeschi, R. G. (1996). Coping with crises: An examination of the impact of traumatic events on religious beliefs. *Journal of Genetic Psychology*, 157, 455-464.

Oyserman, D.; Markus, H. (1990). Possible selves and delinquency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 112-125.

Ozer, E. J.; Best, S. R.; Lipsey, T. L.; Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.

Park, C. L. (1998). Implications of Posttraumatic Growth for Individuals. In: Tedeschi, R. G.; Park, C. L. Calhoun, L. G. (Ed.), *Posttraumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. (153-177). New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.

Park, C. L. (1999). The Roles of Meaning and Growth in the Recovery from Posttraumatic Stress Disorder. In: Maercker, A.; Schützwohl, M.; Solomon, Z. (Eds.), *Post-traumatic stress disorder: a lifespan developmental perspective*. (249-264). Kirkland, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe.

Park, C. L.; Cohen, L. H.; Murch, R. L. (1996). Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.

Parkes, C. M. (1971). Psycho-social transitions: A field of study. *Social Science and Medicine*, 5, 101-115.

Parkes, C. M. (1972). *Bereavement. Studies of Grief in Adult Life*. London, E: Tavistock Publications.

Parkes, C. M. (1975). What becomes of redundant world models? A contribution to the study of adaptation to change. *British Journal of Medical Psychology*, 48, 131-137.

Parkes, C. M.; Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York, NY, US: Basic Books.

Pauen, M.; Roth, G. (2001). *Neurowissenschaften und Philosophie*. München: UTB.

Paulhus, D. L. (1998). Interpersonal and Intrapsychic Adaptiveness of Trait Self-Enhancement: A Mixed Blessing? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1197-1208.

Pennebaker, J. (Ed.), (1995). *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Pennebaker, J. W. (1985). Traumatic experience and psychosomatic disease: Exploring the roles of behavioural inhibition, obsession, and confiding. *Canadian Psychology Psychologie Canadienne*, 26, 82-95.

Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition and disease. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. (211-244). New York, NY, US: Academic Press.

Perloff, L. S. (1983). Perceptions of Vulnerability to Vicitmization. *Journal of Social Issues*, 39, 41-61.

Perloff, L. S. (1987). Social Comparison and Illusions of Invulnerabilty to Negative Life Events. In: Snyder, C. R.; Ford, C. E. (Eds.), *Coping with Negative Life Events*. (217-242). New York, London: Plenum Press.

Petersen, L.-E.; Stahlberg, D.; Dauenheimer, D. (2000). Selbstkonsistenz und Selbstwerterhöhung: Der Integrative Selbstschemaansatz. In: Greve, W. (Hg.), *Psychologie des Selbst*. (239-254). Weinheim: Psychologie VerlagsUnion.

Peterson, C.; Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.

Pimlott-Kubiak, S.; Cortina, L. M. (2003). Gender, victimization, and outcomes: Reconceptualizing risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 528-539.

Popper, K. R. (1935). *Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr.

Rafaeli-Mor, E.; Steinberg, J. (2002). Self-complexity and well-being: A review and research synthesis. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 31-58.

Rager, G.; Quitterer, J.; Runggaldier, E. (2002). *Unser Selbst – Identität im Wandel der neuronalen Prozesse*. Paderborn, München, Wien, Zürich: Schöningh.

Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated Mourning*. Champaign, IL, US: Research Press.

Rando, T. A. (2002). The "curse" of too good a childhood. In: Kauffman, J. (Ed.), *Loss of the assumptive world: A theory of traumatic loss*. (171-192). New York, NY, US: Brunner Routledge.

Rasmusson, A. M.; Friedman, M. J. (2002). Gender Issues in the Neurobiology of PTSD. In: Kimerling, R., Ouimette, P.; Wolfe, J. (Eds.), *Gender and PTSD*. (43-75). New York, NY, US: Guilford Press.

Reed, G. M.; Kemeny, M. E.; Taylor, S. E. Wang, H.-Y. J.; Visscher, B. R. (1994). Realistic Acceptance as a Predictor of Decreased Survival Time in Gay Men With AIDS. *Health Psychology*, 13, 299-307.

Reed, G. M.; Kemeny, M. E.; Taylor, S. E. Wang, H.-Y. J.; Visscher, B. R. (1999). Negative HIV-Specific Expectancies and AIDS-Related Bereavement as Predictors of Symptom Onset in Asymptomatic HIV-Positive Gay Men. *Health Psychology*, 18, 354, 363.

Reed, G. M.; Taylor, S. E.; Kemeny, M. E. (1993). Perceived control and psychological adjustment in gay men with AIDS. *Journal of Applied Psychology*, 23, 791-824.

Regehr, C.; Regehr, G.; Bradford, J. (1998). A model for predicting depression in victims of rape. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 26, 595-605.

Reichert, M. (1996). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Hilfe/Pflege für ältere Angehörige: Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Bewältigungsstrategien. In: Tews, H. P. (Hg.), *Altern und Politik. Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe*. (237–251). Melsungen: Bibliomed.

Resick, P. A. (2000). *Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie*. Bern: Huber.

Resick, P. A. (2001). *Stress and Trauma*. New York, NY, US: Psychology Press.

Richter, P. (1991). *Zur Konstruktvalidität des Beck-Depressionsinventars bei der Erfassung depressiver Verläufe*. Regensburg: Roderer.

Richter, P.; Werner, J.; Bastine, R. (1994). Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars (BDI): Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 3-19.

Rieder, K. (2002). *Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege*. Weinheim und München: Juventa.

Roberts, G.L.; Lawrence, J.M.; Williams, G.M.; Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. Aust NZ Public Health, 22: 796-801.

Robins, R. W.; Beer, J. S. (2001). Positive Illusions About the Self: Short-Term and Long-Term Costs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 340-352.

Robins, R. W.; John, O. P. (1997a). Effects of visual perspective and narcissism on self-perception: Is seeing believing? *Psychological Science*, 8, 37-42.

Robins, R. W.; John, O. P. (1997b). The quest for self-insight: Theory and research on accuracy and bias in self-perception. In: Hogan, R. Johnson, J.; Briggs, S. (Eds.), *Handbook of personality psychology*. (649-679). New York, NY, US: Academic Press.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relations, developed in the client-centered freamwork. In: Koch, S. (Ed.), *Psychology: A study of a science*. (185-256). New York, NY, US: McGraw-Hill.

Röhrle, B. (1988). *Fragebogen zur verhaltenstherapeutischen Diagnostik depressiver Störungen. Ein Kompendium*. Tübingen: DGVT.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ, US: Princeton University Press.

Rosenkranz, D.; Schneider, N. F. (1997). Familialer Wandel und Pflege älterer Menschen – Auswirkungen der Generationendynamik. *Sozialer Fortschrit,* 6–7, 145–150.

Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in attribution process. In: Berkowitz (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology*, *Vol. 10*. (173–220). San Diego, CA, US: Academic.

Rothbaum, F.; Weisz, J. R.; Snyder, S. S. (1982). Changing the World and Changing the Self: A Two-Process Model of Perceives Control. *Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.

Rothermund, K. (1998). *Persistenz und Neuorientierung. Mechanismen der Aufrechterhaltung und Auflösung zielbezogener kognitiver Einstellungen*. Diss. Universität Trier.

Rotter, L. (1996). Para la psicologia de la sexualidad femenina / Toward a psychology of feminine sexuality. *Revista de Psicoanalisis*, 53, 469-476.

Rubin, Z; Peplau, A. (1975) Who believes in a just world? *Journal of Social Issues*, 31, 65-89.

Runggaldier, E. (2000). Diachrone Identität von Personen, in: Bewusstsein und Person. Neurobiologie, Philosophie und Theologie im Gespräch. In: Rager, G; Holderegger, A. (Hg.): *Studien zur theologischen Ethik*, Bd. 83. (70-85). Universitätsverlag Freiburg, Schweiz: Verlag Herder Freiburg i.Br.

Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. New York, NY, US: Pantheon.

Ryff, C. D.; Singer, B.; Love, G. D; Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life. Definig features and dynamic processes. In: Lomranz, J. (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach.* (69-96). New York, NY, US: Plenum Press.

Sarason, I. G; Johnson, J. H; Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.

Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation*. Palo Alto, CA, US: Stanford University Press.

Schachter, S.; Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399

Schaefer, J. A.; Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. In: Carpenter, B. N. (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application*. (149-170). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Schaefer, J. A.; Moos, R. H. (1997). The Context for Posttraumatic Growth: Life Crisis, Individual and Social Resources, and Coping. In: Tedeschi, R. G.; Park, C. L. Calhoun, L. G. (Eds.), *Posttraumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. (99-125). New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.

Scheier, M. F.; Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Scheier, M. F.; Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.

Scheier, M. F.; Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-Being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.

Schlenker, B. R.; Leary, M. R. (1985). Social anxiety and communication about the self. *Journal of Language and Social Psychology*, 4, 171-192.

Schmitt, M.; Beckmann, M.; Dusi, D.; Maes, J.; Schiller, A.; Schonauer, K. (2003). Messgüte des verinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V). *Diagnostica*, 49, 147-156.

Schmitt, M.; Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica*, 46, 38-46.

Schneekloth, U.; Leven, I: (2003). *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002*. Infratest Sozialforschung: Schnellbericht, Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebenung im Rahmen des Forschungsprojektes „Möglichkeiten und Grenzen einer selbstsändigen Lebensführung hilfe- und plfegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten“ (MuG 3). München

Schneekloth, U.; Potthoff, P.; Piekara, R.; Rosenbladt, B. von (Hg.) (1996). *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 111.2. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Schneider, A.; Montada, L.; Reichle B.; Meissner, A. (1986): Auseinandersetzungen mit Privilegunterschieden und existentielle Schuld: Item- und Skalenanalysen I. Trier: Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 37 1986.

Schneider, S. L. (2001). In search of Realistic Optimism. Meaning, Knowledge, and Warm Fuzziness. *American Psychologist*, 56, 250-263.

Schneider, W.; Shiffrin, R. M. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search, and attention. *Psychological Review*, 84, 1-66.

Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.

Schulz, S. (2001). Die soziale Isolation für Kranke und Angehörige überwinden. In: *Brücken in die Zukunft. Bridges Into the Future*. (147–153). Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.

Schütz, A. (2000a). Das Selbstwertgefühl als soziales Konstrukt: Befunde und Wege der Erfassung. In: Greve, W. (Hg.), *Psychologie des Selbst*. (189-207). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schütz, A. (2000b). *Psychologie des Selbstwertgefühls: Von Selbstakzeptanz bis Arroganz*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Schütze, Y. (1997). Generationenbeziehungen: Familie, Freunde und Bekannte. In: Krappmann, L.; Lepenies, A. (Hg.). *Alt und Jung. Spannung und Solidarität zwischen den Generationen*. (97-111). Frankfurt/M.: Campus.

Schwartzberg, S. S.; Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 270-288.

Schwarzer, R.; Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.

Sedikides, C. (1993). Assessment, Enhancement, and Verification Determinants of the Self-Evaluation Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 317-338.

Sedikides, C.; Strube, M. J. (1995). The multiply motivated self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1330-1335.

Sedikides, C.; Strube, M. J.(1997). Self evaluation: To thine own self be good, to thine own self be sure, to thine own self be true, and to thine own self be better. In: Zanna, M. P. (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, *29*. (209-269). San Diego, CA, US: Academic Press.

Seedat, S.; Stein, D. J. (2000). Trauma and post-traumatic stress disorder in women: A review. *International Clinical Psychopharmacolgy*, 15, S25-S33.

Seiffert, H. (1996). *Einführung in die Wissenschaftstheorie, Bd. 1, Sprachanalyse, Deduktion, Induktion in Natur- und Sozialwissenschaften*. München: Beck.

Seligman, M. E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, US: Freeman.

Seligman, M. E.P. (1990). *Learned Optimism. How to Change Your Mind and Your Life*. New York, NY, US: A.A. Knopf.

SGB XI (Sozialgesetzbuch: Elftes Buch): Soziale Pflegeversicherung.

Shalev, A. Y. (1996). Stress versus traumatic stress. From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In: van der Kolk, B. A.; McFarlane, A. C.; Weisaeth, L. (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. (77-101). New York, NY, US: Guilford Press.

Shalev, A. Y.; Freedman, S.; Peri, T.; Brandes, D.; Sahar, T. (1997). Predicting PTSD in trauma survivors: Prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. *British Journal of Psychiatry*, 170, 558-564.

Shalev, A. Y.; Freedman, S.; Peri,T.; Brandes, D.; Sahar, T.; Orr, S. P.; Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 630-637.

Shalev, A. Y.; Peri, T.; Canetti, L.; Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225.

Shedler, J.; Mayman, M.; Manis, M. (1993). The Illusion of Mental Health. *American Psychologist*, 48, 1117-1131.

Shedler, J.; Mayman, M.; Manis, M. (1994). More Illusions. *American Psychologist*, 49, 974-976.

Sherif, M. (1936). *The psychology of social norms*. Oxford, England: Harper.

Silver, R. L.; Boon, C.; Stones, M. H. (1983). Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest. *Journal of Social Issues*, 39, 81-101.

Silver, R. L.; Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In Garber, J.; Seligman, M. E. P. (Eds.), *Human helplessness: Theory and applications.* (279-340). New York, NY, US: Academic Press.

Six, B. (1997). Attribution. In: Frey, D.; Greif, Siegfried (Hg.), *Sozialpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. (122-135). Weinheim: Beltz.

Smith Landsman, I. (2002). Crisis of meaning in trauma and loss. In: Kauffman, Jeffrey (Ed.), *Loss of the assumptive world*. (13-30). New York, London: Brunner-Routledge.

Snyder, M. L.; Stephan, W. G.; Rosenfield, D. (1976). Egotism and attribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 435-441.

Solkoff, N.; Gray, P.; Keill, S. (1986). Which Vietnam veterans develop posttraumatic stress disorders? *Journal of Clinical Psychology*, 42, 687-98.

Solomon, S. D.; Canino, G. J. (1990). Appropriateness of DSM-III--R criteria for posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 31, 227-237.

Solomon, Z.; Mikulincer, M.; Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 279-85

Sommer, G., Fydrich, T. (1989). Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU (DGVT-Materialie Nr. 22). Tübingen: DGVT.

Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. New York, NY, US: Farrar, Straus & Giroux.

Southwick, S.; Jehuda, R.; Giller, E. (1993). Personality disorders in treatment seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1020-1023.

Speed, N.; Engdahl, B.; Schwartz, .; Eberly, R. (1989). Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 147-153.

Stadler, M.; Kruse, P. (1993). Über Wirklichkeitskriterien. In Riegas, Volker; Vetter, Christian (Hg.), *Zur Biologie der Kognition: ein Gespräch mit Humberto R. Maturana.* (133- 158). Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Starr, R. H.; MacLean, D. J.; Keating, D.P. (1991). Life-span development outcomes of child maltreatment. In: Starr, Raymond H.; Wolfe, Donald A.; Wolfe, David A. (Eds.), *The effects of child abuse and neglect: Issues and research*. (1-32). London, New York, NY,US: Guilford Press.

Statistischen Bundesamtes (2005): *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse.* Bonn.

Staudinger, U. M.; Fleeson, W. (1996). Self and personality in old and very old age: A sample case of resilience? *Development and Psychopathology*, 8, 867-885.

Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. In: Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, *21: Social psychological studies of the self: Perspectives and programs*. (261-302). San Diego, CA, US: Academic Press.

Steil, R.; Ehlers, A. (1996). Die Posttraumatische Belastungsstörung: Eine Übersicht. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 17, 169-212.

Steil, R.; Ehlers, A. (1998). Posttraumatische Belastungsstörung. In: Reinecker, Hans (Hg.) (1998). *Lehrbuch der klinischen Psychologie: Modelle psychischer Störungen*. (155-181). Göttingen: Hogrefe.

Stein, D.J.; Boshoff, D.; Abrahams, H.; Daniels, F.; Traut, A.; deBryan, J.H. et al. (1997). Patients presenting with fresh trauma after interpersonal violence. Part I: Alcohol and substance abuse. *South Afican Medical Journal,* 87, 996-998.

Stoeber, J. (2002). *Skalendokumentation "Persönliche Ziele von SchülerInnen"* (Hallesche Berichte zur Pädagogischen Psychologie, Nr. 3). Halle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Arbeitsbereich Pädagogische Psychologie, Institut für Pädagogik.

Strack, F.; Deutsch, R. (2002). Urteilsheuristiken. In: Frey, D.; Irle, M. (Hg.). *Theorien der Sozialpsychologie*. Bd. 3. Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitung. (352-384). Bern: Hans Huber.

Strube, W. (1971). *Ästhetische Illusion: ein kritischer Beitrag zur Geschichte der Wirkungsästhetik des 18. Jahrhunderts*. Bochum Univ. Diss.

Strube, W. (1976). Illusion. In: Ritter, J.; Gründer, K.; Gabriel, G. (Hg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 4: I-K*. (Sp. 204-215). Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt.

Suitor, J. J.; Pillemer, K. A. (1996). Sources of Support and Interpersonal Stress in the Networks of Married Caregiving Daughters: Findings from a 2-Year Longitudinal Study. *Journal of Gerontology,* 51, 297–306.

Suls, J.; Martin, R. (2001). Social Comparison Processes in the Physical Health Domain. In: Baum, A.; Revenson, T. A.; Singer, J. E. (Eds.), *Handbook of health psychology*. (195-208). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Suls, J.; Wills, T. A. (1991). *Social comparison: Contemporary theory and Research*. Hillsdale, NY, US: Erlbaum.

Swagerty, D. L.; Takahashi, P. Y. (1999): Elder Misttreeatment. *American Family Physician*, 5, 15.

Swann, W. B. Jr. (1990). To be adored or to be known? The interplay of self-enhancement and self-verification. In: Sorrentino, R. M. (Ed.); Higgins, E. T. (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior, Vol. 2*. (408-448). New York, NY, US: Guilford Press.

Taylor, S. E. (1982). Social cognition and health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 549 562.

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to Threatening Events. A Theory of Cognitive Adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161- 1173.

Taylor, S. E. (1989). *Positive Illusions. Creative Self-Deception and the Healthy Mind*. New York, NY, US: Basic Books.

Taylor, S. E. (1991). Asymmetrical Effects of Positive and Negative Events: The Mobilization-Minimization Hypothesis. *Psychology Bulletin*, 110, 67-85.

Taylor, S. E. (1993). *Positive Illusionen. Produktive Selbsttäuschung und seelische Gesundheit*. Reinbeck: Rowohlt.

Taylor, S. E. (1995). *Mit Zuversicht: Warum positive Illusionen für uns so wichtig sind.* Reinbeck: Rowohlt.

Taylor, S. E.; Armor, D. A. (1996). Positive Illusions and Coping with Adversity. *Journal of Personality*, 64, 873-898.

Taylor, S. E.; Brown, J. D. (1988). Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health. *Psychology Bulletin*, 103, 193-210.

Taylor, S. E.; Brown, J. D. (1994a). Positive Illusions and Well-Being Revisited: Separating Fact From Fiction. *Psychology Bulletin*, 116, 21-27.

Taylor, S. E.; Brown, J. D. (1994b). The "Illusion" of Mental Health does not explain Positive Illusions. *American Psychologist*, 49, 972-973.

Taylor, S. E.; Buunk, B. P.; Collins, R. L.; Reed, G. M. (1989). Social Comparison and affliction under threat. In: Montada, Leo; Filipp, S.-H.; Lerner, Melvin J. (Eds.), *Life crises and experience of loss in adulthood.* (213-227). Hillsdale, NJ: Erlbaum Ass.

Taylor, S. E.; Dakof, G. A. (1988). Social support and the cancer patient. In: Oskamp, S.; Spacapan, S. (Eds.), *The social psychology of health*. (95-116). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications

Taylor, S. E.; Falke, R. L.; Shoptaw, S. J.; Lichtman, R. R. (1986). Social Support, Support Groups, and the Cancer Patient. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 608-615.

Taylor, S. E.; Gollwitzer, P. M. (1995). The Effects of Mindset on Positive Illusions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 213-226.

Taylor, S. E.; Helgeson, V. S.; Reed, G. M.; Skokan, L. A. (1991). Self-Generated to Physical Illness. *Journal of Social Issues*, 47, 91-109.

Taylor, S. E.; Kemeny, M. E.; Aspinwall, L. G.; Schneider, S. G.; Rodriguez, R.; Herbert, M. (1992). Optimism, Coping, Psychological Distress, and High-Risk Sexual Behavior Among Men at Risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.

Taylor, S. E.; Kemeny, M. E.; Reed, G. M.; Bower, J. E.; Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.

Taylor, S. E.; Lerner, J. S.; Sherman, D. K.; Sage, R. M.; McDowell, N. K. (2003a). Are Self-Enhancing Cognitions Associated With Healthy or Unhealthy Biological Profiles? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 605-615.

Taylor, S. E.; Lerner, J. S.; Sherman, D. K.; Sage, R. M.; McDowell, N. K. (2003b). Portrait of the Self-Enhancer: Well Adjusted and Well Liked or Maladjusted and Friendless? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 354-362.

Taylor, S. E.; Lichtman, R. R.; Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.

Taylor, S. E.; Lobel, M. (1989). Social Comparison Activity Under Threat: Downward Evaluation and Upward Contacts. *Psychological Review*, 96, 569-575.

Taylor, S. E.; Neter, E.; Wayment, H. A. (1995). Self-Evaluation Process. Journal of *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1278-1287.

Taylor, S. E.; Wayment, H. A.; Carillo, M. (1996). Social Comparison, self-regulation, and motivation. In: Higgins, E. T.; Sorrentino, R. M. (Eds.), *Handbook of motivation and cognition, 3: The interpersonal context*. (3-27). New York, NY, US: Guilford Press.

Taylor, S. E.; Wood, J. V.; Lichtman, R. R. (1983). It Could be Worse: Selective Evaluation as a Response to Victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 19-40.

Tedeschi, R. G.; Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.

Tedeschi, R. G.; Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

Tedeschi, R. G.; Park, C. L. Calhoun, L. G. (1998) (Eds.), *Posttraumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.

Tedeschi, R. G.; Park, C. L.; Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic Growth: Conceptual Issues. In: Tedeschi, R. G.; Park, C. L. Calhoun, L. G. (Eds.), *Posttraumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. (1-22). New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.

Tennen, H.; Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108, 209-232.

Tennen, H.; Affleck, G. (1997). Social comparison as a coping process: a critical review and application to chronic pain disorders. In: Buunk, B. P.; Gibbons, F. X. (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory*. (263-198). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Tennen, H.; Affleck, G. (1998). Personality and transformation in the face of adversity. In: Tedeschi, R. G.; Park, C. L.; Calhoun, L. G. (Eds.), *Posttraumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crises*. (65-98). Mahwah, NJ, US: Erlbaum.

Tepe, P. (1986). Entlastung vom Realitätsdruck. Weltanschauungsanalyse - Vernunftsphilosophie - Illusionstheorie. Zeitmitschrift. *Journal für Ästhetik*. Nr. 2, Düsseldorf 1986, 113-122. Erneut abgedruckt in:Tepe, Peter (1988). Theorie der Illusionen, S. 265-278.

Tepe, P. (1988). *Theorie der Illusionen*. (Illusionstheorie und Ideologiekritik; Bd. 1). Essen: Verl. die Blaue Eule.

Tesser, A. (1988). Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. In: Berkowitz, L. (Ed.): *Advances in experimental social psychology, 21: Social psychological studies of the self: Perspectives and programs*. (181-227). San Diego, CA, US: Academic Press, Inc.

Tesser, A.; Martin, L. (1996). The psychology of evaluation. In: Kruglanski, A. W.; Higgins, E. T. (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles*. (400-432). New York, NY, US: Guilford Press.

Thomae, H. (2001). Illusionen: Erscheinungsformen und Wirkungsweisen. *Ethik und Sozialwissenschaften*, 12, 221-231.

Thompson, S. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological-Bulletin*, 90, 89-101.

Thompson, S. C. (1985). Finding positive meaning in a stressful event and coping. *Basic and Applied Social Psychology*, 6, 279-295.

Thompson, S. C. (1991). The Search for Meaning Following Stroke. Basic and Applied Social Psychology, 12, 81-96.

Thompson, S. C.; Janigian, A. S. (1988). Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 260-280.

Timko, C.; Janoff-Bulman, R. (1985). Attributions, vulnerability, and psychological adjustment: The case of breast cancer. *Health Psychology*, 4, 521-544.

Traue, H. C.; Pennebaker, J. W. (1993). Inhibition and arousal. In: Traue, H. C.; Pennebaker, J. W. (Eds.), *Emotion inhibition and health*. (10-31). Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers.

Trivers, R. L. (1971). The evolution of reciprocal altruism. *Quarterly Review of Biology*, 46, 35-57.

True, W. R.; Rice, J.; Eisen, S. A.; Heath, A. C.; Goldberg, J.; Lyons, M. J.; Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50, 257-264.

Tuval-Mashiach, R.; Freedman, S.; Bargai, N., Boker, R.; Hadar, H.; Shalev, A. Y. (2004). Coping with trauma: Narrative and cognitive perspectives. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 67, 280-293.

Uchino, Bert N.; Cacioppo, John T.; Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.

Ueding, G.; Steinbrink, B. (1994). *Grundriss der Rhetorik*. Stuttgart: Metzler.

Updegraff, J. A.; Taylor, S. E. (2000). From Vulnerability to Growth: Positive and negative Effects of Stressful Life Events. In: Harvey, J.; Miller, Eric D. (Eds.), *Loss and Trauma: general and close relationship perspectives*. (3-28). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

Updegraff, J. A.; Taylor, S. E.; Kemeny, M. E.; Wyatt, G. E. (2002). Positive and Negative Effects of HIV Infection in Women with Low Socioeconomic Resources. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 382-394.

v. Ferber, C. (1993). Pflege und Pflegebedürftigkeit - eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit. In: Müller, H.-W. (Hg.), *Pflegenotstand - Not der Pflegenden und Gepflegten - Krankenpflege im Dienst der Gesundheit.* (9-21). Schriftenreihe der deutschen Zentrale für Volksgesundheit e.V. Frankfurt/M.

Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.

Van der Kolk, B. A.; Weisaeth, L.; van der Hart, O. (1996). History of Trauma in Psychiatry. In: van der Kolk, Bessel A.; McFarlane, Alexander C.; Weisaeth, Lars (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. (47-74). New York, NY, US: Guilford Press.

van Eemeren, F. H.; Grootendorst, R.; Henkemans, F.-S.; Blair, J. A.; Johnson, R. H.; Krabbe, E. C. W.; Plantin, C.; Walton, D. N.; Willard, C. A; et al. (1996). *Fundamentals of argumentation theory: A handbook of historical backgrounds and contemporary developments*. Hillsdale, England: Lawrence Erlbaum Associates.

Vitalino, P. P.; Zhang, J.; Scanlan, J. M. (2003). Is Caregiving Hazardos to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946-972.

Wagener, J. J.; Taylor, S. E. (1986). What else could I have done? Patients' responses to failed treatment decisions. *Health Psychology*, 5, 481-496.

Walker, A. J.; Martin, S. S.; Jones, L. L. (1992). The benefits and costs of caregiving and care receiving for daughters and mothers. *Journals of Gerontology*, 47, S130-S139.

Walster, E. (1966). Assignment of responsibility for an accident. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 73-79.

Walster, E; Walster, GW.; Berscheid, E. (1978). *Equity: Theory and research*. Boston: Allyn and Bacon.

Wand, E. (1986). *Ältere Töchter alter Eltern. Zur Situation von Töchtern im 6. und 7. Lebensjahrzehnt*. Stuttgart: Kohlhammer.

Weaver, T; Clum, G. (1995). Pschological distress associated with interpersonal violence: A meta analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 115-440.

Weiner, B. (1976). *Theorien der Motivation*. Stuttgart: Klett.

Weiner, B. (1990). Searching for Roots of Applied Attribution Theory. In: Folkes, Valerie S.; Graham, Sandra (Eds.), *Attribution theory: Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict*. (1-13). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.

Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.

Weinstein, N. D. (1984). Why It Won't Happen to Me: Perceptions of Risk Factors and Susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.

Weinstein, N. D. (1989). Effects of personal experience on self-protective behavior. *Psychological Bulletin*, 105, 31-50.

Weinstein, N. D.; Klein, W. M. (1996). Unrealistic optimism: Present and future. Journal of *Social and Clinical Psychology*, 15, 1-8.

Weiss, Daniel S.; Marmar, C. R.; Metzler, T. J.; Ronfeldt, H. M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 361-368.

Wentura, D.; Greve, W.; Klauer, T. (2002). Theorien der Bewältigung. In: Frey, D.; Irle, M. (Hg.): *Theorien der Sozialpsychologie. Bd. 3, Motivations, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien*. (101-125). Bern, Göttingen, Toronto, Seatlle: Verlag Hans Huber.

White, J. A.; Plous, S. (1995). Self-Enhancement and Social Responsibility: On Caring More, But Doing Less, Than Others. *Journal of Applied Science*, 25, 1297-1318.

White, R. W. (1959) Motivation Reconsidered: The Concept of Competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.

WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2000). *International Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Wieland-Eckelmann, R.; Carver, C. S. (1990). Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 11, 167-184.

William J. (1959[1890]). *The Principles of Psychology.* Cambridge, Mass, US: Harvard University Press.

Wills, T. A. (1981). Downward Comparison Principles in Social Psychology. *Psychological Bulletin,* 90, 245-271.

Wilson, T. P. (1970). *Theorie der Interaktion und Modelle soziaologischer Erklärung*. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.), BD. 1, 54-79.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Oxford, England: Penguin.

Winnicott, D. W. (1988). *The human nature*. London, England: Free Association.

Wolfe, J.; Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In: Wilson, John Preston; Keane, Terence Martin (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. (192-238). New York, NY, US: Guilford Press.

Wolfe, V. V; Gentile, C.; Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228.

Wood, J. V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin*, 106, 231-248.

Wood, J. V. (1996). What is social comparison and how should we study it? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 520-537.

Wood, J. V.; Taylor, S. E.; Lichtman, R. R. (1985). Social Comparsion in Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1169-1183.

Wood, J. V.; VanderZee, K. (1997). Social comparison among cancer patients: Under what conditions are comparisons upward and downward. In: Buunk, B. P.; Gibbons, F. X. (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory*. (299-328). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.

Wortman, C. B.; Dunkel-Schetter, C. (1979*).* Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis*. Journal of Social Issues*, 35, 120-155.

Wortman, C.B., Brehm, J.W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and learned helplessness model. In: Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in experimental social psychology. Vol. 8.* (278-332). New York, NY, US: Academic Press

Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*., 44, 34-39.

Yehuda, R.; Southwick, S. M.; Krystal, J.-H.; Bremner, D.; Charney, D. S.; Mason, J. W. (1993). Enhanced supression of cortisol following dexamethasone administration in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 83-86.

Yehuda, R; Bierer, L. M; Schmeidler, J.; Aferiat, D. H.; Breslau, I.; Dolan, S. (2000). Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1252-1259.

Young, Allan (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, NJ, UK: Princeton University Press.

Yzerbyt, V. Y.; Coull, A.; Rocher, S. J. (1999). Fencing off the Deviant: The Role of Cognitive Resources in the Maintenance of Stereotyes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 449-462.

Zarit, S. H.; Orr, N. K.; Zarit, J. M. (1985). *The Hiden Victims of Alzheimer's Disease. Families under Stress*. New York, NY, US: University Press.

Zeman, P. (2005). Pflege in familialer Lebenswelt. In: Schroeter, K. R.; Rosenthal, T. (Hg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. (247-262). Weinheim und München: Juventa.

Zuckerman, M.; Knee, C. R. (1996). The relation between overly positive self-evaluation and adjustment: A comment on Colvin, Block, and Funder (1995). *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1250-1251.

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.