

6 Methodische Basis und Durchführung der Untersuchung

Den methodischen Hintergrund für die vorliegende Dissertation bildet meine Mitarbeit in der Längsschnittstudie „Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen“, die unter der Leitung von Prof. Dr. med. M. C. Angermeyer an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig von 1998–2001 durchgeführt wurde. Die Studie stand in der Tradition der in Kapitel 4 vorgestellten „Caregiver-Burden“-Forschung. Ziel war es, objektive und subjektive Belastungsfaktoren sowie Auswirkungen auf die Gesundheit der Angehörigen psychiatrischer Patienten zu erheben (Angermeyer, Freigang, Kilian & Wittmund, 1998). Die Untersuchung war Teil des Forschungsschwerpunktes „Angehörige in der Rehabilitation“ des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Berlin-Brandenburg-Sachsen (Wilms, 1999). Zum einen interessierte, in welchem Umfang und in welcher Form Angehörige psychiatrischer Patienten Belastungen erleben und welche gesundheitsökonomischen Folgen daraus entstehen. Auf der Basis der detaillierten Erfassung von Belastungen ermöglichte die Studie zum anderen, Anhaltspunkte für nutzerorientierte Interventionsprogramme für die Familien der Patienten zu entwickeln.

6.1 Konzeption und Durchführung der Rahmenstudie

Familien von Patienten der Erwachsenenpsychiatrie mit den Diagnosegruppen Affektive Störungen (F32, F33, F34.1), Angststörungen (F40, F41) und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20) nach ICD-10 wurden in die Studie einbezogen. Angestrebt war, je Störungsgruppe 50 Ehe- bzw. Lebenspartner und zusätzlich 50 Eltern schizophrener Patienten zu befragen. Als Einschlusskriterien wurde neben den oben genannten Diagnosen der Patienten gefordert, dass Ehe- bzw. Lebenspartner mit dem Patienten in einem Haushalt zusammenlebten. Der gemeinsame Haushalt wurde als Indikator für eine hinreichende gemeinsame Lebensgestaltung und einen miteinander geteilten Alltag betrachtet, so dass auch ein „Mit-Erleben“ der Erkrankung durch den Partner gegeben war.

Die Patienten und deren Familien wurden durch MitarbeiterInnen psychiatrischer Einrichtungen der Stadt Leipzig über die Studie informiert. Dies betraf die drei psychiatrischen Kliniken (Universitätsklinikum, Parkkrankenhaus Leipzig Süd-Ost GmbH, Sächsisches Fachkrankenhaus Altscherbitz) und deren Institutsambulanzen sowie die sieben psychiatrischen Einrichtungen des Modellverbundes Gemeindenahe Psychiatrie der Stadt Leipzig.

Die Angehörigen wurden zu drei Zeitpunkten im Abstand von 6 (+/-1) Monaten befragt. Um sowohl objektive und subjektive Belastungen als auch wahrgenommene Belastungsfolgen zu ermitteln, wurde eine Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsverfahren eingesetzt. Zum Teil wurde die Auswahl der standardisierten Instrumente an den zeitgleich laufenden Bundesgesundheitsurvey (Bellach, 1997) angelehnt. Die Daten zur Gesundheit der Angehörigen und zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdiensten konnten daher mit denen der Allgemeinbevölkerung verglichen werden. Eine Auflistung der in der Rahmenstudie eingesetzten Instrumente ist nach Patientendaten und Angehörigendaten getrennt in Tabelle 3 und 4 gegeben. Zusätzlich wurde zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt ein Tagebuchverfahren eingesetzt. Alle Mitglieder der jeweiligen Familien wurden gebeten, über einen Zeitraum von mindestens vier und maximal zwölf Wochen wöchentlich Angaben zu ihren Belastungen und Entlastungsstrategien zu machen.

Tab.3 Variablen und Instrumente: Daten der Patienten

Zielvariable	Instrument
Diagnosegruppe	diagnostische Zuordnung des behandelnden Arztes bzw. Psychologen nach ICD 9 / 10
Grad der funktionellen Beeinträchtigung	Global Assessment of Functioning (GAF) Rating des behandelnden Arztes bzw. Psychologen
Soziodemographische Daten des Patienten	Angehörigen-Fragebogen, Modifikation des Kerndatensatzes (Deck & Röckelein, 1999)

Tab.4 Variablen und Instrumente: Daten der Angehörigen

Zielvariable	Instrument
Belastungserleben/ subjektive Belastungen	narratives Interview
Soziodemographische Daten des Angehörigen	Angehörigen-Fragebogen Modifikation des Kerndatensatzes (Deck & Röckelein, 1999)
Körperliche Beschwerden und Erkrankungen; allgemeiner Gesundheitszustand	Fragen Nr. 3 und 12 aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (vgl. Bellach, 1997)
Psychosomatische Beschwerden	Gießener Beschwerdebogen (GBB) (Brähler & Scheer, 1995)
Psychiatrisch relevante Beschwerden und Symptome	Klinisches Interview DIAX-M-CIDI (Laptopversion) nach Einsatz eines Screening-Fragebogens (vgl. Wittchen, 1998)
Inanspruchnahme medizinischer und rehabilitativer Leistungen	Fragen 23A, 32B, 33, 37, 38, 42 aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998
Medikamenteneinnahme	Arzneimittel-Anamnesebogen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998
Finanzielle Belastungen	Fragebogen (Eigenentwicklung)
Subjektive Lebensqualität	WHOQOL-Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)

Die quantitativen Daten wurden mittels multivariater statistischer Analyseverfahren (Bortz & Döring, 2002) ausgewertet. Die Auswertung der qualitativen Daten orientierte sich an der Thematischen Feldanalyse (Fischer-Rosenthal, 1996) und an der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996). Die Auswertestrategie für die qualitativen Daten wurde unter meiner Mitarbeit an die Studie angepasst. Eine detaillierte Darstellung dieses Verfahrens wird in Kapitel 6.4 gegeben.

6.2 Datenbasis der vorliegenden Dissertation

Die Dissertation basiert auf den qualitativen Daten der Teilstichprobe der Partner depressiver Patienten, die in der Rahmenstudie erhoben wurden. Zunächst wurden die MitarbeiterInnen der interessierenden psychiatrischen Einrichtungen über die Studie informiert und um ihre Unterstützung gebeten. Diese informierten dann ihrerseits diejenigen ihrer Patienten, welche die gegebenen Einschlusskriterien erfüllten (s. Kap. 6.1). Die angesprochenen Patienten informierten dann ihren Partner, sofern sie nicht ihrerseits Einwände gegen die Untersuchung hatten. Äußerte der Partner Interesse, wurde er von mir angerufen oder er meldete sich selbst. In diesem ersten Telefonkontakt wurden zusätzliche Informationen über die Studie und deren Ablauf gegeben und ein Gesprächstermin bei den Familien zu Hause vereinbart. In Einzelfällen wurde den Partnern auch angeboten, das Institut aufzusuchen. Für ihre Teilnahme wurde den Partnern der Patienten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von DM 50,00 pro Erhebungszeitpunkt angeboten.

Die Patienten gaben weiterhin ein schriftliches Einverständnis, dass die MitarbeiterInnen der Studie über ihre Diagnosen und die Krankheitsdauer vom behandelnden Arzt oder Psychologen informiert werden durften. In Einzelfällen, wenn die Patienten dies gestatteten, war es daher möglich, Einblick in ihre Krankenakten zu nehmen und zusätzliche Informationen zu erhalten.

Der Weg zu den Partnern der depressiven Patienten verlief über mehrere potentielle Hindernisse: die behandelnden Ärzte oder Psychologen, deren Klinik- bzw. Praxisroutine wenig Raum für zusätzliche Leistungen bot; die Patienten, deren depressives Denken oftmals zu einer sofortigen Ablehnung führte und schließlich die Partner der depressiven Patienten, die ihrerseits Gründe für eine Ablehnung hatten. Es war nur durch meine parallele klinische Arbeit in einer der psychiatrischen Einrichtungen und meinen intensiven Kontakt zu den anderen Einrichtungen möglich, in einer angemessenen Zeit diese Teilnehmerzahl zu erreichen. Der „Weg der Rekrutierung“ von Studienteilnehmern ist in Abbildung 1 nachgezeichnet:

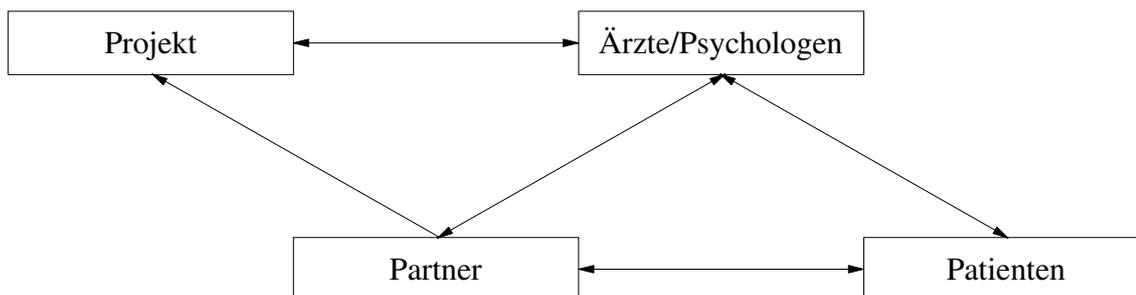


Abb.1 „Weg der Rekrutierung“ von Studienteilnehmern aus dem Behandlungskontext

Es wurden zwischen März 1999 und Juli 2000 insgesamt 122 depressive Patienten und deren Partner angesprochen. 54 (44.3%) von ihnen erklärten sich zur Teilnahme an der Untersuchung bereit. Die vorliegende Dissertation basiert auf 54 Interviews, die mit den Partnern depressiver Patienten zum ersten Erhebungszeitpunkt geführt wurden. 27 männliche und 27 weibliche Partner von depressiven Patienten nahmen an der Untersuchung teil. Das Durchschnittsalter der Partner betrug 51.8 Jahre. Der jüngste Studienteilnehmer war 21 Jahre, der älteste 69 Jahre alt. Die Mehrzahl der befragten Partner stand ganztägig oder in Teilzeit in einem Arbeitsverhältnis (57.4%). 16.7% waren arbeitslos oder kurzzeitig in einer Fördermaßnahme. 20.4% der untersuchten Partner depressiver Patienten waren in Altersrente und 1.9% erhielten eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente. 3.6% der Angehörigen waren in einem nicht näher differenzierten Status (z.B. Hausfrau oder Elternzeiten).

Die befragten Partner waren im Durchschnitt seit 26.1 Jahren (SD=11.5) mit dem (zum Zeitpunkt der Untersuchung) depressiven Partner verheiratet oder lebten in einer festen Beziehung mit ihm zusammen. Es handelt sich um ausschließlich heterosexuelle Partnerschaften. In den meisten Fällen trat die Depression im Verlauf der Beziehung erstmalig auf (87.0%), d.h. die meisten Befragten hatten gewissermaßen einen „gesunden“ Partner geheiratet. 92.6% der Befragten hatten Kinder.

Alle befragten Partner bis auf einen Fall waren in der DDR aufgewachsen und hatten wendebedingte Veränderungen in ihrem Lebenslauf erfahren (vgl. Fallanalysen in Anhang A). Es muss daher für ein Verständnis der Situation der befragten Partner der spezifische Kontext der neuen Bundesländer berücksichtigt werden („Wendebiographien“, Arbeitsmarktlage, Sozialisation und Identität).

Die depressiven Partner waren im Durchschnitt seit 7 Jahren (SD=8.7) in Behandlung. Es handelte sich um die Diagnosen depressive Episode (F32), rezidivierende depressive Störung (F33) und Dysthymia (F34.1) nach ICD-10 sowie um die Diagnosen endogene Depression, bisher nur monopolar (296.1) und neurotische Depression (300.4) nach

ICD-9. Die parallele Kodierung von Symptomen nach ICD-9 und ICD-10 in der Untersuchungsgruppe spiegelt die in Kapitel 2 aufgelisteten Veränderungen in der Konzeption von Depression wieder. 29 der depressiven Patienten wurden zum Zeitpunkt der Erstbefragung stationär, 25 ambulant behandelt.

Die qualitative Auswertung orientiert sich an den Einzelfällen, so dass die angegebenen Durchschnittswerte nur einer ersten Orientierung dienen. Zu diesem Zweck sind in Tabelle 5 das Geschlecht und das Alter der befragten Partner sowie die Dauer der Partnerschaft aufgeführt. Die 54 Interviews wurden nicht umkodiert, sondern sind jeweils mit der Nummer aufgelistet, mit der das Interview in der Rahmenstudie kodiert wurde. Eine ausführliche Einordnung der einzelnen Familien entsprechend dieser soziodemographischen Aspekte sowie Angaben zur Erkrankung des depressiven Angehörigen werden jeweils als Einführung in die Fallanalysen gegeben. Sie sind in Anhang A einsehbar. Tabelle 5 soll zusammen mit den Fallanalysen ein schnelles Nachschlagen von Rahmendaten ermöglichen, wenn Zitate aus den entsprechenden Interviews im Ergebnisteil aufgeführt werden.

Tab.5 Soziodemographische Daten der befragten Partner

Lfd Nr.	Interview-kodierung	Angehörige	Alter	Beziehung seit (Jahre)
1	004	Herr H.	35	4
2	005	Frau K.	43	21
3	015	Herr B.	66	14
4	019	Frau P.	39	18
5	024	Frau L.	31	12
6	034	Frau Z.	57	34
7	038	Frau D.	40	14
8	039	Herr F.	60	42
9	045	Herr H.	64	39
10	046	Herr Q.	62	25
11	054	Frau W.	32	8
12	055	Frau G.	48	25
13	056	Herr S.	53	31
14	060	Herr H.	49	23
15	066	Herr A.	69	39
16	067	Herr G.	59	39

Lfd Nr.	Interview-kodierung	Angehörige	Alter	Beziehung seit (Jahre)
28	112	Herr D.	46	15
29	115	Frau W.	56	33
30	122	Herr O.	60	24
31	123	Herr S.	60	28
32	124	Herr W.	69	47
33	125	Frau M.	61	42
34	128	Frau K.	21	2
35	131	Frau S.	39	22
36	133	Frau P.	68	14
37	134	Frau O.	56	34
38	144	Herr H.	65	39
39	145	Herr G.	60	10
40	146	Herr C.	66	42
41	150	Frau E.	55	32
42	157	Herr B.	40	8
43	158	Frau W.	48	28

17	071	Herr R.	43	24
18	072	Herr T.	47	31
19	078	Herr S.	60	34
20	079	Frau B.	62	37
21	080	Herr D.	45	25
22	082	Frau M.	58	37
23	083	Frau C.	29	2
24	084	Frau B.	58	36
25	085	Herr W.	38	16
26	092	Frau K.	48	26
27	111	Herr R.	62	39

44	165	Frau S.	53	32
45	166	Frau M.	55	31
46	173	Frau T.	29	3
47	177	Frau B.	57	36
48	180	Herr B.	45	24
49	184	Herr H.	69	37
50	189	Frau H.	49	28
51	192	Herr W.	51	31
52	196	Frau H.	49	18
53	197	Frau F.	55	32
54	198	Herr K.	51	28

6.2.1 Beschreibung der Samplingstrategie

Die Anwendung von quantitativen und qualitativen Verfahren in der Rahmenstudie brachte die Schwierigkeit mit sich, eine beiden Verfahrensweisen angemessene Samplingstrategie zu finden. Auf den ersten Blick erscheint dies unmöglich, da sich die Stichprobenziehung im quantitativen Sinne von der Auswahl der Untersuchungseinheiten im qualitativen Sinne unterscheidet. Für den ersten Fall gilt Homogenität und Zufallsauswahl, für den zweiten Heterogenität und theoriegeleitete Auswahl.

Um sowohl quantitative als auch qualitative Auswertungsstrategien einsetzen zu können, wurden beide Samplingstrategien angewendet. Die Untersuchungsteilnehmer wurden nach der quantitativen Forschungslogik ausgewählt, also nach den in Kapitel 6.1 dargestellten, im voraus definierten Einschlusskriterien. Für die qualitative Untersuchung wurden die jeweiligen Untersuchungseinheiten (hier: Interviewmaterial) nach theoretisch begründeten Kriterien ausgewählt. Die beschriebene theoriegeleitete Samplingstrategie bezieht sich in der vorliegenden Dissertation nicht auf die Auswahl interessierender Untersuchungsteilnehmer zum Interview, sondern auf die Auswahl von Datenmaterial aus einem gegebenen Pool an Interviews zur Analyse. Dieses Vorgehen, an eine Zufallsstichprobe quantitativer Untersuchungen ein qualitatives Vorgehen quasi sekundär anzulegen, ist durchaus üblich und bekannt (Sandelowski, 1995, S. 183).

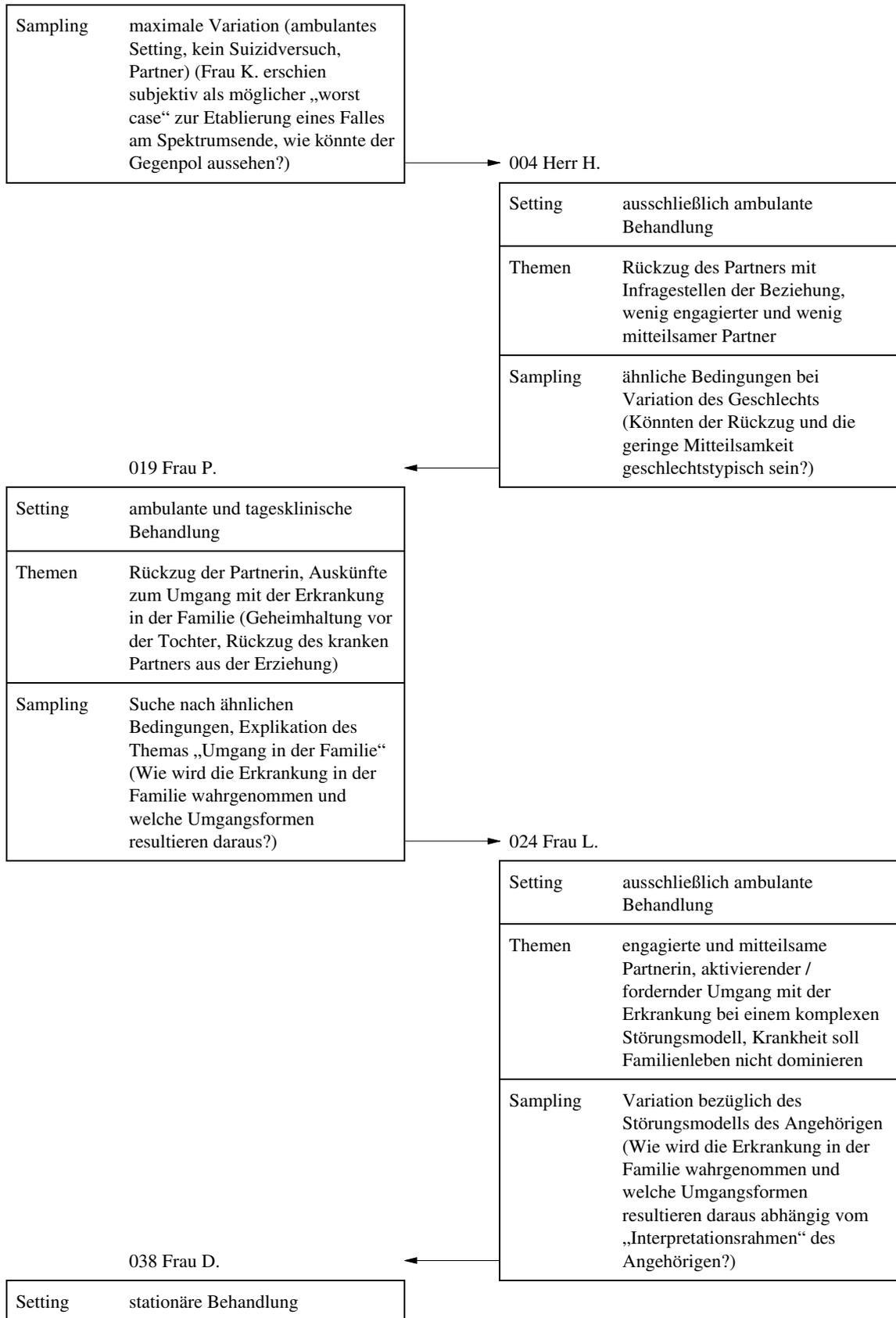
Für eine ausschließlich qualitative Forschungsstrategie würde eine solche Trennung von Datenerhebung und Auswertung unsinnig erscheinen. Idealtypisch würde die

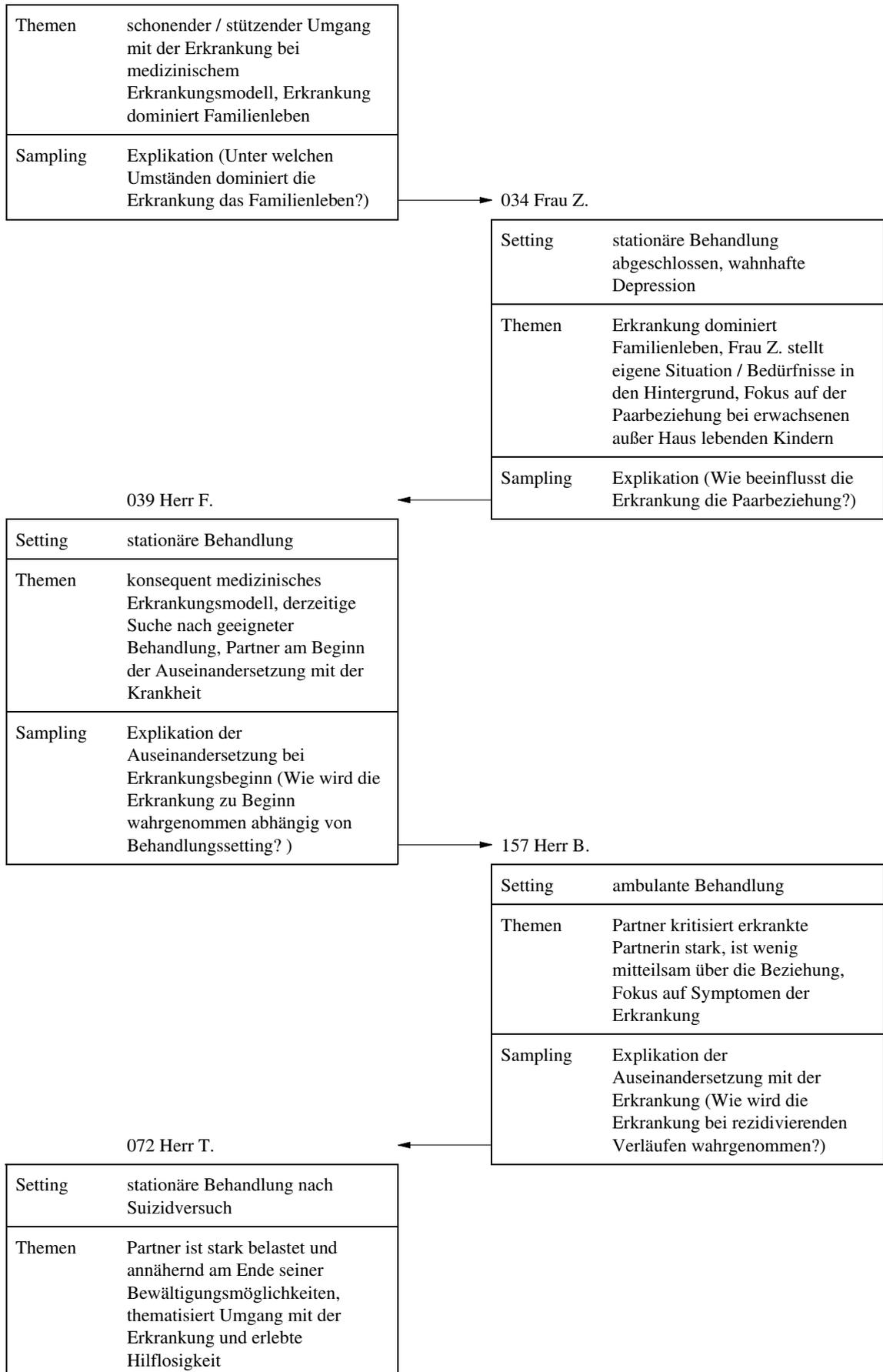
Datenerhebung, also die Auswahl der Interviewpartner im Feld, mit der Datenauswertung, also der Analyse der einzelnen Interviews, verbunden werden. Ein Interview würde jeweils ausgewertet werden und aus den sich ergebenden Fragen theoriegeleitet der nächste Interviewpartner ausgewählt werden. Dieses Vorgehen ist als „theoretical sampling“ ein Kernstück der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996 und 1998). In der vorliegenden Untersuchung konnte diese idealtypische Form aufgrund der Methodenkombination und des Designs der Rahmenstudie nicht angewandt werden. Das theoretische Sampling bezieht sich vielmehr auf die Auswahl der Intervieweinheiten zur Analyse aus dem gegebenen Datenpool. Ein Interview wurde zur Analyse ausgewählt und nach den sich daraus ergebenden Kriterien wurde das nächste Interview ausgesucht. Die Kriterien entstanden dem Algorithmus der Auswertung folgend nach dem Prinzip der Maximierung oder Minimierung von Unterschieden (Strauss & Corbin, 1996). Zentrales Vorgehen war das der Fallkontrastierung (Kelle & Kluge, 1999) bzw. des ständigen Vergleichs (Strauss & Corbin, 1996). Variationsmöglichkeiten bestanden für die vorliegende Frage u.a. entlang folgender Dimensionen: Geschlecht, Alter, Paare mit und ohne minderjährige Kinder im Haushalt, Krankheitsverständnis des Partners, Behandlungssetting sowie Ersterkrankung vs. Phasenverlauf. Diese Angaben konnten den jeweiligen Kontaktprotokollen entnommen werden, die im Anschluss an jedes Interview erstellt wurden. Für das Sampling wurde auf diese Kontaktprotokolle zurückgegriffen. Auf die Grundlagen und die Durchführung der Interviews wird in Kapitel 6.3 eingegangen.

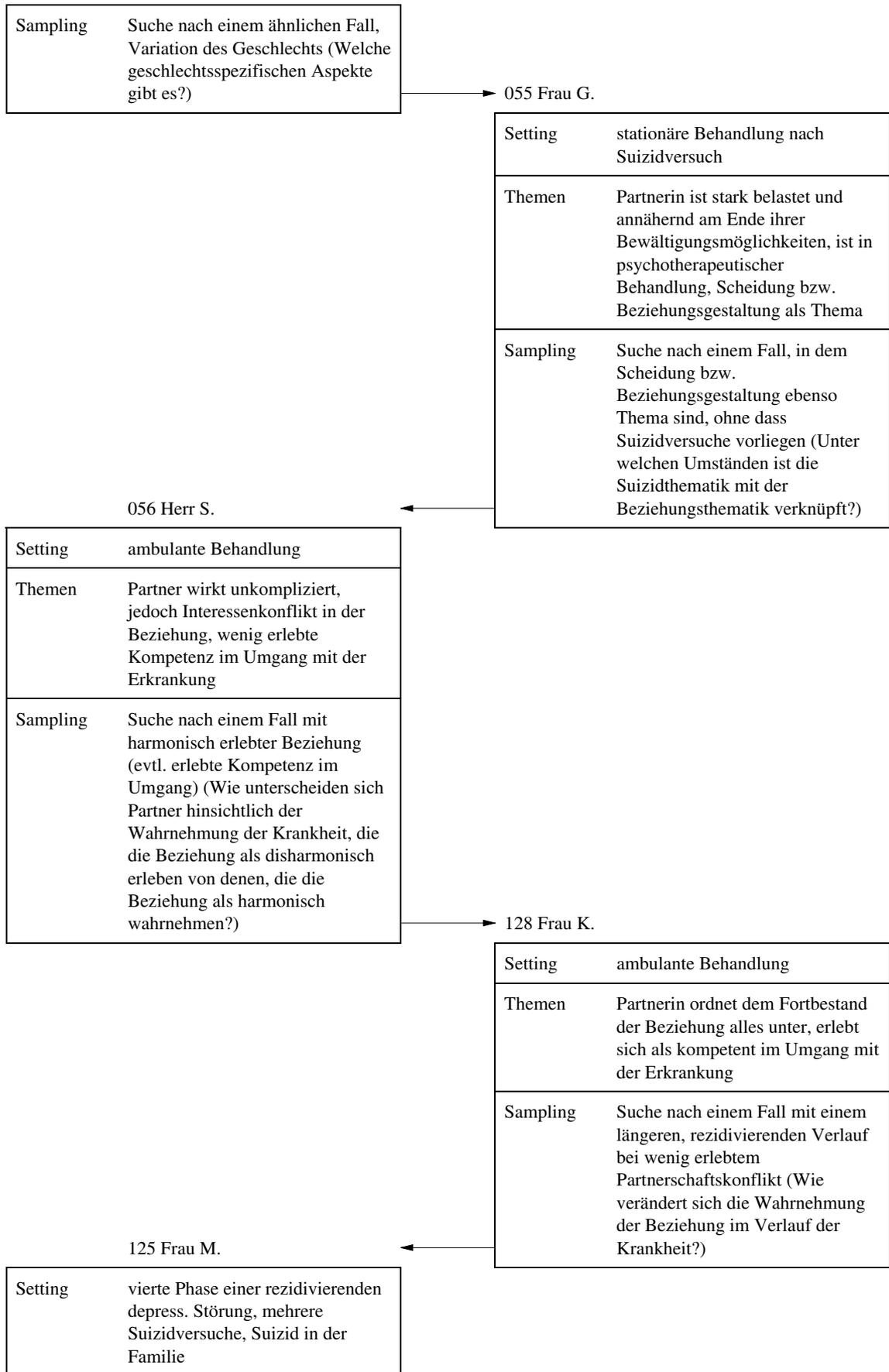
Das Vorgehen des (quasi)theoretischen Sampling in der Dissertation ist in der folgenden Abbildung für die ersten 14 Interviews exemplarisch nachgezeichnet. Es werden die jeweiligen Auswahlkriterien dargestellt, die sich sukzessive aus der jeweils vorangegangenen Interviewanalyse ergeben hatten. Da die Themen, aus denen sich die weiterführende Frage ergab, jeweils nur kurz aufgelistet sind, sei für einen detaillierteren Überblick auf die jeweiligen Fallanalysen in Anhang A verwiesen.

005 Frau K.

Setting	geschlossene Psychiatrie
Themen	Gewalt in der Paarbeziehung, Suizidversuch des Mannes, engagierte und belastete Partnerin







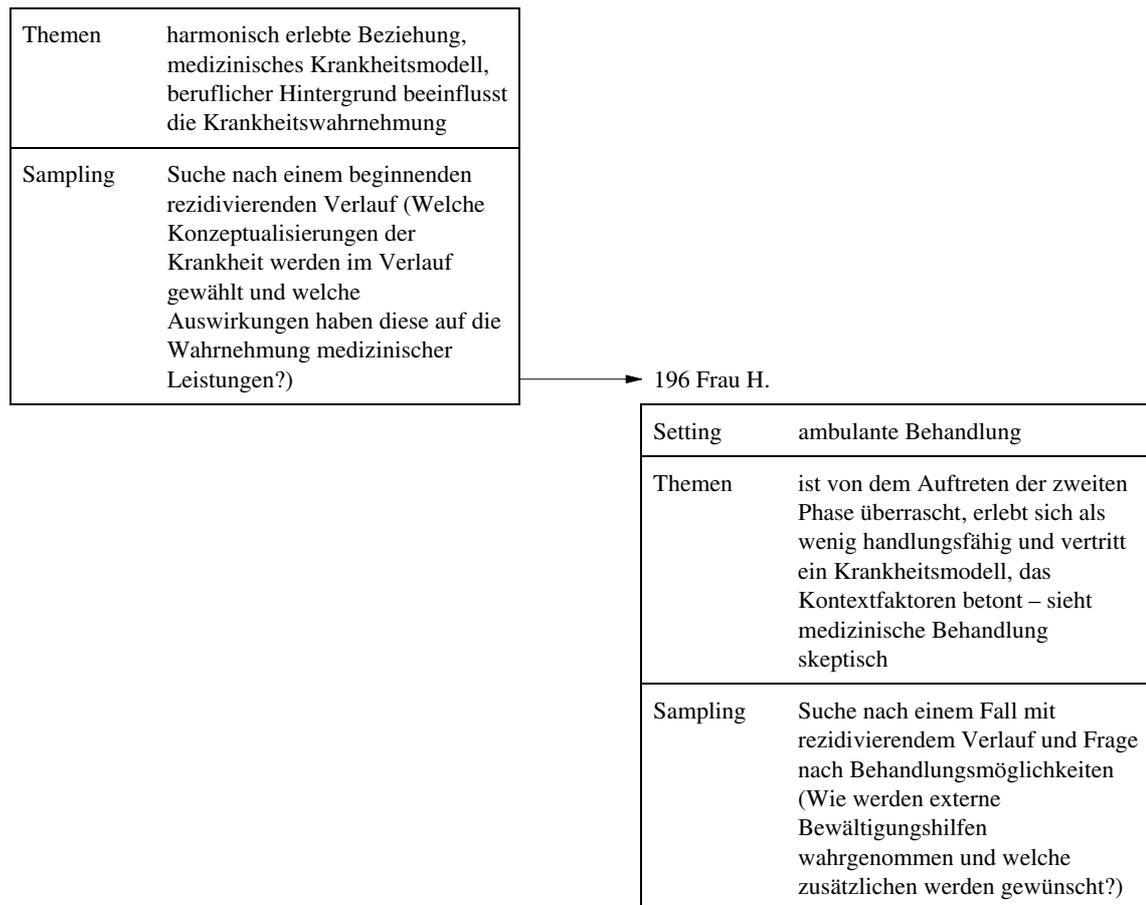


Abb.2 Ausschnitt aus dem Prozess des Theoretischen Sampling

6.3 Datenerhebung

Der Fragestellung, d.h. dem Interesse am subjektiven Erleben der Partner depressiver Patienten folgend, wird ein qualitatives Interview als Methode der Datenerhebung ausgewählt. Qualitative Interviews zeichnen sich durch folgende Merkmale aus: Reflexivität von Gegenstand und Analyse, Nähe zum Alltagsgespräch, Zurückhaltung durch den Forscher, Beachtung der Relevanzsysteme der Betroffenen, Kommunikativität und Offenheit sowie Flexibilität und Prozesshaftigkeit (Lamnek, 1995, S. 64). In der vorliegenden Untersuchung wird das narrative Interview als Methode der Datenerhebung realisiert.

6.3.1 Das narrative Interview

Das narrative Interview geht auf Schütze (1983,1987) zurück. Es zeichnet sich durch eine offene Gesprächsführung aus, bei welcher der Interviewpartner gebeten wird, zu erzählen. „Erzählungen (Geschichten) sind im Alltag ein allgemein vertrautes und gängiges Mittel, um jemanden etwas, das uns selbst betrifft oder das wir erlebt haben, mitzuteilen. Erzählungen sind Ausdruck selbst erlebter Erfahrungen“ (Schütze, 1987, S. 77). Das narrative Interview ist daher besonders für die Biographieanalyse und die Analyse biographisch relevanter Alltagserfahrung prädestiniert (Bohnsack, 1999, S. 107). Auf das narrative Interview wurde im Bereich der Rehabilitationswissenschaften, der medizinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie hingewiesen, um das Erleben von Krankheit besser zu verstehen (Flick, 1995; Lucius-Hoene, 1998; Mayring, 1988).

Erzählungen haben ihre eigene Struktur, so dass der Erzählende gleichsam „Zugzwängen“ in der Darstellung unterliegt. Zur Eigendynamik von Narrationen gehören der Gestaltschließungszwang, der Kondensierungszwang und der Detaillierungszwang. Der Gestaltschließungszwang ist dem Aufbau von Erzählungen immanent und zunächst von ihren Inhalten unabhängig. Erzählungen laufen nach einem Schema ab, einer Art „Erzählgrammatik“, die wie folgt charakterisiert werden kann: Zunächst wird das Setting festgelegt, also Ort und Zeit des Geschehens und die handelnden Personen eingeführt. Dann wird das Erlebte sequentiell, d.h. in seiner zeitlichen Abfolge auf eine Pointe hin erzählt. Schließlich wird das Geschehen retrospektiv gedeutet und bilanziert. Der Erzählende ist bemüht, diese „Gestalt“ von Erzählungen einzuhalten.⁷ Das Erzählschema ist für die Analyse biographischer

⁷ Erzählgrammatiken sind in unterschiedlichem Detaillierungsgrad beschrieben worden (vgl. Ochs, 1997).

Alltagserfahrungen aus zwei Gründen besonders relevant: Erstens, kommen Erzählungen den Orientierungsmustern des Handelns am nächsten und zweitens beinhalten sie implizit eine retrospektive Interpretation durch den Erzählenden selbst (Lamnek, 1995, S. 71). Die den Erzählungen immanenten Kondensierungs- und Detaillierungszwänge bedeuten, dass der Erzählende das Erlebte verdichten, aber stellenweise auch anreichern muss, um plausibel zu sein.

Ziel der Erzählanalyse ist es, die „Orientierungsstrukturen vergangenen Handelns und Erleidens“ herauszuarbeiten (Bohnsack, 1999, S. 121). Dies deckt sich mit dem Anliegen der Untersuchung, so dass das narrative Interview als der Fragestellung angemessene Erhebungsstrategie angesehen werden kann. Das narrative Interview läuft in mehreren Phasen ab.

- I. Erklärungsphase
- II. Einleitungsphase
- III. Erzählphase
- IV. Nachfragephase
- V. Bilanzierungsphase

Zunächst werden dem Interviewpartner in einer Erklärungsphase die Besonderheiten der Interviewsituation dargelegt und die technischen Voraussetzungen für die Durchführung hergestellt (u.a. Anonymität zugesichert, das Aufnahmegerät angeschlossen). Die zweite Phase ist die Einleitungsphase, in der auf einen Erzählstimulus hin die „Stegreiferzählung“ generiert wird. Die Erzählstimulierung sollte möglichst offen gewählt sein und die Möglichkeit enthalten, Ereignisse in ihrer subjektiv erlebten Bedeutung im Verlauf darzustellen (Glinka, 1998). Die anschließende Phase ist die eigentliche Erzählphase, in der den Ausführungen des Erzählenden gefolgt wird. Das Gespräch wird durch den Interviewer nicht weiter strukturiert, sondern teilnehmend begleitet. Die Erzählphase wird durch den Erzählenden selbst (entsprechend den Zugzwängen der Erzählung) beendet.

In der anschließenden Nachfragephase werden Unklarheiten oder Widersprüchlichkeiten in der Erzählung nachgefragt. Geht es um weitere Konkretisierungen des bereits Gesagten, wird von „immanenten“ Nachfragen gesprochen; wenn Fragen sich auf Inhalte beziehen, die nicht in der Erzählung vorkamen, von „exmanenten“ Nachfragen. Als letzte Phase des narrativen Interviews kann die Bilanzierungsphase folgen, in der gemeinsam mit dem Erzähler die Geschichte in ihrem Bedeutungsgehalt weiter erörtert wird.

6.3.2 Durchführung der Interviews

Zur Entwicklung und Überprüfung der gewählten Erhebungs- und Auswertungsstrategie wurde von mir zunächst ein Probeinterview mit einer Partnerin eines depressiven Patienten geführt, der zum Zeitpunkt der Befragung teilstationär behandelt wurde. Für dieses Interview wurde die Partnerin von mir zweimal zu Hause aufgesucht; einmal zur Durchführung des narrativen Interviews und zur Erhebung der quantitativen Daten und zusätzlich zur Durchführung des klinisch-psychiatrischen Untersuchungsgesprächs (DIAX-M-CIDI, s. Tab. 4). Das Probeinterview wurde dann vollständig von mir transkribiert und ausgewertet. Es wurde als Teil der Methodenentwicklung und Methodenerprobung verstanden und nicht in die systematische Datenanalyse aufgenommen. Anhand des Materials aus dem Probeinterview werden im Kapitel 6.3 die einzelnen Auswertungsschritte illustriert.

Die Interviews wurden in der Regel im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt, um die Gespräche dem Gegenstand entsprechend alltagsnah und erlebnisaktivierend gestalten zu können. Auf besonderen Wunsch des Studienteilnehmers wurden einige Interviews im Institut durchgeführt. Bei einigen der Hausbesuche war der depressive Partner oder der erwachsene Sohn / die erwachsene Tochter zugegen. In den meisten Fällen wurde das Gespräch jedoch allein mit den Partnern der depressiven Patienten geführt. Ich habe 52 der 54 Interviews persönlich durchgeführt. Zwei Interviews wurden durch meine Kollegin, Frau Dr. Peggy Liebelt, geführt, aber von mir ausgewertet.

Der persönliche Interviewkontakt begann mit dem *narrativen Interview* zur Lebenssituation des Studienteilnehmers. Alle narrativen Interviews wurden nach Einverständnis des Interviewpartners mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Die Studienteilnehmer wurden gebeten, über ihre Situation im Zusammenhang mit der Erkrankung zu berichten. Die entsprechende Eingangsfrage lautete: „*Was hat sich für Sie seit der psychischen Erkrankung Ihres Partners verändert?*“

Die Interviewerin griff während der folgenden Erzählung so wenig wie möglich ein. Deutete der Interviewpartner den Abschluss eines Erzählthemas an, wurden zwei weitere Fragen gestellt: „*Was beschäftigt Sie zur Zeit am meisten?*“ und „*Gab es in der letzten Zeit etwas, was Sie besonders belastet hat?*“. Der Interviewte sollte hiermit zum Erzählen konkreter Situationen bzw. zum Zusammenfassen von Erfahrungen angeregt werden. Der Nachfrageteil beschränkte sich auf immanente Nachfragen, d.h. auf weitere Detaillierungen ähnlich der zwei zusätzlichen Fragen.

Die inhaltliche Strukturierung und der zeitliche Umfang des narrativen Interviews hingen vom jeweiligen Studienteilnehmer ab. Die Gespräche dauerten im Durchschnitt

etwa eine halbe Stunde; die Dauer des längsten Interviews betrug 90 Minuten, die des kürzesten 5 Minuten. Der Informationsgehalt der Interviewaufnahmen variierte, weil die Auskunftsbereitschaft der Studienteilnehmer unterschiedlich war.

Im Anschluss an das narrative Interview fand der quantitative Teil der Datenerhebung statt. Dabei kamen die Fragebögen teilweise als vollstandardisiertes Interview zum Einsatz, teilweise wurden sie von den Studienteilnehmern selbst im Beisein der Interviewerin ausgefüllt (vgl. Tab. 3 und Tab. 4). Für die Durchführung des klinisch-psychiatrischen Interviews (DIAX-M-CIDI) wurde im Falle eines positiven Screenings ein zweiter Gesprächstermin vereinbart. In 30 der 54 Fälle wurde zusätzlich in einem zweiten Gesprächskontakt das klinisch-psychiatrische Interview im Rahmen der Erstbefragung durchgeführt. Das bedeutet, dass ich über die Hälfte der Befragten zweimal zu Hause aufgesucht habe und bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt einen engen Kontakt zu den Studienteilnehmern aufbauen konnte.

Nach dem Interview wurde ein Postskriptum in Form eines Kontaktprotokolls erstellt. Im Kontaktprotokoll wurden Ablauf des Kontaktes, Beobachtungen und Eindrücke sowie Zusätze, die nicht auf Band aufgenommen wurden, festgehalten. Diese Kontextinformationen und Ergänzungen waren ebenso wie die Gesprächsaufnahme Grundlage der Analyse.

6.4 Datenauswertung

Wie in Kapitel 5 dargelegt, wurde der Arbeit die Forschungsstrategie der Grounded Theory zugrunde gelegt. Ziel war es, ein Muster aus den Daten zu generieren, welches Erklärungswert für soziale Sachverhalte hat. In diesem Muster sind die einzelnen Elemente in horizontaler Ordnung arrangiert, da sie alle miteinander interagieren. Die gewählte Metapher für eine solche Grounded Theory ist die des Sonnensystems, in dem sich die einzelnen Kategorien zu einer Kern- oder Schlüsselkategorie wie die einzelnen Planeten zur Sonne verhalten (Strauss & Corbin, 1996).

6.4.1 Theoretisches Kodieren und Grounded Theory

Unter Theoretischem Kodieren versteht man das Verfahren der qualitativen Datenanalyse im Rahmen des von Glaser und Strauss (1967, dt. 1998) entwickelten Ansatzes der Grounded Theory. Die Grounded Theory ist eine Forschungsstrategie, in

deren Verlauf durch die Verschränkung von Datenerhebung und Datenauswertung in einem mehrstufigen Kodierprozess eine in den Daten begründete Theorie generiert werden kann. Theoretisches Kodieren ist eine sukzessive Auswertungsstrategie mit folgenden Teilschritten:

- offenes Kodieren
- axiales Kodieren
- selektives Kodieren

Den Vorgang des Kodierens begleitende Einfälle, Ideen und Hypothesen werden während des gesamten Prozesses in „analytischen Memos“, d.h. Kommentaren festgehalten. Neben dem „Memowriting“ sind zentrale Arbeitshaltungen: Austausch in der Forschergruppe, kontinuierlicher Vergleich (Ähnlichkeiten und Extreme) und die Entwicklung „theoretischer Sensibilität“ (Strauss & Corbin, 1996).

Im offenen Kodieren werden die Daten sequentiell (d.h. abschnitt-, zeilen- oder wortweise) „aufgebrochen“. Zur Vermeidung einer rein paraphrasierenden Abbildung der Dateninhalte und zur Förderung einer hypothesengenerierenden Auseinandersetzung empfiehlt Strauss (1991), folgendes Kodierparadigma zugrunde zu legen:

- Welche Bedingungen liegen den in den Daten zum Ausdruck kommenden Ereignissen, Verhaltens- und Erlebensweisen zugrunde?
- Welche Arten von Interaktionen zwischen den Akteuren lassen sich identifizieren?
- Welche Strategien und Taktiken werden erkennbar?
- Was sind die Konsequenzen des Geschilderten?

Diese erste Analyse führt zu einem möglichst breit gefächerten Spektrum an Beschreibungseinheiten bzw. Kategorien.

Im axialen Kodieren werden aufschlussreich erscheinende Kategorien hinsichtlich ihrer Dimensionen und Subdimensionen spezifiziert. Das zentrale Vorgehen besteht darin, Querbezüge zwischen Kategorien herzustellen, wobei wieder das Kodierparadigma Anwendung findet. Im Ergebnis des axialen Kodierens liegen eine oder mehrere „Schlüsselkategorien“ vor.

Das selektive Kodieren dient schließlich der Integration der herausgearbeiteten Kategorien, indem alle „der Schlüsselkategorie nachgeordneten Kategorien und Subkategorien systematisch zu der Schlüsselkategorie in Bezug gesetzt werden“ (Strauss, 1991, S. 107).

Das Ergebnis dieses mehrstufigen Kodierprozesses ist ein dichtes System von Beziehungen zwischen Kategorien bzw. Konzepten, in dessen Mittelpunkt die Schlüsselkategorie steht. In diesem System sind die zentralen Phänomene des Gegenstandsbereiches in ihren Dimensionen und Zusammenhängen abgebildet.

6.4.2 Umsetzung und Modifikationen der Auswertestrategie in der Untersuchung

Zur Aufbereitung und Auswertung der geführten Interviews wurde das Verfahren der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996) um Elemente des Verfahrens der Thematischen Feldanalyse (Fischer-Rosenthal, 1996) erweitert. Während die Grounded Theory die (thematische) Analyse auf den interessierenden Phänomenbereich richtet, steht in der Thematischen Feldanalyse der Einzelfall und die Hypothesengenerierung über seine latenten Strukturen im Mittelpunkt. Die Kombination sollte es einerseits ermöglichen, die von den Partnern angegebenen Belastungen in ein theoretisch begründetes Bedingungsgefüge einzuordnen und andererseits Fallrekonstruktionen und Fallkontrastierungen innerhalb und zwischen den untersuchten Diagnosegruppen der Rahmenstudie erlauben. Das Prinzip beider Vorgehensweisen war der stete Vergleich bzw. die Kontrastierung von Fällen (Herrmanns, 1992; Kelle & Kluge, 1999; Südmersen, 1983). Im Ergebnis verdichteten und arrangierten sich die Kategorien, ähnlich wie die Musterbildung in einem Kaleidoskop geschieht (Dye, Schatz, Rosenberg & Coleman, 2000).

Zunächst wurden alle 54 Interviews vollständig transkribiert. Für eine ausführliche Fallanalyse wurden dann aufgrund der vorliegenden Transkripte, Kontaktprotokolle und Kontextinformationen sukzessive einzelne Interviews nach dem Prinzip des theoretischen Sampling ausgewählt. Das theoretische Sampling bezog sich dabei auf die Auswahl des Interviewmaterials aus dem vorliegenden Datenpool, nicht wie im klassischen Sinne auf die Erhebung der Interviewdaten (s. Kap. 6.2).

Der Kodierprozess folgte im wesentlichen dem Modell von Strauss & Corbin (1996) bzw. dem oben angegebenen Paradigma (Strauss, 1991). Ein Interview wurde jeweils thematisch sequenziert und kategorisiert. Parallel wurden Memos geschrieben. In Einzelfällen wurden ausgewählte Interviewpassagen bzw. besonders einprägsame „in-vivo-Codes“ einer zusätzlichen Feinanalyse in der Forschergruppe unterzogen. Die Feinanalyse ist eine Vorgehensweise der Thematischen Feldanalyse nach Fischer-Rosenthal (1996). Hierfür wurde die Diskussion in der Forschergruppe im regelmäßig stattfindenden Forschungscolloquium mit vier bis acht WissenschaftlerInnen genutzt. Bei der Feinanalyse wurden in der Forschergruppe die entsprechenden Textstellen

dekontextualisiert, d.h. bewusst aus ihrem Zusammenhang herausgenommen. Die Gruppe entwickelte Hypothesen darüber, welche Bedeutungen die gewählte Textstelle tragen könnte und welchen Fortgang der Text je nach Hypothese nehmen müsste. Der tatsächliche Fortgang des Textes engte dann die Auswahl von Hypothesen ein und bestätigte auf diesem Wege „Lesarten“ oder verwarf sie. Dieser Prozess wurde als sehr fruchtbar angesehen, um möglichst breite Bedeutungsfelder anzulegen und sich in die Sprachwelt der Befragten zu begeben. Ein Beispiel für eine solche Feinanalyse ist in Anhang B für den Fall 046 gegeben. Hier wurde die Erzählung des Suizidversuchs der depressiven Partnerin näher untersucht, da bereits während der Interviewführung die Vermeidung von Begriffen wie Suizidversuch oder vergleichbarer eindeutiger Zuordnungen durch den Sprecher auffielen. Die Feinanalyse dieser Interviewsequenz wurde zum Gesamtinterview und in einem theoretischen Memo zum Gesamtphänomen in Beziehung gesetzt. Für jedes ausgewählte Interview lag im Ergebnis eines komplexen Auswerteprozesses eine Fallanalyse vor (vgl. Fallanalysen in Anhang A).

Die Aufbereitung und Auswertung des Interviewmaterials lässt sich schematisch durch folgende sechs Schritte zusammenfassen, deren Abfolge jedoch nicht als rigider Algorithmus zu verstehen ist (Diaz Ruiz de Zárate, Jungbauer & Wittmund, 1999):

Transkription. Der erste Arbeitsschritt bestand in einer wörtlichen Verschriftung der Interviewaufnahme nach den von Fischer-Rosenthal (1996) vorgeschlagenen Transkriptionsregeln.

Sequenzierung. Um eine Strukturierung des gesamten Textes und zugleich eine Reduktion der Materialfülle zu erreichen, wurde der Text in Textabschnitte in ihrer sequentiellen thematischen Abfolge gegliedert. Eine neue Sequenz wurde bei Themenwechseln sowie bei Wechseln in den Ebenen der Darstellung gesetzt. Dieser Analyseschritt führte zu einer „Indexierung“ des Textes, welche die Aufschichtung von Themen für den entsprechenden Einzelfall sichtbar machte. Zugleich wurden nach dem Prinzip des offenen Kodierens (Strauss & Corbin, 1996) Ideen und Hypothesen aus den jeweiligen Themen und ihrer Abfolge generiert. Die Sequenzierung bot die Ausgangsbasis für weitere Analysen und ermöglichte zugleich eine systematische Überprüfung der gewonnenen Erkenntnisse am Ausgangsmaterial.

Herauslösen der Themenblöcke / Kategorien. Im folgenden Arbeitsschritt wurden die Themen unabhängig von ihrem sequentiellen Auftreten in thematischen Kategorien zusammengefasst. Dieser Schritt war die Voraussetzung für den Vergleich mit anderen Interviewtexten im Sinne des axialen Kodierens (Strauss & Corbin, 1996).

Fallinterpretation / Arbeit auf Einzelfallebene. In einer Integration der bisherigen Auswertungsschritte wurde für den untersuchten Einzelfall ein Strukturmuster herausgearbeitet. Die gemeinsame Arbeit im Forschungscolloquium ermöglichte es, zusätzlich Fallstrukturen mittels Feinanalysen ausgewählter Textabschnitte deutlich zu machen.

Theoretische Analyse. Die Analyse bezog sich auf die Integration aller Informationen, welche aufgrund der bislang entwickelten Kategorien vorlagen. Im Ergebnis entstanden Memos, die das Herausarbeiten der Schlüsselkategorie unterstützten. Es wurden Kriterien für die weitere Auswahl der Datenerhebung und -auswertung bestimmt.

Formulierung einer Headline. Abschließend wurde versucht, in einer prägnanten Überschrift („Headline“) – möglichst unter Verwendung eines Zitats oder eines Ausdrucks des Interviewpartners („in-vivo-code“) – den thematischen Kern des analysierten Interviews zu formulieren. Dies sollte angesichts der Datenmenge helfen, den Überblick über die untersuchten Fälle zu bewahren. Auch konnte im Verlauf der Entwicklung einer gegenstandsbezogenen Theorie schnell auf illustrierende Fälle zurückgegriffen werden.

Die Auswertungsschritte sollen exemplarisch am Beispiel der Auswertung des Probeinterviews illustriert werden (vgl. Diaz Ruiz de Zárate, Jungbauer & Witmund, 1999).

Schritte für die Auswertung der narrativen Interviews:

1. Transkription des Interviews (nach den von Fischer-Rosenthal verwendeten Regeln)

Nummer des Interviews	Datum	Interview-partner(in)	Inter-viewer(in)	Dauer des Interviews in Minuten	transkribiert von	Dauer der Transkription in Minuten
-----------------------	-------	-----------------------	------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------------------

345 A: Ja, das ist es so. Am Anfang war das, am Anfang war das äußerste Belastende, weil er sich
 346 so abkapselte. (3). Der ließ einen ja gar nicht an sich ran, er ließ einen nicht mehr an seinem
 347 Leben so teilnehmen. Was er so, er hatte ja gar keine Interessen mehr gehabt so. Er
 348 interessierte sich für gar nichts, mal mit rausgehen oder an seinem Geburtstag waren wir
 349 essen gewesen, da wollten, ne, da wollten wir essen fahren, nichts. Es war ihm nicht danach,
 350 er wollte eben zu Hause bleiben, so. Dieses, dieses Sich-zurückziehen, immer im
 351 Schlafzimmer, immer nur im Bett liegen, die Decke über den Kopf, so ungefähr, bildlich
 352 gesehen, hat er nicht gemacht und dieses so (3), na ja, so Dahinschleichen in der Wohnung
 353 so, das war auch eine schlimme Zeit.
 354 I: Hm.

(Zeilennummerierung, A = Angehöriger, I= Interviewer)

2. Sequenzierung des Textes nach thematischen Feldern (Themenblöcke)

Sequenz	Thema	Bemerkungen / Offenes Kodieren
345–354	am Anfang sich-zurückziehen, dahinschleichen, interessierte sich für gar nichts (z.B. Geburtstag)	Symptome
355–369	hilflos, wie verängstigt jetzt: angegriffen fühlen, aber auch arbeiten, dennoch „gebrochener Mann“	Symptome
370–372	vorher nicht gekannt, Mitleid, tat einem weh	eigene Reaktionen

3. Herauslösen der Themenblöcke

Beispiel: Thema „Probleme im Umgang mit der Überempfindlichkeit des Partners“	
126 – 151	Partner „fühlt sich ständig angegriffen“, legt jedes Wort auf die Goldwaage
153 – 169	Persönlichkeitsveränderung: früher „felsenfestes“ Selbstwertgefühl, heute kommt alles falsch (als Kritik) an
182 – 191	Krankheit entschuldigt nicht alles („kein Jagdschein“)
198 – 210	Vermeiden von potentiell kritischen Themen; Übervorsichtigkeit
366 – 379	Veränderte Belastung durch zunehmende „Überempfindlichkeit“ statt anfänglicher „Hilflosigkeit“
382 – 384	Unsicherheit im Hinblick auf „richtigen Umgangston“
386 – 395	Selbstvorwürfe, falsch reagiert zu haben

4. Fallinterpretation

Beispiel (Ausschnitt):
Die depressive „Überempfindlichkeit“ des Partners hinsichtlich (tatsächlicher oder wahrgenommener) Kritik wird erlebt als das Krankheitssymptom, das sehr stark belastet, z.T. auch überfordert. Neben dem Mitleid, das für den Partner empfunden wird, und der Trauer um den Verlust des starken Partners, der vor der Erkrankung ein „felsenfestes Selbstvertrauen“ hatte, werden die erschwerte eheliche Kommunikation und die eigene Unsicherheit im alltäglichen Umgang als Belastungen dargestellt.

5. Memowriting / theoretische Analyse

<p>a) Definition des Krankseins</p> <p>Depressive Verhaltensweisen können in bestimmten Situationen als Krankheitssymptome toleriert werden und in anderen nicht. Die Entscheidung darüber ist von vielen Bedingungen abhängig, z.B. von Experteneinschätzungen, dem Vergleich zur Situation vor Erkrankungsbeginn, situativen Faktoren etc.. Anschaulich kommt dies zum Ausdruck in den Bewertungen „krank sein“ und „aber nicht im Glashaus sitzen“, zwischen denen die Angehörige schwankt und für die sie sich Hilfe erbittet, z.B. im Sinne von „Umgangsregeln“.</p>
<p>b) Beziehungskonzepte und Rollenverteilungen</p> <p>Bei zusammenlebenden Partnern wird durch die Erkrankung die bis dato selbstverständliche Rollenverteilung und Beziehungsdefinition in Frage gestellt und muss neu hergestellt werden. Der Vergleich zum gemeinsamen Leben vor der Erkrankung kann dann u. a. zu Trauer und Verlusterleben führen. Der Aufbau einer neuen Definition des Zusammenlebens steht in einer spannungsreichen Beziehung zu der Frage, inwieweit die Situation wiederhergestellt werden kann, die vor der Erkrankung bestand. Die Unsicherheit diesbezüglich kann sich u.a. in der Unsicherheit zeigen, ob in der Gegenwarts- oder Vergangenheitsform über den Partner und die Partnerschaft berichtet werden soll.</p>

c) phasenhafter Verlauf in Symptomatik und Belastungserleben

Die unterschiedlichen Phasen der depressiven Erkrankung spiegeln sich auch in unterschiedlichen Phasen des Belastungserlebens und der Bewältigungsversuche der Angehörigen wieder. Mit der Erkrankung des Partners verändern sich die gewohnten Interaktionsmuster: einerseits hervorgerufen aus der Unsicherheit zu bestimmen, wie auf welches Verhalten zu reagieren ist (Definitionsproblem siehe a); andererseits verändert sich das Interaktionsmuster in Folge der sich ändernden Beziehung (siehe b). Das Zusammenleben muss neu gestaltet werden, wobei hier evtl. verschiedene Phasen zu unterscheiden sind. Im vorliegenden Beispiel wird dies am Verlauf der Symptomatik vom „Sich-Zurückziehen“ zum „Sich-Angegriffen-Fühlen“ des Partners beschrieben. Konnte die Angehörige im ersten Fall noch aktiv werden (Vorschläge machen, zum Arztbesuch raten), sieht sie sich nun in der Situation, „jedes Wort auf die Goldwaage zu legen“ und die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit wahrzunehmen.

6. Formulierung einer Headline

Das erschwerte Zusammenleben – vom „Sich-Zurückziehen“ zum „Sich-ständig-Angegriffen-Fühlen“

Die Ergebnisse der Analysen werden in Anlehnung an das Kodierparadigma von Strauss und Corbin (1996) entlang dreier thematischer Konzepte dargestellt: die Wahrnehmung der Depression durch die Partner, ihre Umgangsstrategien mit der Situation und die Auswirkungen der Situation auf ihr Wohlbefinden und ihre Lebensperspektiven. Die einzelnen Themen werden anhand von Fallbeispielen und Interviewzitate illustriert und erläutert. Wenn angebracht, werden Ausschnitte von Fallanalysen eingefügt. Es sei jedoch auf die Fallanalysen in Anhang A verwiesen, auf denen die zusammenfassende Darstellung in den folgenden drei Kapiteln beruht.