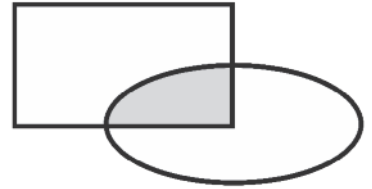


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



15. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2019

Inhalt

**Themenschwerpunkt:
Subjektive Theorien von
Gesundheit und Krankheit**

3 Editorial

**4 Subjektperspektive in der
Gesundheitsarbeit**

Ein gesundheitspsychologischer Ansatz zur Arbeit
mit subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien

Toni Faltermaier

**7 Alltagswissen über Körper,
Gesundheit und Krankheit aus
soziologischer Perspektive**

Stefan Dreßke und Heike Ohlbrecht

**10 Metaphern als subjektive Perspektiven
auf Gesundheit und Krankheit**

Rudolph Schmitt

**14 Subjektive Gesundheitstheorien
in Familien mit psychisch erkranktem
Elternteil**

Impressionen aus einer qualitativen Interviewstudie

Patricia Graf und Albert Lenz

**2 Zu dieser Ausgabe: Autor*innen, Termine, Informationen,
Wissenschaftlicher Beirat, Impressum**

16 Rezension

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e. V.
- European Centre for Clinical Social Work e. V.

DEUTSCHE VEREINIGUNG
FÜR SOZIALE ARBEIT
IM GESUNDHEITSWESEN E. V.

DVSG

Gemeinsam für die Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen.

DGSA

ECCSW



Zu den Autor*innen dieser Ausgabe

Stefan Dreßke, Dr. rer. pol., Diplom-Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesellschaftswissenschaften, Lehrstuhl für allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.
Kontakt: Stefan.Dresske@ovgu.de

Toni Faltermaier, Prof. Dr., Diplom-Psychologe, Professor a.D. an der Europa-Universität Flensburg, Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspsychologie, Public Health, Stress- und Salutogenese-Forschung, Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln von Laien, Männergesundheit, Qualitative Sozialforschung, Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung.
Kontakt: faltermaier@uni-flensburg.de

Patricia Graf, Psychologin M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Bielefeld, Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter.
Kontakt: patricia.wahl@uni-bielefeld.de

Albert Lenz, Prof. Dr. (i.R.), Dipl. Psychologe, Katholische Hochschule NRW, Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (IGSP).
Kontakt: a.lenz@katho-nrw.de

Heike Ohlbrecht, Prof. Dr., Soziologin, Lehrstuhlinhaberin für allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie an der

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.
Kontakt: heike.ohlbrecht@ovgu.de

Katarina Prchal, Diplom-Rehabilitationspädagogin und M.A. Klinische Sozialarbeit, Mitarbeiterin am Institut für Soziale Gesundheit (ISG) der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB), Arbeitsschwerpunkte: empirische Fundierung der gesundheitsorientierten Sozialen Arbeit, Soziale Arbeit und Pflege, Pflegegeschichte und -entwicklung, Gesundheitsförderung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe.
Kontakt: Katarina.Prchal@khsb-berlin.de

Anna Lena Rademaker, Dr. phil., M.A. Soziale Arbeit, Lehrkraft für besondere Aufgaben, Fachhochschule Bielefeld und Fachreferentin für Fachkonzepte und Forschungsprojekte in der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG).
Kontakt: anna.lena.rademaker@dvsg.org

Rudolf Schmitt, Prof. Dr. phil. habil., Hochschule Zittau/Görlitz, Fakultät Sozialwissenschaften. Arbeitsschwerpunkte: Beratung, Soziale Arbeit mit psychisch kranken Menschen; Forschungsschwerpunkt: kognitive Linguistik/Metaphernanalyse als qualitatives Forschungsverfahren.
Kontakt: r.schmitt@hsz.gd

Fortbildungen und Tagungshinweise

DVSG-Bundeskongress 2019 am 14.–15. November in Kassel: Gesundheit für alle!? Benachteiligungen erkennen – Handlungsspielräume nutzen

International und national sind soziale und gesundheitliche Ungleichheit und deren Auswirkungen auf die Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen wissenschaftlich belegt. In Deutschland verdeutlicht die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, dass sich soziale Benachteiligung auf Gesundheitschancen und Lebenserwartung auswirkt. Für Fachkräfte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zeigen sich die Ursachen und Wechselwirkungen von sozialer Lage und Gesundheit in vielfältiger Weise, gestützt auf Erfahrungen aus der täglichen Praxis und aufgrund sozialarbeitswissenschaftlicher Befunde: Menschen in Armut, einem Leben am Rande der Gesellschaft, mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, chronischen Erkrankungen und Behinderung sind gesundheitlich benachteiligt.

Um gerechtere Chancen auf Gesundheit zu ermöglichen, müssen die gesellschaftlichen Verhältnisse für alle und insbesondere die in sozial und gesundheitlich prekären Lebenslagen lebenden Menschen, entsprechend ausgebaut werden, um bessere Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Unterstützung zu schaffen. Aus Sicht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit gelingt die Verminderung von gesundheitlicher Benachteiligung nur nachhaltig, wenn Interventionen zur Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme partizipativ und lebensweltorientiert geplant und umgesetzt werden sowie auf die Veränderung von Verhältnissen abzielen. An beiden Kongresstagen bieten insgesamt 34 Foren und Workshops vielfältige Möglichkeiten zur fachlichen Diskussion, zum Austausch und zur Fortbildung.

Weitere Informationen, Programm und Anmeldung:
www.dvsg-bundeskongress.de

Netzwerk „Qualitative Gesundheitsforschung“

In dem Netzwerk schließen sich Forscher*innen zusammen, um u. a. einen regelmäßigen interdisziplinären Austausch im Bereich der qualitativen Gesundheitsforschung zu gewährleisten, qualitative Forschungsmethoden weiterzuentwickeln und durch Methodenworkshops und Forschungsworkshops zu fundieren, einen Anschluss an die internationale Forschungslandschaft zu etablie-

ren, die aktuellen Anwendungsfelder qualitativer Gesundheitsforschung zusammenzufassen und zukünftige Forschungsfelder zu erschließen sowie gemeinsam zu forschen und zu publizieren.

Mehr Informationen unter:
<http://www.qualitative-gesundheitsforschung.de>

TiSSA 17th Annual PhD (16 – 18 August 2019) and Plenum Conference (19 – 21 August 2019) in Münster (Germany). Conference theme: "Challenging Social Work: Borders, Boundaries and Bridges".

The international "Social Work & Society" Academy (TiSSA) is an independent cooperation between European universities, institutes and organizations. Many countries are confronted with social and political forces that aim at strengthening symbolic and social boundaries such as class, gender, race and nationality. The strengthening of these boundaries leads to processes of othering, in which a strong focus is placed on distinctions between 'us' and 'them'. Today, these distinctions are often translated and expressed in debates about a diversity of themes such as 'we' versus the 'refugees', the West versus the East, Europe versus the US, left versus right and so on. Hence, social work practice and research is challenged to position itself in the face of these often-polarised debates. In doing so, social work often seems to rely on essentialist concepts. Such an essentialist approach leads to methodological claims of truth rather than to democratic debates about possible diverse perspectives on social problems and answers to these problems.

However, driven by a social justice agenda, social work practice and research should challenge these borders and boundaries, opening them up by also acting as a bridging rather than dividing force. In order to stimulate this debate and providing a forum for open discussion, TiSSA invites experts from academic social work research, professional fields and policy to discuss the tension between boundaries and bridges in social work as a way forward for social work in its quest for social justice at the TiSSA 2019 conference in Münster, Germany.

Registration and information:
<https://www.tissa.net>

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner, Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler, Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttenmann, Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner, Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum, Bensheim

Prof. Dr. Helmut Pauls, Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Steiner, Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst, Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v.i.S.d.P.)
DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e.V.

Redaktionsteam:

Anna Lena Rademaker (Leitung)
Gerhard Klug, Ute Antonia Lamm
Ingo Müller-Baron, Karlheinz Ortman

Anzeigenakquise:

Ingo Müller-Baron,
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen
E-Mail: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion:

Redaktion „Klinische Sozialarbeit“
c/o Dr. Anna Lena Rademaker
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen
Alt Moabit 91, 10559 Berlin
Tel.: +49 (0) 521 106 7817 (Büro Bielefeld)
E-Mail: anna.lena.rademaker@dvsg.org

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe
Jan Schuster, Perfect Page, Karlsruhe

Druck:

Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM soziale Arbeit + gesundheit

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2.490 Exemplare

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Kommende Ausgaben

4/2019 **Abhängigkeitserkrankungen**
(Redaktionsschluss: 15.06.2019)

1/2020 **Case Management**
(Redaktionsschluss: 15.09.2019)

Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit umfassen all die Bestandteile alltäglichen Wissens, dem sogenannten Alltagswissen, auf dessen Grundlage die gesellschaftliche Wirklichkeit vom Subjekt erfahren wird, und sind damit ein System unmittelbar leitender Orientierungen, das von einzelnen Menschen und bestimmten Personengruppen geteilt wird (Schütze 1973, S. 16 f.). Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien sind „Laientheorien“ und beschreiben die Vorstellungen, Begriffe und Ursache-Wirkungszusammenhänge, die sich die Menschen von ihrer Gesundheit und ihrer Krankheit im Alltag machen. Sie werden mit zunehmendem Alter und Erfahrungen mit Erkrankungen, ihrer Behandlung und Genese komplexer und durch wissenschaftlich und gesellschaftlich konsensfähige Definitionen und Wissensstandards über Risikofaktoren und Bedingungen der Heilung beeinflusst, gehen aber noch weit über das Expert*innenwissen hinaus (Flick 1998). Die Erklärungen, über die Entstehung von Krankheit und Aufrechterhaltung von Gesundheit variieren insbesondere nach Bevölkerungsgruppen, Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialer Schicht und Berufszugehörigkeit. Diese Unterschiede in den soziodemografischen Bereichen deuten auf eine Herausbildung von Gesundheits- und Krankheitstheorien in Auseinandersetzung mit den vorherrschenden Lebensbedingungen und Erfahrungen hin. Nicht nur das Individuum ist von zentraler Bedeutung, wenn es um die Frage geht, wie Gesundheit und Krankheit subjektiv erfahren werden. Gleichmaßen beeinflussen das soziale Umfeld, kollektive Einstellungen zu bspw. medizinischen Expert*innen oder alltagspraktischen Verfahren, um die Gesundheit aufrecht zu erhalten, gemeinschaftlich geteilte Erfahrungen mit Hilfesystemen und deren Verfahrensweisen sowie andere Alltagskonstruktionen die Gesundheits- und Krankheitstheorien der Adressat*innen Klinischer Sozialarbeit. Studien belegen, dass die subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit für viele Menschen handlungslei-

tend sind. Interventionen, präventives Verhalten und weitere die Gesundheit aufrechterhaltende bzw. Krankheit vermeidende Alltagshandlungen basieren darauf, wie die Welt in ihrer aktuell vorherrschenden Situation von den Menschen wahrgenommen und interpretiert wird und welchen eigenen Einfluss sie sich vor dem Hintergrund dieser Alltagskonstruktion auf ihre biopsychosoziale Gesundheit selbst beipflichten.

Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit

Die Klinische Sozialarbeit tut gut daran, diese subjektorientierte Perspektive bewusst in ihre psychosoziale Praxis von Beratung und Behandlung von, nicht nur „hard to reach“, sondern „seldom heard“ und mehrfach belasteten Menschen zu integrieren. Häufig liegen bereits lange Krankheitsbiografien, Verstrickungen mit Hilfesystemen sowie sozial geteilte Vorannahmen seitens der Adressat*innen, wohl aber auch Expert*innen vor, von denen sich die Sozialarbeiter*innen nicht ausnehmen können. Für die Beratungspraxis bedeutet das beispielsweise, nicht nur die objektiv vorliegenden Diagnosen und expertokratisch als helfend deklarierte Interventionen in den Blick zu nehmen, sondern im Sinne des Fremdverstehens, das Gesundheits- und Krankheitsverstehen und -handeln von Adressat*innen sensibel zu rekonstruieren.

In die Subjektperspektive in der Gesundheitsarbeit führt Toni Faltermaier mit seinem Beitrag über subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien als gesundheitspsychologischen Ansatz ein. Darin stellt er die subjektiven Theorien als praxisrelevantes Forschungsfeld vor und skizziert Erfordernisse an die psychosoziale Praxis mit einer Subjektperspektive. Stefan Dreßke und Heike Ohlbrecht nehmen in ihrem Beitrag über Alltagswissen über Körper, Gesundheit und Krankheit eine soziologische Perspektive ein, anhand der sie das Verständnis

des Alltags als Arbeitsgrundlage konzeptualisieren, mit der eine lebensweltorientierte Sozialarbeit Zugang zu ihren Adressat*innen erhält. Dazu gehören Kenntnisse über Lebenslagen, Biografien, Handlungsspielräume und Lebensperspektiven, die Hinweise auf Verwirklichungs- und Teilhabechancen geben, die sie anhand zweier empirischer Beispiele exemplarisch herausarbeiten. Die Autor*innen beschreiben das Konzept des Alltagswissens als ein zentrales methodisches Werkzeug, insbesondere wenn, wie in der Klinischen Sozialarbeit üblich, Körper, Gesundheit und Krankheit zu thematisieren sind. Anhand von Metaphern erweitert Rudolf Schmitt die subjektiven Perspektiven von Klient*innen in der Klinischen Sozialarbeit und erörtert ihre Relevanz in der Behandlung schwer erreichbarer Betroffener und bei der Veränderung leidvoller Situationen.

Am Beispiel des Rauchens führt Schmitt in Erkenntnisse methaphernanalytischer Forschung ein und skizziert das Vorgehen einer methaphernreflexiven Beratungsarbeit, um in Beratung und Prävention Reflexionsprozesse anzuregen, die dazu führen, eigene Denkmuster zu erkennen und Alternativen zum bisherigen Verstehen zu entwickeln. Mit Blick auf Kinder mit psychisch erkranktem Elternteil stellen Patricia Graf und Albert Lenz Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie über subjektive Gesundheitstheorien aus 18 betroffenen Familien vor, die sich nach Aussage der Autor*innen in ein biopsychosoziales Modell von Gesundheit einordnen und so Implikationen für die Praxis zulassen. Für die Klinische Sozialarbeit arbeiten sie heraus, dass Betroffenen verschiedene Facetten psychischer Gesundheit geläufig sind, auf die psychoedukative Interventionen eingehen sollten, um für die Betroffenen besser anschlussfähig zu sein.

Wir wünschen viel Freude mit dieser Ausgabe und freuen uns auf Rückmeldungen oder Anregungen.

*Für die Redaktion
Anna Lena Rademaker*

Subjektperspektive in der Gesundheitsarbeit

Ein gesundheitspsychologischer Ansatz zur Arbeit
mit subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien

Toni Faltermaier

Für die Qualität einer Praxis der Gesundheitsförderung und der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist es ganz wesentlich, wie die Adressat*innen professioneller Arbeit konzipiert werden. Wie die mehr oder weniger gesunden oder kranken Menschen als Laien, Klient*innen oder Patient*innen betrachtet, einbezogen und behandelt werden, ist nach allem, was wir darüber heute wissen, entscheidend für den Erfolg einer Praxis. Das Bild, das Professionelle von ihrem Gegenüber (bewusst oder unbewusst) haben, bestimmt den Umgang mit ihnen. Das ist mit einem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit (Faltermaier 2017) zwar impliziert, aber die Konstruktion der Zielpersonen und -gruppen ist damit noch nicht festgelegt. In einem medizinisch geprägten Gesundheitssystem war das Grundmuster traditionell ein hierarchisches Verhältnis zwischen Patient*innen und Ärzt*innen, das Wissen, die Kompetenzen und die Macht schienen eindeutig zugunsten der Expert*innen verteilt, die Ausbildung und Sozialisation der Gesundheitsberufe reproduzierte dieses Bild. Aber eine moderne Gesundheitsversorgung funktioniert heute in Prävention, Behandlung und Rehabilitation nicht mehr nach diesem Muster. Wir haben viele wissenschaftlichen Hinweise auf die Bedeutung des „Laiengesundheitssystems“ (Faltermaier 2016), sollten uns also die Frage stellen, wie wir (medizinische) Laien verstehen wollen, welchen Beitrag zur Gesunderhaltung oder Genesung sie als Betroffene leisten (können) und welche Beziehung wir in der professionellen Arbeit zu ihnen herstellen wollen. Unter Stichworten wie „Partizipation“, „informierte Entscheidungsfindung“ oder „Empowerment“ werden in der professionellen

nen Gesundheitsarbeit solche Fragen diskutiert.

In diesem Beitrag soll in der notwendigen Kürze die Frage gestellt werden, was es bedeuten kann, wenn gesunde oder kranke Laien, Klient*innen und Patient*innen konsequent als Subjekte in ihren Lebenswelten verstanden werden. Dazu wird zunächst die Subjektperspektive allgemein eingeführt, dann auf ein dafür wichtiges Forschungsfeld verwiesen, das gesundheitsbezogene Vorstellungen von Laien untersucht. Diese zunächst individuelle Ebene wird durch den Kontext der Lebenswelt erweitert und schließlich werden einige Konsequenzen für die professionelle Gesundheitsarbeit abgeleitet.

Subjektperspektive in den Gesundheitswissenschaften

Das Subjekt ist ein sozialwissenschaftliches Konstrukt, das in den Gesundheitswissenschaften aufgegriffen wurde und das in deutlichem Gegensatz zu jener psychologischen Tradition steht, die Individuen vor allem über ihre Verhaltensaspekte zu konstruieren sucht. Subjekt impliziert eine potenziell aktive, mehr oder weniger bewusst handelnde Person, die für das eigenständige Handeln im Alltag das notwendige Wissen und die Kompetenzen besitzt, die sie im Laufe ihrer Sozialisation erworben hat. Das impliziert für den Gesundheitsbereich, dass Menschen im Laufe ihres Lebens beim Umgang mit ihrem Körper, mit ihrer Gesundheit und mit ihren Krankheiten vielfältige und kontinuierlich Erfahrungen machen. Hieraus entstehen Wissen und Kompetenzen, die sie im weiteren Leben leiten. Die Tatsache, dass Menschen gesundheitsbezogen überwiegend in ihrem Alltag und nicht im professionellen System handeln, vor al-

lem wenn sie gesund sind oder sich fühlen, aber auch wenn sie krank sind und behandelt werden, verweist auf das „Laiengesundheitssystem“, ein im Alltag oft „verborgenes“ System sozialer Interaktionen, dessen Existenz im traditionellen Fokus auf das professionelle Gesundheitssystem in den Wissenschaften lange übersehen wurde. Es spielt aber eine wichtige Rolle in der Erhaltung von Gesundheit, im Umgang mit alltäglichen Krankheiten, in der Umsetzung von Behandlungsmaßnahmen, in der Versorgung von chronisch kranken und pflegebedürftigen Angehörigen (Faltermaier 2016). Insofern sind Professionelle gut beraten, Patient*innen einzubeziehen, wenn sie erreichen wollen, dass sie mit ihnen kooperieren und Maßnahmen in ihrem Alltag umsetzen („compliance“). Sie sind noch mehr darauf angewiesen, wenn sie Zielgruppen der Prävention erreichen wollen, die vielleicht noch gar keine Motivation (und keinen Leidensdruck) haben, ihr Leben und ihre Gewohnheiten zu verändern, nur weil Gesundheitsexperten das für geboten halten. Hier stellt sich die Frage, wie sie angesprochen werden, als mündige Subjekte oder als Objekt einer wie auch immer als vernünftig oder wissenschaftlich begründeten Expertenstrategie. Es ist offensichtlich und inzwischen vielfach empirisch belegt, dass sich Menschen unabhängig von Expert*innen Gedanken zu ihrer Gesundheit oder einer spezifischen Krankheit machen und dass diese Überzeugungen ihr Handeln (oder Nicht-Handeln) wesentlich bestimmen.

Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien:

ein praxisrelevantes Forschungsfeld
Mit der Herausbildung der Gesundheitswissenschaften und der Gesund-

heitspsychologie in den 1990er-Jahren wurde zunehmend deutlich, dass die Genese und der Verlauf von Krankheiten und Gesundheit in hohem Maße vom Verhalten von Individuen abhängen (Faltermaier 2017; Schwarzer 2004). Auf dieser Basis entstand ein großes Forschungsfeld, das nach den psychischen und sozialen Determinanten von spezifischen Risiko- und Gesundheitsverhaltensweisen suchte und damit auch nach Möglichkeiten ihrer Veränderung.

Neben sozialen Bedingungen (Familie, soziales Netzwerk) und soziodemographischen Faktoren (sozioökonomischer Status, Geschlecht, Alter) erweisen sich vor allem gesundheitsbezogene Überzeugungen („health beliefs“) als bedeutsame Determinanten eines Gesundheitsverhaltens (ebd.). Ob Menschen überhaupt ein Risiko wahrnehmen zu erkranken, welchen Einfluss sie sich persönlich zuschreiben, das eigene Risiko zu verringern (Kontrollüberzeugung), und welche eigenen Kompetenzen sie sich dabei zuschreiben (Selbstwirksamkeitsüberzeugung), diese kognitiven Variablen erklären einen signifikanten Anteil der Varianz für viele spezifische, von Expert*innen empfohlene Formen des Gesundheitsverhaltens (beispielsweise Änderung eines riskanten Verhaltens wie Rauchen oder Alkoholkonsum, Umsetzung gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen).

Gesundheitspsychologische Modelle zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens wurden entwickelt, immer mehr verfeinert und empirisch abgesichert (Schwarzer 2004). Sie alle gehen aber davon aus, dass Expert*innen genau wissen, welche Lebensweisen für Menschen präventiv notwendig oder gesund sind, und dass Menschen entsprechend dieser Vorgaben handeln sollten. Die Schwierigkeiten in der Praxis, Lebensstile erfolgreich und nachhaltig zu ändern, zeigen jedoch, dass dieses Modell an seine Grenzen stößt, vor allem bei Bevölkerungsgruppen, die eigentlich den größten Bedarf für präventive oder rehabilitative Interventionen hätten.

Daher etablierte sich nahezu zeitgleich eine zweite Perspektive auf die Person, die stärker auf das eigenständige Handeln des Subjekts, auf seinen Alltag und seine Lebenswelt setzte. Sie konzentriert sich auf das Alltagswissen von Menschen über Gesundheit und Krankheit (Flick 1998), das als zentrale Bedingung des gesundheitsbezogenen Handelns verstanden wird. In vielen Studien weltweit wurden sowohl die Vorstellungen von Gesundheit bei gesunden Menschen als auch die Vorstellungen von spezifischen Krankheiten bei Patient*innen untersucht (vgl. Faltermaier und Brütt 2013). Im Folgenden wird ein kurzer Abriss über Erkenntnisse aus diesen Studien gegeben (vgl. Faltermaier 2016; 2017):

Die Laienvorstellungen von Gesundheit lassen sich zunächst differenzieren nach subjektiven Konzepten und subjektiven Theorien. Subjektive Gesundheitskonzepte umschreiben das persönliche Verständnis von Gesundheit, subjektive Gesundheitstheorien meinen die Vorstellungen über die Einflüsse auf die eigene Gesundheit; sie können insofern die Form von Theorien annehmen, weil Alltagsmenschen sich wie naive Wissenschaftler*innen verhalten und Ereignisse in ihrem Leben zu erklären versuchen. Aus den Erkenntnissen der internationalen quantitativen und qualitativen Forschung lässt sich resümieren, dass Laien ihre Gesundheit sowohl positiv als auch negativ bestimmen, wobei in repräsentativen Stichproben die positiven Definitionen überwiegen. Dabei wird Gesundheit positiv vor allem als psychisches Wohlbefinden, als Handlungs- und Leistungsfähigkeit sowie als Potenzial an Energie beschrieben, negativ als Abwesenheit von Krankheit oder als geringes Maß an Beschwerden bzw. Schmerzen.

Es zeigen sich tendenzielle Unterschiede zwischen sozialen Statusgruppen, Geschlecht und Alter, die jedoch nicht durchgehend konsistent sind; Männer tendieren mehr zu negativer Bestimmung von Gesundheit, positiv dominiert die Leistungsfähigkeit; Frauen haben differenziertere Konzepte, dabei herrscht das psychische Wohl-

finden vor. Kranke Menschen oder Patient*innen können mit gesunden vergleichbare Gesundheitskonzepte haben. Wie vor allem qualitative Studien zeigen, werden in subjektiven Gesundheitstheorien positive und negative Einflüsse vor allem durch die Arbeit und Familie (Risiken, psychische Belastungen und soziale Unterstützung) sowie durch die Umwelt und den eigenen Lebensstil (riskantes und gesundes Verhalten) wahrgenommen. Es fällt auf, dass Laien – wenn sie offen-qualitativ befragt werden – oft durchaus komplexe Vorstellungen formulieren, bei denen vielfach psychosoziale Einflüsse dominieren, die auf biographischen Erfahrungen beruhen. Entsprechend vielfältig kann das Gesundheitshandeln von Laien sein, das auf ihren subjektiven Theorien von Gesundheit beruht. Gesundheitsbezogene Lebensweisen reichen in qualitativen Studien von wenig vorsorgenden Handlungen (riskante oder auf Beschwerden bezogene) über Handlungen mit einem spezifischen Handlungsschwerpunkt (Ernährung, Bewegung, Abbau eines Risikoverhaltens) bis zu einem mehrdimensionalen und in den Alltag integrierten Gesundheitshandeln (Faltermaier, 2017). Menschen sind zwar vielfach überzeugt von dem, was sie zum Erhalt ihrer Gesundheit tun müssten, aber es ist abhängig von ihrer sozialen und biographischen Lage, ob und was sie im Alltag auch umsetzen.

Die internationale Forschung über die Laienvorstellungen von Krankheit hat sowohl gesunde als auch kranke Menschen befragt (vgl. Faltermaier und Brütt 2013). Es dominieren quantitative und qualitative Studien zu den subjektiven Krankheitstheorien von Patient*innen, vor allem den Betroffenen verbreiteter körperlicher Krankheiten (beispielsweise koronare Herzerkrankung, Krebserkrankung, chronische Rückenbeschwerden), aber auch Patient*innen mit psychischen Erkrankungen (Depressionen, Essstörungen) werden zunehmend untersucht. Das dominante Modell der Forschung unterscheidet dabei Vorstellungen vom Krankheitsbild, den Ursachen einer Erkrankung, ihrer Dauer und des zeitli-

chen Verlaufs sowie Annahmen über die Folgen einer Krankheit und über ihre Behandlungsmöglichkeiten. Es fällt auf, dass Betroffenen die Ursachen ihrer Krankheit vor allem in psychosozialen Faktoren, der Umwelt und dem Lebensstil sehen. Die kausalen Attributionen sind oft eng mit den eigenen Erfahrungen verbunden und insgesamt durchaus vergleichbar mit wissenschaftlichen Theorien. Subjektive Krankheitstheorien sind bedeutsam für den Umgang des Betroffenen mit der Krankheit im Alltag und der Interaktion mit den betreuenden Professionellen. Wie die Belastungen einer Krankheit erlebt und bewältigt werden, welche Hilfen und Unterstützung gesucht werden, wie in der Familie und im sozialen Netzwerk damit umgegangen wird, wie die professionelle Behandlung bewertet und wie mit den Expert*innen kooperiert wird, das hängt ganz wesentlich von den subjektiven Theorien der kranken Menschen und ihrer Angehörigen ab. Professionelle sollten daher davon ausgehen, dass ihre Patient*innen diese Vorstellungen haben und sie möglichst explorieren, um sie bei ihrem Handeln einbeziehen und damit kooperative Prozesse ermöglichen zu können.

Subjekt und Lebenswelten: soziale Lage, Geschlecht, Alter, Lebensphase

Für ein angemessene Konzeption dieses Feldes ist es wichtig, die Menschen nicht zu individualisieren, sondern in ihrem sozialen Kontext zu verstehen. Lebenswelten stellen den Kontext für das gesundheitsbezogene Handeln des Subjekts dar (Faltermäier und Wihofsky 2012). Es gilt daher zum einen soziale Differenzierungen vorzunehmen, zum anderen das handelnde Subjekt in seinen lebensweltlichen Kontext zu stellen. Wie angedeutet unterscheiden sich subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit nach sozialen Gruppen. Gesundheit variiert nicht nur objektiv nach sozialen Indikatoren wie der sozialen Lage, dem Geschlecht und Alter, sondern auch subjektiv. Menschen handeln alltäglich nicht nur mit dem Ziel Gesundheit, sie haben viele Anforderungen in ihrem Alltag zu erfüllen und viele andere persönliche Ziele vor Augen. Gesundheit

stellt daher in der Regel nicht die oberste Priorität für Menschen dar. Aber es können Lebenssituationen und Lebensphasen entstehen, die es wahrscheinlicher machen, dass Subjekte die Gesundheit für sich höher bewerten und diese damit handlungsrelevanter wird. Das können gesundheitliche Ereignisse (eigene Erkrankung oder Krankheiten im sozialen Netzwerk) sein, aber auch soziale Übergangsphasen (Familiengründung, berufliche Veränderungen oder der Eintritt in den Ruhestand), die Menschen zur Reflektion über ihre Gesundheit und zur neuen Handlungsprioritäten bringen. Diese Labilisierung von Motiven und Identitäten können auch eine Chance dafür sein, professionelle Strategien der Gesundheitsförderung zu etablieren.

Gesundheitsarbeit als psychosoziale Praxis mit einer Subjektperspektive

Die Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung ist in Deutschland seit mehr als 3 Jahrzehnten in bedeutsamer Weise durch eine psychosoziale Praxis geprägt worden (vgl. zum aktuellen Stand: Hurrelmann et al. 2018; Kohlmann et al. 2018). Über die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung wurden ein positiver Gesundheitsbegriff, ein salutogenetischer Ansatz der Förderung von Ressourcen und eine professionelle Grundhaltung des Empowerments und der Partizipation vorgegeben, die sich zwar in der Praxis nicht immer durchsetzen, aber nach wie vor als „state-of-the-art“ gelten.

Die Gesundheitsförderung und generell die psychosoziale Gesundheitsarbeit sind daher in hohem Maße kompatibel mit einer Subjektperspektive und können von ihrer konsequenten Umsetzung gewinnen. Konkret bedeutet das, dass in der Praxis der Gesundheitsförderung die Zielgruppen in ihren subjektiven und sozialen Ausgangsbedingungen verstanden und dort abgeholt werden sollten, wo sie in ihrem Alltag subjektiv und sozial stehen. Bei der Förderung von Gesundheit über ihre körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen sollte das Subjekt in seiner Lebenswelt betrachtet werden (Faltermäier 2018;

Faltermäier und Wihofsky 2012). Damit könnten nicht nur viele Zielpersonen mit Bedarf besser erreicht werden, sondern auch die Qualität von Maßnahmen gesteigert werden, weil sich die Chancen einer nachhaltigen Umsetzung von Veränderungen in den Alltag erhöhen. Auch der Ansatz der psychosozialen Gesundheitsförderung in Settings und „communities“ bietet eine gute Grundlage für lebensweltorientierte Maßnahmen. Die Praxis der Gesundheitsberatung in ambulanten und klinischen Settings sollte gleichermaßen von einer Subjektorientierung profitieren. Letztlich muss erfolgreiche Gesundheitsarbeit immer auch Beziehungsarbeit sein, in der es darum geht, das „Gegenüber“ als Subjekt im Kontext seiner Lebenswelt zu verstehen und in seiner Eigenlogik zu respektieren, bevor Veränderungen von außen initiiert werden.

Literatur:

- Faltermäier, T. (2016): **Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit**. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Berlin: Springer-Verlag, S. 229–241.
- Faltermäier, T. (2017): **Gesundheitspsychologie** (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). *Grundriss der Psychologie*, Band 21. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermäier, T. (2018): **Salutogenese und Ressourcenorientierung**. In: Kohlmann, C.-W.; Salewski, C.; Wirtz, M.A. (Hg.): *Psychologie in der Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe, S. 85–97.
- Faltermäier, T.; Wihofsky, P. (2012): **Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese – Subjekt – Lebenswelt**. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Huber, S. 102–113.
- Faltermäier, T.; Brütt, A.L. (2013): **Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen: Bedeutung für Forschung und Praxis**. In: Hoefert, H.-W.; Brähler, E. (Hg.): *Krankheitsvorstellungen von Patienten – Herausforderung für Medizin und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publ., S. 59–72.
- Flick, U. (Hg.) (1998): **Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit**. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K.; Richter, M.; Klotz, T.; Stock, S. (Hg.) (2018): **Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung**. Bern: Hogrefe.
- Kohlmann, C.-W.; Salweski, C.; Wirtz, M.A. (Hg.) (2018): **Psychologie der Gesundheitsförderung**. Bern: Hogrefe.
- Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hg.) (2012): **Handbuch Partizipation und Gesundheit**. Bern: Huber.
- Schwarzer, R. (2004): **Psychologie des Gesundheitsverhaltens**. Göttingen: Hogrefe.

Alltagswissen über Körper, Gesundheit und Krankheit aus soziologischer Perspektive

Stefan Dreßke und Heike Ohlbrecht

Das Verständnis des Alltags ist die Arbeitsgrundlage, mit der eine lebensweltorientierte Sozialarbeit Zugang zu ihren Adressat*innen erhält. Dazu gehören Kenntnisse über Lebenslagen, Biografien, Handlungsspielräume und Lebensperspektiven, die insgesamt genommen Hinweise auf Verwirklichungs- und Teilhabechancen geben. Das Konzept des Alltagswissens bietet dafür ein zentrales methodisches Werkzeug, insbesondere wenn, wie in der Klinischen Sozialarbeit üblich, Körper, Gesundheit und Krankheit zu thematisieren sind. Das Konzept des Alltagswissens fußt auf dem Verstehen der Lebenswelten und subjektiven Relevanzhorizonte der zum Teil schwer zu erreichenden Adressat*innen.

Zur Bedeutung des Alltagswissens

Gesundheit und Krankheit sind widersprüchliche Dimensionen unseres Lebens. Zwar beobachten wir unseren Körper sehr aufmerksam, andererseits unterstellen wir zumeist eine fraglose Funktionsfähigkeit. Erst durch Krankheiten oder Symptome werden wir an sein Vorhandensein, mögliche Einschränkungen und Endlichkeit erinnert. So klappt beispielsweise zwischen dem objektiven Befund einer Krankheit und dem subjektiven Erleben von Betroffenen mitunter eine erhebliche Lücke, denn die eigenen Deutungen des Körpers und die der Expert*innen decken sich in der Regel nicht, zumindest nicht vollständig.

Auf diese und ähnliche Bereiche lässt sich das Konzept des Alltagswissens über den Körper und dessen Gesundheit sowie Krankheit anwenden. Kulturell vermittelte und inkorporierte Wissensbestände – das ist das Alltagswissen – rahmen unsere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, indem

sie Vermutungen über die Herkunft, die Deutung und den Verlauf von Krankheiten zur Verfügung stellen (vgl. Flick 1991). Alltagswissen hat daher nicht nur (wie etwa schulisches Wissen) kognitive Elemente, sondern umfasst auch verkörperlichte, erlebte und emotionale Anteile, die nicht unmittelbar sprachlich zugänglich sind (Keller und Meuser 2011). Aus diesem Grund wird im Folgenden auch kein konzeptioneller Unterschied zwischen psychisch und physisch etikettierten Krankheiten gemacht: Letztendlich gehören alle Krankheiten zu unserer leiblichen Identität.

Obwohl Alltagswissen im Gegensatz zum wissenschaftlichen Wissen widersprüchlich, situativ und nicht logisch ist, gehorcht es dennoch Regeln. Es folgt allerdings nicht den argumentativ-schlüssigen Logiken nüchterner Wissenschaft, sondern den impliziten, stillschweigenden und emotional gefärbten, aber umso machtvolleren Normen des Handelns in sozialen Milieus, in Familien, in professionellen Beziehungen oder in der Erwerbsarbeit (vgl. Moscovici 1991). Orientierungen für das Gesundheits- und Krankheitshandeln geben kulturelle Kontexte, in denen Körper in je spezifischer Weise erlebt, definiert und verhandelt werden (Morris 2000; Jellen u.a. 2018).

Darüber hinaus hat das Alltagswissen aufgrund seiner biografischen Aneignung eine zeitliche Komponente. Im Alltagswissen werden biografische und historische Erfahrungen tradiert – nicht nur unsere eigenen, sondern auch die der Generationen unserer Eltern und Großeltern. Das praktische und intuitive Alltagswissen leitet zu unmittelbarem Handeln an, gibt Orientierungen und weist dem Handeln

einen Sinn zu. Was Individuen über sich selbst und ihren Körper wissen, ist also nicht im konventionellen Sinne subjektiv auf die eigene Person beschränkt, sondern folgt als kulturelles Script vielmehr sozialen Normen und Erwartungen sowie den typischen Anforderungen zur Sicherung der Existenz. Im vorliegenden Beitrag sprechen wir daher statt von „subjektivem Wissen“ eher von Alltagswissen, womit das Soziale und das Sozialisierende dieses Wissens gegenüber dem rein Persönlichen und dem essenziell Individuellen betont werden. Anhand von 2 Beispielen werden die Wirkungen des Alltagswissens erörtert und die Konsequenzen für die Klinische Sozialarbeit aufgezeigt.

Beispiel I: Schmerzverständnisse in sozialen Milieus

Mit dem Interviewmaterial einer Studie mit hochaltrigen geriatrischen Patient*innen wird im Folgenden illustriert, wie Körpererfahrungen gedeutet werden (vgl. Dreßke und Ayalp 2017). Insbesondere Personen aus dem ländlichen Raum mussten in den 1930er- und 1940er- Jahren in ihrer Kindheit und Jugend hart arbeiten. Frau Gert (geb. 1924) erinnert sich an eine Episode bei der Feldarbeit, die sie ab dem Alter von 6 Jahren in den 1930er- Jahren verrichtete:

» *Ja, wir mussten schon viel mitarbeiten. Da gab es keine Maschinen, die die Kartoffeln rausmachten, da ist der Papa und der Opa, die sind früh morgens schon um vier Uhr los aufs Feld mit Gabeln und haben die Kartoffeln ausgegraben. Wir Kinder hatten Eimer und Körbe und dann haben wir die Kartoffeln aufgelesen. Eine Schwester von mir sagte: „Papa, ich kann nicht mehr. Ich habe so Rücken-*

weh. Ich habe so Kreuzweh.“ Dann hat der Papa gesagt: „Du bist noch so jung, du hast doch noch gar kein Kreuz.“

Unsere Informant*innen hatten und haben ein robustes Verständnis von ihrem Körper und von sich selbst, das sich aus den Notwendigkeiten der Existenzsicherung durch harte Arbeit speist. Frau Gert denkt über den Unterschied von Kinder- und Erwachsenkörper nach, was sich folgendermaßen deuten lässt: Kinderkörper sind noch im Wachsen begriffen und zerbrechlich, aber sie sind auch unverbraucht, biegsam, trainierbar, weich und formbar – resistent gegenüber Unfällen und Schmerzen. Erwachsenkörper sind dagegen geformt, hart und stabil, werden abgeschliffen, und Schmerzen werden zu ihrem ständigen Begleiter. Schmerzen werden stofflichen Ursachen zugeschrieben: Man hat sich bei harter Arbeit verspannt, sich gestoßen oder sich verletzt. In der Regel wird trotz der Schmerzen weiter gemacht und man lässt sich nichts anmerken. Schmerzen werden durch sichtbare Markierungen demonstriert: durch Narben von Unfällen, blaue Flecke vom Sturz oder Verletzungen aus dem Krieg.

Tatsächlich scheint das Gespür für Schmerzen und das Wissen darüber nach sozialen Milieus, biografischen Erfahrungen, Generationenlage und nach Lebenslagen zu variieren: In Milieus, deren Angehörige körperlich hart arbeiten, sind Schmerzen ein Naturereignis des sich langsam an der Arbeit und am Leben verschleißenden Körpers, dem man sich zu ergeben hat. Psychische Schmerzen kennt man dagegen eher nicht. Der Körper ist in der Gemeinschaft und in der notwendigen Arbeit aufgehoben. Aktivität und Schmerz bedingen und bestätigen einander. Man arbeitet in einem verwandtschaftlich organisierten Leistungs- und Belastungskollektiv, das Schmerz- und Körperrufen bestimmt (Boltanski 1976, Herzlich und Pierret 1991). Dem Körper wird Leistung für die Existenzsicherung abverlangt, wofür Schmerzen ausgehalten werden müssen, die durchaus auch abgewiesen werden (Le Breton 2003, Peller

2003). Jedenfalls darf darüber nicht unangemessen geklagt werden.

Am Beispiel der Studie zu den Schmerz Umgangsdeutungen der Hochaltrigen lässt sich verstehen, dass für die Befragten Schmerzen des körperlichen Verschleißes ihre Ausweise biografischer und historischer Erfahrungen sowie von Zugehörigkeit sind. Das bedeutet, dass zu einer guten Schmerzbehandlung auch gehört, die lebensweltlichen Sinnhorizonte der Patient*innen zu verstehen. Dafür genügen weder standardisierte Schmerzskalen noch das Versprechen kompletter Schmerzfreiheit.

Beispiel II: Psychiatrische Kranke in ländlichen Gemeinden

Die oben genannte Studie zeigt, dass über das Alltagswissen vom Körper Zugehörigkeit bestimmt wird, es markiert aber genauso die Abgrenzung zu Angehörigen von anderen Gruppen – eine Dimension, die durchaus problematisch sein kann, wie Denise Jodelet (1991a, 1991b) in ihrer ethnografischen Studie ländlicher französischer Gemeinden zeigt. Am Beispiel eines Reformprojektes, welches seit dem Jahr 1900 bäuerliche Familien dabei unterstützt, psychiatrische Patient*innen gegen eine Aufwandsentschädigung bei sich aufzunehmen, werden Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsgefahren bei psychischer Krankheit problematisiert. Die Kranken, vor allem Männer, nehmen im Zuge des Projektes am Alltag der Familien und der Gemeinden teil, und ihr Leben sollte sich, so das offizielle Ziel, normalisieren. Neben durchaus positiven Effekten – immerhin ist eine Privatunterbringung angenehmer, als ein Aufenthalt in der Klinik – kann Jodelet allerdings auch die unbeabsichtigten Wirkungen dieses frühen Enthospitalisierungsprojektes aufzeigen.

Statt eines normalen Zusammenlebens unter Gleichen beobachtet Jodelet nämlich auch mehr als 80 Jahre nach Einführung des Programms vielfältige Routinen und Rituale der Abgrenzung zwischen Einheimischen und Kranken. Im Kern dieser Grenz-

ziehungen steht der Körper: Alle Körpersekrete der Kranken – Blut, Tränen, Sputum, Schweiß, Urin, Stuhl, Sperma – werden von den Einheimischen mit einem strengen, aber unangesprochenen Tabu belegt, das durch Trennungen der Wäsche, des Essens, des Schlafens, der Arbeit, vor allem aber der Sexualität aufrechterhalten wird. Die Einheimischen schützen sich beispielsweise vor Berührungen mit den Patient*innen, die, wenn sie sich nicht vermeiden lassen, strikte Verfahren der symbolischen Reinigung nach sich ziehen, die weit über die sonst üblichen Hygienevorkehrungen hinausgehen. Diese „heimlichen“ Normen wirken hartnäckiger als offizielle rechtliche Regeln. Fragt man die Einheimischen allerdings danach, bekommt man zur Antwort, dass die üblichen Hygienestandards walten und man ansonsten mit den Kranken „ganz normal“ zusammenleben würde.

Auf solche Widersprüche zwischen „offiziellen“ Einstellungen einerseits, tatsächlichen Praktiken sowie den dahinter liegenden Vorstellungen andererseits lässt sich das Konzept des Alltagswissens anwenden. Im Fall des Enthospitalisierungsprojektes sind die Angehörigen der ländlichen Gemeinden von der latenten Vorstellung geleitet, dass Geisteskrankheit sowohl ansteckend als auch vererbbar sei. Solche Ideen lassen sich auf medizinische Theorien des 19. Jahrhunderts (die damals schon nicht mehr aktuell waren) sowie auf ältere humoralpathologische Anschauungen zurückführen, die seit dem Start des Projektes im Jahr 1900 von Generation zu Generation weiter gegeben und im Zusammenleben mit den Kranken beständig aktualisiert werden. Der (zugeschriebene) hereditäre und infektiöse Charakter der Geisteskrankheit führe demzufolge zur sittlichen Degeneration, die den Zusammenhalt und die moralische Integrität bedrohe, wenn sie auf die Angehörigen der Gemeinden übertragen werde. Solche Aussagen würden die Einheimischen zwar abstreiten, aber die unerbittlichen Trennungspraktiken stellen sicher, dass sie sich nicht mit den Kranken mischen, obwohl sie ständig in Kontakt sind. Auf

diese Weise werden wiederum die kollektiven Ängste der Einheimischen vor der Gefährlichkeit der Krankheit und der Kranken reproduziert.

Im Alltagswissen finden sich handlungsleitende Weltdeutungen, deren Wirkungen nicht zu unterschätzen sind, auch wenn Wissenschaft und der gesunde Menschenverstand dagegen sprechen. Im Falle der Enthospitalisierung psychiatrisch Kranker zeigt die Studie von Denise Jodelet, dass gemeindenahere sozialpsychiatrische Programme nicht notwendigerweise die Bandbreite der erwünschten Effekte bewirken. Das lässt sich auch heute noch beobachten: Erkrankte mit psychiatrischen Diagnosen besitzen zwar (entsprechend ihrer rechtlichen Betreuungsvereinbarungen und bezogen auf ihren Gesundheitszustand) weitgehend alle bürgerlichen Rechte, dennoch geht ihr Leben in den Gemeinden mit einer unmerklichen Distanz in den sozialen Beziehungen außerhalb (und möglicherweise auch innerhalb) ihrer Kernfamilien einher, unter der sie sicher auch leiden. Die Vorstellung ihres Andersseins ist immer noch kollektiv sehr tief verankert. Man möchte mit psychiatrisch Erkrankten höchstens oberflächliche Kontakte haben. So begrenzt Alltagswissen die alltäglichen Handlungsspielräume und Teilhabechancen jenseits der durchgesetzten formalen Rechte (und Pflichten).

Die Konsequenz dieser stillschweigenden Ausgrenzung aus den Nahräumen der zwischenmenschlichen Interaktionen ist, dass die Erkrankten im Rahmen der sozialpsychiatrischen In-

frastruktur ihre eigenen communities bilden, in denen sie unter sich sind. Für die Klinische Sozialarbeit ist das ein Dilemma: Zwar bewirkt sie eine Verbesserung der Situation der Erkrankten, kann aber gerade wegen ihrer Interventionen bisher keine komplette Normalität herstellen – hier fehlt (noch) die dafür notwendige Aufgeschlossenheit in der Bevölkerung gegenüber psychiatrisch Erkrankten.

Fremdverstehen und leibliche Kommunikation

Das Verständnis des Alltagswissens zeigt die Grenzen der gesundheitsbezogenen Kommunikation auf – aber auch ihre Chancen. Denn ganz allgemein ergeben sich nämlich für die Klinische Sozialarbeit über die Körpererfahrungen und das Körperwissen zahlreiche Zugangschancen zum Leben ihrer Adressat*innen, mit ihren oftmals schwer zu fassenden multiplen sozialen, psychischen und somatischen Problemen. Zu einer ernsthaft gestellten Frage nach dem Befinden: „Wie geht es Ihnen?“ gehört auch das Entziffern der leiblichen Äußerungen des Gegenübers. Durch das aufrichtige Hörenwollen der Antwort und des Deutens der Körperzeichen eröffnen sich zahlreiche Möglichkeiten zum niedrigschwelligen Fremdverstehen der leiblich-biografischen Erfahrung, ohne dass sofort die (höher-schwellige) Aufforderung einer Behandlung mit ihren strategischen Handlungsimperativen ausgesprochen werden muss.

Das Fremdverstehen bedeutet aber auch die Relativierung des expertiellen Wissens, denn zwischen dem wissen-

schaftlichen und professionellen Wissensvorrat der Klinischen Sozialarbeit sowie dem Alltagswissen ihrer Adressat*innen besteht ein Wechselverhältnis, beides bedingt sich. Die unterschiedlichen Modelle über Gesundheit und gesunde Lebensführung sowie die Krankheitslehren bleiben nicht auf die wissenschaftlichen Diskurse beschränkt, sondern diffundieren in die Lebenswelten des Alltags, lagern sich im Wissensvorrat der Subjekte ab, beeinflussen auch familiales Handeln und finden sich in ihren Konzepten von Krankheit und Gesundheit wieder. Alltagswissen markiert Zugehörigkeit und Abgrenzung und dirigiert Nähe sowie Distanz. Gleichzeitig beeinflusst es die Wahrnehmung des Körpers, von Gesundheit und Krankheit und findet Eingang in die Interaktion mit Expert*innen (Stichwort Empowerment und mündige Patient*innen).

Erst die Kenntnis der Alltagstheorien über Krankheit lässt die Bewältigungsmechanismen von Krankheiten in der jeweiligen Lebenswelt sowie die Interaktionsmuster im Umgang mit Expert*innen verständlich werden. Sie ist für die Praxis der Klinischen Sozialarbeit sehr wertvoll. Die milieuspezifischen Sozialisations- und Alltagserfahrungen schlagen sich in Alltagstheorien nieder, die wiederum die tatsächlichen Reaktionsweisen und Handlungsmuster grundieren und den Umgang mit dem Körper rahmen, Stresserfahrungen abmildern oder befördern, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen hervorrufen oder die Empfänglichkeit und Ansprechbarkeit für Therapien und Präventionsangebote moderieren.

Literatur:

Boltanski, L. (1976): **Die soziale Verwendung des Körpers**. In: Kamper, D.; Rittner, V. (Hg.): *Zur Geschichte des Körpers. Perspektiven der Anthropologie*. München: Hanser, S. 138–193.

Dreßke, S.; Ayalp, T. (2017): **Lebensschmerz – Verkörperungen des Historischen. Biografische Leidens- und Lebenserfahrungen Hochaltriger**. In: Keller, R.; Meuser, M. (Hg.): *Alter(n) und vergängliche Körper*. Wiesbaden: Springer VS, S. 209–231. Download unter: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-10420-7_10 (25.04.2019)

Flick, U. (1991): **Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit**. In: ders. (Hg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Asanger, S. 9–27.

Herzlich, C. (1991): **Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld**. In: Flick, U. (Hg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Asanger, S. 293–302.

Herzlich, C.; Pierret, J. (1991): **Kranke gestern, Kranke heute**. München: Beck.

Jellen, J.; Ohlbrecht, H.; Winkler, T. (2018): **Strategien im Umgang mit Krankheit – zum Versuch einer Typologie im Rahmen sich wandelnder Arzt-Patienten-Interaktionen**. In: *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik*. Wiesbaden: Springer, S. 173–193.

Jodelet, D. (1991a): **Madness and social representations**. Hemel Hempstead: Harvester.

Jodelet, D. (1991b): **Soziale Repräsentationen psychischer Krankheit in einem ländlichen**

Milieu in Frankreich. In: Flick, U. (Hg.) (1991): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Asanger, S. 269–292.

Keller, R.; Meuser, M. (Hg.) (2011): **Körperwissen**. Wiesbaden: Springer VS.

Le Breton, D. (2003): **Der Schmerz**. Zürich: diaphanes.

Morris, D. B. (2000): **Krankheit und Kultur**. München: Kunstmann.

Moscovici, S. (1991): **Die prälogische Mentalität der Zivilisierten**. In: Flick, U. (Hg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Asanger, S. 245–268.

Peller, A. (2003): **No pain, no gain**. In: *africa spectrum* 38. Jg., Heft 2, S. 197–214.

Metaphern als subjektive Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit

Rudolph Schmitt

Die vorhandene Literatur bietet erste Beispiele, dass Sprachbilder, also Metaphern, als Ausdruck subjektiver Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit gelten können. Diese subjektiven Perspektiven von Klient*innen sind für die Klinische Sozialarbeit relevant, die einen eigenen Auftrag zur Behandlung schwer erreichbarer Betroffener und zur Veränderung leidvoller Situationen sieht (Gahleitner, Pauls 2019).

Wenn Menschen von standardisierten (sozial-) pädagogischen, psychologischen oder medizinischen Institutionen und Programmen nicht erreicht werden, wird die Enge solcher Konzeptionen deutlich. Hier wird es unvermeidlich, sich auf den Eigensinn dieser Menschen einzulassen, um tatsächlich helfen zu können. Es legt nahe, sich ihren sprachlichen Ausdrucksformen neu zu widmen und sich dafür zu sensibilisieren, dass hinter scheinbar vertrauten Worten andere Welten aufscheinen. Der Aufsatz führt zunächst am Beispiel des Rauchens in das Phä-

nomen ein; streift dann die theoretischen Anschlussmöglichkeiten einer aus der kognitiven Linguistik (Lakoff, Johnson 2017) abgeleiteten qualitativen Forschungsrichtung und überlegt zum Schluss Konsequenzen für eine Form der Gesprächsführung, die die Werte der Klient*innen ernst nimmt und innerhalb ihres Denkens weiter entwickelt.

Ein Beispiel: Bilder des Rauchens

Das Thema des Rauchens eignet sich zur Darstellung gesundheitsschädigenden, gewohnheitsmäßigen und/oder absichtsvollen Verhaltens – 27 Prozent der Männer und 21 Prozent der Frauen über 18 Jahren in Deutschland rauchen (Kuntz et al. 2018, S. 50). Die metaphorischen Konzepte des Rauchens wurden in einer Sekundäranalyse rekonstruiert, die 36 Interviews mit Rauchenden und ehemals Rauchenden umfassten, welche im Rahmen mehrerer studentischer Projekte zu stoffbedingten Abhängigkeiten und deren Prävention entstanden waren (Schmitt, Köhler 2006). Ein metaphorisches Kon-

zept lässt zum Beispiel Zigaretten als Nahrungsmittel begreifen:

Metaphorisches Konzept I:

Rauchen ist Nahrung

- „wollt halt eigentlich bloß kosten“
- „die ham toll geschmeckt nach so 'ner Prüfung“
- „das war 'ne leckere Zigarette“
- „hatt ich och wieder Appetit auf 'ne Zigarette“
- „ist mir sozusagen nicht mehr bekommen“
- „würd's mir den ganzen Tag nur mehr danach gieren“

Das Rauchen ist, in der Sprache der kognitiven Metaphertheorie gefasst, hier der Zielbereich einer Metaphorisierung durch Bilder des Essens. Das metaphorische Konzept „Rauchen ist Nahrung“ impliziert Bewertungen aus diesem Bereich: Es schmeckt „lecker“ oder „toll“. Der Einstieg in den Konsum ist ein „Kosten“, die spätere Abwesenheit des Suchtmittels relativiert sich zum „Appetit“ danach. Das metaphorische Konzept naturalisiert also den Konsum eines potenziell tödlichen Suchtmittels zur alltäglichsten Handlung: Abstinenz kann in dieser Bildlichkeit des Essens nur als Hunger („gieren“) gedacht werden. – Aber das Rauchen wird auch in anderen Bildern erlebt und konstruiert:

Metaphorisches Konzept II:

Rauchen ist Lernen für das Leben

- „wir wollten das dann aber auch ausprobieren“
- „so geschult war darin keiner von uns“
- „Übung macht den Meister sozusagen“
- „es war mir also vorerst eine Lehre“
- „dann heimlich irgendwo geübt wie nimmst'n du die Zigarette“
- „Anfänger halten die Zigarette immer so, also die umfassen die mit der ganzen Hand“

Der Begriff der Metapher

Überraschend ist zunächst eine radikale Einfachheit der Definition: „Das Wesen der Metapher besteht darin, dass wir durch sie eine Sache oder einen Vorgang in Begriffen einer anderen Sache bzw. eines anderen Vorgangs verstehen und erfahren können.“ (Lakoff und Johnson 2017, S. 13). Eine Metapher überträgt also Bedeutungen von einem Bereich auf einen anderen. Ein Vorzug dieser Definition besteht darin, dass alltägliche Metaphern erfasst werden können, wie die folgenden Beispiele aus einer Studie zu alltäglichem Alkoholkonsum zeigen (Schmitt 2002): „*Es war wie als würde man durch eine dicke Nebelwand durchgucken.*“ oder „*Du kannst nicht mehr richtig klar denken.*“ Diese Redewendungen enthalten 3 Elemente einer weiten Definition von Metaphern nach Lakoff und Johnson (2018, S. 20–26):

- Es lässt sich ein Quellbereich der Metapher, das heißt eine für die Befragten konkret-sinnliche Erfahrungsbasis rekonstruieren: „Nebelwand“ und „nicht klar denken“ verweisen auf visuelle Sinneseindrücke und das Vermögen, Helligkeit, Dunkelheit sowie Grade dazwischen zu unterscheiden.

- Die Formulierungen beziehen sich zudem auf ein komplexes Ziel, nämlich den Zustand nach einer Intoxikation mit Alkohol.

- Sie übertragen dabei einen bildlichen Gehalt von einer konkreten semantischen Quelle (unscharfes Sehen) auf ein abstrakteres Ziel (Betrunkenheit).

Alle Redewendungen, in denen Bedeutungen von einer Bild-Quelle auf ein Bild-Ziel übertragen werden, gelten für Lakoff und Johnson als Metapher. Diese weite Definition umfasst Differenzierungen wie Symbol, Chiffre, Vergleich und Allegorie, wie sie in traditionellen sprachwissenschaftlichen Überlegungen üblich waren. Sie fokussiert nur auf den Prozess der Übertragung von Mustern der Wahrnehmung von einem Phänomen auf ein anderes. Diese Übertragung dient gleichermaßen der individuellen Versprachlichung des Phänomens wie der sozial geteilten Sinnstiftung.“ (Schmitt 2018)

Schmitt, R. (2018): Metaphernanalyse. In: socialnet Lexikon. Online abrufbar: <https://www.socialnet.de/lexikon/Metaphernanalyse> (28.04.2019)

- „ganz professionell ist es dann, wenn man die zwischen Zeigefinger und Mittelfinger hält und den Daumen vorn am Filter hat“

Das Rauchen wird hier als Lernprozess gedeutet, das „Probieren“ als Vorstufe zum „richtigen“ Rauchen. Die Rauchenden erscheinen in der Rangskala der Peergroup als „Anfänger“ und dann als „Professioneller“, als „geschult“. Das problematische Verhalten wird normalisiert und positiv konstruiert: Die Abhängigen erscheinen als Könner. Unschwer zu erkennen sind hier alternative Hierarchien der Anerkennung im Meisterungsmotiv, wenn man schon in der Schule nicht erfolgreich ist. – Eine dritte Gruppe von Metaphern lässt das Rauchen als vielfältigen Kampfplatz erscheinen:

Metaphorisches Konzept III:

Rauchen ist ein (Freiheits-)kampf

- Rauchen ist aufregend,
- man raucht tapfer mit,
- man kann seinen Mann stehen,
- es gibt Verfechter des Rauchens und Gegner
- Nikotin kann unangenehme Gefühle abtöten
- man darf sich nicht erwischen lassen

Diese 3 metaphorischen Muster des Denkens und Fühlens sind nur ein Ausschnitt aus weiteren Mustern (u.a. Rauchen als Medikament, als ökonomisches Tauschgeschäft, als Weg) – sie sollten ausreichen, um Resultate einer Metapheranalyse zu skizzieren.

Metaphern als subjektive Krankheitstheorien?

Das alltägliche, metaphorische Denken lässt sich nur begrenzt als subjektive Krankheitstheorie verstehen: Diese Bilder stehen zwanglos nebeneinander und sind daher nicht widerspruchsfrei; aber sie sind einfachste, „natürlich“ erscheinende Erklärungsmuster. Sie konstruieren Gesundheit und Krankheit aus den Begriffen des gelebten Alltags. Damit steht die Idee des metaphorischen Konzepts in einer Konkurrenz zu anderen Begriffen der Sozialwissenschaften wie „Deutungsmuster“, „Habitat“, „Diskurs“, „soziale Re-

Gesundheitsbezogene Agency

„Agency beschreibt die realen Handlungsoptionen der Menschen, sich für oder gegen ein Handeln zu entscheiden und betrachtet diese Optionen in Relation zu dem situativen Kontext, in dem sie sich befinden. Optionen basieren auf eigenen Fähigkeiten, Möglichkeiten, Freiheiten, darüber hinaus aber gleichsam auf Motiven, erworbenen und wertgeschätzten Umgangsformen, gesellschaftlichen Normen und zeitgeist-abhängigen Werten. Die Komplexität von Agency ist an die Lebenswelt der Akteure zurückzubinden. Dies impliziert Gesundheit ausgehend der Lebenswelt der Menschen zu verstehen.“ (...) Die Orientierung an der gesundheitsbezogenen Agency „fokussiert weniger auf die Verantwortung Einzelner, sondern hebt auf die Verhältnisse ab, in denen die Chancen auf Gesundheit im Alltag verteilt werden.“

Rademaker, A. L. (2018): Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten. Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Beltz Juventa Verlag, S. 27 f.

präsentationen“ oder „tacit knowledge“, die auf diesem begrenzten Raum nicht entwickelt werden kann (Schmitt 2017, S. 117–189). Schaut man sich eine neuere Synopse der Diskussionen um subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit an (Rademaker 2018, S. 108–137), so scheinen die dort mit anderen Methoden gebildeten Typen auf metaphorische Konzepte hinauszulaufen: Gesundheit als Balance, als eigene oder äußere Kraft, als Besitz (Potenzial), als Wachstum oder Verkümmern etc. Die Alltäglichkeit der Metaphern als sinngebende Phänomene prädestiniert sie als zu rekonstruierende Phänomene für die Sozialwissenschaften. Metaphernanalysen erlauben es, konkrete Mischungen von Vorstellungen zu analysieren, denn kaum ein Mensch lässt sich auf einen einzigen Typus (oder eine Metapher) reduzieren. – Nur stichwortartig soll hier auf einige Annahmen der kognitiven Metaphertheorie nach Lakoff und Johnson verwiesen werden (Schmitt 2017):

Unüblich weiter Metaphernbegriff

Die Beispiele zeigen, dass Lakoff und Johnson (2017) einen sehr weiten Metaphernbegriff nutzen. Als Metapher werden alle sprachlichen Äußerungen gedeutet, die eine Übertragung von Bedeutungsstrukturen aus in der Regel einfacheren und gestalthaft formulierten Bereichen (beispielsweise Nah-

rung, Kampf ...) auf komplexe, neue, umstrittene oder tabuierte Bereiche (beispielsweise Rauchen) erkennen lassen. Lakoff und Johnson interessieren sich anders als viele Metaphertheorien nicht für auffallende oder literarische, sondern für umgangssprachliche Metaphern.

Homologie von Denken und Sprechen

Die Verwendung von Metaphern ist nicht zufällig, sondern verweist auf in sich konsistente Denk-, Wahrnehmungs-, Emotions-, Kommunikations- und Handlungsmuster: „Rauchen als Freiheitskampf“ bündelt Affekte, Kognitionen und Handlungen.

Viele Metaphern, wenige metaphorische Konzepte

Metaphern treten nicht zusammenhangslos auf, sondern lassen sich bündeln. Aus einer Vielzahl von Metaphern lassen sich metaphorische Konzepte rekonstruieren, die dem gleichen Bild folgen: In der vorliegenden Studie ließen sich 2440 Metaphern finden, die sich in 20 metaphorischen Konzepten ordnen ließen (Schmitt, Köhler 2006). Die systematische Metapheranalyse (Schmitt 2017; vgl. zur Einführung: Schmitt, Schröder, Pfaller 2018) entwickelt die kognitive Linguistik nach Lakoff und Johnson (2017) zu einer Methode zur Rekonstruktion metaphorischer Konzepte weiter. Sie besteht im Wesentlichen aus 3 Arbeitsphasen:

Qualitative Gesundheitsforschung

„Begreifen wir Gesundheit und Krankheit im Kontext sozialwissenschaftlicher Theoriebildung als soziale Konstruktion in gesellschaftlichen Kontexten und fassen wir die in ihnen tätigen Menschen als Handlungs- und damit auch deutungsfähige Subjekte, die ihre Lebenswelten ihrer Handlungsmächtigkeit (agency) entsprechend zu gestalten versuchen, dann sind qualitative Forschungsansätze in besonderer Weise geeignet, krankheits- wie auch gesundheitsbezogene Prozesse aus der Perspektive der Akteure zu rekonstruieren bzw. qualitativ empirisch in den Blick zu nehmen.“

Homfeldt, H. G. (2010): Gesundheit. In: Bock, K.; Miethe, I. (Hg.): Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen & Farmington Hill: Barbara Budrich Verlag, S. 127.

- a) Identifikation und Extraktion aller einzelnen Metaphern aus Interviews bzw. anderen Textmaterialien unter Vermeidung einer Interpretation;
- b) Rekonstruktion metaphorischer Konzepte aus einzelnen Metaphern, in denen dasselbe Quellbild (beispielsweise Nahrung, Lernen) auf dasselbe Zielphänomen (beispielsweise Rauchen) übertragen wird;
- c) Rekonstruktion der Implikationen, die die verwendeten metaphorischen Konzepte für das zu untersuchende Phänomen haben.

Die Methode kann je nach verwendetem Ausgangsmaterial Studien zu Einzelfällen, (Sub-)Kulturen und auch kulturellen Unterschieden leisten.

Empirische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit

Metaphern eignen sich besonders zum Ausdruck von Schmerz und Körperbefinden und überspringen damit den Graben zwischen einem nicht begrifflichen Deutungsvermögen und bewusstsprachlicher Reflexionstätigkeit; sie stellen ein Übergangsfeld dar. Die deutschsprachigen Beiträge zur metaphoranalytischen Diskussion von Gesundheit und Krankheit sind ver-

schwindend im Vergleich zur englischsprachigen, so in der Übersicht (Schmitt 2017, S. 271–294). Insbesondere zu Krebserkrankungen und AIDS sind viele englische Studien zu finden, welche die sprachlichen Bilder der von der Erkrankung betroffenen Menschen, aber auch die Metaphern des massenmedialen Diskurses nachzeichnen. Spezialstudien wie beispielsweise zu Epilepsie und Querschnittverletzungen im Rugby liegen ebenfalls vor (ebd.). In der neuesten deutschsprachigen qualitativen gesundheitswissenschaftlichen Forschung werden metaphoranalytische Herangehensweisen immerhin zitiert (Ohlbrecht, Meyer 2018). Dagegen gibt es bereits den ersten Handbuchartikel im englischsprachigen Bereich, der ausschließlich metaphoranalytische Perspektiven auf das Thema referiert (Demjén, Semino 2017).

Im Kontext der Klinischen Sozialarbeit sind bereits die metaphorischen Muster des Alkoholkonsums (Schmitt 2009) diskutiert worden: Wenn beispielsweise männliche Alkoholranke oder -missbrauchende ihr Trinken als „Leistung“, „Kampf“ oder „Sport“ darstellen, dann sind nicht nur metaphorische Heldentaten gemeint, sondern

auch für die Betroffenen und ihre Umwelt problematische Selbstdefinitionen und Handlungsvollzüge, deren Veränderung zuweilen an sprachlich unattraktiven Metaphern von unmännlicher „Abstinenz“ oder „Nüchternheit“ scheitert.

Metaphernreflexive Beratung

Beratung und Prävention sind dann hilfreich, wenn sie Reflexionsprozesse in Gang setzen: wenn sie dazu führen, die eigenen Denkmuster zu erkennen, ihre Implikationen zu identifizieren und Alternativen zum bisherigen Verstehen zu entwickeln. Dann können abhängigkeitsfördernde oder gesundheitsschädigende Konzepte dekonstruiert, ihre Umdeutung ermöglicht oder selbstermächtigende Bilder entwickelt werden. Eine frühe Variante einer solchen metaphorreflexiven Beratung wurde in Schmitt (2016) vorgestellt und in Schmitt, Heidenreich (in press) weiterentwickelt. Ihre Vorgehensweise soll hier kurz skizziert werden:

Metaphernanalytisch fundierte Selbsterfahrung

Der weitreichende Metaphernbegriff von Lakoff und Johnson legt es nahe, dass unsere eigenen, unvermeidlichen Metaphern zur Strukturierung – und damit auch: zur Verzerrung – der Wahrnehmung führen. Um sich davon zu distanzieren, sollten professionell Helfende mit Hilfe von Lakoff und Johnson (2017) eigene Texte (Tagebücher, Briefe, Mails etc.) auf ihre Metaphern untersuchen.

Validieren der Metaphern der Klient*innen

Für den Beginn einer Beratung wird vorgeschlagen, die Metaphern der Klient*innen wertschätzend zu spielen und ihre Implikationen zu entwickeln. Dieses Validieren sollte sensibel sein für die Bilder, die für die Beratung selbst gebraucht werden (wird sie als Belehrung, Beichte, Kampf o. ä. gefasst?) wie für die Bilder, in denen die Klient*innen sich selbst und ihr Problem konstruieren. Dieser Prozess entwickelt eine situative passende Arbeitsbeziehung. In der Arbeit mit rauhenden Jugendlichen heißt dies, erst zu verstehen, wie sie das Rauchen ver-

Literatur:

Demjén, Z.; Semino, E. (2017): **Using metaphor in healthcare: Physical health**. In: Demjén, Z.; Semino, E. (Hg.): *The Routledge Handbook of Metaphor and Language*. Abingdon: Taylor and Francis.

Gahleitner, S.B.; Pauls, H. (2019): **Klinische Sozialarbeit [online]**. socialnet Lexikon. Bonn: socialnet, 17.01.2019. Verfügbar unter: <https://www.socialnet.de/lexikon/Klinische-Sozialarbeit> (23.03.2019)

Kuntz, B.; Zeiher, J.; Starker, A.; Lampert, T. (2018): **Tabak: Zahlen und Fakten zum Konsum**. In: *DHS Jahrbuch Sucht 2018*. Lengerich: Pabst.

Lakoff, G.; Johnson, M. (2017): **Leben in Metaphern** (übersetzt von Astrid Hildenbrand). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. 9. Auflage. (Orig. 1980: *Metaphors we live by*. Chicago: The University of Chicago Press)

Ohlbrecht, H.; Meyer T. (2018): **Qualitative Methoden in der Gesundheitspsychologie und Gesundheitsforschung**. In: Mey G.; Mruck K. (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Springer Reference Psychologie. Springer, Wiesbaden, https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_65-1

Rademaker, A. L. (2018): **Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten**. Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim: Beltz Juventa.

Schmitt, R. (2009): **Metaphernanalyse am Beispiel des problematischen Alkoholkonsums**. In: Gahleitner, S. B.; Hahn, G. (Hg.): *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis, Forschung für die Praxis*, S. 152–163. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schmitt, R. (2016): **Arbeiten in und mit Metaphern: eine konzeptionelle Anregung**. In: *Resonanzen*, Band 4 Nr. 1, S. 25–44. Volltext abrufbar unter: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/383> (25.04.2019)

Schmitt, R. (2017): **Systematische Metaphernanalyse als Methode der qualitativen Sozialforschung**. Wiesbaden: Springer VS.

Schmitt, R.; Heidenreich, T. (in press): **Metaphern in Psychotherapie und Beratung. Eine metaphorreflexive Perspektive**. Weinheim: Beltz.

Schmitt, R.; Köhler, B. (2006): **Kognitive Linguistik, Metaphernanalyse und die Alltagspsychologie des Tabakkonsums**. In: *Psychologie und Gesellschaftskritik*, Jg. 30, Heft 3/4, S. 39–64. Verfügbar unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/28812/ssoar-psychges-2006-34-schmitt_et_al-kognitive_linguistik.pdf (25.04.2019)

Schmitt, R.; Schröder, J.; Pfaller, L. (2018): **Systematische Metaphernanalyse. Eine Einführung**. Wiesbaden, Springer VS.

stehen: als Lernen und Können, als Freiheitskampf, als Geben und Nehmen, als Nahrung etc. Die Metaphorik des Freiheitskampfs könnte ein Hinweis sein, dass die Beratungsbeziehung ebenfalls durch Kämpfe um Abgrenzung strukturiert sein könnten.

Arbeiten innerhalb der Metaphorik der Klient*innen

Nach der Sicherung des Verstehens und der Arbeitsbeziehung können in einem zweiten Schritt die Schattenseiten der metaphorischen Konstrukte elaboriert werden: Wenn beispielsweise die Rituale des Trinkens soziales Geben und Nehmen bedeuten („einen ausgeben“), dann ist Nichttrinken ein Verweigern von Zugehörigkeit und eine empfindliche Störung der sozialen Bindung. Wie können Geben und Nehmen auf eine andere Weise entwickelt werden? In unserem Beispiel des Rauchens: Die positiv empfundenen Konstruktionen, dass Rauchen Anerkennung durch Könnerschaft in der Peergroup verschafft, verweist auf den

Mangel, in anderen Feldern der Lebenswelt Anerkennung zu bekommen.

Umdeutung von Metaphern

In Interviewbeispielen ließ sich zeigen, dass eine spezifische Form der Umdeutung in der Lebenswelt vorkommt (Schmitt, 2002b): So gebrauchen trinkende Männer oft eine Metaphorik des Kampfs („Kampftrinker“, „einen Kasten Bier niedermachen“, Alkohol als „Nachschub“). In Interviews mit abstinent lebenden Männern lässt sich das gleiche Denkbild in der Abstinenz finden, die nun als männlich-kämpferische Höchstleistung und „täglicher Kampf“ geschildert wird. Diese Umdeutung der Situation, vorher als Trinker ein Held, nun als Abstinenter ebenfalls ein Held zu sein, taugt als praktischer wie theoretischer Hinweis: Metaphorische Konzepte können als etablierte Deutungsmuster nicht einfach „dekonstruiert“ werden, da sie für die Subjekte funktional sind. In diesem Sinn kann Beratung bewirken, dass metaphorische Deutungsmuster weni-

ger selbst- und fremdschädigend genutzt, sondern konstruktiv gewendet werden und dass im besten Fall reflexive Distanz zu ihnen entsteht. Im obigen Beispiel folgte die Metaphorik der Abstinenten ebenfalls des „Kampfs“ gegen das Verlangen.

Anbieten von neuen Metaphern

Nicht ausgeschlossen, aber problematisch scheint das Anbieten neuer Metaphern, das in der Praxis das Risiko des manipulierenden Überstülpens fremder Konzepte birgt. Sammlungen angeblich hilfreicher Metaphern sollten daher skeptisch betrachtet werden; zudem dürften sich lehrbuchartig gelistete Metaphern durch ihre Wiederholung verbrauchen. Schmitt und Heidenreich (in press) gehen davon aus, dass metaphorische Schemata – ganz im Sinne von Piaget – sich im Verlaufe eines Lebens aufbauen und ihre Veränderung nur da gelingt, wenn eine Irritation die bisherigen Schemata weiter entwickeln kann (bei Piaget: eine Akkommodation).

Anzeige

MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

Voraussetzungen:

berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

Studienumfang:

90 Credits

Studienkosten:

z. Zt. 7.000,- Euro

Bewerbungsschluss:

1. Juli 2020

Studienbeginn:

WS 2020/21

Kontakt/Informationen:

Katholische Hochschule für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin

Ansprechpartnerin:

Margit Wagner
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 - 47
margit.wagner@khsb-berlin.de



www.khsb-berlin.de



Subjektive Gesundheitstheorien in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil

Impressionen aus einer qualitativen Interviewstudie

Patricia Graf und Albert Lenz

Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, sind häufig besonderen Herausforderungen im Alltag ausgesetzt und haben ein erhöhtes Risiko, selbst im Jugend- oder Erwachsenenalter psychisch zu erkranken (Rasic 2014; Weissmann 2016). Sie stellen daher eine wichtige Zielgruppe für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen dar. Es existiert eine Vielzahl an Interventionen, auch im deutschsprachigen Raum, die sowohl aus einer Risiko- als auch einer Resilienzperspektive die Kinder und ihre Familien adressieren (Übersicht bei Lenz 2014).

Wenngleich der Fokus auf der Krankheitsprävention für diese Zielgruppe definitiv eine relevante Legitimation hat, soll in diesem Beitrag eine alternative Perspektive eingenommen werden: Und zwar vom Störungs- oder Krankheitsfokus hin zu Gesundheitstheorien in den Familien ergo ihre subjektive Sichtweise psychischer Gesundheit. Laienperspektiven auf Gesundheit sind für die praktische Arbeit hoch relevant, da diese Perspektiven in Konkurrenz mit den Perspektiven der Expert*innen stehen und Gesundheitsverhalten maßgeblich beeinflussen können (Faltermajer 2016). Hierzu sollen Eindrücke aus einer qualitativen Interviewstudie dargestellt werden, mit Blick auf die Fragestellung:

Welche Theorien haben Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern über psychische Gesundheit und deren Aufrechterhaltung?

Hintergrund

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projektes (NePP: „Needs for Primary Prevention in Families with Mentally Ill Parents“, Förderkennzeichen 01EI1424b) wurde durch die

Katholische Hochschule NRW (Abteilung Paderborn) eine qualitative Interviewstudie in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil durchgeführt. Das Projekt ist Teil eines deutschlandweiten Forschungsverbunds zur Gesundheitskompetenz (HLCA: „Health Literacy in Childhood and Adolescence“) (www.hlca-consortium.de, Zadora et al. 2015). Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf einem Teil der Auswertung, weitere Resultate sind bereits an anderen Stellen publiziert (z. B. Wahl 2017, Wahl 2018).

Methodik

Es wurden problemzentrierte leitfadengestützte Interviews (Witzel 2000) in 18 Familien durchgeführt. Hierbei wurden 23 Erwachsene (17 erkrankte Elternteile, 5 Partner*innen, 1 Großelternanteil) und 23 Kinder im häuslichen Umfeld befragt. Die Rekrutierung erfolgte in Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Klinik. Die Kinder waren zwischen 7 und 16 Jahren alt und lebten mit dem erkrankten Elternteil in einem Haushalt. Das Diagnosespektrum der Eltern umfasste Depressionen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Die transkribierten Interviews wurden computergestützt mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Schreier 2012) ausgewertet, eine ausführliche Darstellung der Vorgehensweise findet sich bei Wahl et al. 2018. Im Folgenden werden Äußerungen dargestellt, die der Kategorie „Gesundheitsförderung“ zugeordnet wurden und primär Antworten auf die Frage „Was kann man tun, um psychisch gesund zu bleiben/damit es einem gut geht/damit man glücklich ist?“.

Ergebnisse

Auf die Frage „Was kann man tun, um psychisch gesund zu bleiben“ wurde

von den Befragten häufig mit einem Präventionsfokus (Vermeidung von X) geantwortet. So wurden verschiedene Maßnahmen angesprochen, die eine Erkrankung oder Wiedererkrankung (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) verhindern könnten, beispielsweise strukturelle Bedingungen im Beruf, aber auch Verhaltens- oder Denkweisen auf der individuellen Ebene (Verhältnis-/Verhaltensprävention):

- „[...] vielleicht kriegen die [Anm. der Autoren: psychisch erkrankten Eltern] dann auch mehr Urlaubstage [...] dann müssten die auch nicht so oft krank sein.“

(Mutter, 31 Jahre)

- „Allgemein kann man versuchen, nicht in Situationen zu geraten, die einen verunsichern, die inneren Stress auslösen, 'ne?“

(Ehemann, 44 Jahre)

- „[...] du musst jetzt von Anfang an anders denken und das lernen, damit du nicht irgendwann so endest wie sie halt“ *(Tochter, 13 Jahre)*

Aber die befragten Kinder und Erwachsenen berichteten auch einige Ideen auf verschiedenen Ebenen, wie psychische Gesundheit herbeizuführen und aufrechterhalten werden könnte (über einen reinen Präventionsfokus hinaus):

Umgang mit Problemen/Schwierigkeiten

- „Vielleicht, ähm, von Anfang an mit seinen Problemen offener umgehen.“ *(Ehefrau, 41 Jahre)*

- „Ich glaube, auf sich selber so 'n bisschen achten und sich selber auf seine eigenen Bedürfnisse Rücksicht ähm zu nehmen“

(Tochter, 14 Jahre)

Selbstwirksamkeit/Selbstbewusstsein

- „[...] dass man sich im Alltag versucht, soweit das möglich ist, einfach Aufgaben, ähm, vorzunehmen

und zu erledigen, ähm, die man auch schaffen kann, die man sich zutraut.“ (Ehemann, 44 Jahre)

- „Ja, und ansonsten versuchen wir ihn [Sohn] einfach zu stärken, dass er Selbstbewusstsein hat.[...] Und ähm, ja, an solchen Stellen einfach mal immer auch zwischendurch loben.“ (Mutter, 38 Jahre)

Soziales

- „Ähm, da würde ich jetzt sagen, ähm, dass man auch nicht so viel hauen soll und so und ja, so einfach nett zueinander, dann kann man auch besser leben.“ (Tochter, 8 Jahre)
- „Dass man in der Gesellschaft integriert ist, dass man Freunde hat, dass man auch Unternehmungen macht mit anderen Familien, Freunden, wie auch immer, ähm, dass man da einfach integriert ist so im normalen Leben.“ (Ehemann, 44 Jahre)
- „Ja, vielleicht dass man gute Freunde hat und nicht so komische Freunde hat, die man eigentlich gar nicht mag.“ (Tochter, 13 Jahre)
- „Ähm, wenn ich halt bei meinen Freunden bin zum Beispiel oder irgendwas Schönes mit meiner Familie unternehme, dann ist man doch glücklich.“ (Tochter, 10 Jahre)
- „Hm, ja, immer helfen und hilfsbereit sein.“ (Tochter, 10 Jahre)

Gesunder Lebensstil

- „Ähm Obst essen“ (Sohn, 11 Jahre)
- „Gesünder leben. Weniger Zigaretten, weniger Koffein.“ (Ehefrau, 41 Jahre)
- „Das tut gut, draußen zu sein, sich zu bewegen.“ (Mutter, 38 Jahre)
- „Vielleicht auch oft draußen sein, damit man frische Luft kriegt“ (Tochter, 10 Jahre)

Aktivitäten

- „Sich was kaufen.“ (Sohn, 11 Jahre)
- „Basteln, was malen.“ (Sohn, 8 Jahre)
- „... kann man auch ganz, äh, auch mal Fantasie freien Lauf lassen und auch Kreativität einsetzen, finde ich.“ (Tochter, 10 Jahre)
- „Wenn wir dann noch was anderes zusammen spielen können, zum Beispiel draußen in der Sandburg [...] bauen könnten.“ (Sohn, 8 Jahre)

Zusammenfassung

Sowohl die Kinder als auch die Erwachsenen aus den befragten Familien berichten verschiedene Ideen dazu, was aus ihrer Sicht für die psychische Gesundheit förderlich ist. Hierbei lassen sich die Aussagen grob den Ebenen „Umgang mit Problemen“, „Selbstwirksamkeit/Selbstbewusstsein“, „Soziales“, „Gesunder Lebensstil“ und „Aktivitäten“ zuordnen. Häufig finden sich auf die Frage nach Förderung der psychischen Gesundheit aber auch Antworten mit deutlicherem Bezug zur Krankheitsprävention als zur Gesundheitsförderung. Dies lässt die Vermutung zu, dass die Familien hier nicht differenzieren, sondern ähnliche Strategien sowohl für die Vermeidung psychischer Erkrankung als auch für die Stärkung psychischer Gesundheit als hilfreich annehmen.

Einordnung der Ergebnisse

Die Dimensionen, auf denen von einer elterlichen psychischen Erkrankung betroffene Familien Ideen zur psychischen Gesundheit äußern, lassen sich grob den Komponenten des biopsychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit (Egger 2008) zuordnen. Die biologische Dimension findet sich in der Kategorie „Gesunder Lebensstil“ wieder. Die Familienmitglieder sehen einen Zusammenhang zwischen Ernährung, Bewegung, gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen wie Rauchen und psychischem Wohlbefinden. Auch der psychischen Dimension wird von den Familien Relevanz beigemessen, dahingehend, dass „Umgang mit Problemen“ und „Selbstwirksamkeit/Selbstbewusstsein“ eine Bedeutung für das psychische Wohlbefinden zugeschrieben wird.

Besonders häufig wird von den Befragten aber die soziale Dimension als relevant für die psychische Gesundheit erachtet, sowohl von Kindern als auch Erwachsenen. Die subjektiven Gesundheitstheorien der Familien nehmen also Bezug zu allen Komponenten des biopsychosozialen Modells. Inwiefern die benannten Verhaltensweisen im Alltag der Familien tatsächlich Relevanz haben oder umgesetzt werden, bleibt jedoch unklar.

Bedeutung für die Praxis

Für die Klinische Sozialarbeit lässt sich hieraus ableiten, dass einerseits den Betroffenen verschiedene Facetten psychischer Gesundheit durchaus geläufig sind. Psychoedukation sollte daher auch alle Dimensionen des biopsychosozialen Modells umfassen, um für die Betroffenen anschlussfähig zu sein. Bei der Fokussierung auf eine Komponente, beispielsweise nur psychische Faktoren, bestünde die Gefahr, dass aufgrund einer empfundenen Widersprüchlichkeit eine Integration in das subjektive Gesundheitsmodell nicht gelingt.

Literatur:

Egger, J.W. (2008): **Grundlagen der „Psychosomatik“ – Zur Anwendung des psychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis.** Psychologische Medizin, 19(2), 12–22.

Faltermaier, T. (2016): **Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit.** In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit.* Wiesbaden: Springer, S. 229–241.

Lenz, A. (2014): **Kinder psychisch kranker Eltern.** Göttingen: Hogrefe.

Rasic, D.; Hajek, T.; Alda, M.; Uher, R. (2014): **Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies.** In: *Schizophrenia bulletin*, Volume 40, Issue 1, S. 28–38.

Schreier, M. (2012): **Qualitative content analysis in practice.** Sage Publications

Wahl, P.; Otto, C.; Lenz, A. (2017): **„... dann würde ich traurig werden, weil alle über meinen Papa reden“ – Die Rolle des Stigmas in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil.** In: *Das Gesundheitswesen*, 79. Jg., Heft 12, S. 987–992.

Wahl, P.; Otto, C.; Lenz, A. (2018): **Beeinflussende Faktoren bei der Inanspruchnahme von Hilfen – Hinweise aus einer qualitativen Interviewstudie in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil.** *Prävention und Gesundheitsförderung*, online first: <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0675-9>

Weissman, M. M.; Wickramaratne, P.; Gameroff, M. J.; Warner, V.; Pilowsky, D.; Kohad, R. G.; Verdelli, H.; Skipper, J.; Talati, A. (2016): **Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later.** In: *American Journal of Psychiatry*, Volume 173, Issue 10, S. 1024–1032.

Witzel, A. (2000): **The Problem-Centered Interview.** In: *Forum: Qualitative Social Research*, Volume 1, Number 1, Artikel 22.

Zamora, P.; Pinheiro, P.; Okan, O.; Bitzer, E.-M.; Jordan, S.; Bittlingmeyer, U.H.; Kessler, F.; Lenz, A.; Wasem, J.; Jochimsen, M.A.; Bauer, U. (2015): **„Health Literacy“ im Kindes- und Jugendalter – Struktur und Gegenstand eines neuen interdisziplinären Forschungsverbunds (HLCA-Forschungsverbund).** In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10. Jg., Heft 2, S. 167–172.

Gesundheitsbezogene Agency in jugendlichen Lebenswelten

Ein Plädoyer für eine Kultur der Gesundheitsförderung als Praxis der Sozialen Arbeit

Agency, vielleicht am besten übersetzt mit „Handlungsfähigkeit“, findet in der Diskussion um die Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit zunehmend Beachtung. Anna Lena Rademaker, die zum Thema „Agency und Gesundheit“ bereits eine Dissertation vorlegte, erweitert diese Schrift mit dem Anspruch, in ihrem nun vorliegenden Buch „stärker noch den Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit und Implikation für ihre Praxis“ (S. 9) auszuarbeiten. Die Studie ist in 2 Teile gegliedert. Im ersten Teil widmet sich die Autorin einer „Bestimmung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, ihrer Handlungsbereiche, -felder und Konzepte“ (S. 9) im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe und diskutiert die noch nicht gänzlich zufriedenstellend bewältigte Herausforderung, „Gesundheit und damit auch Gesundheitsförderung als konstitutiven Bestandteil“ (S. 14) der Kinder- und Jugendhilfe umzusetzen. Der zweite Teil präsentiert die Ergebnisse einer quantitativen Untersuchung von 482 Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren sowie eine qualitative Analyse, die auf Gruppendiskussionen mit ausgewählten Jugendlichen basiert.

In den Kapiteln 3 bis 7 des ersten Teils führt die Autorin in Zugänge zu Gesundheit und Gesundheitsförderung sowie Sozialer Arbeit und gesundheitsorientierter Sozialer Arbeit ein und verortet diese Zusammenhänge im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Zwar sind die hier dargestellten Sachverhalte bereits hinlänglich bekannt, doch gelingt es der Autorin, sie pointiert unter Einbezug der vorhandenen Fachliteratur mit Blick auf Kinder und Jugendliche zu veranschaulichen und damit insbesondere Studierenden, die sich der gesundheitsorientierten Sozialen Arbeit nähern wollen, eine gute Ausgangsbasis zu liefern. Kapitel 3 („Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten – Herausforderungen für die Soziale Arbeit“) eröffnet die Diskussion um Agency und argumentiert, dass die Herausforderung der Sozialen Arbeit darin besteht, „junge Menschen zu mehr Selbstbestimmung und Autonomie über ihr Leben und ihre Gesundheit im Alltag zu befähigen“ (S. 14). Kapitel 4 („Entwicklungslinien von Sozialer Arbeit und Gesundheit“) führt die Lebensweltorientierung als theoretisches Konstrukt zur Bearbeitung, Wiederherstellung und Befähigung subjektiver Lebens- und Gesundheitswelten ein, wobei diese Lebensweltorientierung als Folie dient, um ein Verständnis gesundheitsorientierter Sozialer Arbeit in diesem Handlungsfeld zu erzeugen. Darüber hinaus dient diese Systematisierung

der Hinführung zum Begriff der Agency im Kontext gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, die „reale Handlungsoptionen der Menschen [beschreibt], sich für oder gegen ein Handeln zu entscheiden und [...] diese Optionen in Relation zu dem situativen Kontext, in dem sie sich befinden“ (S. 27), zu betrachten. Eine wichtige Voraussetzung, um Agency zu ermöglichen, ist demnach die Verwirklichung von Partizipation. Die Autorin entwickelt nachvollziehbar und gelungen eine theoretische Bestimmung gesundheitsbezogener Agency in der Sozialen Arbeit und leitet von der Theorie zur Praxis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit über. Kapitel 5 („Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“) führt aus, wie Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe zu gestalten ist und welchem Akteursverständnis „die Kinder- und Jugendhilfe in ihrer Praxis auf der Mikro-, Meso- und Makroebene gezielt nachkommen“ (S. 49) sollte, um gesundheitsbezogene Agency zu verwirklichen. In Kapitel 6 („Gesundheit in der Lebensphase Jugend“) hebt die Autorin im Rekurs auf aktuelle Studien die Besonderheit dieser Lebensphase in Bezug auf Entwicklungsaufgaben und Gesundheit hervor und stellt in Kapitel 7 („Subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit“) unterschiedliche theoretische und empirische Zugänge vor, die „zur Analyse von Alltagskonstruktionen von Gesundheit und Krankheit“ (S. 109) dienen können.

Der zweite Teil ist einer umfassenden Erhebung gewidmet, die die Autorin mittels Fragebogen (N=482) unter 14- bis 17-jährigen Jugendlichen durchführte und deren Ergebnisse mit anderen Studien (beispielsweise KiGGS, HBSC) verglichen und tendenziell bestätigt werden (Kapitel 9). Kerntück der Untersuchung ist ein Hauptkomponentenmodell „Biopsychosoziale Gesundheit“, das der Autorin die Möglichkeit gibt, gesundheitliche Ungleichheit „insbesondere im Zusammenhang mit lebensweltlich einflussnehmenden Indikatoren“ (S. 168) zu rekonstruieren. Die Elemente dieser Hauptkomponentenstruktur sind:

- 1) subjektives alltägliches (habituelles) Wohlbefinden,
- 2) Lebensfreude und Lebenszufriedenheit,
- 3) körperliche Erkrankungen,
- 4) das Stimmungsniveau,
- 5) körperliches Wohlbefinden und
- 6) Gefühle von Einsamkeit und Zukunftssorgen (vgl. S. 169).

Aufbauend auf den Ergebnissen der Erhebung identifiziert die Autorin 3 Gesundheitstypen, die sich „statistisch betrachtet maximal in ihrer eigenen Einschätzung biopsy-

Rademaker, Anna Lena (2018): Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten – Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

chosozialer Gesundheit zwischen einander und minimal untereinander“ (S. 253) unterscheiden, und bringt diese Typen (Typ I: funktional-leistungsorientiert, Typ II ausgleichsbalanceorientiert und Typ III reaktiv-ausgleichend, S. 253 ff.) in einem weiteren Untersuchungsschritt in Form typenhomogener Gruppendiskussion (N=12) zusammen.

Das abschließende Kapitel 11 enthält Überlegungen zur Förderung gesundheitsbezogener Agency in jugendlichen Lebens- und Gesundheitswelten mit Blick auf die Etablierung einer gesundheitsfördernden Praxis in der Kinder- und Jugendhilfe und fordert, dass „Sozialarbeiter*innen mit dem Anliegen konfrontiert [werden], Gesundheit als Thema jugendlichen Alltags explizit in ihre Handlungspraxis zu integrieren“ (S. 288). Es sei geboten, so Anna Lena Rademaker, „Gesundheitsförderung als Praxis Sozialer Arbeit und insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe zu etablieren“ (S. 290). Dies bedürfe einer „Kultur innerhalb der Sozialen Arbeit, die Gesundheitsförderung junger Menschen als Praxis ihrer Arbeit versteht“ (ebd.). Damit ist auch das Plädoyer verbunden, ein solches Verständnis im Rahmen von Studium, Qualifikation und Weiterbildung bei Nachwuchswissenschaftler*innen und -praktiker*innen zu erzeugen. Anna Lena Rademaker hat eine Gesundheitsstudie vorgelegt, deren Einbettung in die Debatten um eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Allgemeinen und in die Kinder- und Jugendhilfe im Besonderen gelungen ist. Hervorzuheben ist die methodisch sehr anspruchsvolle, umfangreiche und erhellende Verknüpfung quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden, deren Ergebnisse durch zahlreiche Grafiken anschaulich aufbereitet wurden. Leider sind die Grafiken aufgrund des klein gehaltenen Schriftbildes mitunter schwer für den Lesenden zu erfassen.

Kritisch zu bemerken wäre in Anna Lena Rademakers Fachbuch lediglich das Fehlen einer eindeutigen begrifflichen Klärung des „Agency“-Konzepts, das von anderen Fachdisziplinen angeregt wurde und hier ohne spezifische Konturierung für die Soziale Arbeit erscheint. Eine klare Position der Autorin zum Begriff „Agency“ innerhalb der Sozialen Arbeit wäre hilfreich gewesen.

Katarina Prchal