Psychische Krisen: Biografische Deutungen, Bewältigungsstrategien und der Einfluss auf den Return to Work Prozess

Ute Beate Schröder[1], Ralf Stegmann[1], Inga Lisa Schulz[1], Uta Wegewitz[1]

baua: Fokus

In psychischen Krisen entwickeln Menschen u.a. Vorstellungen über Auslöser, den möglichen Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Dabei spielen auch implizite Orientierungen, die auf Erfahrungshandeln basieren, eine wichtige Rolle. Für ein besseres Verständnis dieser Orientierungen wurden in einer 18monatigen Mixed-Methods-Follow-up Studie (F2386) der BAuA qualitative Interviews mit Beschäftigten im Return to Work Prozess geführt und dokumentarisch analysiert. Dabei ließen sich vier Deutungen der Krise rekonstruieren und abhängig davon vier Bewältigungsstrategien unterscheiden. Fazit: Je intensiver sich die zurückkehrenden Beschäftigten mit ihrer Situation auseinandersetzen, desto besser gelingt die Rückkehr. Insofern bieten die Erkenntnisse wichtige Anknüpfungspunkte für (über-) betriebliche Akteure, die Wiedereingliederung angemessen zu unterstützen.

Inhalt

1 Einleitung 1
2 Ansatz und Methode 3
3 Biografische Deutungen 4
4 Typen von Bewältigungsstrategien 7
5 Das Zusammenspiel von Deutung und Bewältigungsstrategie 11
6 Bewältigungsstrategie und Return to Work Prozess 12
7 Diskussion 15
8 Fazit 17
Literatur 18

1 Einleitung

Ist ein Mensch krank, versucht er sich seine Situation zu erklären. Er entwickelt Annahmen über die Ursachen, das Wesen sowie Behandlungsmöglichkeiten und -chancen – so genannte subjektive Krankheitstheorien (Furnham 2017, Küchenhoff 1994, Leventhal et al. 1980, 1984). Verantwortlich für die unterschiedliche Wahrnehmung einer psychischen Krise ist das Zusammenspiel von biografischen, sozialen, milieuspezifischen und arbeitsplatzbezogenen Faktoren sowie das jeweilige Verständnis von Krankheit und Gesundheit (Faller 2001, Flick 1991, Furnham 2017, Schütz 1971b, Salewski 2002). In der Forschung lassen sich dazu zwei zenrale Richtungen unterscheiden (Flick 1991) die psychologische und die sozialwissenschaftliche.

[1] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

baua: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Bei der psychologischen Forschung steht das Individuum im Mittelpunkt. Dabei geht es um die Untersuchung von Strukturen des Handelns, von Ursachen, Prozessen sowie Verhalten (Faller 2001, Flick 1991, Furnham 2017, Salewski 2002, 2009). Der sozialwissenschaftliche Ansatz untersucht die Funktion und die Struktur von subjektiven Krankheitstheorien im Verhältnis von Individuum und Gesellschaft. Die Analyse bezieht dabei eine interaktive, soziale und kollektive Perspektive ein (Faltermaier 2009). Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive geht es z.B. um das Verstehen der Erkrankung im Lebenslauf, die Interpretation der Krankheit im Kontext sozialer Beziehungen, den Umgang mit der Erkrankung sowie die Deutung der Erkrankung als Grundlage für das zukünftige Handeln (Corbin et al. 2009, Schaeffer et al. 2009, von Kardorff et al. 2019). Subjektive Krankheitstheorien haben eine handlungssteuernde Funktion, dienen der Stabilisierung des Selbstwerts (Dann 1990) und bestimmen die individuelle gesellschaftliche Verortung. Sie sind prozesshaft, das heißt sie können sich im Verlauf des Erlebens und des Umgangs mit der Erkrankung verändern (Furn-ham 2017, Schaeffer 2009, Strauss/ Corbin 1985, von Kardorff et al. 2019). Zudem bilden sie sich unabhängig von der Diagnose heraus (Faller 1998, Salewski 2002). Das bedeutet, dass Menschen, obwohl sie unterschiedliche Diagnosen haben, eine übereinstimmende subjektive Krankheitstheorie entwickeln oder umgekehrt. Ausgehend von der jeweiligen subjektiven Krankheitstheorie haben Menschen Vorstellungen über die Bewältigung der Erkrankung. Die Forschung dazu unterscheidet u.a. zwischen dem stresstheoretischen und dem interaktionistischen Ansatz (Schaeffer 2009). Der stresstheoretische Ansatz untersucht z.B. bezogen auf die Arbeitssituation die Handlungskontrolle bei der Arbeit (Anforderungs-Kontroll-Modell, Karasek/ Theorell, 1990) und/ oder den Grad der Reziprozität der Tauschbeziehung zwischen Leistung und Belohnung (Modell beruflicher Gratifikationskrisen, Siegrist 1996). Die interaktionistische Perspektive nimmt zentral den Umgang mit der Krankheitssituation in ihren sozialen, psychischen und alltagsweltlichen Implikationen in den Blick (Alverson et al. 1995, Goffmann 1973; Becker 1963, Scheff 1973, Strauss 1975). Krankheit wird dabei als soziales Konstrukt, das sozial ausgehandelt und interaktiv hergestellt wird, verstanden. In der Forschung geht es um das Verständnis situativ ablaufender Interaktionsprozesse bei der Herstellung von Krankheit und vor allem beim Umgang mit der Erkrankung – darauf welche Situationswahrnehmungen und -deutungen, welche Interaktions- und Aushandlungsprozesse stattfinden sowie wie das Bewältigungshandeln sozial organisiert ist. Das Emanzipatorische dabei ist, dass nicht nur die Erkrankten, sondern auch die im sozialen Umfeld handelnden Akteurinnen und Akteure betrachtet und Erkrankte nicht nur auf ihre Krankenrolle reduziert, sondern als Handelnde gesehen werden (Glaser/ Strauss 1965; Corbin/ Strauss 1985, 1988, 1993, 2009). Die Bewältigung der Erkrankung wird aus dieser Perspektive nicht nur durch das Verhalten und Handeln der Erkrankten, sondern im Wesentlichen auch vom sozialen Umfeld beeinflusst.
Die hier vorgestellte Studie schließt sich einem sozialwissenschaftlichen und interaktionistisch-emanzipatorischem Ansatz an. Ziel war es zu untersuchen, wie die individuellen, krankheitsbedingten und arbeitsbezogenen Faktoren das Erleben, Verhalten und Handeln der zurückkehrenden Beschäftigten im RTW-Prozess beeinflussen und wie das Zusammenspiel erfolgt. Ausgangspunkt der Studie war, die Untersuchung nicht anhand von Vorannahmen zu strukturieren, sondern anhand der Erzählungen der Interviewten zu rekonstruieren. Es ging darum zu verstehen, wie Menschen ihre psychische Krise wahrnehmen, wie sie mit ihr umgehen und welche Schlussfolgerungen sie daraus in Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz ziehen und wie sich dies auf ihr Verhalten und Handeln auswirkt. Zudem ergänzen die Ergebnisse der Studie die Forschung um einen erkenntnistheoretischen Ansatz (Mannheim 1970, Bohnsack 2014), der aus unserer Sicht einen Gewinn in Bezug auf das Verstehen psychischer Krisen darstellt. Denn entsprechend diesem Verständnis wird das Handeln in Krisen nicht nur durch reflexives Wissen und Annahmen geleitet, sondern gleichzeitig spielen implizite Handlungsorientierungen, die den Menschen in der Regel reflexiv kaum zugänglich sind eine wichtige Rolle. Da die impliziten Handlungsorientierungen aber quasi die Basis für den Umgang mit der Krise darstellen, ist es auch in der praktischen Arbeit, also in der medizinisch-

therapeutischen Behandlung als auch im Prozess der Rückkehr an den Arbeitsplatz hilfreich, die biografischen Deutungen der Krise als auch die darauf aufbauenden Bewältigungsstrategien zu erkennen, wofür der folgende Artikel einen Beitrag leisten möchte.

2 Ansatz und Methode

Die betriebliche Wiedereingliederung kann als integraler Bestandteil der Bewältigung einer psychischen Krise verstanden werden und ist durch ein Zusammenspiel zwischen dem medizinisch-therapeutischen und dem betrieblichen System geprägt (Stegmann, Schröder 2018, 2021). Die qualitative Teilstudie der Mixed-Method-Studie F2386[1] untersuchte den Return to Work Prozess (RTW) als Längsschnittstudie in einem Zeitraum von einem Jahr. Das Ziel der qualitativen Teilstudie war es, das Erleben, Verhalten und Handeln im RTW-Prozess sowie die Wechselwirkungen zwischen personen-, therapie- und arbeitsbezogenen Faktoren mit Blick auf eine nachhaltige Wiedereingliederung zu analysieren. Dazu wurden die zentralen Handlungsorientierungen der Interviewten rekonstruiert und der Einfluss der oben genannten Faktoren im RTW-Prozess erforscht. Zu drei Zeitpunkten wurden narrativ fundierte Interviews mit 32 Beschäftigten im Alter zwischen 18 und 60 Jahren durchgeführt[2]. Das erste Interview fand kurz vor der Entlassung aus der Klinik, das zweite ein halbes Jahr und das dritte Interview ein Jahr später statt. Die Interviews wurden mit dem methodischen Ansatz einer analytischen Tiefenauswertung, der dokumentarischen Methode nach Bohnsack (2014), interpretiert. Ziel war es, implizites und explizites Wissen zu erfassen, miteinander zu verknüpfen und anhand von Typenbildungen darzustellen. Die Unterscheidung von explizitem und implizitem Wissen basiert auf der Erkenntnis, dass menschliches Handeln einerseits an Handlungsentwürfen orientiert ist, die jederzeit explizit benannt werden können. Andererseits gibt es ein implizites, atheoretisches Wissen - ein Wissen, das an das persönliche Erleben der Individuen gebunden ist (Mannheim 1970, Bohnsack 2014). Es beruht auf individuellen Erfahrungen und wird durch praktisches Handeln angeeignet. Zugespitzt formuliert kann gesagt werden, die Akteurinnen und Akteure „wissen selbst nicht, was sie da eigentlich (implizit) alles wissen“ (Bohnsack et al. 2010, S. 41). Dieses Erfahrungs- bzw. Handlungswissen kann nicht ohne weiteres reflektiert werden, ist jedoch handlungsleitend, auch beim Umgang mit einer Erkrankung. Die Rekonstruktion dieses Handlungswissens erfolgt anhand von Erzählungen, in denen die Befragten ihr Handeln und Verhalten schildern. In diesen offenen und erzählerisch dichten Schilderungen dokumentiert sich ein inkorporiertes Erfahrungs- und Handlungswissen, das sich darin zeigt, wie ein Thema von den Interviewten dargestellt bzw. gerahmt wird, d.h. in welchem Kontext erzählt wird. Die Rekonstruktion dieses Wissens erfolgt in drei Interpretationsschritten wobei das Zentrale der Vergleich zum einen innerhalb des Falls ist, zum anderen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen herausgearbeitet werden und schließlich in einer idealtypischen Typenbildung münden (können) (Bohnsack 2014)[3].
Bei der Rekonstruktion des Erlebens der psychischen Krise wurden drei zentrale Aspekte in den Blick genommen: die verschiedenen Hintergründe, die in die Krise führten, Bewälti gungsstrategien der Krise und die Rückkehr an den Arbeitsplatz. In diesem Artikel stehen die Bewältigungsstrategien der psychischen Krise und ihr Einfluss auf den RTW-Prozess im Fokus.

[1] Die Mixed-Method-Studie umfasste einen quantitativen und einen qualitativen Erhebungsteil. Bei der quantitativen Erhebung wurden 286 Personen zu vier Erhebungszeitpunkten telefonisch anhand eines Fragebogens befragt. Das qualitative Sample war ein Teilsample des Gesamtsamples mit 32 Personen.
[2] Das Sample umfasste 16 Frauen und 16 Männer; 5 Personen waren zwischen 25-35 Jahren, 9 Personen zwischen 4050 Jahren und 18 Personen waren zw. 50-60 Jahre alt 6 Personen gaben eine negative RTW-Prognose an, bei 12 Personen wurde eine Depression, bei 9 Personen eine Angststörung, bei 5 eine Anpassungsstörung, bei 6 Personen als Zusatzdiagnose Burnout diagnostiziert, In einer REHA-Klinik waren 17 Personen, in einer Akutklinik 15 Personen. Das qualitative Sample entspricht in seiner Zusammensetzung und seinen Merkmalsausprägungen dem Gesamtsample.
[3] Ein umfassender Überblick über Ansatz und Methodik dieser Studie ist im Bericht von Stegmann et al. (2021) zu finden: *www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2386.html*

Herausgearbeitet wurden vier Bewältigungsstrategien, denen jeweils spezifische biografische Deutungen der Krise zugrunde liegen.[4] Beide Aspekte bedingen einander und haben wiederum Einfluss auf die Rückkehr zur Arbeit. Weitere qualitative Ergebnisse dieser Teilstudie sind die Unterscheidung von verschiedenen Wegen in die Krise und damit einhergehende Risikotypen als auch die Herausarbeitung und Differenzierung von förderlichen Faktoren im Return to Work Prozess, die in weiteren Veröffentlichungen vorgestellt wurden (Stegmann et al. 2021; Schröder et al. 2021).

3 Biografische Deutungen

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Deutung einer psychischen Krise vor dem Hintergrund der je individuellen Biografie erfolgt, weshalb wir sie als biografische Deutungen bezeichnen. Die Deutungen erfolgen unabhängig von der Diagnose und stellen eine Verknüpfung von reflexivem Wissen und impliziten Handlungsorientierungen dar. Diese Deutungen sind nicht statisch, sondern können sich im Prozess des Bewältigungshandelns verändern (vgl. Diskussion). In der Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der einzelnen Fälle konnten vier verschiedene Arten der biografischen Deutung der Erkrankung rekonstruiert werden, die wir entsprechend ihren Merkmalen „Zäsur“, „Störfall“, „Erschöpfung“ und „Roter Faden“ genannt haben und die im Folgenden ausgeführt werden.

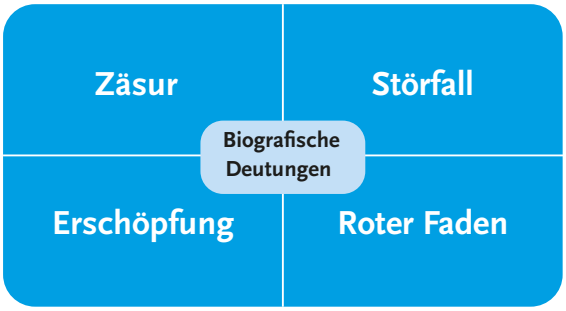

Abb. 1 Überblick biografische Deutungen

3.1 Die psychische Krise als Zäsur

Ich muss in meinem Leben etwas verändern, damit es besser weitergeht.

Menschen, die eine psychische Krise als „Zäsur“ verstehen, erleben die Krise zunächst als eine Situation einer allumfassenden Überforderung, die sich auf das gesamte Erleben bezieht, auf Körper, Geist und Emotionen. In den Schilderungen des Wegs in die Krise zeigt sich eine Vernachlässigung von eigenen Bedürfnissen und Emotionen. Dies kann so weit gehen, dass sich das Gefühl einstellt, „sich selbst verloren zu haben“. Häufig kommt es zu Wertekonflikten zwischen persönlichen und beruflichen Ansprüchen und dem Gefühl, weder bei der Arbeit noch im privaten Leben die Situation meistern zu können.

> *„Ich war Perfektionist, wollte alles richtigmachen und hundert Prozent geben und dabei bin ich selbst auf der Strecke geblieben.“*

[4] Die herausgearbeiteten biografischen Deutungen und Typen von Bewältigungsstrategien sind ideal-typisch. Dies bedeutet, dass sie im Einzelfall in Mischformen auftreten (können) und sich im Verlauf des Erlebens und der Auseinandersetzung mit der psychischen Krise verändern können.

„Ich spürte eine starke Anspannung, ich habe kaum noch Emotionen gehabt und war an vielen Stellen auch nicht bereit, Emotionen mit anderen zu teilen."[5]

Die biografische Deutung „Zäsur" steht für das Erleben der Krise als „tiefen Einschnitt" im Leben und geht mit dem Verständnis einher, die Krise als „Wendepunkt" zu verstehen, als Signal einer umfassenden Veränderung. Das krisenhafte Erleben bezog sich in unserer Untersuchung entweder nur auf die Arbeit oder auf Arbeit und Privatleben zusammen. In einigen Fällen, in denen beide Bereiche betroffen waren, wurde die Krise als fundamental und teilweise existenzbedrohend erlebt.

„Ich war am Boden zerstört. Für mich ist eine Welt zusammengebrochen."

Aufgrund des Verständnisses der Krise als „Wendepunkt" erfolgt eine selbstreflexive Auseinandersetzung. Zum einen beschäftigen sich die Zurückkehrenden mit der eigenen Biografie, dem Krankheitsverlauf, möglichen Ursachen und Auslösern der psychischen Krise. Zum anderen konnten wir rekonstruieren, dass die Auseinandersetzung auch Ansprüche, Werthaltungen und handlungsleitende Orientierungen umfasste, also implizites Wissen beinhaltete (siehe Seite 4 oben). Dieses wurde im therapeutischen Prozess und beim Ausprobieren neuer Verhaltensweisen den Zurückkehrenden reflexiv zugänglicher.

„Ich sage mal so, sehr wichtig war für mich meinen Ursprung noch mal zu reflektieren; wie überhaupt der Grundstein dafür gelegt werden konnte; denn es hat ja lange, lange Jahre sehr erfolgreich funktioniert, beruflich erfolgreich."

„Ich habe mich dabei selbst verloren auch. Und muss das halt wiederfinden. Und bin jetzt auch dabei langsam meine Aktivitäten wieder und meine eigenen Freiräume dafür zu kriegen, und dadurch geht=s mir auch besser langsam."

3.2 Die psychische Krise als Störfall

Ich brauche Techniken, Handwerkszeug und Regeln, die ich in belastenden Situationen nutzen und anwenden kann, damit ich zukünftig gesund bleibe.

Ein biografisches Verständnis, das die psychische Krise als abgegrenztes, singuläres Ereignis mit vorübergehendem Charakter wahrnimmt, wird hier als „Störfall" bezeichnet. Der Weg in die Krise wird sowohl bezogen auf die eigenen Handlungen als auch im Hinblick auf das Lebens- und Arbeitsumfeld situativ gedeutet. Die Erkrankten erklären sich die Krise anhand eines konkreten Anlasses bzw. einer abgegrenzten Situation (z.B. der Tod von Angehörigen, ein unerträglicher Vorgesetzter, eine überfordernde Arbeitsaufgabe), der für sie ursächlich in die Krise führte. Zudem erzählen die Interviewten von zunehmend aggressivem oder ängstlichem Verhalten, das sich sowohl auf das Arbeits- als auch das private Leben erstreckt. Gleichfalls spielt die Schilderung von körperlichen Symptomen eine größere Rolle als bei den anderen Deutungen.

„Ich habe bei meinem Chefchef Hilfe geholt, dann haben wir uns da mal zusammengesetzt; dann hatte ich erstmal einen Augenblick meine Ruhe. Dann ist der Chefchef weggegangen, dann wurde der Druck wieder erhöht, dann kam der neue Chefchef, dann habe ich bei dem auch wieder die Hilfe gesucht, aber dann ging die Kurve wieder runter."

[5] Alle kursiven und in Anführungsstrichen gesetzten Textpassagen sind sprachlich angepasste Originalzitate aus den geführten Interviews. Aus Datenschutzgründen und weil es keine Relevanz hat, werden keine Angaben zu Geschlecht, Beruf, Alter etc. gemacht.

„Und weil ich aufgrund der ganzen Stresssituation auch schnell aggressiv geworden bin, da habe ich mich über Sachen so schnell aufgeregt und bin dann praktisch von null auf hundert, ging das immer."

Die Krise wird zwar ernst genommen, wird aber nicht als ein Wendepunkt erlebt. Sie wird als akute Zuspitzung einer als lange unerträglich oder überfordernd empfundenen Situation gedeutet, die einen konkreten Auslöser hat. Das Anliegen ist, die Symptome der Krise besser zu verstehen, um zukünftig frühzeitig reagieren zu können. Gesucht wird nach „Handwerkszeug", das hilft, um mit belastenden Situationen besser umgehen zu können. In der Auseinandersetzung mit der Krise steht ein mittlerer bis wenig reflexiver Umgang im Vordergrund. In erster Linie folgt das Verständnis der Krise einem angenommenen Ursache-Wirkung-Zusammenhang. Eine Auseinandersetzung mit individuellen Werthaltungen, Ansprüchen oder Orientierungen, die ihr Handeln beeinflussen, erfolgt nicht.

„Ich habe immer gesagt so ein Handwerkszeug zu haben für irgendwie den Moment, wo es losgeht, um da anders reagieren zu können. Und das habe ich, glaub ich, schon mitgekriegt. So die große Herausforderung wird jetzt natürlich tatsächlich sein, dass irgendwie so fest in den Alltag einzubinden, dass das bleibt und nicht wieder verloren geht."

3.3 Die psychische Krise als Erschöpfung

Ich muss nur zur Ruhe kommen, mich erholen, regenerieren und wieder Kraft tanken, dann wird alles wieder gut.

Menschen, die ihren aktuellen Zustand als „zeitweilige Erschöpfung" beschreiben, deuten diesen nicht als psychische Krise. Die Situation wird zwar als krisenhaft erlebt, hat aber für sie keinen Krankheitswert. Sie ist lediglich Ausdruck dafür, dass Körper und Geist nicht mehr so wollen, wie es die Betroffenen möchten und wie sie es gewohnt sind. Der Hintergrund dafür kann ein Nicht-Erkennen oder ein Nicht-Wahrhabenwollen sein. In den Erzählungen über den Weg in die Krise lässt sich eine hohe Verausgabungs- und Verantwortungsbereitschaft rekonstruieren. Nicht nur bei der Arbeit, sondern auch im Privatleben werden Aufgaben bereitwillig übernommen und übererfüllt, ohne eigene Regenerationsmöglichkeiten oder eigene Interessen wahrzunehmen.

„Das Hauptproblem war dann im vergangenen Jahr sozusagen, da hat insgesamt die Belastung so zugenommen, durch verschiedene Faktoren; also Arbeit ist ein großer Faktor, aber da kam privat dann noch ganz, ganz viel dazu, so dass es eigentlich gar keine Luft mehr gab, irgendwie mich in irgendeiner Weise zu regenerieren."

Die biografische Deutung als Erschöpfung steht für das Erleben der Krise als vorübergehendem Zustand, der die `Normalität´ einschränkt, dessen Ursachen aber – Überforderung - und dessen Bewältigung – Erholung – vor dem Hintergrund dieser Perspektive eindeutig verortet werden. Diese Menschen befinden sich nicht auf der Suche nach Erklärungen im Umgang mit der Krise, sondern haben schon Antworten. Sie suchen „Abstand" zu ihrer bisherigen Situation mit dem Ziel der Regeneration. In der Auseinandersetzung mit der Krise stehen körperliche und emotionale Symptome im Vordergrund. Energieverlust, Antriebslosigkeit, Schlaf- und Konzentrationsprobleme sind sich wiederholende Beschreibungen und stehen dafür, dass aus Sicht dieser Menschen ihre „Akkus so gut wie leer sind" und „wieder aufgeladen werden müssen". Achtsamkeit besteht gegenüber der Erschöpfung. Eine reflexive Auseinandersetzung mit möglichen Ursachen, Ansprüchen oder Handlungsorientierungen wird nicht angestrebt.

„Jetzt muss ich mich erstmal irgendwie erholen und runterkommen und mich mal irgendwie wieder ein bisschen aufbauen, mal ein bisschen nach mir gucken, damit ich überhaupt mal wieder hier auf so einem normalen Level mich bewege. Und nicht immer wie so ein aufgedreh ter Hans Franz da in der Luft rumtobe."

3.4 Die psychische Krise als Roter Faden

Ich möchte etwas ändern, aber ich fühle mich teilweise überfordert.

Das Deutungsmuster „Roter Faden" beschreibt eine biografische Verortung der aktuellen Krise, die in einer Reihe ähnlicher Ereignisse steht, die sich durch das bisherige Leben ziehen. Die Interviewten beschreiben die Krise bzw. Erkrankung als Ausdruck ihrer Lebensgeschichte, deren Ursprünge sie teilweise schon in ihrer Kindheit bzw. frühen Jugend sehen. Sie erwähnen in diesem Kontext meist auch zurückliegende Episoden bzw. Therapien und/oder Klinikaufenthalte. Die gegenwärtige Krise wird als eine Neuauflage schon erlebter und bekannter Krisen wahrgenommen.

„Ich bin gut im Funktionieren. Ich funktioniere schon mein ganzes Leben. (...) Vor fünf Jahren ging es mir schon einmal richtig schlecht und vor zehn Jahren auch, da habe ich dann eine Psychotherapie gemacht."

„Also ich glaube, das hatte schon ein paar Vorläufer. Ich hatte jetzt in der Therapie mit den Gesprächen auch herausgefunden, dass ich wahrscheinlich in der Kindheit schon einmal eine Depression hatte, wahrscheinlich, das kann man ja irgendwie schlecht nachvollziehen oder nachbeweisen. Und ich hatte vor ungefähr fünf Jahren schon einmal eine depressive Episode und jetzt hat diese Depression, ich tippe auf ungefähr ein Jahr Vorlauf."

Vor diesem Hintergrund werden die aktuelle Krise und ihre Auslöser als komplex beschrieben. In der Regel sind davon alle Lebensbereiche betroffen. Die Probleme werden als vielfältig und vielschichtig erlebt, wodurch deren Bewältigung als besondere Herausforderung thematisiert wird. Gleichzeitig ist der Umgang mit der Krise achtsam-reflexiv. Schritt für Schritt versuchen die Interviewten, ihre Situation zu verstehen. Davon abhängig wie ihnen das gelingt, ergeben sich daraus mehr oder weniger ausdifferenzierte Bewältigungsstrategien. Denjenigen, die die erneute Krise durch Selbstreflexion und die Auseinandersetzung mit ihren Handlungsorientierungen bewältigen (erkenntnis-orientierte Bewältigungsstrategie s.u.), gelingt es mit der Zeit, ihr Leben neu zu ordnen, ihre Ansprüche und Werthaltungen zu hinterfragen und so Verhaltens- und Handlungsspielräume zu erweitern. Sie finden zu einer neuen Stabilität und Selbstwirksamkeit, die langfristig trägt und auch die Option beinhaltet, auf die äußeren Umstände der Rückkehr zur Arbeit positiv einzuwirken. Eine derart umfassende Auseinandersetzung mit den biografischen Bezügen der Erkrankung steht aber nicht immer im Mittelpunkt. Im anderen Fall versuchen die Betroffenen ihre Auseinandersetzung auf die aktuelle Krise zu beschränken (nutzen-orientierte Bewältigungsstrategie s.u.). Sie wollen die Erkrankung und ihre Symptome besser verstehen stehen lernen, um frühzeitig gegensteuern zu können. Im Blickpunkt steht dabei ein vorausschauender und proaktiver Umgang mit der Erkrankung, um weitere psychische Krisen möglichst zu vermeiden.

4 Typen von Bewältigungsstrategien

Bezogen auf den Umgang mit der Erkrankung konnten in unserer Studie vier unter-schiedliche Typen von Bewältigungsstrategien rekonstruiert werden. Diese haben wir als erkenntnis-orientierte, nutzen-orientierte, erholungs-orientierte und ohnmächtig-orientierte Bewältigungsstrategie bezeichnet. Sie korrespondieren mit den biografischen Deutungen und zeigen

das Erleben der psychischen Erkrankung, deren Akzeptanz bzw. Nichtakzeptanz sowie die Art und Weise der Auseinandersetzung mit dieser auf. Die Rekonstruktion erfolgte unabhängig von der Art der Klinik und auch unabhängig von der ärztlich/ therapeutischen Diagnose. Ziel war es herauszufinden, was das Spezifische ist, das den jeweiligen Umgang mit der Erkrankung ausmacht.

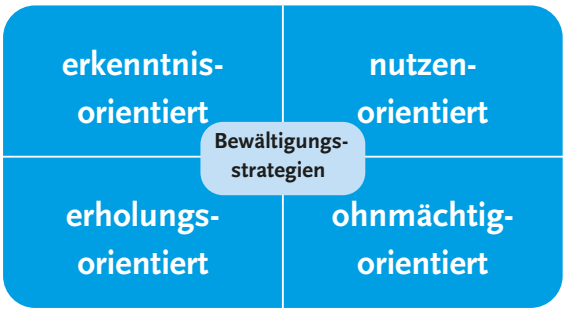

Abb. 2 Überblick Bewältigungsstrategien

4.1 Die erkenntnis-orientierte Bewältigungsstrategie

Ich brauche Hilfe, mir wird geholfen und ich arbeite selbst daran, dass mir geholfen wird.

Als erkenntnis-orientierten Typ haben wir jene Bewältigungsstrategie bezeichnet, für die Selbstreflexion und Selbsterkenntnis im Zentrum stehen. Biografisch verortet dieser Typ die psychische Erkrankung mehrheitlich als `Zäsur´. Selbstreflexion und Selbsterkenntnis weisen verschiedene Abstufungen auf. Einige Menschen reflektieren im Kontext der Krise ihr gesamtes Leben, andere vorwiegend ihre private oder ihre arbeitsbezogene Biografie. Gemeinsam ist allen, dass sie sie sich im Zuge der Bewältigung der Krise mit ihren Handlungsorientierungen auseinandersetzen. Dieser Zugang ermöglicht es den Erkrankten, das eigene Verhalten und Erleben zu erkennen und aktiv etwas zu verändern.

> *„Letztes Jahr war ich eigentlich der Meinung, dass ich wegen der Arbeit krank bin. Aber das war nur der Auslöser gewesen. Das war eigentlich komplett meine Vergangenheit, was mir jetzt auch in diesem Jahr bewusstgeworden ist, also vom letzten stationären Aufenthalt, bis ich hier gelan det bin. Das war nicht die Arbeit gewesen (...)“*

Während des Klinikaufenthalts wird die Einzeltherapie als am Gewinnbringendsten eingeschätzt, denn dies ist der Ort der Selbstreflexion und der Erkenntnisgewinnung. Grundvoraussetzung ist das Vertrauen in den Therapeuten oder die Therapeutin. Das retrospektive biografische Verstehen der psychischen Erkrankung, ihre Hintergründe, die auslösenden Faktoren und vor allem die Auseinandersetzung mit eigenen Ansprüchen und Orientierungen sind zentrale Themen der Therapie. Die Erweiterung des eigenen Blickwinkels, Reflektieren von Ansprüchen und Handeln, eigene Bedürfnisse und Grenzen erkennen und akzeptieren, mehr Achtsamkeit und Selbstmitgefühl, ein sensibler Umgang mit Stress und mehr Gelassenheit werden als Grundlagen für den Weg aus der Krise erkannt.

> *„Also die Therapeutin, die hat auch genau die Punkte gefunden, wo es halt nötig war, dass da ein Umdenken stattfindet, dass man einfach für sich erkennt, ja klar, deswegen, aus dem Grund habe ich mich so und so verhalten und nicht alles mit sich machen lässt.“*

Die Gruppentherapie als auch das Erleben von Gemeinschaft außerhalb der therapeutischen Angebote hat in unserem Sample insbesondere für jene Menschen eine hohe Bedeutung, deren Weg in die Krise u.a. mit mangelnder Wertschätzung und Anerkennung verbunden war. Die durch die Gruppe erfahrene Wertschätzung sowie das Gefühl mit der Erkrankung nicht

allein zu sein, fördern die Stärkung bzw. die Rückgewinnung von Selbstvertrauen.
Die Auseinandersetzung mit der Krise findet größtenteils auf folgenden Ebenen statt: ein rationales „Verstehen-Wollen" was eine psychische Krise ausmacht, eine Selbstreflexion des eigenen Handelns und ein damit verbundenes Erkennen von typischen individuellen Handlungsorientierungen, einer emotionalen Balancearbeit, die die Achtsamkeit gegenüber eigenen Bedürfnissen stärkt und einen wichtigen Aspekt gesundheitsförderlicher Selbstsorge ausmacht sowie eine Auseinandersetzung mit sozialen und beruflichen Konsequenzen der Krise. Die Ziele sind neue Perspektiven zu entwickeln sowie Werthaltungen und Handeln zu verändern.

4.2 Die nutzen-orientierte Bewältigungsstrategie

Ich habe immer gesagt, so ein Handwerkszeug zu haben, für den Moment wo es losgeht, um da irgendwie anders reagieren zu können, das ist mir wichtig.

Ich habe immer gesagt, so ein Handwerkszeug zu haben, für den Moment wo es losgeht, um da irgendwie anders reagieren zu können, das ist mir wichtig.
Für den nutzen-orientierten Typ steht bei der Bewältigung der Krise der Erwerb von `Handwerkszeug´ im Mittelpunkt. Strategien und Methoden für den Umgang mit Ängsten, Aggression und konflikthaften Situationen als auch Techniken zur Entspannung werden als Mittel gesehen, den Weg aus der Krise zu finden. Biografisch wird die Krise als `Störfall´ gedeutet. Eine selbstreflexive erkenntnis-orientierte Auseinandersetzung mit den Handlungsorientierungen erfolgt nicht oder ist nur gering ausgeprägt. Die Bewältigung der psychischen Erkrankung findet vorwiegend in einem instrumentellen Sinn statt und erfolgt auf Symptomebene. Die Veränderung von Verhalten und Handeln ist auf spezifisch abgegrenzte Situationen und Anlässe ausgerichtet. Entsprechend bleibt der Handlungsspielraum begrenzt, da es vor allem um eine Anpassung des Verhaltens an die gegebenen Kontextbedingungen geht, die als nicht veränderbar hingenommen bzw. interpretiert werden.

> *„Das Meditative und diese Achtsamkeit einfach, alles ein bisschen bewusster zu machen, das werde ich mitnehmen. Das ist für mich hoffentlich das Tool jetzt."*

> *„Ich nehme jetzt wahr, wenn ich abschweife und entscheide mich dann zurückzukommen, durch dieses tägliche Training."*

Beim Klinikaufenthalt werden vor allem solche Angebote als hilfreich erlebt, die konkrete Verfahren und Methoden vermitteln. Dazu gehören z.B. Achtsamkeitstraining, Autogenes Training, Antiaggressionstraining, Rollenspiele und Atemtakter. Das Anliegen ist, Stress besser zu erkennen und über Methoden zu verfügen, diesem zu begegnen. Auch Sportangebote werden als positiv erlebt, weil diese Wohlbefinden erzeugen, von innerem Druck befreien und dazu beitragen, die körperliche Beweglichkeit zu verbessern. Vorträge werden teilweise als hilfreich genannt, wenn sie dazu dienen, die Erkrankung auf der intellektuellen Ebene zu verstehen. Die Einzeltherapieangebote werden kaum erwähnt und haben damit eine eher geringe Bedeutung. Wenn über sie erzählt wird, dann geht es auch hierbei in der Hauptsache um Anregungen, sich in konkreten Situationen anders zu verhalten. Die Gruppenangebote und die Gemeinschaft der Mitpatientinnen und Mitpatienten sind beim nutzen-orientierten Typ der Ort, an dem die Menschen sich öffnen und ihr „Probleme von der Seele reden". Gefühle von Vertrautheit und Geborgenheit sowie das Gefühl aufgrund ähnlicher Schicksale verstanden zu werden, haben bei diesen Menschen eine hohe Bedeutung.

> *„Diese Depressionsgruppe oder diese Gruppe, die wir haben, viel erzählen und auch viel austau schen, um sich den ganzen Scheiß auf Deutsch gesagt von der Seele zu quatschen, das tut mir sehr gut."*

Bei der Rückkehr zur Arbeit ist es für diese Menschen wichtig, die erlernten Methoden und Techniken zu trainieren, um sie zu verinnerlichen und erfolgreich in den Alltag zu übertragen. Das Ziel ist, stressbedingten Symptomen mit dem erworbenen Handwerkszeug vorzubeugen bzw. diese rechtzeitig zu erkennen und mit den erlernten Techniken zu begegnen, um diese abzubauen.

4.3 Die erholungs-orientierte Bewältigungsstrategie

Dass man mal weg ist. Von den Ursachen, von den Problemen. Einfach mal weg ist.

Der erholungs-orientierte Typ fühlt sich nicht krank, sondern erschöpft. Er sucht Abstand zu seinen Problemen und will sein Überforderungsgefühl kompensieren. Biografisch wird die Krise als `Erschöpfung´ gedeutet. Die Krise ist für diesen Typ in erster Linie eine körperliche Krise, die sich anhand verschiedener Symptome wie Schlaflosigkeit, Antriebslosigkeit, geringer Lebensfreude, permanenter Ermüdung und Unfähigkeit, sich zu regenerieren ausdrückt. Das Verstehen der Krise ist ambivalent. Einige Befragte deuten die körperlichen Symptome als Ausdruck einer psychischen Über lastung, andere ziehen das überhaupt nicht in Betracht. Als psychische Erkrankung wird die Krise allerdings nicht gedeutet. Gemeinsam ist allen Befragten, dass der Auslöser der Krise in den überfordernden Rahmenbedingungen – Arbeit, privat oder beides – liegt. Diese wiederum werden als wenig beeinflussbar wahrgenommen. Die Lösung wird darin gesehen, eine gewisse Zeit Abstand von der Situation zu gewinnen und neue Energie zu tanken, um danach wieder Kraft zu haben, in den Alltag zurückzukehren.

> *„Da war die Zeit gekommen wo mir das Arbeitspensum, sag ich mal, zu viel wurde. Ich habe dann gesagt, ich muss wieder raus aus dem Arbeitsprozess und muss mir eine etwas längere Pause nehmen, um da wieder Kraft zu schöpfen und auch mal Abstand zu gewinnen, um dann danach wieder mit neuer Energie in den Arbeitsprozess, in die alte Arbeitsstätte einzutreten."*

Die Erwartung an den Klinikaufenthalt entspricht einem Urlaubserlebnis oder Kuraufenthalt. In erster Linie wird erwartet, die körperliche Erschöpfung zu überwinden und sich zu erholen. Die Natur, ansprechende Räumlichkeiten, gutes Essen und das Kennenlernen neuer Menschen sind Gradmesser für das Wohlbefinden. Es gibt kein Bedürfnis, sich mit der Krise auseinanderzusetzen und das eigene Verhalten zu reflektieren. Im Mittelpunkt steht die Erholung von Körper und Geist.

> *„Also einen positiven Aspekt sehe ich einfach mal, dass man mal weg ist von den Ursachen, von den Problemen. Einfach mal weg ist. Und diese Trennung von den Problemen, in Verbindung mit dem geregelten Tagesablauf, das ist für mich sag ich mal der größte Pluspunkt hier. Das ist das, was mir hier am meisten gutgetan hat."*

Das Miteinander mit den anderen Patientinnen und Patienten wird gesucht, aber das Interesse an der Gruppentherapie ist eher gering. Gleiches trifft auch für die Einzeltherapie zu. Wichtig ist vor allem ein geselliges Zusammensein.

> *„Ich hatte erst ein bisschen Angst, da war ein bisschen ein mulmiges Gefühl. Und dann habe ich aber schnell gemerkt, dass viele nette Leute hier sind."*

Der Klinikaufenthalt wird als körperliches Fitnessprogramm gesehen. Der Wert der psychotherapeutischen Angebote wird im Vergleich zu den körperlichen Betätigungsmöglichkeiten als eher gering eingeschätzt. Eine Veränderung von Ansprüchen bzw. Verhaltensweisen bei der Arbeit oder im Privatleben ist nicht im Blick. Ziel ist ein quantitatives `Weniger´ machen wollen, ohne jedoch konkrete Schritte dafür zu planen oder bisheriges Handeln zu reflektieren.

4.4 Die ohnmächtig-orientierte Bewältigungsstrategie

Ich hatte also wirklich, ich hatte keine Lust mehr, keine Kraft, keine Lust mehr.

Das Hauptmerkmal dieses Typs ist, dass die Krise als umfassend existenzbedrohend aufgrund komplexer negativer äußerer Faktoren erlebt wird. Die biografische Deutung der Krise ist entweder die `Zäsur´ oder der `Störfall´. Doch die oben genannten Bewältigungsstrategien führen hier nicht zur Bewältigung der Situation, denn die Komplexität belastender Lebensumstände wird als so überwältigend wahrgenommen, dass sie den Betroffenen in absehbarer Zeit nicht als lösbar erscheinen. Dies können (1) belastende biografische Erfahrungen sein, die auch im aktuellen Leben noch eine große Bedeutung haben (z.B. Entwertungs- und Missbrauchserfahrungen), (2) als ausgesprochen überfordernd erlebte Arbeitsbedingungen (z.B. Personalknappheit, wenig Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, Arbeitsverdichtung) sowie (3) emotional fordernde familiäre Situationen (z.B. Krankheit und Tod von nahestehenden Angehörigen, Trennung von Partnern, Gewalt in der Familie und/oder Alkoholismus). Die Krise verlief bei den hier interviewten Personen so schwer, dass sie fast in allen Fällen zu einem schweren körperlichen und psychischen Zusammenbruch führte.

> *„Also wenn ich die Katzen jetzt nicht gehabt hätte, dann (...) Ich hatte schon Selbstmordgedanken. Ich hatte also wirklich, ich hatte keine Lust mehr. Keine Kraft, keine Lust mehr und ich war von allem enttäuscht."*

Am Anfang des Klinikaufenthalts steht das zur Ruhe kommen im Mittelpunkt. Geborgenheit und Mitfühlen werden als stabilisierende Faktoren vor allem in der Gemeinschaft der Mitpatienten und Mitpatientinnen erlebt. Die klinischen Gruppenangebote unterstützen dabei, sich verstanden zu fühlen, sich mit den eigenen Problemen auseinanderzusetzen und dafür einen Zugang zu finden.

> *„Wir hatten tiefer gehende Gespräche, dass man auch von anderen hört, wie es denen so ergan gen ist. Teilweise hat man ja das Gleiche erlebt, das war schon irgendwo, ja, so ein Wow-Mo ment, wo man einfach dasitzt und denkt ja, mein Gott, ich bin nicht alleine und es versteht mich jemand."*

Aber auch die Einzeltherapie hat einen zentralen Stellenwert. Sie dient dazu, die eigene Situation zu verstehen, sich Themen zu widmen, die im Alltag unterdrückt wurden - wie beispielsweise Ängste, Trauer und Wut aber auch eigene Bedürfnisse wieder zu entdecken. Die Auseinandersetzung mit der Krise erfolgt mehr oder weniger selbstreflexiv. Grundsätzlich wird die Krise als psychische Erkrankung verstanden. Ziel ist es, sich vor allem emotional wieder zu stabilisieren und wieder mehr Vertrauen in sich selbst zu entwickeln und neue Anker für das bisherige Leben zu finden.
Die Auseinandersetzung mit der psychischen Krise und Erkrankung wird als ein langwieriger Prozess beschrieben, der mit dem Klinikaufenthalt nicht abgeschlossen ist. Am Ende des Klinikaufenthalts wird die Rückkehr zur Arbeit als verfrüht angesehen und in der nächsten Zeit nicht in Erwägung gezogen. So folgten bei den Interviewten erneute Krankschreibungen, vereinzelt aber auch weitere Klinikaufenthalte oder eine anderweitige intensivere therapeutische Begleitung nach der Entlassung aus der Klinik.

5 Das Zusammenspiel von Deutung und Bewältigungsstrategie

Wie in den vorhergehenden Kapiteln aufgezeigt, stehen die biografische Deutung einer psychischen Krise und die Bewältigungsstrategie in einem Wechselverhältnis zueinander. Sind die Entstehungsbedingungen der Krise sehr komplex und vielschichtig, ist die Bewältigung

der Erkrankung im Anschluss an einen Klinikaufenthalt vor allem auf eine intensivierte Unterstützung angewiesen (siehe dazu bspw. das Programm Psyrena) – dies gilt in der Regel auch dann, wenn ein erkenntnis-orientierter Umgang mit der Erkrankung stattfindet. Zudem kann ein Fallmanagement, das verschiedene Expertisen wie z.B. Psychotherapie, Sucht- und Schuldenberatung sowie ein Coaching begleitend bei der Rückkehr zur Arbeit verbindet, hilfreich sein und Exitstrategien verhindern.
Die Auseinandersetzung mit der Krise und deren Bewältigung ist ein dynamischer Prozess. Das bedeutet, dass sich sowohl biografische Deutungen als auch Bewältigungsstrategien im Verlauf verändern können. In den von uns analysierten Fällen erfolgte die Veränderung zum einen im Sinne einer höheren Akzeptanz der Krise als psychische Krise, zum anderen im Sinne zunehmender Reflexion individueller Orientierungen und des damit einhergehenden Verhaltens. So zeigte sich beispielsweise, dass sich ein erholungs-orientierter zu einem nutzen-orientierten Umgang mit der Erkrankung veränderte und damit die Krise als psychische Krise akzeptiert wurde oder eine nutzen-orientierte Bewältigungsstrategie sich zu einem erkenntnis-orientierten Umgang entwickelte. Unterstützt werden diese Prozesse durch die medizinisch-therapeutische Behandlung, aber nicht nur, wie sich in den Interviews zeigte. Auch der RTW-Prozess, das Erproben neuen Handelns, das zugewandte, empathische Verhalten von Führungskräften und der Austausch mit Kollegen und Kolleginnen trug dazu bei, die Hintergründe der Krise und das eigene Handeln besser einschätzen zu können, neue Handlungsorientierungen zu erkennen und andere Verhaltensweisen abzuleiten.

6 Bewältigungsstrategie und Return to Work Prozess

30 Personen waren zum zweiten Befragungszeitpunkt, nach sechs Monaten, zur Arbeit zurückgekehrt. Bei 17 der insgesamt 32 Interviewten wurde zum dritten Befragungszeitpunkt, nach einem Jahr, eine erkenntnis-orientierte Bewältigungsstrategie rekonstruiert. Die restliche Hälfte teilt sich wie folgt auf: bei sechs Personen rekonstruierten wir eine nutzen-orientierte Bewältigungsstrategie, bei sechs Personen eine erholungs-orientierte Bewältigungsstrategie und bei vier Personen lag eine ohnmächtig-orientierte Bewältigungsstrategie vor. Von den ohnmächtig-orientierten Personen war eine Person nach sechs Monaten nicht mehr erreichbar und eine Person noch nicht zur Arbeit zurückgekehrt. An einem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) nahmen in unserem Sample 15 Personen teil[6], 15 Zurückkehrende bekamen kein BEM angeboten, zwei Zurückkehrende lehnten ein BEM ab. Als sehr gut bzw. gut erlebten das BEM 10 Personen. Das sind Menschen mit erkenntnis- bzw. nutzen-orientierter Bewältigungsstrategie. Die erholungs- und ohnmächtig-orientierten Zurückkehrenden haben aus ihrer Sicht kein gutes BEM erlebt. Eine stufenweise Wiedereingliederung (STWE)[7] haben 15 der interviewten Zurückkehrenden gemacht. Darunter sind 4 Personen, die nur eine STWE und kein BEM hatten. Auffällig ist, dass fast alle Interviewten (n=12), unabhängig welche Bewältigungsstrategie sie haben, die Maßnahme der STWE als ausgesprochen positiv bewerteten.

[6] An den Arbeitsplatz sind von den 32 Interviewten, 30 Personen zurückgekehrt. Eine Person war nach sechs Monaten noch nicht zurückgekehrt und eine Person hat am zweiten Interview nicht teilgenommen.
[7] STWE und BEM wurden in der Auswertung gezielt unterschieden.

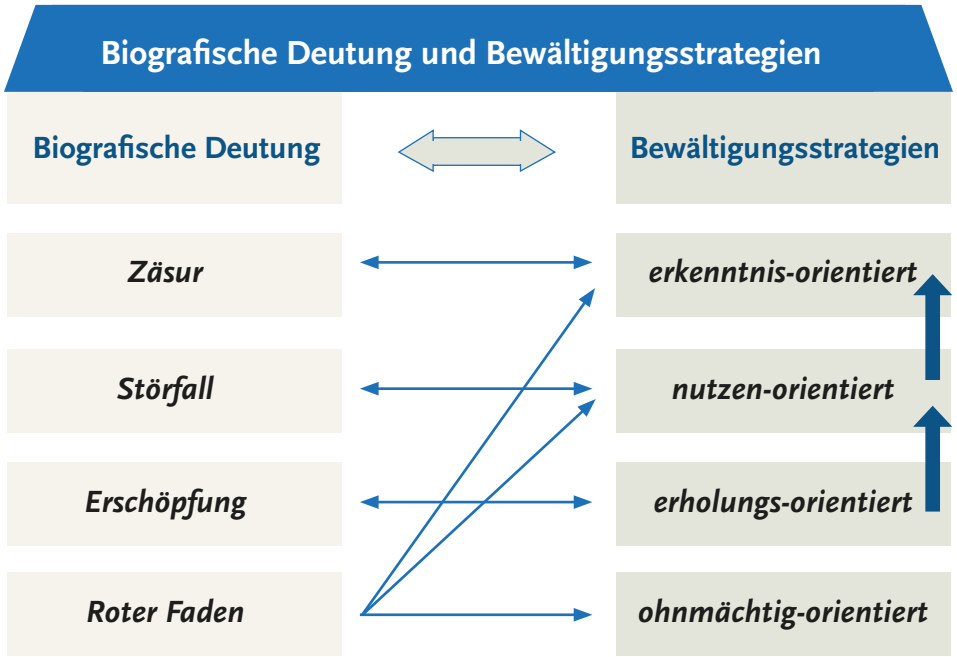

Abb. 3 Zusammenhang von biografischen Deutungen und Bewältigungsstrategien

6.1 Potentiale und Begrenzungen der Bewältigungsstrategien

Zurückkehrende, die einen **erkenntnis-orientierten** Umgang mit der psychischen Erkrankung finden, sehen den Weg aus der Krise im Umdenken, Entwickeln und Verinnerlichen von neuen Handlungsstrategien. Sie kommen auf diesem Wege zu sehr konkreten Vorstellungen, was sich in ihrem Leben und in Bezug auf die Arbeit ändern muss. In dieser Auseinandersetzung wird der Anker für die Rückkehr ins „Leben nach der Krise" bzw. in den Betrieb gelegt und darauf aufbauend realistische Vorstellungen und differenzierte RTW-Strategien entwickelt. Diese Gruppe von Zurückkehrenden braucht in der Regel nur wenig Unterstützung, um an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Sie sind im optimalen Fall durch die Therapie in ihrer Selbstwirksamkeit wieder gestärkt, sind flexibel bei der Bewältigung konfliktbehafteter Situationen und reflektieren ihre Balance zwischen Arbeits- und Privatleben. Sie brauchen oft nur positive Signale von ihrem Arbeitgeber, die Verständnis und Wohlwollen vermitteln. Wichtig ist für sie, dass sie eine betriebliche Vertrauensperson im Rückkehrprozess haben, ernst genommen und ihre Vorschläge bei der Wiedereingliederung berücksichtigt werden.

Für Menschen, die einen **nutzen-orientierten** Umgang mit der Krise haben, ist es bei der Rückkehr zur Arbeit wichtig, die erlernten Methoden und Techniken zu trainieren, um sie zu verinnerlichen und erfolgreich in den Alltag zu übertragen. Hierfür benötigen sie Unterstützung, indem ihnen Verständnis entgegengebracht und Freiräume zum Anwenden der erlernten Techniken im betrieblich-sozialen und privaten Rahmen geboten werden. Inwiefern die Rückkehr nachhaltig ist, hängt von den jeweiligen betrieblichen und privaten Bedingungen ab. Die nutzen-orientierte Bewältigungsstrategie ermöglicht zwar eine bessere innere Stabilität, Gelassenheit und neue Strategien im Umgang mit Konflikten, aber sie ist auch begrenzt, denn sie ist auf die erfolgreiche Anwendung der Methoden ausgerichtet. Die Selbstwirksamkeit bleibt eingeschränkt und neue Probleme oder Überforderungen können wieder in die Krise führen, sollten die erlernten Strategien nicht wirken oder durch die hinderlichen Kontextbedingungen wieder vernachlässigt werden.

Zurückkehrende, die die psychische Krise nicht als solche deuten und **erholungs-orientiert** sind, hatten in der Studie Schwierigkeiten mit der Rückkehr in den Alltag und zur Arbeit. Die Rückkehr „ins Leben" nach dem Klinikaufenthalt ist tendenziell von Skepsis und Unlust geprägt. Wenn die Arbeit als mitauslösend erlebt wurde, werden kaum Möglichkeiten gesehen, die als belastend erlebten Bedingungen zu verändern.

Einen Ausweg bieten scheinbar Strategien, die einen Rückzug von der Außenwelt ermöglichen. Ursprünglich vorhandenes Interesse an den Arbeitsaufgaben und Engagement werden oft als kontraproduktiv und krankmachend empfunden. Als Lösung wird gesehen, sich perspektivisch davon loszusagen und damit Entlastung zu erfahren. Die Rückkehr zur Arbeit wird kaum vorbereitet. Sie erfolgt eher spontan und betrieblich-soziale Unterstützung seitens Vorgesetzten und Kollegen wird wenig oder gar nicht erwartet bzw. auch nicht angenommen, wenn sie angeboten wird. Veränderungsmöglichkeiten sehen die Zurückkehrenden nur bei sich selbst. Arbeitsbedingungen bzw. soziale Faktoren werden eher als unveränderbar und nicht gestaltbar erlebt.
Bei **ohnmächtig-orientierten** Menschen benötigt die Komplexität der Problemlagen eine angemessene Zeit und professionelle Unterstützung für eine positive Entwicklung. Dieser Typ schwankt zwischen Erkenntnisfortschritt und Ohnmacht hin und her. Die Selbstwirksamkeit bleibt gering. Die Selbstzweifel und Verunsicherung sind groß und die Verarbeitung der Erkrankung ist mit Ende des Klinikaufenthalts nur teilweise bewältigt. Deshalb ist die Gefahr eines Rückfalls sehr hoch. Alle Interviewten schätzten ihre subjektive RTW-Prognose negativ ein. Das heißt, sie konnten sich eine zeitnahe Rückkehr zur Arbeit nicht vorstellen und diese erfolgte nicht bei allen im Interviewzeitraum. Wenn sie zur Arbeit zurückkehrten, dann in der Regel ein halbes Jahr später als der Durchschnitt der Interviewten. Dieser Personenkreis ist eigentlich auf eine intensive Nachsorge und Unterstützung angewiesen, die aber in unserem Versorgungssystem nicht selbstverständlich geleistet wird. Deshalb tendieren die Personen in Folge der Selbstzweifel zu Exit-Strategien: Kündigung, berufliche Rehabilitation oder Antrag auf Erwerbsminderungsrente. Diese Situation verlangt eine intensivierte und professionelle Nachsorge, die keine der Interviewten erhalten hat.

6.2 Wirkungen der Bewältigungsstrategien auf den RTW-Prozess

Zurückkehrende mit erkenntnis-orientierter Bewältigungsstrategie erreichen nach sechs Monaten häufiger ein hohes Level an Arbeits- und Leistungsfähigkeit, steigern dieses häufiger als Zurückkehrende der weiteren Bewältigungsstrategien und verfügen tendenziell über eine höhere Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit nach eineinhalb Jahren[8]. Bei den Personen mit nutzen-orientierter Bewältigungsstrategie erfolgt ebenfalls eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit, doch bleibt diese häufiger im mittleren Bereich. Bei den Zurückkehrenden mit erholungs-orientierter und ohnmächtig-orientierter Bewältigungsstrategie zeigen sich zwei Gruppen: die eine Gruppe bleibt auf einem sehr geringen Niveau der Arbeitsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit, die andere Gruppe erlebt eine gewisse Steigerung.

Die Rückkehr zur Arbeit unterstützende Maßnahmen bekommt die Hälfte der Interviewten angeboten. Am Häufigsten ist die Flexibilisierung der Arbeitsgestaltung (n=17) z.B. bezogen auf die Arbeitszeit- und Pausengestaltung und die Arbeitsorganisation. Auffällig ist, dass Zurückkehrende mit erkenntnis-orientierter Bewältigungsstrategie zum einen die Maßnahmen Arbeitszeitverkürzung, Anpassung der Arbeitsinhalte und Flexibilisierung der Arbeitsgestaltung häufiger angeboten bekommen und zum anderen diese im Verhältnis zu Menschen mit anderen Bewältigungsstrategien als unterstützender einschätzen. Befragte mit nutzen-orientierter Bewältigungsstrategie bekommen eher weniger betriebliche Maßnahmen angeboten und wenn, dann erleben sie diese als mittel bis wenig unterstützend. Die von uns interviewten Personen mit erholungs- und ohnmächtig-orientierter Bewältigungsstrategie erleben eine Flexibilisierung der Arbeitsgestaltung und die Anpassung der Arbeitsinhalte als wenig hilfreich. Als sehr unterstützend sehen sie eine Arbeitszeitverkürzung. Ein Arbeitsplatzwechsel

[8] Die Angaben zur Arbeitsfähigkeit begründen sich auf Selbsteinschätzungen der Interviewten, die im Interview abgefragt wurden. Die Angaben zur Selbstwirksamkeit und zur Handlungsfähigkeit sind Ergebnisse der Interviewanalyse aus Erzählungen der Interviewten.

wird 9 der Befragten angeboten. Vor allem die Zurückkehrenden mit erkenntnis-bzw. erholungs-orientierter Bewältigungsstrategie erleben das als eine positive Maßnahme (n=7). Soziale Unterstützung erleben alle Befragten am ehesten von Kolleginnen und Kollegen, etwas weniger durch Vorgesetzte und am wenigsten durch den Betrieb. Auch hier zeigt sich, dass Menschen mit erkenntnis-orientierter Bewältigungsstrategie eine soziale Unterstützung durch Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte eher erleben und positiv wahrnehmen als die Zurückkehrenden mit anderen Bewältigungsstrategien.

7 Diskussion

Bei einer Erkrankung geht es den Menschen im Grunde nicht um die Auseinandersetzung mit der Erkrankung, sondern darum, wie sie ins `normale´ Leben zurückkehren können. Eine Perspektive, die Schäffer (2008) verdeutlicht, und die auch in den hier aufgezeigten Bewältigungsstrategien zum Ausdruck kommt. Dabei sind die Wege zur Rückkehr in die `Normalität´ unterschiedliche. Wenn die Krankheit als Wendepunkt im Leben verstanden wird, werden Lebensumstände und Arbeitsbedingungen reflexiv und achtsam verändert, um die eigenen Verhaltens- und Handlungsspielräume durch eine aktive Einflussnahme auf endogene und exogene Faktoren im Verlauf der Bewältigung einer Erkrankung positiv zu gestalten. Bei einem instrumentellen Umgang mit der Erkrankung werden der Einfluss und die Bedeutung der Krankheit in Bezug auf das bisherige Leben als tendenziell gering eingeschätzt. Es geht nicht um die Veränderung des Lebens, sondern um den Erwerb hilfreicher Techniken, um die Aufrechterhaltung bzw. Wiedergewinnung des Status Quo vor der Erkrankung zu erreichen. Bei einem Nicht-Wahrhaben-Wollen wird die psychische Erkrankung ignoriert und in eine nur leicht die Lebensrealität einschränkende Erschöpfung umgedeutet, die psychische Erkrankung wird nicht als solche wahrgenommen bzw. akzeptiert, um die bisherige Lebenssituation nicht infrage zu stellen. Eine begrenzte Auszeit aus alltäglichen Anforderungen wird als hilfreich erachtet, um danach gestärkt in eine unveränderte Lebensrealität zurückzukehren, die schnell wieder in eine psychische Krise führen kann. Führt eine aktuelle Krise zu einer existentiellen Verunsicherung, geht dies häufig mit überfordernden äußeren Lebensumständen einher. Die Erkrankten pendeln zwischen ohnmächtig bis aktiv und reflexiv achtsam. Eine Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben gelingt vor allem durch eine umfassende Unterstützung im Rahmen einer intensivierten Nachsorge. Dies kann, abhängig von den Lebensumständen bedeuten, dass eine medizinisch-therapeutische Behandlung durch weitere Maßnahmen wie z.B. Selbsthilfegruppen, Psy-Rena[9], ambulante Psychotherapie, Schuldner- und/oder Suchtberatung ergänzt werden sollten.

Zudem konnte rekonstruiert werden, dass eine gering ausgeprägte Reflexion der Handlungsorientierungen, des Verhaltens, als auch der Lebensumstände, die zur psychischen Krise beigetragen haben, eine Chronifizierung begünstigen. Dies ist dann der Fall, wenn die psychische Erkrankung als bestimmender Faktor in der Biografie erlebt und die eigene Handlungsfähigkeit als eingeschränkt wahrgenommen wird wie dies bei der biografischen Deutung `Roter Faden´ und einer nutzenorientierten Bewältigung der Fall sein kann. Gleichzeitig birgt auch das Nicht-Wahrhaben-Wollen einer psychischen Krise und die entsprechende Umdeutung als Erschöpfung bei wiederholtem Vorkommen und gleichbleibender Lebensrealität ein zunehmendes Risiko für eine Chronifizierung.

Für ein besseres Verständnis von therapeutischer Behandlung und der Rückkehr zur Arbeit ist zu berücksichtigen, dass erkrankte Menschen meist konkrete Vorstellungen darüber haben,

[9] Siehe dazu: *www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Nachsorge/Psy-RENA/psy-rena_node.html*

wie sie behandelt werden wollen sowie wann und unter welchen Bedingungen sie zur Arbeit zurückkehren können. Zum einen sind dies reflexive Vorstellungen, die auf der jeweiligen subjektiven Krankheitstheorie als auch den Arbeits- und Lebensumständen beruhen (Faller 2001, Flick 1991, Furnham 2017, Schütz 1971b, Salewski 2002). Zum anderen werden diese Vorstellungen von den impliziten Handlungsorientierungen beeinflusst, die den Menschen meist nicht vollständig reflexiv zugänglich sind, diese jedoch in ihrem Handeln und Verhalten beeinflussen (Mannheim 1970, Bohnsack 2014). Für den medizinisch-therapeutischen als auch den RTW-Prozess ist vorteilhaft, dafür sensibilisiert zu sein und dies zu berücksichtigen. Wie aufgezeigt macht es einen Unterschied, vor dem Hintergrund welcher impliziten biografischen Deutung und darauf aufbauender Bewältigungsstrategie und Handlungserwartung ein Mensch seine Situation interpretiert und entsprechend handelt.
Dieses Wissen über die explizit gemachten Orientierungen kann in der (über-) betrieblichen Praxis dazu beitragen, das Handeln von RTW-Experten und Expertinnen im Prozess der Rückkehr zielorientierter an den Bedürfnissen der zurückkehrenden Beschäftigten auszurichten. Ziele im Sinne einer nachhaltigen Rückkehr an den Arbeitsplatz sollten sein, sowohl im therapeutischen als auch im RTW-Prozess, die biografischen Deutungen und die damit einhergehenden Bewältigungsstrategien zu identifizieren, zu berücksichtigen und, wenn notwendig, auf eine differenzierte Selbstreflexion der Situation hinzuarbeiten (Stegmann et al. 2021, Sikora et al. 2021). Bei einem hohen Grad an Selbstreflexion im Sinne einer erkenntnisorientierten Bewältigungsstrategie ist die Prognose einer nachhaltigen Rückkehr an den Arbeitsplatz am günstigsten, denn diese Perspektive bezieht nicht nur die Auseinandersetzung mit den Symptomen oder der psychischen Belastung mit ein, sondern setzt sich mit dem eigenen Verhalten, dem betrieblich-sozialen Umfeld als auch der arbeitsbezogenen Beanspruchung in einem dynamischen Wechselverhältnis auseinander und führt entsprechend zu einem proaktiven Verhalten und Handeln. Diese Erkenntnis dokumentiert sich durchweg in den rekonstruierten RTW-Verläufen, insbesondere in den damit verbundenen Fallvergleichen. Interviewte mit einer erkenntnis-orientierten Bewältigungsstrategie sind selbstwirksamer, zeichnen sich durch ein proaktives, soziales Bewältigungshandeln aus, sind zuversichtlicher, was ihre Rückkehr anbelangt, sie schätzen ihre Arbeitsfähigkeit besser ein und entwickeln eine differenzierte RTW-Strategie im Vorfeld der Rückkehr und es gelingt ihnen auch zentrale Aspekte bei der Rückkehr mit der sozialen Unterstützung ihres Arbeitsteams umzusetzen.
Vor diesem Hintergrund ist es auch nicht verwunderlich, dass vor jeder therapeutischen Behandlung ein Verständigungsprozess steht (Faller 1998, Alsdorf 2017) und auch bei der Rückkehr zur Arbeit die kommunikative Aushandlung ein zentraler Faktor ist (Stegmann et al. 2021, Stegmann/ Schröder 2018). Therapeutisch beinhaltet der Aushandlungsprozess die gemeinsame Herstellung eines übereinstimmenden Verständnisses der Erkrankung zwischen Patient bzw. Patientin und Therapeut bzw. Therapeutin, was nicht unbedingt die logische Zuordnung von Syndrom und Therapiemaßnahme nach dem Expertenverständnis bedeutet (Alsdorf 2017, Faller 1998, Nübling 2002, Peters/ Löwenberg 1993). Korrespondierend mit den hier aufgeführten Typen von Bewältigungsstrategien unterscheidet beispielsweise Ahlsdorf (2017) aus psychologischer Sicht in einer qualitativen Interviewstudie zwischen „Erholung, Reparatur, Selbstfindung und Krankheitseinsicht“ als Erwartungshaltungen an die Therapie. Es wird deutlich, dass Therapieansatz und Behandlungserwartung korrespondieren müssen, um eine erfolgversprechende Behandlung auf den Weg zu bringen. Gleiches gilt auch für die Rückkehr zur Arbeit. Auch hier ist die kommunikative Aushandlung zwischen individueller Rückkehrstrategie, Arbeitsbedingungen und vor allem dem betrieblich-sozialen Umfeld ein Erfolgsfaktor (Stegmann/ Schröder 2017, Stegmann et al. 2021).

Ein emanzipatorischer Ansatz aus interaktionistischer Perspektive ist der Ansatz von Corbin und Strauss, bei dem das soziale Umfeld an Bedeutung gewinnt. Krankheitsbewältigung betrifft nicht nur die Erkrankten, sondern allen Beteiligten werden „Handlungsleistungen“ und damit Arbeit abverlangt (Corbin/ Strauss 1985, 1988, 1993, 2009). Diese Arbeit unterscheiden

Corbin und Strauss (2004, S.110) in zentrale Arbeitslinien, die die biografische Bedeutung der Erkrankung (biografische Arbeit), die Auseinandersetzung mit der Krankheit (Krankheitsarbeit) und die Rolle, die die Erkrankung im Alltag spielt (Alltagsarbeit), umfassen. Für den Prozess der Rückkehr zur Arbeit haben Kardorff et al. (2019, S. 104-105) dieses Konzept zum einen um die Arbeitslinie der beruflichen Arbeit erweitert, welche den Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz beinhaltet, der bspw. unter Umständen veränderte Rollen, Strategien für eine veränderte berufliche Positionierung und die Auseinandersetzung mit eigenen Ansprüchen und Ressourcen umfassen kann. Zum anderen haben sie die Arbeitslinie der Balancearbeit eingeführt, unter der das Spannungsverhältnis zwischen Familie und Arbeit, dessen Neujustierung und mögliche Verschiebungen von Prioritäten verstanden wird. Vor dem Hintergrund der in unserer Studie herausgearbeiteten impliziten Deutungen und Bewältigungsstrategien einer psychischen Erkrankung haben wir die Arbeitslinien in Bezug auf den Return to Work Prozess weiter differenziert: Biografiearbeit erfordert danach eine Neu- und Umorientierung bei der Arbeit und im Privaten, die zu einer Verschiebung von Werten und impliziten Werthaltungen führen kann. Bei der Balancearbeit wird ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Privat- und Arbeitsleben angestrebt, was nicht nur auf der Handlungsebene geschieht, sondern gleichfalls die Ebene der impliziten Handlungsorientierungen, Werthaltungen und Emotionen betrifft. Selbstsorgearbeit bezieht sich auf den Umgang mit eigenen Ansprüchen und Werten wie z.B. Perfektionismus, auf das Erleben von Stress, aber auch auf die achtsame und selbstreflexive Auseinandersetzung mit Hintergründen und Auswirkungen der Erkrankung im Alltag. Bei der Interaktionsarbeit geht es darum, wie die Erkrankung kommuniziert und wie Unterstützungsangebote im betrieblich-sozialen Umfeld wahrgenommen, erlebt, aber auch eingefordert werden (Hobfoll/ Buchwald 2004). Die Betriebsarbeit beinhaltet die Bereitstellung und Nutzung betrieblich sozialer Ressourcen, die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsbedingungen sowie das persönliche und betrieblich-soziale Handeln im Sinne einer Ressourcengewinnspirale (Hobfoll/ Buchwald 2004).

In diesem Artikel steht das Individuum im Kontext des (impliziten) Erlebens und Handelns bei einer psychischen Krise im Mittelpunkt. Gleichzeitig soll an dieser Stelle hervorgehoben und darauf verwiesen werden, dass ein weiteres Ergebnis der Studie ist, dass die Rückkehr zur Arbeit nur dann gelingen kann, wenn alle Beteiligten an einem Strang ziehen (Stegmann et.al. 2021). Damit kommen sowohl den Führungskräften und Mitarbeitenden als auch der Haltung des Betriebs in Bezug auf die Akzeptanz psychischer Erkrankungen sowie bei der Bereitstellung von unterstützenden Angeboten wie z.B. BEM und STWE und den darin enthaltenden kreativ zu gestaltenden Möglichkeiten eine hohe Bedeutung zu (Andersen et al. 2012). Eine nachhaltige Wiedereingliederung ist ein ressourcenorientiertes und flexibles Vorgehen, das abhängig von der Komplexität des Einzelfalls unterschiedliches betriebliches, inter- und intra-personelles Handeln notwendig macht. Eine kombinierte betriebliche und individuelle RTW-Strategie, die einen präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz integriert, ist ausschlaggebend für die Nachhaltigkeit der Rückkehr (Nielsen et al. 2018, Stegmann et al. 2021).

8 Fazit

In diesem Artikel haben wir aufgezeigt, dass psychische Krisen individuell unterschiedlich gedeutet werden, was unabhängig von der Diagnose erfolgt. Die Deutung einer psychischen Krise ist biografisch eingebettet und kann sich im Prozess der Bewältigung verändern. Sie ist relevant für die Akzeptanz einer psychischen Beanspruchung als Krise bzw. Erkrankung und hat einen hohen Einfluss auf die jeweilige Bewältigungsstrategie. Sowohl die biografische Deutung der Krise als auch die Bewältigungsstrategie sind nur zum Teil reflexiv zugänglich, was bedeutet, dass Menschen in einer psychischen Krise ihre Handlungspraxen und Deutungen nicht unbedingt in vollem Umfang zugänglich sind. Dies kann sich wiederum auf

die medizinisch-therapeutische Behandlung als auch den RTW-Prozess auswirken. Akzeptanz, Individualität und kommunikative Aushandlungsprozesse sind die Bausteine für einen nachhaltigen Return to Work Prozess (Stegmann, Schröder 2017). Ein wichtiger Aspekt einer nachhaltigen Wiedereingliederung ist die Fähigkeit zur Selbstreflexion der Krise und des eigenen Handelns sowie die Veränderbarkeit individueller Handlungsorientierungen. Denn diejenigen Zurückkehrenden, die sich mit dem eigenen Handeln auseinandersetzen, wissen besser, was sie für eine Rückkehr zur Arbeit benötigen und fordern Maßnahmen stärker ein. Zudem nutzen sie Unterstützungsangebote wie das BEM, aber auch die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Kollegen und Kolleginnen konstruktiver. Entsprechend einem interaktionistischen Verständnis ist eine nachhaltige Wiedereingliederung nur dann erfolgreich, wenn das betrieblich- soziale (und private) Umfeld unterstützend agiert. Hier zeigt sich, dass noch betriebliches Potential vorhanden ist, denn nur der Hälfte der Zurückkehrenden werden ein BEM, eine STWE bzw. weitere betriebliche Maßnahmen angeboten. Die hier aufgezeigten Ergebnisse sollen dazu beitragen, Zurückkehrende nach einer psychischen Krise mit ihren Anliegen und Bedürfnissen besser zu verstehen, den Prozess der Rückkehr als einen gemeinsamen Prozess zu verstehen und Unterstützungsmaßnahmen kreativ und flexibel einzusetzen (Stegmann et al. 2021, Schulz/ Stegmann 2021, Schulz et al. 2021, Sikora et al 2021).

Literatur

Alsdorf, N. 2017. Ich brauch jetzt akut Hilfe. Subjektive Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen von Patienten einer psychosomatischen Klinik. In: N. Alsdorf, U. Engelbach, S. Flick, R. Haubl, S. Voswinkel (Hrsg.), Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung (S. 167-191). Bielefeld: transcript. ISBN: 978-3-8376-4030-4

Andersen, M.F., Nielsen, K.M, Brinkmann, S. 2012. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. S. 93-104. ISSN: 0355-3140

Alverson, M., Becker, DR, Drake, RE, 1995. An ethnographic study of coping strategies used by people with severe mental illness participating in supported employment. Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol. 18, Number 4, (S. 115-127). DOI:10.1037/H0095476

Becker, HS, 1963. Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance. New York: Free Press. Doi.org/10.1093/sf/42.3.389

Bohnsack, R., 2014. Rekonstruktive Sozialforschung. Eine Einführung in qualitative Methoden. 9. Aufl. Opladen, Toronto: Barbara Budrich UTB. ISBN-13: 78-3825285548

Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M., 2010. Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. 3. Aufl. Opladen, Toronto: Barbara Budrich UTB. ISBN: 978-3-8100-3302-4

Corbin, J., Hildenbrand, B., Schaeffer, D., 2009. Das Trajektkonzept. In: D. Schaeffer (Hrsg). Bewältigung chronischer Erkrankung im Lebenslauf (S. 55-73). Bern: Hans Huber. ISBN: 9783456947266

Corbin, J., Strauss, A.,1993. The articulation of work through interaction. The Sociological Quarterly 34, Nr. 1, 71-83. ISSN: 0038-0253

Corbin, J., Strauss, A., 1988. Unending work and care: managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass. DOI:10.2307/2074227

Corbin, J., Strauss, A., 1985. Managing chronic illness at home. Three lines of work. Qualitative Sociology 8, Nr. 3 224-247. DOI: 10.1007/BF00989485

Dann, H.D., 1990. Subjektive Theorien zum Wohlbefinden. In: A. Abele, P. Becker (Hg). Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Messung. Weinheim: Juventa

Faller, H., 2001. Persönlichkeit und subjektive Krankheitstheorien bei Psychotherapiepatienten. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 47 (3), S. 234-249. ISSN: 14383608

Faller, H., 1998. Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. In: Psychotherapeut 1. Springer, (S. 8-17)

Faltermaier, T., Levke Brütt, A., 2009. Subjektive Krankheitstheorien. In: D. Schaeffer (Hrsg). Bewältigung chronischer Erkrankung im Lebenslauf (S. 207-222). Bern: Hans Huber. ISBN: 978-3-456-84726-9

Flick, U., 1991. Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In U. Flick (Hrsg). Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Roland Asanger. ISBN: 3-89334-185-4

Furnham, A., 2017. How Lay Theories Influence Our Mental Health. In: CM. Zedelius, B. Müller, J.W. Schooler (Hrsg.). The science of lay theories: How beliefs shape our cognition, behavior and health (S. 355-374). ISBN: 9783319573052

Goffmann, E., 1973 (Erstausgabe), 2020. Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 22. Auflage, Berlin: Suhrkamp. ISBN 978-3-518-10678-5

Hobfoll, S.E., Buchwald, P., 2004. Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das mul-tiaxiale Copingmodell–eine innovative Stresstheorie. In: P. Buchwald, C. Schwarzer, S.E. Hobfoll (Hrsg.). Stress gemeinsam bewältigen: Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag. S. 11-26. ISBN: 9783801716790

Kardorff von E., Klaus, S., Meschnig, A., Blaszcyk, S., 2019. Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen im Raum Berlin-Brandenburg, Abschlussbericht. Berlin: Humboldt-Universität

Küchenhoff, J., Mathes, L., 1994. Die mediale Funktion subjektiver Krankheitstheorien. Eine Studie zur Verbindung qualitativer und quantitativer Methoden. In: Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden, S. 158-179. ISBN: 9783893342617

Leventhal, H., Nerenz, D.R., Steele, D.J., 1984: Illness Representations and Coping with HealthThreats. In: Baum, A., Taylor, S.E., Singer, J.E. (Eds.) Handbook of Psychology and Health, Erlbaum, Hillsdale, NJ, 219-252. DOI: 10.1201/9781003044307-9

Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980): The Common Sense Model of Illness Danger. In:Rachman, S. (Ed): Medical Psychology, Pergamon, New York, 7-30. DOI: 10.1007/BF02090456

Mannheim, K., 1970. Wissenssoziologie. 2. Auflage, Neuwied: Hermann Luchterhand.
Nielsen, K.M., Yarker, J. Munir, F. Bültmann, U. (2018). IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. In: Work & Stress S. 400-417. DOI: 10.1080/02678373.2018.1438536

Nübling, R., Schulz, J., Schmitt. H., 2002. FPTM. Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg.) Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Hogrefe. ISBN-10: 3801712893

Salewski, C., 2009. Chronische Krankheit – der Beitrag der Stresstheorien. In D. Schaeffer (Hrsg). Bewältigung chronischer Erkrankung im Lebenslauf (S. 159-177). Bern: Hans Huber. ISBN: 978-3-456-84726-9

Salewski, C., 2002. Subjektive Krankheitstheorien und Krankheitsverarbeitung bei neurodermitskranken Jugendlichen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 10 (4), S. 157-170. DOI: 10.1026/0943-8149.10.4.157

Schaeffer, D., 2009. Status Quo der Theoriediskussion. In D. Schaeffer (Hrsg). Bewältigung chronischer Erkrankung im Lebenslauf (S. 15-51). Bern: Hans Huber. ISBN: 978-3-456-84726-9

Schaeffer, D., Moers, M., 2008. Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter In: Pflege & Gesellschaft 13. Jg. H1, S. 6 – 30. ISSN 1430-9653

Scheff, T., 1973. Das Etikett „Geisteskrankheit“. Soziale Interaktion und psychische Störung. Frankfurt am Main: Fischer. ISBN 10: 3596267196

Schröder, U.B., Schulz, I.L., Stegmann, R, Wegewitz U, 2021. Förderliche Faktoren für die Rückkehr zur Arbeit aufgrund einer psychischen Krise. Qualitative Ergebnisse einer 18-monatigen Mixed-Methods Follow-up Studie. In: Tagungsband zur Jahrestagung DGAUM 2021, Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, München, S. 138-140

Schulz, I.L., Stegmann, R., 2021. Selbstwirksamkeit. Eine individuelle Ressource im Return-to-Work-Prozess. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Verfügbar unter: *www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/RTW-4.html*. DOI: 10.21934

Schulz, I.L., Sikora, A., Schröder, U.B., Stegmann, R., 2021. Stufenweise Wiedereingliederung. Eine integrative Maßnahme der Rückkehr. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Verfügbar unter:
www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/RTW-2.html. DOI: 10.21934

Schütz, A., 1971b. Über die mannigfaltigen Wirklichkeiten. In: A. Schütz. Gesammelte Schriften Bd. I, S. 237-288. Den Haag: Nijhoff

Siegrist, J., 1996. Soziale Krisen und Gesundheit. Hogrefe Verlag, Göttingen. ISBN: 9783801706739

Sikora, A, Schulz, I.L.,Schröder, U.B., Stegmann, R., 2021. Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM). Ein individueller, systematischer und lebendiger Prozess Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2021. Verfügbar unter:
www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/RTW-1.html.DOI: 10.21934

Sikora, A., Stegmann, R., Schröder, U.B.; Schulz, I.L., 2021. Professionelle Gesprächsführung. Vertrauen schaffen, Lösungen entwickeln, Ressourcen aktivieren. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Verfügbar unter: *www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/RTW-3.html*. DOI: 10.21934

Stegmann, R., Sikora, A., Schröder, U.B., Schulz, I.L., Wrage, W., Wegewitz, U., 2021. Die Rückkehr gemeinsam gestalten. Wiedereingliederung nach psychischen Krisen. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). baua: Praxis. Verfügbar unter: *www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A106.html*. DOI: 10.21934

Stegmann, R., Schulz, IL, Schröder, UB., Sikora, A., Wegewitz, U. 2021. Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der Zurückkehrenden. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). baua: Bericht. Verfügbar unter: *www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2386.html*. DOI: 10.21934

Stegmann, R., Schröder, U.B., 2018. Anders Gesund-Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement. Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-658-17881-9

Stegmann, R., Schröder, U.B., 2016. Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise. In: ASU Zeitschrift für medizinische Prävention 51, S. 660–668

Strauss, A., Corbin, J., 1985. Accompaniment of chronic illness: changes in body, self, biography and biographical time. In: JK Roth, P Conrad (Hg). Research in the Sociology of Health Care. 5. Auflage. Greenwich: JAI Press, S. 249-281. ISBN-10 : 0892321997

Strauss, A., Glaser B., 1975. Chronic illness and the quality of life. St. Louis: Mosby. ISBN-10 : 0801648378

Zitiervorschlag

Schröder, Ute Beate; Stegmann, Ralf; Schulz, Inga Lisa; Wegewitz, Uta: 2022. Psychische Krisen: Biografische Deutungen, Bewäl-tigungsstrategien und der Einfluss auf den Return to Work Prozess. baua: Fokus.

Im Text wird eine geschlechtergerechte Sprache verwendet. Dort, wo das nicht möglich ist oder die Lesbarkeit eingeschränkt würde, gelten die personenbezogenen Bezeichnungen für alle Geschlechter.

Impressum | Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund | Telefon: 0231 9071-2071, E-Mail: *info-zentrum@baua.bund.de*, Internet: *www.baua.de*, Gestaltung: R. Grahl | DOI: 10.21934/baua:fokus20221010 | Oktober 2022

baua:
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin