

Versorgungsstrategien
für Menschen mit Demenz

Birgit Panke-Kochinke

Leben mit Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson

Muster der Anpassung und
Bewältigung im Lebensablauf

BELTZ JUVENTA

Birgit Panke-Kochinke

Leben mit Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson

Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz

Eine Veröffentlichungsreihe des DZNE Standortes Witten

Die Schriftenreihe widmet sich der Entwicklung und Untersuchung von **Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz**. Übergeordnetes Ziel dabei ist die Frage, wie eine befriedigende Lebensqualität für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ermöglicht werden kann. Pflegerische und psychosoziale Maßnahmen werden ebenso untersucht wie Strukturen der Versorgung. Dabei spielt die Perspektive der Betroffenen eine wesentliche Rolle. Die Schriftenreihe berichtet von Projekten und Studien die sich solchen Versorgungsstrategien widmen. Sie soll sowohl einem wissenschaftlichen Anspruch genügen als auch allen an der Versorgung Beteiligten hilfreiche Ergebnisse zur Verfügung stellen.

Birgit Panke-Kochinke

Leben mit Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson

Muster der Anpassung und Bewältigung
im Lebensablauf

BELTZ JUVENTA

Die Autorin

Birgit Panke-Kochinke, PD Dr., ist Historikerin und Soziologin. Als Expertin für qualitative Methoden der Sozialforschung, ist sie am DZNE Witten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beratend tätig. Ein zweiter Schwerpunkt ist die eigenverantwortliche Durchführung des Projektes, das zur Entwicklung und Erprobung eines modularisierten Selbst/Hilfekonzeptes für Menschen mit Demenz führen soll. Sie setzt sich zudem mit forschungsethischen Fragestellungen auseinander.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2016 Beltz Juventa · Weinheim und Basel
Werderstr. 10, 69469 Weinheim
www.beltz.de · www.juventa.de
Satz: Marion Jordan, Heusenstamm

ISBN 978-3-7799-4399-0

Vorwort

Es ist eine schlichte und doch folgenschwere Tatsache, dass sich das Leben in seinem Verlauf einfach auch deshalb ändert, weil Menschen älter werden. Es ändert sich die innere Haltung, die sie gewinnen. Das Leben in seinem Verlauf ändert sich aber auch, weil von außen immer wieder neue Dinge geschehen und erlebbar sind. Etwas stößt diesen Menschen zu und sie müssen damit fertig werden.

Was ändert sich nun im Leben, wenn Menschen an einer neurodegenerativen Erkrankung wie der Demenz, der Multiplen Sklerose oder Parkinson erkranken – nicht nur dann, wenn sie die Diagnose bekommen, sondern auch im Verlauf des je individuellen Lebens? Zum einen ist klar, dass sie ihr gesamtes weiteres Leben mit dieser Krankheit zubringen müssen und nicht nur eine begrenzte Phase. Die Erkrankung ist chronisch. Zum andern ist klar – und das meint der Begriff der Progredienz – dass es nicht besser wird. Der Begriff der neurodegenerativen Erkrankung verweist zudem auf einen dritten Faktor, der die Frage in den Mittelpunkt stellt, wie die jeweils Betroffenen mit der Unsicherheit eines durchaus differierenden Verlaufes im individuellen Fall umgehen können. Denn es ist keinesfalls sicher, dass der Verlauf immer gleich aussieht. Es gibt Phasen, da geht es einem vergleichsweise gut. Es gibt Phasen, in denen sie eine deutliche Verschlechterung spüren. Und es gibt Phasen, in denen sie akzeptieren müssen, dass die Einschränkungen so extrem sind, dass sie die Hilfe und Unterstützung anderer Menschen benötigen.

Welche Ressourcen stehen ihnen dafür zur Verfügung? Wie verlaufen die Anpassungsprozesse? Was genau brauchen sie wann an Unterstützung und was ist eher hinderlich? Wie wirkt sich also die jeweilige Krankheit auf den Umgang mit dem eigenen Leben aus und ist es überhaupt die Spezifik der Krankheit, die die Bewältigung, also Integration in das eigene Leben, beeinflusst? Und – auch das eher eine Frage der Forschung – lassen sich aus dem individuellen Verlauf in seiner ganzen Vielfalt allgemeine Muster erkennen, die es den Betroffenen ermöglichen, im gegebenen Fall zu antizipieren, was sie tun können, um ein *gutes Leben* führen zu können? Sicherlich nimmt die Erkrankung Einfluss auf das weitere Leben. Das Leben wäre vermutlich anders verlaufen, wenn sie nicht an Demenz oder Multipler Sklerose oder auch Parkinson erkrankt wären. Aber was ist das Spezifische des Anderen?

Viele Fragen und der Versuch, sich den Antworten zu nähern, bestimmen den Fokus des Projektes *Lebensablauf und Bewältigungsstrategien*

(LEBE). Das anvisierte Ziel ist dabei in jedem Fall gleich: Es gilt Unterstützungsformen zu finden, die dem Einzelnen wirklich helfen und zwar dann, wenn er/sie diese wirklich braucht.

Ich möchte mich bedanken. Bei den Menschen mit Demenz und Multipler Sklerose, die im Anschluss an die SEIN-Studie auch in der LEBE-Studie weiter dabei geblieben sind, an die Selbsthilfegruppen, die sich weiterhin bereit erklärt haben, an Gruppendiskussionen teilzunehmen und an die Menschen mit Parkinson, die neu hinzugekommen sind. Danke für die Offenheit, die Kontinuität und das Vertrauen, das mir entgegengebracht wurde.

Bedanken möchte ich mich auch bei Martina Roes als Standortsprecherin des DZNE in Witten, die dieses Forschungsprojekt ermöglicht und unterstützt hat. Christine Riesner hat die Arbeit kritisch und konstruktiv gelesen. Meine Kolleginnen am DZNE in Witten, insbesondere Olga Dortmann, Erika Sirsch und Christine Riesner haben mit mir über die mögliche Entwicklung von Konzeptbausteinen für den Übergang zur Instrumentenentwicklung diskutiert. Auch dafür meinen Dank.

Teilergebnisse einer noch nicht abgeschlossenen systematischen Literaturanalyse zum Thema Lebensablaufmodelle bei chronischen Erkrankungen, insbesondere die Modelle, die sich mit dem Umgang mit Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson auseinandersetzen, konnten im Vorfeld der endgültigen Auswertung bereits einbezogen werden. Ines Buscher, Lena Köller und Olga Klimann haben wesentlich mit dazu beigetragen.

Inhalt

1. Problemaufriss und Fragestellung	9
2. Wissenschaftlicher Diskurs	13
2.1. Modelle der Integration chronischer Erkrankung	14
2.2. Krankheitsbezogene Phasenmodelle der Integration chronischer Erkrankungen	18
2.2.1 Demenz	21
2.2.2. Multiple Sklerose	23
2.2.3. Parkinson	26
2.2.4. Zusammenfassung	30
2.3. Schlussfolgerungen	32
3. Empirische Untersuchung	34
3.1. Methodische Implikationen	36
3.1.1. Rekonstruktion der Prozessstrukturen des Lebensablaufs	36
3.1.2. Erfassung der Langzeitperspektive	37
3.2. Forschungsdesign	38
3.2.1. Auswahl der Untersuchungsgruppe	38
3.2.2. Grundgesamtheit – Planung und Durchführung	39
3.2.3. Erhebungsmethoden	40
3.2.4. Auswertungsmethoden	43

3.3. Erhebungs- und Auswertungsphase 1 und 2	44
3.3.1. Teilergebnisse: Prozessstrukturen des Lebensablaufs	46
3.3.2. Zusammenfassung und Vergleich	85
3.3.3. Graduierung der Prozessverläufe	94
3.3.4. Zusammenfassung – Graduierung	118
4. Schlussfolgerungen	129
4.1. Empirische Untersuchung	130
4.1.1. Rekonstruktion der Anpassung im Verlauf	130
4.1.2. Rekonstruktion der Graduierungsvariablen	135
4.2. Wissenschaftlicher Diskurs	139
5. Forschungsperspektiven	147
Literatur	152

1. Problemaufriss und Fragestellung

Das Leben von Menschen mit einer neurodegenerativen Erkrankung ist bestimmt durch eine Reihe von Herausforderungen, für die sie zunächst keine bewährten Kontroll- und Bearbeitungsstrategien besitzen. *Prozesse des Erleidens* (Schütze 1981; Schütze 1983; Schütze 1995) können ausgelöst werden. Das Gefühl, nicht mehr selbst das Leben bestimmen zu können, sondern von etwas anderem gesteuert zu werden, ist existentiell bedrohlich. Die eigene Identitätskonstruktion wird in Frage gestellt. So zumindest lautet die in der Sekundärliteratur vertretene Position.

Die subjektive Perspektive von Menschen mit einer neurodegenerativen Erkrankung zu rekonstruieren, wirft eine Reihe von besonderen Problemen auf, die bisher nur ansatzweise gelöst sind. Geht man einmal nach Schütze davon aus, dass es möglich ist, *Prozessstrukturen des Lebensablaufes* generell zu erfassen und folgt man des Weiteren seiner Aussage, dass der Begriff der Verlaufskurve Prozesse der Integration von krisenhaften Ereignissen in das Leben in ihrer Struktur beschreibt, dann stellt sich die bisher unbeantwortete Frage, wie das denn genau für Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen aussieht (Schütze 1981). Methodische und inhaltliche Lücken sind erkennbar.

Corbin & Strauss (2010, S. 306) merken so z. B. u. a. an, dass detaillierte Studien über spezifische Krankheiten, die sich direkt auf das Wesen der krankheitstypischen Verlaufskurven beziehen und Muster der krankheitsbezogenen Arbeit herausarbeiten, bisher ebenso fehlen wie in die Tiefe gehende Studien über die unterschiedlichen Verlaufskurvenphasen. Das trifft für das Krankheitsbild der Demenz und der Parkinsonerkrankung zu.

Auch Schaeffer (2009) bzw. Schaeffer & Moers (2008) verweisen in einer Charakterisierung des Verlaufs und Status quo der Theoriediskussion zum Thema *Bewältigung chronischer Erkrankung* explizit und ergänzend darauf hin, dass vor allem für Krankheiten, die mit kognitiven Einbußen einhergehen, und darunter wäre sicherlich die Demenz als eine zentrale chronische Erkrankung zu zählen, Forschungsdefizite festzustellen sind. Die *Insiderperspektive* sei generell immer noch zu wenig beachtet (Schaeffer 2009, S. 40). In dem von ihr präsentierten Sechs-Punkte-Programm fordert sie auch, dass dem *Gestaltwandel* und der Ausdehnung der Laufsdauern chronischer Erkrankungen und den damit einhergehenden Herausforderungen auf der

subjektiven Ebene mehr Aufmerksamkeit zukommen müsse. Die Lebenslaufdiskussion müsse stärker eingebunden werden und letztendlich müssten auch die Forschenden sich auch genauer überlegen, wie Interventionen als Unterstützungssysteme neu konzipiert werden können, wenn der Gestaltwandel der chronischen Erkrankung auf der subjektiven Ebene berücksichtigt würde (Schaeffer 2009, S. 42).

Vor diesem Hintergrund kristallisieren sich methodische und inhaltliche Probleme heraus, für die die Studie LEBE einen Lösungsweg entwickeln möchte.

- Methodisch ist ein Verfahren zu entwickeln, wie bei Menschen, die aufgrund einer chronischen Erkrankung von kognitiven Einschränkungen betroffen sind, *Prozesse des Erleidens* im Rahmen einer Verlaufskurve überhaupt rekonstruiert werden können. Es ist zu vermuten, dass die narrative biographische Stegreiferzählung hier eine andere Form hat als bei Menschen, die nicht unter einer solchen kognitiven Einschränkung leiden. Im Rahmen der Studie SEIN (Panke-Kochinke 2014) konnte bereits beobachtet werden, dass die Erzählstruktur aufgrund von Ausfällen im Kurzzeitgedächtnis und Wortfindungsstörungen an bestimmten Punkten anders ist. Auch wenn davon auszugehen ist, dass in der Frühphase der Erkrankung zunächst nur das Kurzzeitgedächtnis von Ausfällen betroffen ist und das Langzeitgedächtnis weitgehend erhalten bleibt, ist dieses krankheitsbedingte Problem methodisch zu berücksichtigen. Die Verbindung zwischen dem Erhebungsinstrument der biographischen Stegreiferzählung und der Erfassung von Veränderungen bzw. auch Konstanten im Umgang mit der Erkrankung über eine bestimmte Lebensphase durch episodische Interviews (Flick 2006), die in regelmäßigen Abständen stattfinden, zielt darauf ab, herauszuarbeiten, ob ein bestimmtes Muster der Prozessstrukturen erkennbar wird und erhalten bleibt oder sich unter den Bedingungen der Krankheit verändert.
- Inhaltlich ist herauszuarbeiten, welchen Stellenwert eigentlich die biographisch bedingten Bewältigungsstrategien im Umgang mit einer neurodegenerativen Erkrankung haben. Es ist zum einen zu erfassen, ob sich dabei Unterschiede zwischen Demenz, Parkinson und Multipler Sklerose erkennen lassen. Des Weiteren ist zu erfassen, welche Bedingungsfaktoren und Merkmalskombinationen zu erschließen sind, die eine solche Bewältigungsstrategie formen. Wenn sich typische Verläufe der Bewältigung herausarbeiten lassen, dann könnte man auch Unterstützungsangebote formulieren, die für bestimmte neurodegenerative Krankheitsbilder passen. Ergänzend zu der von Grieshop & Hellige (2002) bereits für Menschen mit Multipler Sklerose aus einer eher psychologischen Außen-

perspektive erfassten Muster der Bewältigung können so aus der ressourcenorientierten internen Selbsthilfeperspektive (Borgetto 2005) die den jeweiligen biographischen Handlungsmustern bereits inhärenten Lösungsmuster herausgearbeitet werden.

Geht Forschung dabei von der besonderen Struktur neurodegenerativer Erkrankungen aus, gewinnt die Langzeit- resp. Lebensspannenperspektive einen besonderen Stellenwert. Es kann vermutlich nicht davon ausgegangen werden, dass die Bedürfnis- und Bedarfsstruktur der von einer neurodegenerativen Erkrankung betroffenen Menschen im Laufe ihres Lebens gleich bleibt. Sowohl der zeitliche Verlauf der Erkrankung als auch ein spezifischer Phasenverlauf werden Differenzen erkennen lassen. So ist zu vermuten, dass die Spezifik neurodegenerativer Erkrankungen durch besondere Krankheitsverläufe gekennzeichnet ist, die sich einer klaren Phasenerfassung entziehen. Die Diagnosestellung dauert häufig länger und ist für den Betroffenen mit einer Phase der Unsicherheit verbunden. Die konkreten Angriffspunkte der gesundheitlichen Verschlechterung sind zwar summierbar, die Verläufe aber individuell nicht voraussagbar. Die Struktur der Verlaufskurve in der Bewältigung hängt in einem starken Maße also auch davon ab, wann und wie die Krankheit fortschreitet. Die Schubsymptomatik der Multiplen Sklerose (Haas, Kugler, Nippert, Pöhlau, & Scherer 2010; Fischer 2007; Janßen-Rohmann 2000), Tremor, Rigor und Akinese als Hauptsymptome der Parkinsonerkrankung (Abshagen 2006; Egger, Müller, Bigler, & Spirig 2012; Lukas & Nikolaus 2009; Kaufner 2007; Schneider E. 1999; Schwarz & Storch 2007; Willemsen 2009) und die schleichende kognitive Verlustsymptomatik der Demenz (Buller & Ptok 2005; Förstl 2009; Gutzmann 2008; Hauser 2009; Schenkman, Cutson, Zhu, & Whetten-Goldstein 2002; Seidl, Ahlsdorf, & Schröder 2007; Siegler 2009; Wendelstein o. J.) erzeugen spezifische Szenarien einer dauernden Herausforderung, sich handlungspraktisch auf körperliche Veränderungen einzustellen. Ob unter diesen Bedingungen die Prozessstruktur der biographischen Ordnung den bisher erarbeiteten Mustern oder heuristischen Matrices entspricht, ist zu überprüfen. Lässt sich wirklich eine *Höhepunktskrise* (Schütze 1981) ausmachen? Handelt es sich möglicherweise eher um eine Art Dauerkrise, die auch entsprechend eine dauernde eigene Nachjustierung der Bewältigungsmodelle erkennbar macht?

Das Forschungsprojekt LEBE zielt auf die Erarbeitung von Graduierungsmustern, die die Verlaufskurven im Umgang mit Demenz, Parkinson und Multipler Sklerose beeinflussen. Dazu führt sie Fallanalysen durch (Giebeler 2008; Griese & Grieschop 2007) bzw. setzt diese vor dem Hintergrund der bereits im Projekt SEIN ermittelten biographischen Grundlagen fort. Vor dem Hintergrund der im SEIN-Projekt bereits erarbeiteten Justierungsvari-

ablen (Panke-Kochinke 2014) wird ergänzend eine heuristische Matrix entwickelt, die den Umgang mit chronischen neurodegenerativen Erkrankungen in einer Langzeitperspektive erfasst. Es wird herausgearbeitet, wie und in welcher Form diese Veränderungen verlaufen. Der Einfluss einer Parkinsonerkrankung und einer Erkrankung an Multipler Sklerose werden als Kontrastfolie genutzt, um die demenzspezifischen Verlaufskurven zu erarbeiten und sie gegenüber anderen Verlaufskurvenmodellen abzugrenzen bzw. die Gemeinsamkeiten zu entschlüsseln.

Das Projekt liefert eine erste Grundlage, um strukturelle und hinreichend spezifizierte Ansatzpunkte für die Entwicklung eines Instrumentes zur Erhöhung der Passgenauigkeit von individualisierten Interventionen auf der Basis von Selbsthilfepotentialen in der Unterstützung für die Menschen zu formulieren, die von Demenz, Multipler Sklerose oder Parkinson betroffen sind.

Die zentrale Fragestellung, die die empirische Untersuchung leitet, lautet:

- **Welche Graduierungsmuster beeinflussen die Bewältigung von Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson im Lebensablauf?**

2. Wissenschaftlicher Diskurs

Mit einer chronischen Erkrankung zu leben bedeutet immer auch, diese in das bisherige Leben zu integrieren. Es handelt sich um einen Prozess der Selbstregulation (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal 1992; Livneh & Antonak 2005). Der Einbruch einer solchen chronischen Erkrankung löst Stress aus (Lazarus & Folkman 1984). Die Integration erfordert eine lebenslange Arbeit (Corbin & Strauss 2010). Die Bewältigung ist dabei ein Prozess, der in spiralförmigen Phasen verläuft. Das ist im Prinzip die Quintessenz der Aussagen, die den wissenschaftlichen Diskurs zum Thema bestimmen. Gefragt wird danach, welche Faktoren den Prozess der Selbstregulation bestimmen und wie die Phasenverläufe aussehen. Der wissenschaftliche Output zeigt sich auf drei Ebenen:

1. theoretischen Modellen, die die Systematik dieser Adaptionsprozesse beschreiben,
2. heuristischen Matrices, die ein Analysemodell für empirische Untersuchungen darstellen und
3. empirisch fundierten Untersuchungen, die nach Krankheitsbildern differenziert sind.

Im Folgenden¹ werden in einem ersten Schritt Modelle der Integration chronischer Erkrankungen vorgestellt (Kap. 2.1.). Die Verlaufskurvenmodelle von Schütze (Schütze 1995) und Corbin & Strauss (2010) bilden zentrale Perspektiven für die empirische Untersuchung der biographischen und krankheitsspezifischen Faktoren ab. Heuristische Matrices, wie die von Leventhal & Diefenbach (1992) liefern ergänzend Einblicke über den Einfluss sozialpsychologischer Faktoren. Eine Übersicht über ausgewählte Phasenmodelle

1 Die folgenden Ausführungen beruhen auf ersten Teilergebnissen einer aktuell durchgeführten systematischen Analyse von Verlaufskurvenmodellen im Umgang mit chronischen Erkrankungen. Herausgefiltert wurden 120 Studien, die den vorab festgelegten Kriterien wissenschaftlicher Analyse entsprechen. Von diesen wurden für die vorliegende Untersuchung die Modelle einbezogen, die sich entweder generell auf chronische Erkrankungen oder speziell auf Demenz, Multiple Sklerose oder Parkinson beziehen.

schließt sich an. In einem zweiten Schritt werden krankheitsbezogene Phasenmodelle im Umgang mit Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson vorgestellt (Kap. 2.2.). Gesucht wird dabei nach Ansatzpunkten für die Beantwortung der eigenen Fragestellungen. Forschungslücken werden erfasst.

2.1. Modelle der Integration chronischer Erkrankung

Generell wird in der Literatur davon ausgegangen, dass der *Einbruch* einer chronischen Erkrankung zu einer Krise führt bzw. ein *krisenhaftes Ereignis* darstellt. Die bisher im Leben praktizierten Mechanismen der Lebensbewältigung funktionieren nicht mehr. Ein *biographischer Bruch* wird ausgelöst. Das Selbstkonzept wird in Frage gestellt. Die Identität wird beschädigt. *Prozesse des Erleidens* kennzeichnen den Verlauf (Schaeffer 2009). Ziel ist es, das beschädigte Selbstkonzept vor dem Hintergrund der chronischen Erkrankung wiederherzustellen bzw. das Lebensmodell an diese Beschädigung im Prozess der Transition anzupassen (Jarrett 2000, S 43).

Mechanismen der Selbstregulation als eine Funktion der Repräsentation von Gesundheitsbedrohungen und der Entwicklung von Zielen für einen weitergehenden Prozess des Copings werden nach Leventhal et. al. (1992, S. 143) auf einer kognitiven und emotionalen Ebene so in Gang gesetzt, dass im Idealfall das Kohärenzsystem gestärkt wird. Der diesem Prozess unterlegte kognitive Mechanismus funktioniert auf einer konkreten (symptombasierten) und einer abstrakten Ebene. Die Betroffenen agieren auf beiden Ebenen, um eine kohärente Repräsentation für die Krankheitsbedrohung zu bekommen. Diese Selbstregulation ist eingebunden in einen sozialen und gesellschaftlichen Handlungsrahmen, der die Kontextvariablen bestimmt (Livneh 2001). Eine Adaption wird angestrebt. Unterschiedliche Phasen dieses Adaptionsprozesses werden erkennbar.

Die Anpassungsprozesse an die chronische Krankheit verlaufen nicht immer linear, sondern zyklisch und spiralförmig, auch regressiv und überlappend. Je nach Krankheitsverlaufskurve und in Kombination mit weiteren biographischen Krisen müssen neue Probleme bewältigt werden. Das ist das Ergebnis, das Duboulez et. al. (2010) vor dem Hintergrund einer Metasynthese feststellen.

Für die empirische Untersuchung wurde die Entscheidung getroffen, den im angloamerikanischen Raum genutzten Begriff *trajectory* in der Tradition von Corbin & Strauss (2010) zugrunde zu legen und ihn durch den im deutschsprachigen Raum von Schütze geprägten Begriff der *Verlaufskurve* (Schütze 1981; Schütze 1983; Schütze 1995) zu ergänzen.

Wenn Schütze (1983) den Begriff der Verlaufskurve verwendet, dann bezieht er diesen auf den Teil des Trajektkonzeptes, dem Corbin & Strauss

(2010) in einer ihrer drei zentralen Komponenten herausgearbeitet haben: den biographischen Verlauf. Auf der Suche nach dem individuell zu erschließenden *biographischen Handlungsschema* interessiert ihn vor allem das *intentionale Prinzip des Lebensablaufs*. So sind Verlaufskurven für ihn das *Prinzip des Getriebenwerdens durch sozialstrukturelle und äußerlich-schicksalhafte Bedingungen der Existenz*. Sie erzeugen die *Prozesse des Erleidens*. Schütze erfasst in seinen Untersuchungen bestimmte Strukturmuster solcher Prozesse – eben die Verlaufskurve: Es baut sich ein Verlaufskurvenpotential auf, es kommt zu einer Grenzüberschreitung von einem intentionalen zu einem konditionellen Aggregatzustand sozialer Aktivität, zum Finden und Bewahren eines labilen Gleichgewichtes, der Entstabilisierung der Lebenssituation (*Trudeln*), dem Orientierungszusammenbruch, der theoretischen Verarbeitung und den *handlungsschematischen Bearbeitungs- und Entkommensstrategien*. Solche *Prozesse des Erleidens* können sich im Verlauf eines Lebens mehrfach ergeben. Die Art und Weise, wie diese Verlaufsstruktur sich im Feld der *handlungsschematischen Bearbeitungs- und Entkommensstrategien* ergibt, ist sein eigentlicher Untersuchungsgegenstand (Schütze 1983, S. 288). Eine Krankheit ist in diesem Kontext zu verstehen als eine *äußerlich-schicksalhafte Bedingung der Existenz*, die in das bisherige Leben über *Prozesse des Erleidens* integriert wird. Im Zentrum steht dabei die Frage, wie es Menschen vor dem Hintergrund ihres bereits bestehenden Handlungsmusters gelingt, das zu tun.

Die von Schütze gestellte Frage, ob sich Allgemeinheiten über biographische Erleidensprozesse im Gegensatz zu biographischen Handlungsplanungen und –abläufen feststellen lassen, trifft dabei ins Zentrum eines weiteren Begriffes, der als Prozess der Bewältigung bezeichnet wird (Arklie 1989; Greenstreet 2006; Miller C. M. 1993; Turk, Sobel, Follick, & Youkilis 1980).

Erleiden und *bewältigen* sind zumindest im deutschen Sprachgebrauch zwei Worte, die unterschiedlich besetzt sind. *Erleiden* kennzeichnet eine passive Form von Erfahrung, die zudem durch den Wortbestandteil *Leid* zumindest ethymologisch als das *Betrübende* und Schmerzhaftes, auf die feindliche oder *verhasste* Seite der Erfahrung (Kluge 1924, S. 300) verweist. In dem Wort *Bewältigung* steckt demgegenüber das Verb *walten* im Sinne eines *Starkseins*. Betrachtet man allerdings beide Begriffe vor dem Hintergrund der als Schicksal in das Leben einbrechenden Krankheit als ein Ereignis, das von außen kommt, wird der Zusammenhang über den Begriff des Prozessverlaufes deutlich: In den Lebensablauf und seine eingeübten Handlungsstrategien, also auch Problemlösungsmuster, greift für den Betroffenen unabwendbar und aktiv nicht herbeigeholt, etwas ein. Dieser Eingriff wird als ein Eingriff von außen erlebt: Er geschieht einfach. Das Ereignis ist so angelegt, dass es die betroffene Person zu einer Auseinandersetzung mit sich selbst und den bisher eingesetzten und erprobten Handlungsmustern zwingt. Bewältigung