

Diplomarbeit

BIOGRAFIEARBEIT IM KRANKENHAUS
Literaturrecherche mit Ausblick auf mögliche Studien

eingereicht von

Marlen Dido Grand, M.A.

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie

unter der Anleitung von

Ao.Univ.-Prof. Dr.med.univ. Daisy Kopera

Univ.-Prof. Dr.med.univ. Josef Jenewein

Graz, 11.02.2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 11.02.2022

Marlen Dido Grand, M.A. eh.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	4
Abstract	5
Einleitung	6
1. Grundlagen der Biografiearbeit.....	7
1.1. Was ist professionelle Biografiearbeit?	7
1.2. Biografiearbeit – wozu?	9
1.2.1. Identitätsentwicklung.....	10
1.2.2. Stabilisierung und Hilfe zur Bewältigung	11
1.2.3. Aktivierung von Ressourcen	13
1.2.4. Kontinuität, Sinnfindung und Lebensplanung	13
1.3. Methoden der Biografiearbeit.....	14
1.4. Werterhaltung in der Biografiearbeit	15
1.5. Lebensgeschichte als Krankheitsursache	17
1.6. Biografiearbeit und Krankheitsbewältigung	22
1.7. Nutzen der Biografiearbeit im Krankenhaussetting	24
TEIL II: Studienplanung „Biografiearbeit in der Medizin“	28
2. Zielsetzung.....	29
3. Material & Methoden	31
3.1. Studiendesign.....	31
3.2. Studienteilnehmerinnen	31
3.3. Durchführung.....	32
3.4. Study outcomes	34
3.5. Untersuchungsinstrumente	34
3.6. Stichprobengröße	37
3.7. Statistik	37
4. Ergebnisse	38
5. Diskussion	39
Literaturverzeichnis	41

Zusammenfassung

Psychosomatisch bedingte Krankheiten sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Sie finden sich nicht nur auf den psychiatrischen Stationen, sondern in allen Bereichen der Medizin. Da schwierige Situationen und Lebensereignisse Einfluss auf die psychische, aber auch auf die körperliche Integrität erwachsener Menschen haben, sollte den Lebensumständen in allen Arbeitsfeldern der Medizin erhöhte Beachtung geschenkt werden. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, welchen Stellenwert Biografiearbeit in der modernen Medizin hat und welche Effekte sie auf betroffene Patient*innen, aber auch auf Ärzt*innen und Pflegepersonal haben kann. Mit ihrer Hilfe können Erkrankungen im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Modells ganzheitlich verstanden und eine ganzheitliche Behandlung angestrebt werden, indem biografische Wunden geheilt und Ressourcen gestärkt werden.

In dieser theoretischen Arbeit werden die Grundlagen der Biografiearbeit anhand ausgewählter Fachliteratur dargelegt, um anschließend zu erörtern, wie eine Studie geplant werden könnte, um die Implementation von Biografiearbeit in das Krankenhaussetting einer dermatologischen Abteilung zu prüfen. Dabei sollte der mögliche Nutzen von Biografiearbeit sowohl für die Patient*innen als auch die Ärzt*innen und Pflegefachpersonen untersucht werden.

Abstract

Illnesses caused by psychosomatic reasons are widespread in population. They can not only be found in psychiatric wards but in any field of medicine. Difficult situations and life events can impact both the mental and physical health of adults and should therefore be addressed in every medical field. This thesis concentrates on the significance of biographical work in modern medicine and the effects of biographical work on affected patients but also on health professionals. Biographical work helps to see illnesses in a holistic bio-psycho-social way and to improve the patients recovery by healing biographical wounds and strengthen personal resources.

In this thesis theoretical aspects of biographical work are described using relevant literature to subsequently discuss how a comprehensive study might be planned, to examine the implementation of biographical work in the hospital setting of a dermatological ward. The study's aim should be to investigate whether biographical work would be helpful for both patients and health professionals.

Einleitung

Die Beschäftigung mit der eigenen Biografie ist Bestandteil eines jeden Lebens und liegt in der Natur des Menschen – von der Höhlenmalerei bis zum Youtube-Kanal gab und gibt es seit jeher zahlreiche Möglichkeiten, sich mit der eigenen Identität und Geschichte auseinanderzusetzen (Vgl. Hölzle 2011, S.34). „Die Fragen: Woher komme ich? Wer bin ich? Wer will ich sein? Was ist mir wichtig? Welchen Sinn hat mein Leben? sind die existentiellen Fragen nach der eigenen Identität, dem eigenen Selbstverständnis und wichtigen orientierenden Werten“ (Hölzle 2011, S. 32). Meist geschieht die Auseinandersetzung mit lebensverändernden Ereignissen und Entwicklungen allerdings eher ungezielt und unreflektiert.

Den Gegenpol zur intuitiven Beschäftigung mit der persönlichen Lebensgeschichte bildet die professionelle Biografiearbeit. Erstmals in den 1930er Jahren in Amerika angewandt und in den 1970ern nach Europa importiert, stellt sie inzwischen einen zentralen Bestandteil der Sozialwissenschaften dar. (Vgl. Jansen 2011, S. 17f.). Angewandt wird sie, um Menschen „in ihrer Entwicklung, ihrer Lebensbewältigung, Lebensführung und Lebensplanung zu unterstützen, deren Ausgangsbedingungen für die eigenständige Gestaltung der Biografie erschwert sind. Anlass und Indikation für Biografiearbeit sind insbesondere Krisen und Wendepunkte, die einen deutlichen Bruch zur bisherigen Lebensgeschichte und Lebensführung darstellen und deshalb ‘...eine Rückschau erfordern oder wo unbekannte oder unverstandene Teile der Biografie der Erklärung und Bearbeitung bedürfen““ (Hölzle 2011, S. 32).

Aber auch in anderen wissenschaftlichen Feldern wird gerne auf Biografiearbeit zurückgegriffen, zum Beispiel in der Medizin. Ob und welchen Nutzen Biografiearbeit tatsächlich für Patient*innen haben kann und ob sie auch für Ärzt*innen als diagnostisches und therapeutisches Tool im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Modelles fungieren kann, ist bisher nicht ausreichend durch Studien dargelegt. Ziel dieser Arbeit ist es daher, die Grundlagen der Biografiearbeit in Form einer Literaturrecherche zusammenzufassen und herauszuarbeiten, wie eine Studie zum Thema Biografiearbeit im Krankenhaus aussehen könnte und welche Aspekte dafür berücksichtigt werden müssten.

TEIL I: THEORIE

1. Grundlagen der Biografiearbeit

1.1. Was ist professionelle Biografiearbeit?

Professionelle Biografiearbeit wird definiert als „methodische Anleitung und Begleitung biografischer Selbstreflexion durch professionelle Fachkräfte in psychosozialen Arbeitsfeldern.“ (Hölzle/Jansen 2011, S.10).

Im ursprünglichen Verständnis bedeutete dies eine Auseinandersetzung „mit Strukturen eines institutionalisierten Lebenslaufes (Familie, Schule, Beruf, Heirat, Ruhestand) als zentrale Ablaufmuster, in denen sich gesellschaftliche und soziale Ordnungsmuster moderner Gesellschaften über die Lebensspanne [...] als ‘Normalbiografie’ abbilden. Der Lebenslauf erschien dabei als vorhersehbarer Lebenszyklus, in dem Varianten biografischer Ausgestaltung durch Bedingungen wie z.B. soziale Teilhabe, kulturelles und soziales Kapital, Bildung oder das Geschlecht beeinflusst werden.“ (Jansen 2011, S.17f.).

Der Fokus lag also eher auf allgemeinen gesellschaftlichen Strukturen und nicht auf einzelindividuellen Lebensgeschichten und deren Bedeutung für das Selbst im Sinne eines subjektiven Erlebens oder einer Selbstreflexion. Begriffe wie diese wurden erst in den 80er-Jahren nach und nach in die Biografieforschung integriert, bis die Erarbeitung von (oft auch bild- und tongestützten) Lebensgeschichten von Individuen und Gruppen in den 1990er-Jahren schließlich zentrale Bedeutung erlangte. (Vgl. Jansen 2011, S. 18-19).

Mit dieser Bedeutungsveränderung musste auch eine neue Definition von Biografiearbeit gefunden werden, wie sie zum Beispiel Hölzle (2011, S. 31) formuliert: „Biografie bedeutet Lebensbeschreibung (das griechische Wort bios = leben, gráphein = schreiben, zeichnen, abbilden, darstellen). Der Begriff deutet bereits an, dass eine Biografie kein passives Abbild eines Lebens darstellt, sondern dass eine Lebensbeschreibung ein Gestaltungsprodukt ist, ein Ergebnis von reflexiven, selektiven und gestaltenden Prozessen. Der Begriff ‘Arbeit’ im Kontext von Biografie verweist auf einen absichtsvollen, bewussten, zielgerichteten und aktiven Prozess.“

Jansen (2011, S. 20) definiert den Begriff der Biografizität als „eine Kategorie, bei der die biografische Arbeit des Individuums zu einem Selbstbildungsprozess wird, in dem Identität sich flexibel ‘clustert’ und sich entlang von Diskontinuitäten und Brüchen prozesshaft immer wieder neu ausrichtet.“ Die Aufgabe der Biografiearbeit ist es dabei, „subjektive Sinnstrukturen vor dem Hintergrund relevanter Kontexte (z.B. Zeitgeschichte, Soziale Teilhabe, Szene, Milieu, Kultur, Alltag) systematisch (anhand qualitativer Forschungsinstrumente) als Verdichtungen und Relevanzstrukturen herauszuarbeiten und sichtbar zu machen“ (Jansen 2011, S. 20).

Diese Verortung im Zeit- und Umweltgeschehen und das Begreifbarmachen der Bedeutung einzelner Ereignisse ist die Aufgabe des Wissenschaftlers bzw. der Wissenschaftlerin. Mit seiner/ihrer Hilfe können Traumata und Identitätskrisen im geführten Gespräch oft überwunden und eventuell sogar präventiv vermieden werden (siehe Kapitel 1.2). Dabei sind einige Dinge zu beachten: Ein solches biografieorientiertes Gespräch sollte im Gegensatz zu einem (psycho)therapeutischen Gespräch stets in einem alltagsnahen Umfeld (Schule, Jugendzentrum, Pflegeheim, Altenheim, ...) stattfinden, einfach zugänglich sein, in einem offenen Rahmen gehalten und ohne Fokus auf bestimmte Erlebnisse/Probleme/Traumata geführt werden. Relevant ist dabei nicht die möglichst realistische und richtige Darstellung von Erlebtem, sondern die persönliche Erfahrung von positiv und negativ empfundenen Lebensereignissen und lebensverändernden Situationen. Dazu gehören falsche Darstellungen genauso wie freie Umdichtungen von Ereignissen, die „z.B. als Hoffnungsträger fungieren, die Person interessant machen, schmerzhaft Erfahrungen abpuffern“ (Jansen 2011, S. 22), solange diese nicht zu übermächtig werden und das Gespräch behindern bzw. die Tatsachen so weit eintrüben, dass eine Erfassung des Erlebten nicht mehr möglich ist. (Vgl. Jansen 2011, S. 21-26).

Junkers (1995, S. 228) geht sogar so weit, sogenannten Fehlern in der Biografie eine besondere Bedeutung beizumessen, denn „Freud wies schon früh darauf hin, dass objektiv unrichtige Angaben eines Patienten oder auch ihrer Angehörigen gerade in ihrer subjektiven Sicht für das Verständnis dieses Menschen von besonderem Wert sein können.“ Beispielsweise wenn jemand sich in seinem Hochzeitsdatum ‚irrt‘ um zu vertuschen, dass das Kind vorehelich gezeugt wurde. (Vgl. Ebda).

1.2. Biografiearbeit – wozu?

Die Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte nützt der/dem Befragten und Befrager*in gleichermaßen: Einerseits hilft Biografiearbeit dem Erzähler/der Erzählerin beim Verarbeiten und Neubewerten des Erlebten, auf der anderen Seite dient es aber auch dem „generativen Lernen“ (Jansen 2011, S. 23) über Generationen hinweg. Welche Folgen das Nicht-Erzählen von Lebensgeschichte hat, untersuchten die Ärzte bzw. Psychotherapeuten Mitscherlich/Mitscherlich (1967) in ihrem Werk *Die Unfähigkeit zu Trauern*. Darin legten sie dar, dass nicht nur das Erzählte, sondern vor allem das Schweigen von Menschen mit traumatischen Kriegserfahrungen, wie sie beispielsweise im Zweiten Weltkrieg gemacht wurden, die ganze(n) nachfolgende(n) Generation(en) negativ in ihrer Gefühlswelt bzw. Wahrnehmung beeinflussen kann bzw. können – zum Beispiel in Bezug auf die Schuldfrage, aber auch in ihrer Einsichts- und Reflexionsfähigkeit, Toleranz und Einstellung zur Gedankenfreiheit, sowie beispielsweise im Umgang mit Tabus.

Gerade für Kinder mit Fremdunterbringung, Menschen mit Migrationskontexten oder Personen mit Haft- und Psychiatrieaufenthalten, die oft nicht in der Lage sind, die von ihnen gemachten Erfahrungen ohne fremde Hilfe adäquat zu verarbeiten, ist eine professionelle Aufarbeitung der Lebensgeschichte auf klassische oder kreative Weise daher essenziell und kann zur Bewältigung traumatisierender Erlebnisse und zum Schutz nachfolgender Generationen beitragen. (Vgl. Jansen 2011, S.24f.).

Hölzle (2011, S. 32) formuliert zudem folgende Anlässe für Biografiearbeit:

- „der Verlust oder die Trennung von der Ursprungsfamilie und wichtigen Bezugspersonen, z.B. bei Pflege- und Adoptivkindern
- einschneidende und traumatisierende Lebensereignisse, die einen Verlust vertrauter Menschen, Orte und Lebensverhältnisse mit sich bringen, z.B. Migration, Flucht und Vertreibung
- der Verlust von Gesundheit durch Behinderung, Alter, chronische und dementielle Erkrankungen

- Lebensverhältnisse, die – geprägt durch Armut, Vernachlässigung und mangelnden Zugang zu entwicklungsförderlichen Ressourcen – die Lebensplanung erschweren.“

Wie im vorigen Kapitel bereits erwähnt, dient die Biografiearbeit dabei niemals als Ersatz für eine Psychotherapie, deren Aufgabe es wäre „die Ursache gestörten Verhaltens und Erlebens aufzudecken und [...] zu heilen oder zu mildern“ (Hölzle 2011, S. 33), sondern soll die Erzählenden einfach nur dabei unterstützen, ihr eigenes Leben zu verstehen, es in geeignete Kontexte zu setzen und als kontinuierliches Geschehen wahrzunehmen, in dem Ressourcen aktiviert und für zukünftige Herausforderungen genutzt werden können. Auch die Einbindung gesellschaftlicher, politischer, historischer und kultureller Einflüsse auf die eigene Lebenswelt sollte dabei immer beachtet werden, sodass die eigenen Erfahrungen in das Verständnis des eigenen Lebens integriert und dementsprechend bewältigt werden können. (Vgl. Hölzle 2011, S. 32-34).

Als Funktionen der Biografiearbeit nennt Hölzle (2011, S. 35-47) einige Parameter, welche in den nächsten Unterkapiteln näher dargelegt werden sollen:

1.2.1. Identitätsentwicklung

Biografiearbeit soll Menschen bei der Entwicklung ihres Identitätsbildes und bei der „Integration von Erfahrungen in das eigene Lebens- und Selbstkonzept“ (Hölzle 2011, S.35) helfen, vor allem in Bezug auf Krisen und Lebensereignisse, die einen deutlichen Einschnitt in das Leben und Erleben bilden (Scheidungen, Trauerfälle, Unfälle, chronische Krankheiten) und das eigene Identitätsempfinden bedrohen. Die Arbeit an der eigenen Biografie dient dabei dazu, solche Brüche mit der eigenen Geschichte in Einklang zu bringen, einer Isolation entgegenzuwirken und neue zentrale Werte zu erarbeiten.

Um dies erfolgreich zu begleiten, ist es für den Interviewenden relevant, das Modell der Identitätsentwicklung von Erik Erikson zu kennen und bei der Biografiearbeit zu berücksichtigen: Er beschrieb die Identitätsentwicklung als Stufenmodell, das Entwicklungsaufgaben nach Alter vorschlägt, z.B. die Frage nach Rolle vs. Identität für Adoleszente (13-20 Jahre), Intimität vs. Isolation für das frühe

Erwachsenenleben (20-40 Jahre), Generativität vs. Stagnation für das mittlere Erwachsenenleben (40-60) und Zufriedensein vs. Gescheitertsein mit dem Leben für späte Erwachsene über 60. Werden die altersspezifischen Konflikte nicht im geeigneten Zeitfenster bearbeitet, so kann man nicht erfolgreich in die nächste Stufe aufsteigen und kein Bewusstsein dafür entwickeln, was es bedeutet eine eigene Identität mit einer eigenen Lebensgeschichte aufzuweisen.

Das zweite Konzept, das in diesem Zusammenhang immer hinzugedacht werden sollte, ist das Empfinden einer Wir-Identität: Menschen fühlen sich gewissen Gruppen zugehörig und stellen an diese Zugehörigkeit auch gewisse Erwartungen bzw. Anforderungen, z. B. eine Frau in ihrer Rolle als Mutter, als Frau, als Tochter, als Ärztin.

Denkt man als Interviewender diese altersspezifischen Konflikte und die Konflikte der Wir-Identität in der Biografiearbeit mit, kann ein Setting geschaffen werden, in dem es möglich ist, die Identität des/der Erzählenden optimal zu stützen. (Vgl. Hölzle 2011, S.35-39).

1.2.2. Stabilisierung und Hilfe zur Bewältigung

Eine weitere Funktion der Biografiearbeit ist es, die „Menschen bei der Bewältigung einschneidender und belastender Lebensereignisse zu unterstützen und sie in krisenhaften biografischen Umbruchsituationen zu stabilisieren.“ (Hölzle 2011, S. 39). Bewältigung ist dabei definiert als „Auseinandersetzung mit Belastungen, Gefühlen oder Ereignissen, die eine Person in ihrer Handlungsfähigkeit oder ihrem Wohlbefinden bedrohen oder einschränken, d.h. ihre aktuell verfügbaren Ressourcen übersteigen“ (ebda). Unterschiedliche Menschen gehen mit denselben Situationen unterschiedlich um; wo einer gefasst auf einen Schicksalsschlag reagiert, kann für den anderen die ganze Welt zusammenbrechen.

Das subjektive Erleben und Bewältigen einer Stresssituation (coping) hängt Forschungen (Vgl. Lazarus, 1984) zufolge dabei in erster Linie von der primären Bewertung, also dem Einfluss der Situation auf das eigene Wohlempfinden (positiv, irrelevant, Verlust, Schaden, Bedrohung, Herausforderung), und von der sekundären Bewertung, also der Selbsteinschätzung vorhandener Ressourcen (materiell, sozial, psychisch, physisch) zur Bewältigung einer Situation ab. Aus diesen beiden Parametern entwickelt der Mensch anschließend eine

entsprechende Bewältigungsstrategie, die sich entweder auf die Lösung eines Problems (primäre Kontrolle) oder aber auf den Umgang mit den empfundenen Emotionen (sekundäre Kontrolle) (Selbstberuhigung, Vermeidung, ...) bezieht.

Maßgeblich hinzu kommt der Vergleich des eigenen Problems im sozialen Kontext: Personen in schwierigen Zeiten neigen dazu, ihre Situation mit anderen zu vergleichen, die meist in einer gleich schlechten oder noch schlechteren Position sind. Dieser Vergleich hilft ihnen, die eigene Situation z.B. als weniger dramatisch zu empfinden. Zusätzlich kann soziale Unterstützung als erleichternd und wohltuend, aber auch als freiheitseinschränkend bzw. Bestätigung der eigenen Hilflosigkeit wahrgenommen werden.

Berücksichtigt man die persönlichen Coping-Strategien und den sozialen Kontext des/der Erzählenden, kann Biografiearbeit unterstützend wirken, indem sich der/die Erzählende im einfühlsamen Gespräch in geschütztem Rahmen bewusst mit einer Situation und dem subjektiven Empfinden derselben auseinandersetzt, gleichzeitig aber auch mit den ihm oder ihr gegebenen Ressourcen zur Bewältigung von Problemen, darunter fallen „Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kompetenzen und unterstützende[...] Beziehungen [...], die zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen und Lebensaufgaben von zentraler Bedeutung sind“ (Hölzle 2011, S.43). Solche Ressourcen müssen gezielt aktiviert werden, um „belastende Lebensereignisse soweit zu bewältigen, dass sie als Bestandteil der eigenen Lebensgeschichte anerkannt und integriert werden können, ohne das psychische Gleichgewicht der Person zu gefährden“ (ebda, S. 42). Der/die Interviewende kann dabei soziale Vergleiche anregen sowie einen wesentlichen Beitrag zum Erkennen und Aktivieren der Ressourcen leisten, und dadurch den/die Erzählende zur Bewältigung schwieriger Situationen anregen (siehe dazu auch das folgende Kapitel 1.2.3.).

Einen Sonderfall bildet allerdings die Bewältigung von echten Traumata, welche definiert sind als „Erfahrungen extremsten Stresses, bei dem entweder das eigene oder das Leben anderer bedroht wird. Dazu zählen z.B. Kriegserlebnisse, Folter, Naturkatastrophen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, wie Raubüberfälle und Vergewaltigung, schwere Autounfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit.“ (Hölzle 2011, S.41).

Von einem solchen Trauma betroffen sind Studien zufolge 36-69% der Bevölkerung. Auch hierbei kann Biografiearbeit helfen; geht das Ganze allerdings in Richtung einer posttraumatischen Belastungsstörung, reicht Biografiearbeit nicht aus, hier ist

immer eine qualifizierte Psychotherapie nötig, denn „Biografiearbeit kann die Integration von traumatischen Erfahrungen unterstützen, aber Psychotherapie nicht ersetzen.“ (ebda). (Vgl. Hölzle 2011, S.40-43).

1.2.3. Aktivierung von Ressourcen

Damit zur dritten von Hölzle (2011) postulierten Funktion, die Biografiearbeit leisten kann: die Aktivierung von Ressourcen. „Als Ressourcen ‚werden alle Mittel gesehen, durch die Systeme sich als lebens- und funktionsfähig erhalten (operating), Probleme bewältigen (coping), ihre Kontexte gestalten (creating) und sich selbst im Kontextbezug entwickeln können (developing)‘“ (Hölzle 2011, S. 44). Diese Ressourcen sind wie bereits angesprochen nicht jederzeit verfügbar, sondern müssen „ihre Wirksamkeit erst im Bezug zu anstehenden Aufgaben, Zielen, Herausforderungen und Bedürfnissen entfalten“ (ebda). Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, in der Biografiearbeit auf die vorhandenen Ressourcen einzugehen, denn „die Erinnerung an die gelungene Bewältigung früherer Aufgaben und lebensgeschichtlicher Herausforderungen stärkt das Gefühl der Selbstwirksamkeit und stimuliert die Wahrnehmung von Potentialen und Ressourcen, die dann auf aktuelle oder zukünftige Aufgaben und Herausforderungen übertragen werden können.“ (Hölzle 2011, S. 45).

Je intensiver die Erinnerungen im Gespräch abgerufen und heraufbeschworen werden, je deutlicher sie durch Lieder oder Fotografien gestützt werden, desto stärker gelingt die Ressourcenaktivierung für bevorstehende Herausforderungen und desto mehr profitiert der/die Erzählende von der Biografiearbeit. (Vgl. Hölzle 2011, S.44-47).

1.2.4. Kontinuität, Sinnfindung und Lebensplanung

Die letzte von Hölzle beschriebene Funktion ist definiert als „sinnstiftende Verknüpfung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Diese Verknüpfung ist dann von besonderer Bedeutung, wenn lebensgeschichtliche Brüche und Diskontinuitäten zu verarbeiten sind wie Trennung, Tod eines nahe stehenden Menschen, die Trennung von den leiblichen Eltern (Fremdplatzierung), Vertreibung, Flucht, Migration oder der Verlust von Gesundheit und körperlicher Integrität“ (Hölzle 2011, S. 47).

Aber auch der Rahmen gesellschaftlicher, technologischer oder kultureller Umbrüche, die eine Reflexion und Wandlungsfähigkeit voraussetzen, sollte immer mitgedacht werden, um das Leben als kontinuierlichen, identitätsstiftenden Prozess wahrzunehmen und die Einflüsse von Tradition, Kultur und Historie zu begreifen. Gelingt dies, wird das eigene Leben verstehbar und die weiterführende Lebensplanung greifbarer. (Vgl. Hölzle 2011, S. 48-51).

1.3. Methoden der Biografiearbeit

Die durch ihre zahlreichen Funktionen gewonnene Relevanz macht Biografiearbeit zu einem zentralen Bestandteil im Bereich der sozialen Arbeit, verleiht ihr aber auch darüber hinaus Bedeutung. Wie immer ist aber nicht nur die Frage des Nutzens von Bedeutung, sondern vielmehr auch die Frage der Umsetzung. Was die Methoden anbelangt, so stehen zahlreiche Möglichkeiten zur Auswahl, welche an den/die Erzählende und die Situation individuell angepasst werden können. Specht-Tomann (2018) und Hölzle/Jansen (2011) beschreiben in diesem Zusammenhang Einzelarbeiten vs. Gruppenarbeiten, bei denen dem Einsatz kreativer Methoden als Erzähl-Impuls keine Grenzen gesetzt sind: Malen, Zeichnen, Schreiben, Lesen, Gesang oder Spiele sind genauso erlaubt, wie der Einsatz von Gegenständen aus der Vergangenheit, Fotos oder musikalische Untermalung.

Als einfachste Technik hat sich das jedoch narrative Interview durchgesetzt, wie es auch im Rahmen einer umfassenden Studie (siehe Kapitel 4) zur Anwendung kommen könnte. Bei dieser Methode wird der/die Gesprächspartner*in aufgefordert, Erlebnisse ohne Vorbereitung und frei als Geschichte zu erzählen. Da es sich um ein offenes Interview handelt, können Themen und Schwerpunkte flexibel gewählt werden; außerdem ist keine Vorbereitung oder Einführung notwendig, da die narrative Kompetenz gleichzeitig mit der Kommunikationsfähigkeit eines Menschen erworben wird. Zur Vorbereitung genügt daher eine kurze Erklärung über den Grund des Gespräches und ein Erzählstimulus, welcher den/die Erzählende/n in Form einer Frage in die Vergangenheit führt (z.B. „Versuchen Sie sich zu erinnern, was ...“). Wenn der Erzählfluss einmal in Gang gesetzt wird, kann ihm mit gezielten Nachfragen eine Richtung bzw. Struktur gegeben werden; diese sollte sich allerdings immer an den Bedürfnissen der/des Erzählenden orientieren und nicht an den Vorstellungen des/der Interviewenden. Für Erfolg und Misserfolg eines

biografischen Gesprächs ist nämlich vor allem eine professionelle Werthaltung maßgeblich, wie sie im anschließenden Kapitel beschrieben werden soll. (Vgl. Specht-Tomann, S. 102-105).

1.4. Werthaltung in der Biografiearbeit

Neben der Wahl der geeigneten Methodik ist die Werthaltung der/des Interviewenden zentral, da diese den geeigneten Rahmen für das biografische Gespräch bilden kann und muss. Jansen (2011, S. 26) postuliert dazu Folgendes: „Ressourcenorientierte Biografiearbeit setzt eine fachliche Professionalität voraus, die dazu in der Lage ist, ein spezifisches Setting der Biografiearbeit zielorientiert und AdressatInnen spezifisch zu entwickeln und zu gestalten. Dies setzt neben einer fundierten, theoretischen Auseinandersetzung mit der Bezugsgruppe Fachkompetenzen der Analyse, der Gestaltung und Moderation von Gruppenprozessen voraus. Insbesondere ist aber auch eine besondere Werthaltung der Professionellen im Rahmen von Biografiearbeit erforderlich.“

Monika Specht-Tomann (2018, S. 19-24) beschreibt in diesem Zusammenhang zuallererst die Bedeutung der Kommunikation, welche für den „sensiblen Umgang mit dem Element Gespräch“ (ebda., S. 19) ganz grundsätzlich, aber auch im Rahmen der Biografiearbeit essenziell ist; denn „Menschen in Krisensituationen bzw. in kritischen Lebensabschnitten brauchen ein ‚Gegenüber, das bereit ist, sie bei dem schweren Prozess der Auseinandersetzung mit ihren Erfahrungen zu stützen und die Inhalte ihrer Geschichten erträgt“ (Specht-Tomann 2018, S. 20).

Ein grundsätzliches Interesse am Gespräch von beiden Seiten ist dabei natürlich Voraussetzung. Dieses vermitteln (gerade alte) Personen oft durch „wiederkehrende(n), stereotyp erzählte(n) Geschichten“ (Specht-Tomann 2018, 21). Inhaltsleere Antworten und die ritualhafte Frage nach dem Befinden reichen nicht aus, dieses Bedürfnis zu befriedigen; nur ein echtes Gespräch mit ehrlichem Interesse kann hier Abhilfe schaffen. Findet ein solches nicht statt und ignoriert man die offensichtliche Suche nach einem Gespräch, resultiert dies oft in Verslossenheit der entsprechenden Personen oder in übersprudelnder Mitteilungsbedürftigkeit. (Vgl. Specht-Tomann 2018, S. 21).

Als Merkmale eines guten Gesprächspartners nennt Specht-Tomann daher (2018, S. 20):

- „ehrliches Interesse
- nötiger Respekt vor den Grenzen des Gesprächspartners
- positive Neugierde
- vorsichtig gestellte Fragen, die sich am Erzählten orientieren (Vermeiden von Polizeifragen)
- Offenheit
- Aktives Zuhören.“

Außerdem fordert sie:

- Bescheidenheit (der Gesprächspartner sollte das Gespräch dominieren, er ist der Experte seiner Lebensgeschichte)
- Unvoreingenommenheit (keine voreiligen Annahmen oder Klischeevorstellungen)
- Orientierung am Du (der/dem Sprechenden Raum geben, seine Anliegen/schwierigen Inhalte ohne Lenkung durch außen zu kommunizieren)
- Akzeptieren subjektiver Wahrheiten (es gibt kein Richtig/Falsch, keine Lügen, nur subjektives Empfinden)
- Anpassungsbereitschaft (an das Gesprächstempo des/der Erzählenden, Geduld haben)
- Unvollständiges akzeptieren (eine Lebensgeschichte kann niemals Anspruch auf Vollständigkeit erheben, trotzdem müssen ein Anfang und ein Ende gefunden werden). (Vgl. Specht-Tomann 2018, S. 97-101).

Jansen (2011, S. 26f.) nennt zudem folgende zentrale Begriffe, welche sich teilweise mit Specht-Tomann überschneiden, aber auch darüber hinausreichen: Respekt, Intersubjektivität sowie ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz, die für das Gelingen eines (biografischen, aber auch jedes anderen) Gesprächs unabdingbar sind, denn „professionelle Haltungen im Rahmen der biografischen Arbeit sind nicht beliebig oder Produkt bloßer Höflichkeitsregeln, sondern sie orientieren sich an unhintergehbaren intersubjektiven ethischen Standards“ (Jansen 2011, S.27).

Intersubjektivität sollte sich dabei nach dem jeweiligen Klientel (Kinder, Jugendliche, geistig behinderte Menschen, alte Menschen, Demenzkranke, ...) richten; sie

ermöglicht eine wertschätzende Haltung und unterstellt den Erzählenden eine Autonomie, die aufgrund der Lebensumstände (Jugendheim, Haft, Krankenhausaufenthalt, Psychiatrieaufenthalt) oft eingeschränkt erscheint. Intersubjektiv zu agieren erfordert allerdings den Willen und die Fähigkeit, empathisch zu sein und sich in die andere Person hineinzusetzen. Es setzt eine integrative Wahrnehmung voraus, die den Menschen in einer „leiblichen, seelisch-geistigen, sozialen und existentiellen Dimension“ (Jansen 2011, S. 28) wahrnimmt und die Sichtweisen mit der Wirklichkeit des Gesprächspartners in Einklang bringt. (Vgl. Ebda, S. 27f.) Dies ist grundsätzlich immer, aber vor allem auch in Kontexten relevant, bei denen schwierige Gesprächsbedingungen herrschen (Feindseligkeit, Verschlossenheit); Konfrontationen, Belehrungen und gut gemeinte Ratschläge sind fehl am Platz, stattdessen sollte auf kreative Methoden, Selbstexperimente und die Anregung persönlicher Potentiale zurückgegriffen werden, um Kommunikationsbereitschaft herzustellen. (Vgl. Jansen 2011a, S.55-59).

Eine weitere notwendige Voraussetzung für Biografiearbeit ist die Einhaltung ethischer Mindeststandards, welche von Wissenschaftler*innen und Forscher*innen zusammengestellt wurden. Dazu zählen Zuverlässigkeit (ausreichende zeitliche Kapazität, regelmäßige Termine), Vertraulichkeit (Schaffen einer Vertrauensbasis, keine Manipulation von Äußerungen, keine Instrumentalisierung von Ergebnissen für andere Zwecke wie beispielsweise Bestrafung oder Belohnung, keine Weitergabe an Dritte), Sensitivität (freiwillige Teilnahme, Sensibilität für den Kontext, entsprechende Räumlichkeiten, angemessenes Anforderungsniveau, Geduld und Gelassenheit, Wahrung persönlicher Grenzen und Tabus, bewusster Umgang mit belastenden oder überfordernden Emotionen, Anerkennung von Kränkungen und seelischen Verletzungen, Kompetenz- und Ressourcenorientierung) sowie Reflexivität (Berücksichtigung von Grenzen, Anerkennung der Notwendigkeit fachlicher Reflexion). (Vgl. Jansen 2011, S. 28f.).

1.5. Lebensgeschichte als Krankheitsursache

Eine Sonderstellung nehmen zusätzlich jene Krankheiten ein, die nicht nur psychische Auswirkungen, sondern in erster Linie auch psychische Ursachen haben. Diese nehmen laut Ermann/Frick (2009, S. 9) rund ein Drittel (30%) aller Krankheiten ein. Man nennt sie psychosomatische Krankheiten.

Als Psychosomatik bezeichnet man die Wechselwirkung von biologischen, psychischen und sozialen Einflüssen in Bezug zu Krankheit und Gesundheit, vor allem mit Augenmerk auf den biografischen Kontext (Vgl. Lamprecht 1999, S. 121). Früher bezeichnete man damit spezielle Krankheiten, heute versteht man darunter eher eine allgemeine Betrachtungsweise, die biografische und psychosoziale Faktoren miteinbezieht, wie sie bei jeglicher Krankheit im Grunde genommen eine Rolle spielen: „Die idealtypische Kombination im Sinne einer Ursache für eine Erkrankung trifft am ehesten noch bei den Infektionskrankheiten zu, aber auch da nur eingeschränkt [...], daß z.B. das Trinken, Rauchen und der Bewegungsdrang von psychischen Faktoren abhängen und damit auch auf viele sekundäre Krankheiten einwirken, ist offensichtlich“ (Lamprecht 1999, S. 122).

Eine Entkopplung psychischer Faktoren, wie sie früher üblich war, gilt spätestens seit der Entwicklung des bio-psycho-sozialen Modells von Engels als völlig veraltet: „In diesem Modell wird der Mensch als offenes System gesehen, ausgestattet mit einem hierarchischen Aufbau von Regelkreisen, die durch Aufwärts- und Abwärtseffekte sich gegenseitig beeinflussen. Lebende Systeme reagieren nun nicht einfach in mechanisch-physikalischer oder chemischer Art und Weise, sondern kodieren alle Veränderungen der Rezeptoren zu Zeichen, die das System über die Bedeutung für seine biologischen Bedürfnisse informieren (Bedeutungserteilung). Dies kann nun über die zelluläre Ebene bis zur Organ-, Organismus- und Umweltebene in der Sprache der Semiotik beschrieben werden, was die Chance zu einem neuen, die Eigensprache unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen überwindenden Kommunikationsaustausch beinhaltet“ (Lamprecht 1999, S. 128f.).

Oder in anderen Worten: „*Bio-psycho-sozial* bedeutet, dass Sie sich als Ärztin oder als Arzt nicht darauf beschränken, isoliert ‚die Leber‘, ‚die Radiusfraktur‘ oder ‚das Karzinom‘ zu behandeln, sondern *den kranken Menschen*, der mit Hoffnungen und Erwartungen, Sorgen und Ängsten zu Ihnen kommt und gleichsam seine ganze Biografie und seinen Lebenshintergrund mitbringt“ (Ermann/Frick 2009, S. 8).

Für die Ermittlung möglicher psychosomatischer Ursachen empfiehlt Lamprecht (1999, S. 123) ein Laienmodell, welches sich an folgenden Fragen orientiert: Was denkt der Patient, woher die Krankheit kommt? Wie hat das Ganze begonnen und wie war der Verlauf? Gibt es konkrete Hinweise auf „etwaige situative oder konflikthafte Verstärker“ (ebda)?

Schon geringe Veränderungen/Stresssituationen können, je nach Persönlichkeit, zu „unproportionalen hohen Belastungen führen, was sich nur dem erschließt, der sich mit der Biografie und Persönlichkeitsstruktur des Patienten befaßt“ (ebda). Eine genaue Befassung mit der Patient*innengeschichte, vor allem auch in Hinblick auf einen möglichen sekundären Krankheitsgewinn, ist daher unumgänglich in der modernen Medizin.

Unter den wichtigsten „Gesichtspunkten bei der psychosomatischen Diagnostik“ listet Lamprecht (1999, S. 123) weiters Folgendes:

- „1. Aktuelle Beschwerden und Gründe des Kommens
2. Genauer Zeitpunkt des Auftretens der Symptomatik mit Verlaufsbeschreibung (Besserung und Verschlimmerung) unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebenssituation und Phantasietätigkeit
Auswirkungen privat und am Arbeitsplatz
3. Lebensgeschichtlicher Hintergrund
prägende Einflußfaktoren
spezielle Versuchungen und Versagungen
Durchlaufen der Schwellensituationen
4. Abschließende Bewertung und Stellungnahme zu etwaigen zusätzlich psychotherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung der persönlichen Ressourcen.“

Unter Schwellensituationen versteht er „Kindergarteneintritt, Einschulung, Pubertät, das Verlassen des Elternhauses, Berufsausbildung, Partnerbindung, Beginn der Berufstätigkeit, eigene Kinder, Auszug der Kinder aus dem Elternhaus und das Ende der Berufstätigkeit (Pensionierung) und die Gestaltung der Nachberufsphase“ (ebda); dazu nennt er „belastende individualspezifische Situationen [... :] Krankheit und Verlust einer geliebten Person, Kündigung oder ausbleibende subjektiv verdiente Beförderung, Außenbeziehungen in Partnerschaften, finanzielle Belastung, Wohnungsprobleme u. a.“. Zentral sind dabei vor allem die Vorstellungen und Bewertungen der Patient*innen selbst, da diese wichtige Rückschlüsse auch für den Arzt/die Ärztin bzw. das Pflegepersonal geben können. (Vgl. ebda).

Aber nicht nur aktuelle Veränderungen können Einfluss auf die Gesundheit haben. Gerade bei chronischen Schmerzsyndromen sind biologische Ursachen häufig mit sozialen und psychischen Aspekten eng verwoben, welche bis tief in die Kindheit zurückreichen. So können zum Beispiel grundsätzliche Copingstrategien, Schmerzverständnis, Zuwendung und Anteilnahme sowie Überfürsorge durch Vertrauenspersonen, erlernte Schmerzlinderungsmethoden, Akzeptanz von Schmerz und Krankheit durch das Umfeld das Schmerzverhalten und –empfinden auch im Erwachsenenalter noch nachhaltig beeinflussen und stören. Neben den klassischen Anamnesefragen nach Lokalisation, Intensität, Quantität, Qualität, Dauer, Variabilität und moderierenden Faktoren des Schmerzes kann Biografiearbeit zusätzlich Auskunft über Schmerzverhalten, Bewältigungsmuster, Einstellungen, Lebenserfahrungen und emotionale Aspekte geben. Durch diese gewinnt man Rückschlüsse auf die Ursache des Schmerzes und somit neue Therapieansätze bzw. Schmerzbewältigungsstrategien, welche zu einer vollständigen Heilung der Patient*innen beitragen können. (Vgl. Specht-Tomann 2018, 32-37).

Umgekehrt neigen chronische Erkrankungen zudem dazu, vom somatischen in den somato-psychischen Bereich zu gleiten, wenn die Bewältigungsmechanismen des Individuums irgendwann erschöpft sind (Maladaptation). Dies gilt vor allem für Krankheiten mit unklaren Prognosen oder lebensbedrohlichen Aspekten (Tumorerkrankung) bzw. starken Lebenseinschränkungen und Behinderungen. (Vgl. Ermann/Frick 2009, S. 22-26). Auch in solchen Situationen kann Biografiearbeit helfen, Ressourcen zu mobilisieren und eine Zustandsverbesserung zu erreichen.

Dazu kommen echte psychogene Störungen/Erkrankungen, welchen „psychischer und psychosozialer Stress, seelische und zwischenmenschliche Belastungen und Konflikte, Traumaerfahrungen und Entwicklungsdefizite“ (Ermann/Frick 2009, S. 32) als Ursache zugrunde liegen. Diese können sich als Belastungsreaktionen (z.B. Niedergeschlagenheit, Libidoverlust), vegetative Störungen (z.B. Schlafstörungen, Appetitlosigkeit), somatoforme Störungen (ohne strukturelle organische Veränderungen; z.B. Erbrechen, Colon irritabile), aber auch als ausgewachsene Psychosomatosen (also psychisch bedingte Organerkrankungen bzw. Organfunktionsstörungen; z.B. Herzrasen, Ulcera, Entzündungen) äußern. (Vgl. Ermann/Frick 2009, S. 32-63).

Bei der somatoformen Störung ist grundsätzlich von zwei Mechanismen die Rede: Somatisierung und Konversion. Der Somatisierungsstörung liegt das einheitliche Erleben von Körperlichem und Seelischem zugrunde, z.B. die Reaktion auf Schreck mit einem Erstarrungsgefühl, das von Muskelverkrampfungen und Gefäßreaktionen begleitet wird. Im Kindesalter lernt der Mensch, diese beiden Erlebensebenen zu unterscheiden (Desomatisierung); treten allerdings neue Belastungen auf, z.B. im Erwachsenenalter, kann es passieren, dass diese Differenzierung wieder verloren geht. Auf bestimmte unbewusste Gefühle (Wut, Angst, Trauer, Depression, Schreck, Ekel, Gier, sexuelle Begierde) folgt dann eine vorwiegend körperliche Reaktion (Herzrasen, Spasmen) (Somatisierung), wobei der körperliche Anteil meist umso intensiver erlebt wird. Solche Störungen sind die häufigsten Ursachen medizinisch unerklärlicher Symptome, welche sich vor allem im Verdauungstrakt (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Speisunverträglichkeit), aber auch im kardiovaskulären Bereich (Herzrasen, Herzschmerz) zeigen. Zusätzlich fallen auch gewisse vermeintlich neu entdeckte Syndrome unter die Somatisierungsstörungen: Fibromyalgie, Chronic fatigue syndrom oder multiple Nahrungsmittelunverträglichkeiten. (Vgl. Ermann/Frick 2009, S. 64).

Dazu kommen Konversionsstörungen: Unter diesem Begriff versteht man die „Symbolisierung von seelischen Inhalten mit Hilfe der Körpersprache“ (Ermann/Frick 2009, S. 65), vor allem im Zusammenhang mit Konflikten, welche abgewehrt oder verdeckt werden sollen. Will man die Symbolik verstehen, muss man die Symptome sozusagen in Worte rückübersetzen (z.B. Blindheit für „etwas nicht sehen wollen“ oder „nicht gesehen werden“). Betroffen sind vor allem Erkrankungen der Willkürmotorik und der Sinnesorgane, welche oft neurologische Erkrankungen nachahmen (Paresen, Blindheit, Taubheit). (Vgl. Ermann/Frick 2009, S. 65f.).

Schwieriger wird es bei der Diagnostik von Psychosomatosen, welchen komplexe körperliche und psychische Mechanismen und intensive Verdrängungen zugrunde liegen. Ob und inwieweit einer möglichen psychischen Beteiligung nachgegangen werden muss und soll ist umstritten, da eine Heilung durch reine Psychotherapie in diesen Fällen ohnehin nicht möglich ist. Da sich eine Behandlung der psychischen Grundproblematik allerdings positiv auf den Krankheitsprozess auswirken kann, ist es durchaus sinnvoll, auch in diesen Fällen die Psyche nicht außer Acht zu lassen. Vor allem bei schubartig verlaufenden, chronischen Erkrankungen ist eine

psychische Ursache durchaus denkbar; klassisch wären z.B. Ulcus pepticum, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Neurodermitis oder allergisches Asthma bronchiale. Betroffen sind in erster Linie Personen, die sich schwer von anderen abgrenzen können, solche, die stark auf Beziehungsobjekte angewiesen sind, Konflikte mit Nähe und Distanz haben oder Probleme, ihre Gefühle zu differenzieren. Da die Organsysteme zu unterschiedlichen Zeitpunkten der kindlichen Entwicklung unterschiedliche psychische Bedeutungen haben, lassen sich zudem gewisse Erkrankungen gewissen Lebensaltern zuordnen, in welchen der ursprüngliche Konflikt stattgefunden hat: Haut und Magen-Darm-Trakt sind im 1. und 2. Lebensjahr besonders relevant, während der Bewegungsapparat zwischen dem 2. und 4. Jahr besondere Bedeutung erlangt. Die dort stattfindenden Konflikte gelten als Krankheitsursachen, dazu kommen aber noch auslösende Krankheitsfaktoren, welche die ursprünglichen Konflikte/Situationen bzw. Grundstörungen aktivieren. Die dadurch entstehenden Spannungen können nicht verarbeitet werden und führen (vermutlich) durch psychoimmunologische Verknüpfungen zu organmanifesten Krankheiten. Auch die Krankheitsbewältigung bzw. der Krankheitsverlauf werden maßgeblich von den zugrundeliegenden Konflikten beeinflusst, weshalb spätestens hier (zusätzlich zur somatischen Therapie) an eine psychotherapeutische Unterstützung gedacht werden sollte. (Vgl. Ermann/Frick 2009, S. 69-74.)

1.6. Biografiearbeit und Krankheitsbewältigung

Dass Biografiearbeit für den/die Patient*in einen enormen Nutzen bergen kann, wurde im vorigen Kapitel hinreichend dargestellt. Schreitet man nun wirklich am Krankenhausbett zur Tat, sollte zuallererst die Ausgangssituation des/der Patient*in im Zentrum stehen, da diese die Gesprächsgestaltung und die Methodenwahl maßgeblich beeinflusst. Vor dem Gespräch sollten daher immer folgende Fragen bedacht werden: Hat die Erkrankung eine Chance auf baldige Heilung (Sportverletzung)? Gibt es irreparable Schäden (Querschnittslähmung)? Oder ist der Krankheitsverlauf chronisch (Multiple Sklerose)? Je nachdem ergeben sich folgende Herangehensweisen:

Ist ein vollständiges Gesundwerden möglich, sollte der Fokus auf dem „Schock und [dem] Einbauen der erschütternden Erfahrung in das Lebensganze“ (Specht-

Tomann 2018, S. 30) liegen; ist der/die Patient*in ambulant vorstellig, ist eine ausführliche Biografiearbeit natürlich weder unbedingt nötig noch wirklich möglich. (Vgl. ebda) Ist der/die Patient*in allerdings stationär aufgenommen und bietet sich ausreichend Möglichkeit, sich ausführlicher mit der Lebensgeschichte auseinanderzusetzen, sollte diese Chance wahrgenommen werden, da Biografiearbeit, wie in Kapitel 1 bzw. 2.1.1. ausführlich dargestellt, natürlich nicht nur krankheitsspezifische, sondern auch ganz allgemein positive Auswirkungen auf den/die Gesprächspartner*in haben kann.

Ist eine vollständige Heilung der jeweiligen somatischen Erkrankung nicht möglich oder der Ausgang ungewiss, kommt zur Einbindung der Erfahrung in die eigene Lebensgeschichte auch noch eine neu aufgetretene Umbruchsituation bzw. oft auch eine völlige Veränderung der Lebensumstände. An den Rollstuhl gebunden zu sein oder von einem Dialysegerät abhängig zu sein bedeutet für Betroffene eine komplette Neuordnung des Lebens, bei der Ressourcenaktivierung und auch Sinnfindung, wie sie mit Biografiearbeit vermittelt werden, zentrale Parameter sind. (Vgl. Specht-Tomann 2018, S. 31f.).

Auch ältere (lt. WHO ab 60 Jahren) und alte Patient*innen (lt. WHO ab 75 Jahren) sowie Hochbetagte (ab 90) profitieren sehr von biografischen Gesprächen im Krankenhaus, da gerade diese in der letzten Lebensphase oft mit hohen Belastungen (Verlust geliebter Personen, Vereinsamung, Langeweile, zunehmende Gebrechlichkeit und Unselbstständigkeit, Konfrontation mit dem Lebensende) konfrontiert und daher besonders auf eine gute Ressourcenaktivierung, Fähigkeitsförderung und Sinnstiftung angewiesen sind, um Krankheiten/Krankenhausaufenthalte gut zu überstehen und den Lebenswillen nicht zu verlieren. (Vgl. Erlemeier 2011, S. 246-251; Specht-Tomann 2018, S. 48-80).

Einen eigenen Punkt bilden Demenzkranke sowie Palliativ-Patient*innen im Sterbeprozess: Dass auch diese von Biografiearbeit profitieren, liegt auf der Hand; als Dignity Therapy (kurze biografieorientierte Interventionen zum Erhalt der Würde und zur Besserung der psychischen Belastungen) fand Biografiearbeit in diesem Bereich auch eine spezifische therapeutische Anwendung. Spannende Studien dazu findet man beispielsweise bei der randomisierten, kontrollierten Studie von Jenewein et al. (2021) zur Akzeptanz und Effektivität bei Demenzkranken, der Metaanalyse von Xiao et al. (2019) sowie der experimentellen Studie von Zaki-Nejad et al. (2020) zur Effektivität von Dignity Therapy bei Palliativpatient*innen.

Was bei der Arbeit/Kommunikation mit diesem Patient*innenklientel zusätzlich zu beachten ist, ist ausführlich nachzulesen z.B. bei Specht-Tomann (2018, S.65-94) oder Wickel (2011, S. 254-269).

1.7. Nutzen der Biografiearbeit im Krankenhaussetting

Im Gegensatz zum üblichen medizinischen Vorgehen, das auf Informationsüberprüfbarkeit basiert und verschiedene diagnostische Quellen in die Entscheidungsfindung miteinbezieht, ist Biografiearbeit keine beweisbare, reproduzierbare Methode mit eindeutigen Ergebnissen im Sinne der *evidence based medicine*. Sie ist auch keine Methode, die darauf abzielt, den Patient*innen gegenüber therapeutisch, seelsorgerisch oder beratend tätig zu werden, sondern (wie in den vorigen Kapiteln erläutert) einen geschützten Rahmen zu schaffen, in dem weder interpretiert noch interveniert wird. Dennoch kann Biografiearbeit eine große Bedeutung für die Gesunden-, Alten- und Krankenpflege bzw. für die Medizin ganz allgemein haben. Für den Patienten/die Patientin ergibt sich laut Specht-Tomann (2018, S. 7-18) in erster Linie folgender Nutzen (welcher ähnlich der in Kapitel 1 besprochenen Funktionen laut Hölzle/Jansen (2011) einzuordnen ist):

- Verarbeiten von Alltagserfahrungen (Auseinandersetzung mit dem Unbekanntem)
- entwicklungsbedingte Anpassungen (nach Lebensalter/Lebenssituation)
- Bewältigung von Ausnahmesituationen (und deren Integration ins eigene Leben)
- Zugang zu verschütteten Erlebnissen und Aufarbeiten von Traumata
- Bewusstes Wahrnehmen einzelner Lebensstationen sowie Sinnfindung
- Erfahren von Wertschätzung.

Dass eine medizinische Anamnese, wie sie im Krankenhaus praktiziert wird, dafür nicht ausreichend ist, versteht sich von selbst. Eine Anamnese orientiert sich häufig an harten Fakten und nicht am persönlichen Erleben bzw. an persönlichen Bedeutungen. Im Gegensatz dazu steht bei der Biografiearbeit die Erfassung sogenannter „weicher Daten“ (Specht-Tomann 2018, S. 6) im Vordergrund, bei der Ereignisse durch den Erlebenden selbst bewertet und geordnet werden können. Damit verbunden ist eine größere Gesprächstiefe, die lebensgeschichtliche und für die Medizin durchaus interessante Aspekte zutage fördern kann, welche durch ein

reines Abarbeiten der „harten Fakten“ (Geburtsdatum, Beruf, Eheschließung usw.) nicht abgedeckt werden. (Vgl. Specht-Tomann 2018, S. 4-6).

Biografiearbeit gibt damit einzigartigen Aufschluss auf bio-psycho-sozialer Ebene, wie es sonst im Krankenhaus nicht möglich ist, immer auch mit Augenmerk auf die eventuell dahinterstehende Psychosomatik im engeren Sinne, welche sonst oft unentdeckt bleibt. Aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen wiederum ergeben sich für die Behandelnden neue Therapieoptionen, die eine ganzheitliche Heilung bzw. Krankheitsbewältigung erst in greifbare Nähe rücken. Denn „erst vor dem Hintergrund einer situativen Wahrnehmung, Einschätzung und Bewertung von Problemen, Potenzialen und Ressourcen entstehen Handlungsformen zur Bewältigung und Gestaltung biografischer Herausforderungen“ (Jansen 2011a, S.65), welche eine (vollständige) Heilung biografisch bedingter Verletzungen bzw. biografisch motivierter Erkrankungen zulassen. (Vgl. Jansen 2011a, S.61-65).

An dieser Stelle soll kurz auf das Salutogenese-Modell von Antonovsky eingegangen werden: „Nach seiner Auffassung stellen Gesundheit und Krankheit keine absoluten Zustände dar, sondern sind eher als die Endpunkte eines Kontinuums zu begreifen, zwischen denen Menschen sich bewegen. Niemand ist ausschließlich gesund und solange Menschen leben, können sie auch nicht vollständig krank sein.“ (Hölzle 2011a, S. 72).

Er postuliert, es gäbe eine Art psychisches Immunsystem, welches er Kohärenzgefühl (*sense of coherence*) nennt. Dieses beschreibt im Prinzip ein Urvertrauen in das Leben und beinhaltet das Gefühl der Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*), welches einem ermöglicht, unbekannte Ereignisse als geordnete, verarbeitbare Informationen wahrzunehmen; außerdem das Gefühl der Handhabbarkeit (*sense of manageability*), also das Gefühl, dass Schwierigkeiten mit eigenen Ressourcen lösbar sind (= instrumentelles Vertrauen); sowie das Gefühl von Sinnhaftigkeit (*sense of meaningfulness*), das Gefühl, dass es sich lohnt, Schwierigkeiten zu überwinden und Energie hineinzustecken, bzw. eine grundsätzlich positive Erwartung an das Leben (Probleme als Herausforderungen, nicht Lasten). Folgt man diesem Modell, liegt der heilsame bzw. gesundheitsstärkende Nutzen von Biografiearbeit auf der Hand. Zusätzlich kann durch sie auch, wie in den vorigen Kapiteln bereits mehrmals beschrieben, die Resilienz (innere Widerstandsfähigkeit) der Patient*innen gestärkt werden, was

zum Erhalt und Erlangen der Gesundheit ebenso beiträgt. Die Aufgabe der Biografiearbeit wäre es in diesem Aspekt also, „die aktiven und prosozialen personalen Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen/Erwachsenen, sowie die protektiven Faktoren der Familie und der Umwelt in das Bewusstsein der Klientel zu heben, zu aktivieren und für sich zu nutzen“ (Hölzle 2011, S. 78). (Vgl. Hölzle 2011, 71-79).

Dies soll dabei nicht als Gegenpol zur *evidence based medicine* geschehen, sondern als ergänzende Methode verstanden werden, denn „gleichwohl können im Prozess der Diagnostik Verfahren und Methoden nebeneinander stehen, die sich mehr auf die Dynamik von Schädigungsprozessen beziehen oder mehr auf die Thematisierung von Ressourcen- oder Bewältigungspotentialen“ (Jansen 2011a, S. 65).

Anderegg (2019) hebt Biografiearbeit ebenfalls als „Massnahme zur (Wieder-)Herstellung gelingender Lebensführung, Wohlbefinden und Gesundheit und zur Bewältigung von herausfordernden Situationen und Lebenskrisen“ (ebda, S. 45) hervor. Sie versteht „Krankheitsarbeit“ (ebda) als biographische Arbeit, welche den Patient*innen hilft, an sich selbst zu arbeiten, und bezeichnet sie nach Kiel als „Art Menschenrecht“ (ebda), welches „zur Unantastbarkeit seiner Würde gehöre“ (ebda). Bezugnehmend auf Kast schreibt sie der Biografiearbeit zwar keinen therapeutischen Auftrag zu, „jedoch eine therapeutische Wirkung, weil die Selbsterkenntnis wächst und Menschen durch die Be- und Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte besser in Kontakt zu sich und ihrer Lebensgeschichte stehen. Sie erkennen dadurch Zusammenhänge und das Leben erscheint sinnvoller“ (Ebda, S. 22).

Wie in Kapitel 1 bereits dargestellt, können betroffene Personen durch Biografiearbeit zusätzlich ihre Identität, ihre Ressourcen und Fähigkeiten erfahren und stärken, Sinn finden und ihr Leben dadurch besser meistern bzw. sich Problemen stellen.

Für die Patient*innen sowie den Arzt/die Ärztin bzw. für die medizinische Behandlung ganz allgemein lassen sich daher zusätzlich zu den eben dargestellten grundsätzlichen Wirkungen folgende Vorteile der Biografiearbeit zusammenfassen, wie auch Specht-Tomann (2018, S. 26-30, 61, 155) sie beschreibt:

- Bilden einer Vertrauensbasis (Interesse an den PatientInnen selbst, nicht nur an der Krankheit!), welche Voraussetzung für eine funktionierende

Kommunikation zwischen Arzt bzw. Pflegepersonal und Patienten sowie für eine erfolgreiche Behandlung ist

- Emotionale Stabilisierung der PatientInnen, Reduktion von Ängsten und Aggressionen
- Einbindung des Patienten/der Patientin in das aktuelle Setting und damit Anregung zur Compliance/Mitarbeit/zu einem tieferen Verständnis
- Zugang zu Informationen, welche Hinweise auf das bio-psycho-soziale Umfeld der PatientInnen bieten; im besten Fall sogar Hinweise auf psychosomatische Pathogenesen und neue Behandlungsansätze
- ganzheitliche Behandlung der PatientInnen, welche nicht nur symptomlindernd ist, sondern eine Verbesserung der Lebensqualität erwirkt bzw. zu einer Stärkung der Gesundheit im Sinne des Salutogenesemodells nach Antonovsky beiträgt

Für das medizinische Personal ergeben sich zusätzlich noch folgende Vorteile (Vgl. ebda):

- Vermeidung und Reduktion von Burn-Outs beim Gesundheitspersonal durch emotionale Wärme und schöne Begegnungen im Beruf
- Erweiterung der Selbst- und Sozialkompetenz der im Gesundheitswesen Tätigen
- besseres Verständnis der Individualität und individuellen Bedürfnisse von PatientInnen, dadurch Reduktion von Missverständnissen, Stress und Ärger.

TEIL II: Studienplanung „Biografiearbeit in der Medizin“

Irma Jansen (2011a, S. 60) postuliert in ihrem Artikel zur Biografiearbeit Folgendes: „Ressourcenorientierte Biografiearbeit ist zwar kein gezieltes diagnostisches Verfahren, könnte aber im Rahmen eines sozialpädagogischen Gesamtprozesses diagnostische Hypothesen beitragen, die den Hilfeprozess (je nach Einbettung der Biografiearbeit) mehrperspektivisch bereichern.“

Eine solche Bereicherung ist, berücksichtigt man die psychosomatische Komponente zahlreicher Erkrankungen, auch für den Einsatz im medizinischen Setting aller Disziplinen gegeben – nicht nur auf Seiten der Patient*innen, sondern auch auf Seiten des medizinischen Fachpersonals. Dennoch hat die Methode noch wenig Einzug in die klinische Praxis gefunden, sondern bleibt weiterhin isoliert als sozialwissenschaftliche Erkenntnis, die mit der Patient*innenbehandlung nichts zu tun hat. Dabei ist Biografiearbeit nicht nur essenziell, um „Patientenorientierung, Patientensouveränität und Patientenbeteiligung“ (Anderegg 2019, S. 45) zu erreichen, sondern auch um den Diagnosen ihre „biographischen Geheimnis(se)“ (ebda) zu entlocken und damit ein besseres Krankheits- und Therapieverständnis zu erzielen. (Vgl. ebda).

Wie genau eine solche Bereicherung durch Biografiearbeit konkret aussehen könnte und welchen Nutzen Patient*innen und Pflegepersonal bzw. Ärzt*innen daraus ziehen könnten, wurde in Studien bisher nicht gezielt untersucht. Die folgenden Kapitel sollen nun zeigen, wie eine Studie zu diesem Thema aussehen könnte und in welcher Form sie umsetzbar wäre.

2. Zielsetzung

Basis einer Studie zum Thema ist die Hypothese, dass Biografiearbeit einen wertvollen Beitrag zur Erhebung psychosomatischer Faktoren sowie individueller Bedürfnisse von Patient*innen und somit zur maßgeschneiderten Therapie von Patient*innen beitragen kann. Zusätzlich gehen wir davon aus, dass die Beschäftigung mit der eigenen Biografie (vor allem alte) Menschen im Krankenhaussetting von Krankheit und Sorgen ablenken kann; und die Zuwendung, die ihnen im Rahmen des Gespräches entgegengebracht wird, ihnen ein Gefühl von Geborgenheit vermittelt, welches in einem stressbehafteten Umfeld wie dem des Krankenhauses positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit/Lebensqualität hat.

Um dies hinreichend darzustellen und mittels einer Studie zu belegen, ist die Beantwortung von drei Teilfragen nötig:

Forschungshypothese 1: Biografiearbeit gibt Aufschluss über psychosomatische Faktoren (schwierige Lebensereignisse, anhaltende Belastungen, Konflikte etc.) und persönliche Ressourcen bzw. Bedürfnisse.

Eine dementsprechende Studie beschäftigt sich mit der Frage, ob im Rahmen von Biografiearbeit überhaupt anamnestische Hinweise auf Belastungen zur Sprache kommen und Resilienzfaktoren, persönliche Fähigkeiten und Ressourcen von Patient*innen zur Darstellung kommen. Das Belegen dieser Forschungshypothese ist zentral für die weiteren Fragen, die sich im Rahmen der Gesamtforschungsfrage ergeben.

Für die Durchführbarkeit einer solchen Studie ergibt sich eine weitere Frage, die sich mit der Einstellung von Patient*innen gegenüber Biografiearbeit beschäftigt:

Forschungshypothese 2: Patient*innen sind einer Biografiearbeit gegenüber positiv eingestellt und erleben sie hilfreich.

Eine Akzeptanz der Methode durch die Patient*innen ist Voraussetzung für die Eingliederung derselben in den Krankenhausalltag. Falls eine ausreichende

Akzeptanz gegeben ist, kann man sich mit weiteren relevanten Fragen auseinandersetzen, welche sich mit dem wahren „Nutzen“ von Biografiearbeit im Krankenhaus beschäftigen. Da der Nutzen schwer beweisbar ist, sollte sich eine gute Studie als nächstes der Frage widmen, wie der Effekt von Biografiearbeit objektiv messbar ist. Ist es realistisch, dass Biografiearbeit etwas an der Therapie und Diagnose z.B. einer Urticaria ändert? Nein. Hat die Patientin oder der Patient Quaddeln am gesamten Körper, ist es egal, wieso diese entstanden sind? – Als Therapie wird Cortison eingesetzt. Lässt sich die Ursache aber tatsächlich teilweise auf psychosomatische Faktoren zurückführen, könnte es sinnvoll sein, die Therapie um ein psychologisches (Entlastungs-)Gespräch zu erweitern. Die Forschungsfrage, die den möglichen „Nutzen“ der Biografiearbeit möglicherweise am besten einfängt, wäre also die, ob Ärzt*innen aufgrund der Informationen, die im Rahmen von Biografiearbeit gewonnen werden, eine psychosomatische Beteiligung erkennen und den Patient*innen eine dementsprechende psychologische Unterstützung angedeihen lassen würden, die sie ohne Biografiearbeit nicht erhalten hätten. Als dritte Forschungshypothese wäre also folgende möglich:

Forschungshypothese 3: Die aus der Biografiearbeit gewonnenen Informationen tragen dazu bei, den Bedarf für eine psychologische Unterstützung der Patient*innen zu erkennen und eine solche motivierend vermitteln zu können.

Die Relevanz dieser Fragestellungen ergibt sich aus dem bio-psycho-sozialen Modell heraus, welches Patient*innen in einem ganzheitlichen System wahrnimmt. Geht man davon aus, dass die Psyche mit dem Körper in Wechselwirkung steht und krankheitsauslösend wirken kann, so kann man auch davon ausgehen, dass Biografiearbeit zur Detektion psychischer Einflussfaktoren bzw. krankheitsauslösender Life Events sowie Chronifizierungsfaktoren beitragen kann. Dies wiederum trägt zur frühzeitigen Etablierung von psychologischen bzw. in weiterer Folge auch psychotherapeutischen Interventionen bei und kann zu einer besseren Genesung der Patient*innen beitragen und eventuell falsche Behandlungen bzw. Overtreatment verhindern.

3. Material & Methoden

Um die im vorigen Kapitel (Kapitel 2) vorgeschlagene prospektive Studie durchzuführen, ist eine einmalige Durchführung biografiespezifischer Gespräche nötig, welche dann zur Beantwortung der drei Forschungsfragen weiterverwendet werden könnten.

Ein Fahrplan für eine solche Studie könnte beispielsweise folgendermaßen aussehen:

1. Erhebung der Gespräche
2. Extrahieren psychosomatischer Hinweise/persönlicher Ressourcen
3. Patient*innenfragebogen „Akzeptanz“
4. Ärzt*innenfragebogen „Behandlungsunterschied“
5. Ärzt*innenfragebogen „Akzeptanz“

3.1. Studiendesign

Da diese Studie sich auf die generelle Akzeptanz und Umsetzbarkeit von Biografiearbeit im Krankenhaussetting konzentriert und dabei nicht primär Effekte einer Intervention gemessen werden sollen, empfiehlt es sich, eine explorative, prospektive, nicht kontrollierte Studie zu wählen. In der Folge, bei guter Akzeptanz und Durchführbarkeit sowie positiven Hinweisen auf Wirksamkeit (Verbesserung von Lebensqualität, Zufriedenheit mit Behandlung) sollte eine randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt werden.

3.2. Studienteilnehmerinnen

Eingeschlossen werden alle Patient*innen über 18 Jahre, welche der deutschen Sprache mächtig und konversationsfähig bzw. kognitiv dazu in der Lage sind sowie sich bereit erklären, an einem solchen Gespräch teilzunehmen; Infrage kommen für eine solche Studie daher beispielsweise alle Patient*innen, welche in einem Zeitraum von z. B. 4 Wochen stationär an der Abteilung für Dermatologie und Venerologie aufgenommen sind, da gerade das Organ Haut besonders sensibel auf seelische Veränderungen reagiert (Vgl. Plab 2006, S. 154-161) und daher mit einem

hohen Aufkommen psychosomatischer Beteiligung zu rechnen ist: „Seien es nun allergische Krankheitsbilder, in denen die vermeintlichen Antigene Repräsentanten von Objektanteilen oder Objekten sind, sei es die Vielfalt der ekzematösen Erkrankungen der Haut, die nahezu immer in irgendeiner Form mit einem Wunsch nach Abgrenzung, Autonomie, eventuell Entwicklung eigener Identität zu tun haben, [...] stets lassen sich entsprechende, psychodynamische Hintergründe aufdecken, stets ist affektives Leben im Somatischen verborgen, weil das Affektive nicht ausreichend in reife(re), seelische Struktur integriert werden konnte“ (Ebda, S. 164).

Das Projekt muss im Vorfeld von der zuständigen Ethikkommission akzeptiert werden und die Patient*innen mittels IC (informed consent) über die Studie aufgeklärt werden.

Als zu befragendes Kollektiv für die Ärzt*innen kommen alle an der Klinik für Dermatologie und Venerologie beschäftigten Ärzt*innen (also alle Ärzt*innen derselben Fachrichtung, welcher auch die Patient*innen entnommen wurden) infrage, aber theoretisch auch alle am selben Klinikum beschäftigten Ärzt*innen.

Ausschlusskriterien sind keine anzunehmen.

3.3. Durchführung

Patient*innen, welche sich stationär auf der Abteilung für Dermatologie und Venerologie in Graz befinden, sollten aktiv von den Projektverantwortlichen auf die Studie angesprochen werden. So sie Interesse zeigen, sollten ihnen entsprechende, schriftliche Informationen zum Projekt ausgehändigt, und eine Bedenkzeit von mindestens 24 Stunden eingeräumt werden. Zeigen die Patient*innen nach wie vor Interesse, sollte eine ausführliche Aufklärung über die Ziele, das Vorgehen, die potentiellen Risiken und den potentiellen Nutzen der Studie erfolgen, auch über die Tatsache, dass die Patient*innen keine Vergütung für ihre Teilnahme erhalten. Nach weiteren 24 Stunden (mindestens) kann der Informed Consent von beiden Seiten (Studienleitung und Patient*in) unterzeichnet werden.

Für die Gespräche sollte, nach erfolgreichem Ethikvotum und Unterzeichnung einer ausführlichen Einverständniserklärung durch die Patient*innen, ein leitfadengestütztes narratives Einzel-Interview geführt werden. Die Leitfragen

dienen dabei der Eingrenzung der Themen auf ein für die Studie relevantes Maß und einer besseren Vergleichbarkeit der Gespräche allgemein.

Ein Interview-Leitfaden könnte beispielsweise folgende Fragen beinhalten:

- Mich interessiert Ihre aktuelle Lebenssituation. Könnten Sie sie etwas genauer beschreiben?
- Gibt es ein prägendes Ereignis/Erlebnis in ihrer Kindheit? Möchten Sie darüber sprechen?
- Gibt es ein prägendes Ereignis/Erlebnis in Ihrer Jugend? Möchten Sie darüber sprechen?
- Gibt es ein prägendes Ereignis/Erlebnis in Ihrer Zeit als Erwachsene*r? Möchten Sie darüber sprechen?
- Mich interessiert die Zeit/der Tag, an dem Ihre Krankheit ausgebrochen ist/begonnen hat. Können Sie darüber etwas genauer berichten?
- Haben Sie eine Vorstellung oder Vermutung, warum Sie an dieser Krankheit erkrankt sind? (Frage nach der subjektiven Krankheitstheorie)

Beim Führen des Interviews sollte der ursprüngliche Nutzen der Biografiearbeit beachtet werden – im Mittelpunkt sollte immer der/die Interviewte stehen, nicht das Interview (Vgl. Specht-Tomann S. 98f.). Dabei sollten Ressourcen aktiviert werden, um das Wohlbefinden der Patient*innen zu steigern und Aufschluss über ihre Bedürfnisse zu erhalten, wie es beispielsweise Slocum/Villano (2021) mit Hirntumor-Patient*innen oder De Vincentis/Monari (2018) mit Prostatakarzinom-Patient*innen praktiziert haben.

Um die Gespräche adäquat weiterverarbeiten zu können, empfiehlt sich eine Aufzeichnung via Audio-files, welche mit fortlaufenden Nummern anonymisiert und auf einem sicheren Endgerät gespeichert, anschließend transkribiert und ausgewertet werden können. Die Interviews werden sowohl quantitativ (wie viele Patienten erwähnen psychosomatische Faktoren?) als auch qualitativ (welche Faktoren werden erwähnt? Welche Ressourcen?) ausgewertet. Die qualitative Auswertung erfolgt im Vergleich zwischen relevanter Literatur und praktischer Anwendung. Die qualitative Inhaltsanalyse soll gemäß den Gütekriterien von Kukartz (2018) durchgeführt werden.

Sowohl vor als auch nach dem Gespräch bzw. Abschluss der Behandlung wird den Patient*innen der Fragebogen PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ausgehändigt (siehe unten). Zudem erhalten sie nach der Intervention einen Fragebogen zur Akzeptanz der Methode Biografiearbeit (siehe unten).

In einem weiteren Schritt erfolgt eine Befragung der behandelnden Ärzt*innen mittels eines Fragebogens (siehe unten), um Akzeptanz und Zufriedenheit zu messen.

3.4. Study outcomes

Als study outcomes sind folgende drei Unterpunkte definiert:

- Häufigkeit von Hinweisen auf psychosomatische Faktoren (quantitative und qualitative Auswertung der Interviews)
- Akzeptanz der Patient*innen und Wirksamkeit i.S. Verbesserung von Lebensqualität (Fragebogen s.u.)
- Zufriedenheit der Ärzt*innen (Fragebogen s.u.)

3.5. Untersuchungsinstrumente

Um Ergebnisse für die einzelnen Unterpunkte zu erhalten, wird folgende Vorgehensweise empfohlen:

Häufigkeit von Hinweisen auf psychosomatische Faktoren

Im Anschluss an die Interviews und deren Transkription, können anamnestische Hinweise für psychosomatische Faktoren und persönliche Ressourcen aus den Fragen extrahiert werden.

Dazu empfiehlt sich eine Auflistung nach Kategorien, beispielsweise:

1. Ereignisse:
 - Negativ: Tod eines geliebten Menschen, Unfall, Verlust des Arbeitsplatzes, Krieg, ...

- Positiv: Liebe, Urlaub, Heirat, Geburt eines Kindes, beruflicher Erfolg, ...
- 2. Ressourcen: Partner, Kinder, Freunde, Erfolg im Beruf, eigener Ehrgeiz, spirituelle Unterstützung, ...
- 3. individuelle Bedürfnisse: hat Probleme mit Medikamenten, geht nicht gerne zum Arzt, spricht nicht gerne über die Krankheit, kann Krankheit nicht akzeptieren usw.

Patient*innenfragebogen „Akzeptanz“:

Dazu wird ein Fragebogen ausgehändigt werden, welcher an das Dignity Therapy Evaluation Questionnaire (DTEQ) angelehnt ist, wie er auch bei einer vergleichbaren Studie mit Demenzpatient*innen von Jenewein (2021) verwendet wurde.

Eine adaptierte Version könnte folgende Fragen umfassen, die jeweils auf einer Numerischen Ratingskala von 0-10 (nein, gar nicht; ja, sehr) beurteilt werden:

1. Haben Sie die Biografiearbeit als hilfreich erlebt?
2. Würden Sie Biografiearbeit anderen Patient*innen weiterempfehlen?
3. Haben Sie sich von der interviewenden Person gut unterstützt bzw. verstanden gefühlt?
4. Haben Sie Biografiearbeit als sinnvoll erlebt?
5. Haben Sie sich im Rahmen des Gesprächs respektvoll behandelt gefühlt?
6. Waren Sie insgesamt zufrieden mit dem Interview/der Biografiearbeit?

Außerdem könnten folgende Fragen gestellt werden:

7. Denken Sie, dass die aus dem Gespräch gewonnen Informationen einen wertvollen Beitrag zu Ihrer Behandlung leisten können?
8. Könnten Sie sich vorstellen, ein solches Gespräch im Rahmen eines jeden Krankenhausaufenthaltes zu führen?
9. Denken Sie, das Gespräch trägt dazu bei, dass Sie besser mit Ihrer Erkrankung umgehen können?

Patient*innenfragebogen „Wirksamkeit“:

Um einen Hinweis auf die mögliche Wirksamkeit i.S. einer Verbesserung der Lebensqualität zu erhalten, erfolgt sowohl vor als auch nach dem Gespräch eine Fragebogenuntersuchung. Dafür eignet sich beispielsweise PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure), das sich in der Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als gutes Tool und anderen dermatologiespezifischen Fragebögen wie DLQI and Skindex-29 HRQOL als gleichwertig erwiesen hat (Vgl. Mühleisen/Büchi 2009). Bei PRISM handelt es sich um eine Abbildung der mentalen Repräsentation des „aktuellen Leben der Patientin/des Patienten“. Dabei wird auf ein weißes A4-Papier das „Selbst“ mittels gelbem Kreis und die Krankheit mittels rotem Kreis eingezeichnet. Gemessen wird die Distanz zwischen dem Zentrum des gelben und des roten Kreises, um die sogenannte Self-Illness Separation distance (SIS) zu messen, welche sich zwischen 0 und 270 mm bewegen kann, und wobei eine höhere Distanz eine geringere Einschränkung der Lebensqualität bedeutet. (Vgl. Mühleisen 2009).

Ärzt*innenfragebogen „Akzeptanz“:

Für die Zielgröße der „Akzeptanz durch Ärzt*innen“ wird zudem ein Fragebogen an die Fälle angehängt werden. Dieser wird beispielsweise folgende, an den Patient*innenfragebogen angepasste Fragen beinhalten, die jeweils auf einer numerischen Ratingskala von 0-10 beurteilt werden:

1. Haben Sie die Erkenntnisse aus der Biografiearbeit für die Behandlung Ihres Patienten als hilfreich erlebt?
2. Würden Sie Biografiearbeit anderen Ärzt*innen weiterempfehlen?
3. Denken Sie, dass die aus dem biografischen Interview gewonnen Informationen einen wertvollen Beitrag zur Behandlung der Patient*innen leisten können?
4. Denken Sie, dass Patient*innen von einem biografischen Interview profitieren können?
5. Denken Sie, das Gespräch trägt dazu bei, dass die Patient*innen besser mit Ihrer Erkrankung umgehen können?

6. Könnten Sie sich vorstellen, solche biografischen Interviews in Ihren klinischen Alltag zu integrieren?

3.6. Stichprobengröße

Entsprechend der Häufigkeit psychischer Störungen bzw. Probleme bei Patienten mit dermatologischen Erkrankungen in der dermatologischen Praxis von 25,2% (Picardi, 2000) bis 33,4% (Aktan et al., 1998) und in verschiedenen stationären Kliniken für Hautkrankheiten von 31% (Windemuth et al., 1999) bis 60% (Hughes et al., 1983) werden 40 Patientinnen eingeschlossen, um eine ausreichende Anzahl von Teilnehmerinnen mit psychischen bzw. psychosomatischen Problemen zu rekrutieren (primäre Zielgröße). (Vgl. Plab, 2016 S. 155; Harther/Gieler, 2006).

Nach Einschluss von 20 Teilnehmerinnen erfolgt eine erste Zwischenauswertung. Für die qualitative Auswertung der Interviews ist eine Datensättigung bei mindestens 20 Interviews zu erwarten (Hennink/Kaiser, 2022).

3.7. Statistik

Die Beschreibung der Studie bzw. der demografischen sowie psychologischen Variablen erfolgt mittels deskriptiver Statistik, wobei Mittelwerte (M), Standardabweichung (SD) sowie Prozentangaben (%) als adäquate Beschreibungsmittel angesehen werden.

4. Ergebnisse

Führt man alle drei Einzelfragen durch, sollte man folgende Ergebnisse bekommen:

1. **Häufigkeit von Hinweisen auf psychosomatische Faktoren:** Wie häufig werden von Patient*innen psychosomatische Faktoren erwähnt und welche? Kann man aus Biografiearbeit anamnestische Hinweise bzw. persönliche Ressourcen gewinnen?
2. **Akzeptanz von Patientinnen:** Wie hoch wäre die Akzeptanz der Patient*innen gegenüber einer Einbindung von Biografiearbeit in den klinischen Alltag? Gibt es eine Wirksamkeit im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität?
3. **Zufriedenheit von Ärztinnen:** Würde Biografiearbeit zu vermehrter psychologischer Unterstützung für Patient*innen führen? Wie hoch wäre die Akzeptanz der Ärzt*innen gegenüber einer Einbindung von Biografiearbeit in den klinischen Alltag?

Daraus sollte sich dann eine Antwort auf die Frage ergeben, ob Biografiearbeit einen wertvollen Beitrag zum Erkennen und Therapieren psychosomatischer Beteiligungen leisten kann und damit zu einer ganzheitlichen Behandlung von Patient*innen im bio-psycho-sozialen Sinne beiträgt.

5. Diskussion

Sichtet man die Forschungsliteratur nach dem Begriff Biografiearbeit bzw. *biographical work*, könnte man beinahe zu dem Schluss kommen, dass es sich bei der Biografiearbeit um eine veraltete Methode handelt, die völlig aus der Mode gekommen ist. Viele Artikel und Bücher sind aus den 80er-, 90er- oder frühen 2000er-Jahren, sucht man nach aktuellerer Literatur scheinen die Ergebnisse immer dünner gesät. Dies entspricht allerdings weniger der Wahrheit, sondern liegt darin begründet, dass die Biografiearbeit sich verändert hat und auch spezifischer geworden ist (Beispiel „Dignity therapy“, vgl. Jenewein, 2022). Oft wird der Nutzen von Biografiearbeit im Sinne eines Aufzeigens von Ressourcen dargestellt (Vgl. Slocum/Villano, 2021; De Vincentis/Monari, 2018), manchmal die Patient*innen-Akzeptanz und Wirksamkeit dargestellt (Vgl. Jenewein, 2022), nicht aber die Ärzt*innen-Akzeptanz untersucht oder die Häufigkeit bestimmter anamnestischer Hinweise/persönlicher Ressourcen. Die in dieser Arbeit vorgeschlagene Studie ist daher einzigartig in ihrer Zielsetzung und Umsetzung.

Dass Biografiearbeit dazu beiträgt, dass Patient*innen durch Ärzt*innen menschlicher wahrgenommen wurden, haben Clarke/Hanson (2003) bereits gezeigt, nicht aber, welchen Effekt Biografiearbeit auf mögliche therapeutische Entscheidungen durch Ärzt*innen haben könnte – beispielsweise durch das Implementieren von psychologischer Beratung auf der Entscheidungsgrundlage „Biografiearbeit“.

In einer weiterführenden randomisierten Studie könnte man anschließend an die hier bearbeitete Fragestellung auch der Hypothese nachgehen, ob Biografiearbeit einen Unterschied im Outcome (Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität usw.) der Patient*innen machen würde. Für eine solche Studie wäre vermutlich der Fokus auf ein Krankheitsbild (z.B. Neurodermitis) sinnvoll, um eine bessere Vergleichbarkeit zu erzielen.

Will man Biografiearbeit aber realistisch in den klinischen Alltag integrieren, muss auch an ihrem Image und vor allem an der Umsetzbarkeit gearbeitet werden. Auch dafür bräuchte man aktuelle Forschungsbeispiele über die konkrete Umsetzbarkeit von Biografiearbeit in den klinischen Alltag. Eine diesbezügliche Studie könnte sich mit der Frage beschäftigen, ob es für die Einbindung von Biografiearbeit ins Krankenhaussetting geschulten Personals bedarf, welches gezielte Gespräche

führt, oder ob eine bessere Schulung der Ärzt*innen es auch zulassen würde, Biografiearbeit „nebenbei“ in die Anamneseerhebung einfließen zu lassen.

Dies wiederum führt zu der Frage, welcher Ausbildungssysteme es bedarf, um Biografiearbeit effektiv in die Klinik zu integrieren, denn „die Praxis zeigt [..], dass bei den jeweils in Frage kommenden Institutionen nur selten das nötige Bewusstsein hinsichtlich der Bedeutung der Biografiearbeit vorhanden ist. Zudem fehlen weitgehend brauchbare und an die Bedürfnisse der jeweiligen Berufsgruppe angepasste Aus- und Weiterbildungsmodule.“ (Specht-Tomann 2018, S. 5)

Würden all diese Fragen im Rahmen von Studien beantwortet werden, wäre der Stellenwert von Biografiearbeit im Krankenhaus klar umrissen und man könnte effektiv an einer sinnvollen Integration in den Klinikalltag arbeiten und Strategien entwickeln, um die Sensibilität der Ärzt*innen für das Thema zu erhöhen.

Literaturverzeichnis

1. Clarke, Amanda/Hanson, Elizabeth Jane et al.: Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 2003: Volume 12, Issue 5, S. 697-706.
2. De Vincentis, Giuseppe/Monari, Fabio et al.: Narrative medicine in metastatic prostate cancer reveals ways to improve patient awareness & quality of care. *Future Oncology*, 2018: Volume 14, Issue 27, S. 2821-2832.
3. Erlemeier, Norbert: Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Bedingungen. Förderung von Ressourcen und Potentialen im Alter. In: Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hrsg.): *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen - Zielgruppen - Kreative Methoden*. 2. Aufl. Wiesbaden, 2011: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 236-253.
4. Fox, Nick/Hunn, Amanda et al.: Sampling and Sample Size Calculation. *Yorkshire & the Humber, 2007: The NIHR RDS for the East Midlands (=Ressource Pack)*.
5. Harther/Gieler *Psychosomatische Dermatologie*. Heidelberg, 2006: Springer.
6. Hennik, Monique/Kaiser Bonnie N.: Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 2022: Volume 292, 114523.
7. Hölzle, Christa: Gegenstand und Funktion von Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit. In: Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hrsg.): *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen - Zielgruppen - Kreative Methoden*. 2. Aufl. Wiesbaden, 2011: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 31-54.
8. Hölzle, Christina: Bedeutung von Ressourcen und Kreativität für die Bewältigung biografischer Herausforderungen. In: Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hrsg.): *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen - Zielgruppen - Kreative Methoden*. 2. Aufl. Wiesbaden, 2011: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 71-86.
(Anm: Zitiert als Hölzle 2011a)
9. Jansen, Irma: Biografie im Kontext sozialwissenschaftlicher Forschung und im Handlungsfeld pädagogischer Biografiearbeit. In: Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hrsg.): *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen - Zielgruppen - Kreative Methoden*. 2. Aufl. Wiesbaden, 2011: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 17-30.
10. Jansen, Irma: Biografiearbeit im Hilfeprozess der Sozialen Arbeit. In: Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hrsg.): *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen - Zielgruppen - Kreative Methoden*. 2. Aufl.

Wiesbaden, 2011: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 55-70. (Anm: Zitiert als Jansen 2011a)

11. Jenewein, Josef/Moergeli, Hanspeter et al.: Feasability, Acceptability, and Preliminary Efficacy of Dignity Therapy in Patients with Early Stage Dementia and their Family. A Pilot Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 2021: Volume 12, Article 795813.
12. Junkers, Gabriele: *Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns*. Stuttgart/New York, 1995: Schattauer.
13. Kuckartz, Udo: *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Aufl. Weinheim, 2018: Beltz Juventa. (= Grundlagentexte Methoden).
14. Lamprecht, Friedhelm: *Allgemeine Psychosomatik und Modellvorstellungen*. In: Machleidt Wielant/Bauer Manfred et al.: *Psychiatrie Psychosomatik Psychotherapie*. 6. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart/New York, 1999: Thieme (S. 121-129).
15. Lazarus, Richard/Folkman, Susan: *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, 1984: Springer.
16. Mitscherlich, Alexander/Mitscherlich, Margarete: *Die Unfähigkeit zu Trauern. Grundlagen kollektiven Verhaltens*. München, 1967: Piper.
17. Mühleisen, Beda/Büchi, Stefan et al.: Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM). A Novel Visual Instrument to Measure Quality of Life in Dermatological Inpatients. *Arch Dermatol*, 2009: Volume 145/Nr. 7, S. 774-780.
18. Plab, Klaus: *Psychoanalytische Psychosomatik. Eine moderne Konzeption in Theorie und Praxis*. Göttingen, 2016: Vandenhoeck & Ruprecht.
19. Rybarczyk, Bruce/Shamaskin-Garroway, Andrea et al.: Implementation and Evaluation of a Life Narrative Interview Program for Medical Inpatients. *Clinical Gerontologist*, 2018: Volume 42, Issue 4, S. 454-460.
20. Slocum, Robert/Villano, John: Narrative medicine applications for neuro-oncology patient identity and quality of life. Case report. *Journal of Clinical Neuroscience*, 2021: Volume 83, S. 8-12.
21. Specht-Tomann, Monika: *Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege*. 3. Aufl. Berlin 2018: Springer.
22. Wickel, Hans Hermann: *Biografiearbeit mit dementiell erkrankten Menschen*. In: Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hrsg.): *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen - Zielgruppen - Kreative Methoden*. 2. Aufl. Wiesbaden, 2011: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 254-269.

23. Xiao, Jinnan/Chow, Ka Ming et al.: Effects of dignity therapy on dignity, psychological well-being, and quality of life among palliative care cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 2019: Volume 28, Issue 9, S. 1791-1802.
24. Zaki-Nejad, Mahsa/Nikbakht-Nasrabadi, Alireza et al.: The Effect of Dignity Therapy on the Quality of Life of Patients with Cancer Receiving Palliative Care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Results*, 2020: Volume 25, Issue 4, S. 286–290.