

RISIKEN, BEDEUTUNG UND PRÄVENTION DES GEBRAUCHS PSYCHOTROPER  
MEDIKAMENTE VON FRAUEN

Ergebnisse des Forschungsvorhabens  
Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten und Bewältigungs-  
formen zur Verhütung von Mißbrauchverhalten in frauenspezi-  
fischen Konfliktsituationen

Sybille Ellinger  
Wilfried Karmaus  
Sabine Stauss

unter Mitarbeit von: Maria Mischo-Kelling  
Textverarbeitung : Monika Michalik  
Rita Stegemeyer

Projektgruppe am  
Institut für Medizin - Soziologie  
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf  
Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20

Hamburg 1987

**ARCHIVEXEMPLAR**

**Reg.-No. 10015**  
(1.1.16)

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	VIII
2. Gefühlsarbeit und Medikamentenkonsum	XI
2.1. Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in Familie und Beruf	XI
2.2. Gefühlsarbeit	XIII
2.3. Gefühlsarbeit und frauentypische Berufssituationen	XIII
2.4. Gefühlsarbeit im Zusammenhang mit der Familien- und Berufsbiographie	XV
2.5. Gefühlsarbeit und Befindlichkeitsstörungen	XVI
2.6. Gefühlsarbeit und Medikamentenkonsum	XVII
2.7. Ansätze zur Prävention und Veränderung des Medikamentenkonsums	XXIII

I. TEILPROJEKT: ANALYSE VON RISIKEN FÜR DEN KONSUM  
VON SCHMERZ-, SCHLAF- UND BERUHIGUNGSMITTELN

1.	Problemstellung, theoretische Überlegungen und Hypothesen	4
2.	"Effizienzkontrolle 1980" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	10
2.1.	Stichprobenbeschreibung	10
2.2.	Beschreibung und Häufigkeitsverteilung der Variablen bzw. Indizes	13
2.3.	Ergebnisse	21
2.3.1.	Medikamentengebrauch bei Hausfrauen, berufstätigen Frauen und berufstätigen Männern in vier Altersgruppen	21
2.3.2.	Medikamenteneinnahme, Belastungen und Beschwerden bei Hausfrauen	33
2.3.2.1.	Zusammenhangsanalyse	33
2.3.2.2.	Zusammenfassung der Probleme	47
2.3.2.3.	Zusammenhangsanalyse: stoffgebundene Bewältigungsformen	50
2.3.3.	Medikamenteneinnahme, Belastungen und Beschwerden bei berufstätigen Frauen	54
2.3.3.1.	Zusammenhangsanalyse	54
2.3.3.2.	Stratifizierte Analyse: Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel	59
2.3.3.3.	Zusammenfassung	61
2.3.4.	Medikamenteneinnahme, Belastungen und Beschwerden bei berufstätigen Männern	67
2.3.4.1.	Zusammenhangsanalyse	67
2.3.4.2.	Stratifizierte Analyse: Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel	72
2.3.4.3.	Zusammenfassung	74
3.	Weibliche Verwaltungsangestellte	80
3.1.	Stichprobenbeschreibung	80
3.2.	Beschreibung der Variablen	81
3.3.	Ergebnisse: Medikamentengebrauch, Belastungen und Be-	

	schwerden bei weiblichen Verwaltungsangestellten	85
3.3.1.	Häufigkeit des Medikamentengebrauchs	85
3.3.2.	Zusammenhangsanalyse	87
3.3.3.	Stratifizierte Analyse: Schmerz-, Rheuma, Beruhigungs- und Schlafmittel	92
3.3.4.	Zusammenfassung	99
4.	Krankenpflegepersonal	102
4.1.	Erhebung und Stichprobe	102
4.2.	Beschreibung der Variablen	104
4.3.	Ergebnisse: Belastungen, Bewältigung und Beschwerden bei Krankenschwestern, Pflegehelferinnen und Schülerinnen	107
4.3.1.	Bewältigungsformen: Konsum von Medikamenten, Alkohol, Tabak und Essen	107
4.3.2.	Zusammenhangsanalyse	108
4.3.3.	Stratifizierte Analyse: Bewältigung mittels Tabak-, Alkohol-, Medikamentenkonsum und Essen	112
4.3.4.	Zusammenfassung	113
5.	Gesamtüberblick: soziale Bedingungen und Medikamenten- konsum	118
5.1.1.	Wer nimmt mehr psychotrope und schmerzlindernde Mittel: Männer oder berufstätige Frauen/Hausfrauen?	118
5.1.2.	Vergleich der berufstätigen Frauen der Bevölkerungs- Stichprobe und der Stichprobe von weiblichen Verwaltungsangestellten	119
5.2.	Risiken für den Gebrauch von psychotropen und schmerz- lindernden Medikamenten	119
5.2.1.	Berufstätige Männer	120
5.2.2.	Hausfrauen	120
5.2.3.	Berufstätige Frauen	121
5.2.3.1.	Gesamtpopulation: Berufstätige Frauen	121
5.2.3.2.	Weibliches Krankenpflegepersonal	122
5.2.3.3.	Weibliche Verwaltungsangestellte	123
5.3.	"Multiple Outcome"	124
5.4.	Schlußfolgerungen	125
	Anhang Auswertungsverfahren	127

II. TEILPROJEKT: BEDEUTUNG UND FUNKTION DES GEBRAUCHS PSYCHO-  
AKTIVER MEDIKAMENTE VON FRAUEN

1.	Fragestellung	131
2.	Erhebung	132
2.1.	Zielgruppe	132
2.2.	Zugang	134
2.3.	Untersuchungsgruppe	134
2.4.	Erhebungsmethode	137
3.	Auswertung	140
4.	Fallgeschichten	143

Frau R. "... daß er auch seine ganze Angst voll auf mich

abladen kann, ich muß da ein unwahrscheinlich gutes  
Medium oder was für sein ..."

Frau E. "... und meine ganze Hingabe, das konnt' ich alles  
diesen Leuten geben ..."

Frau A. "... sie sind ja irgendwie Außenseiter von der  
Gesellschaft..."

Frau B. "... da hält man durch!"

Frau F. "... weil das eben nicht üblich ist, daß man sich  
dann wirklich da zur Wehr setzt ..."

Frau D.	"... daß man ja ein ganz anderes Leben hat, wenn man keine Kinder hat ..."	204
Frau G.	"... aber ich selber machte mich kaputt, weil ich da so Selbstbeherrschung üben mußte und trotzdem der Laden laufen mußte ..."	227
Frau I.	"... ich hab im Grunde gar keine Rechte und das ist das auch, was mich so, so krank macht ..."	245
Frau H.	"... daß ich dachte, ich weiß überhaupt nicht weiter. Ich kann nicht helfen und nichts ..."	266
Frau K.	"... für mich hat noch nie einer 'ne Tasse Kaffee gekocht..."	275

5.	Zusammenfassung: Bedingungen und Funktionen des Gebrauchs psychoaktiver Medikamente von Frauen	290
5.1.	Belastungen	290
5.1.1.	Familie/Private Beziehungen	290
5.1.2.	Pflege	292
5.1.3.	Verwaltung	293
5.2.	Funktion des Gebrauchs psychoaktiver Medikamente	296
5.3.	Gebrauchsmuster im zeitlichen Verlauf	297

III.	TEILPROJEKT: ENTWICKLUNG VON PRÄVENTIONSMABNAHMEN	
1.	Konzeptualisierung, Erfahrungen und Möglichkeiten der institutionellen Anbindung eines Seminars für Frauen	303
1.1.	Einleitung	303
1.2.	Seminar	305
1.2.1.	Konzept zum Seminar "Gebrauch psychotroper Medikamente als frauentypische Bewältigungsform"	305
1.2.2.	Auswertung	310
1.2.2.1.	Teilnehmerinnen	311
1.2.2.2.	Themenschwerpunkte	311
1.2.2.3.	Informationsteil	314
1.2.3.	Einschätzung	315
1.3.	Möglichkeiten der institutionellen Anbindung	317
1.3.1.	Evangelische Familienbildungsstätte	317
1.3.2.	Volkshochschule Hamburg	319
1.3.3.	Elternschule	320
1.3.4.	Gewerkschaften	321
1.3.5.	Zusammenfassung	323
1.4.	Veranstaltungsformen und Zielgruppen	324
IV.	ZUSAMMENFASSEND E BEWERTUNG	327
	LITERATUR	339

## 1. EINLEITUNG

Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse des Forschungsvorhabens "Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten und Bewältigungsformen zur Verhütung von Mißbrauchverhalten in frauenspezifischen Konfliktsituationen", das im Rahmen der Ausschreibung 'Frauenspezifische Belastungen und Gesundheitsverhalten' 1982 bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beantragt wurde. Durchgeführt wurde es von März 1984 bis Mai 1986 im Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg.

Ziel des Projekts war es, die Ergebnisse der Belastungs- und Bewältigungsforschung sowie Analysen über Präventionschancen für das besondere Problem des Medikamentengebrauchs von Frauen zu einem frauenspezifischen Konzept zusammenzufügen.

Im Vordergrund stand dabei das theoretische Konstrukt der "Gefühlsarbeit", das sich auf die in der gesellschaftlichen Arbeitsteilung zwischen Frauen und Männern typische Arbeitssituation von Frauen bezieht. Sie übernehmen sowohl im Beruf als auch in der Familie in der Regel jenen Part, der ihnen u.a. Einfühlung, sensible Wahrnehmung von Problemen anderer sowie Harmonisierungsarbeit abverlangt. Die Analyse des Zusammenhangs dieser spezifischen Anforderungen und der ebenfalls frauentypischen Bewältigung durch psychotrope Arzneimittel war das eine Ziel.

Aus den Ergebnissen sollte zweitens eine Konzeption für praktische Maßnahmen der Prävention erarbeitet werden. Dabei war ursprünglich daran gedacht, die Ergebnisse modellhaft in der Ausbildung zu zwei frauentypischen Berufen Verwaltung und Krankenpflege, einzusetzen. Im Verlauf der



Projektarbeit, insbesondere aufgrund der Erfahrungen im Rahmen unstrukturierter Interviews mit Konsumentinnen, verschob sich dieser stark berufsspezifisch und auf junge Frauen ausgerichtete Ansatz auf eine allgemeinere Ebene. Die Tabuisierung Gebrauchs psychotroper Medikamente- solange sie als Bewältigungsmittel funktionieren ließ uns die umfassendere Erkundung von Motivationen und Bereitschaften, an denen Präventionsmaßnahmen ansetzen können als dringliches Problem ansehen.

Der Bericht gliedert sich - wie das Vorhaben selbst - in drei Teilabschnitte.

Der erste Teil "Analyse von Risiken für den Konsum von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln" enthält die Ergebnisse der Sekundäranalysen von drei Erhebungen:

- eine repräsentative Befragung im Rahmen der Effizienzkontrolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung des Jahres 1980,
- eine Erhebung im Jahr 1980 bei weiblichen Verwaltungsangestellten in Hamburger Behörden, die vom Bundesminister für Forschung und Technologie im Rahmen des Projektes "Humanisierung des Arbeitslebens" gefördert wurde und verschiedene Erhebungsverfahren (Interviews, Beobachtung, medizinische Untersuchung usw.) beinhaltet,
- eine Fragebogenerhebung von Krankenhausbeschäftigten (1980), die von der Gewerkschaft "Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr" in Hamburg mitgetragen wurde.

Diese quantitative Analyse sollte dazu beitragen erstens das Problemfeld zu strukturieren und mengenmäßig zu bewer-

ten sowie zweitens die Bedingungen des Gebrauchs psychotroper Arzneimittel für die verschiedenen Bevölkerungs- bzw. Berufsgruppen zu ermitteln.

Das zweite Teilprojekt "Bedeutung und Funktion des Gebrauchs psychotroper Medikamente von Frauen" umfaßt die Beschreibung von Einzelfällen, die mit Methoden der qualitativen Sozialforschung erhoben und ausgewertet wurden. Sehr ausführliche und unstrukturierte Interviews mit (ehemaligen) Konsumentinnen von Schmerz-, Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln sollten die im ersten Schritt gefundenen Zusammenhänge vertiefen und die Bedeutungen und Funktionen aufklären. Die Offenheit des Vorgehens erlaubte zugleich eine Überprüfung der theoretischen Konzepte.

Der dritte Teil stellt Überlegungen zur "Entwicklung von Präventionsmaßnahmen" vor, die sich ausschließlich auf Konsumentinnen als Zielgruppe beziehen. Grundlage sind die Ergebnisse der Analyse der Bedingungen und Bedeutungen des Arzneimittelgebrauchs für Frauen. Aus ihnen ergibt sich, daß ein Ansatzpunkt die Auseinandersetzung mit der Funktion von Symptomen und Tabletten in der Lebenswelt von Frauen sein muß. Der thematische Rahmen dieser Auseinandersetzung ist weit, da berufliche und institutionelle Anforderungen und Belastungen im Reproduktionsbereich mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen verflochten sind.

Vor der Darstellung der Durchführung, Auswertung und Ergebnisse der drei Teilprojekte möchten wir zunächst ausführlich aus dem Teil des Projektantraes von 1982 (vgl. MISCHO, LORENZ, KARMAUS 1982) zitieren, der die theoretischen Überlegungen zum Zusammenhang von Gefühlsarbeit und Medikamentenkonsum sowie zur Prävention skizziert.

## 2. GEFÜHLSARBEIT UND MEDIKAMENTENKONSUM

### 2.1 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ARBEITSTEILUNG IN FAMILIE UND BERUF

In von Frauen vorgelegten theoretischen Erklärungen zur geschlechtsspezifischen Sozialisation und Arbeitsteilung besteht - trotz unterschiedlicher Ausgangspositionen- Einigkeit darüber, daß diese bestehenden Unterschiede zwischen Mann und Frau nicht biologisch bzw. anatomisch bedingt, sondern Resultat historischer Entwicklungsprozesse sind. Die Rollenverteilung kann zum einen als Folge der Sozialisation in Familie und Schule und zum anderen als Ergebnis der beruflichen Arbeitsteilung verstanden werden. In der primären Sozialisation haben Einflüsse, die bspw. von den Eltern als unmittelbare Bezugspersonen ausgehen, prägenden Charakter hinsichtlich der späteren Erwachsenenstruktur (vgl. HABERMAS 1977, S.132ff.). In Anlehnung an PARSONS wird in der Familiensoziologie von einer männlichen/ instrumentellen Rolle und von einer weiblichen/expressiven Rolle gesprochen. Der Frau obliegt in der Familie die Aufgabe, "...Gefühlsbindungen aufrechtzuerhalten und Spannungen zu regulieren" (ZAHLMANN WILLENLACHER 1979, S. 62) während der Mann mittels seiner Berufstätigkeit die Familie ökonomisch absichert. Die von den Eltern vorgelebten Werte und Normen spiegeln sich in expressiven und instrumentellen Persönlichkeitskomponenten wieder. Mit ersteren sind Eigenschaften wie "gefühlsvoll" "warm", "passiv" "schwach", "lieben", "harmonisieren", "lustspenden", "mit sich nachsichtig sein", "von Personen abhängig sein" gemeint. Wie empirische Untersuchungen zeigen, werden solche Eigenschaften beim Mädchen durch eine gefühls-

orientierte Erziehungsmethode gefördert (vgl. NEUMANN - SCHÖNWETTER 1975, S. 133 ff ).

Zur Aufklärung der Sonderstellung der Frau in der Gesellschaft lassen sich insbesondere drei Positionen herausarbeiten:

- Es wird erstens eine Diskrepanz gesehen zwischen den sozialisierten emotionellen Fähigkeiten, Dispositionen und Orientierungen einerseits und den sachlich-intellektuellen Anforderungen beruflicher Arbeit andererseits (BECK-GERNSHEIM 1976, S. 64). Die emotionale Rollenzuschreibung schlägt sich auch in der Berufswahl und in der Nutzung bzw. dem betrieblichen Einsatz von Frauen in "typisch weiblichen" Tätigkeiten nieder (FISCHBACH, ECKHART 1979, S. 206 ff; WELTZ et al. 1979, S. 77 ff).

- Zweitens wird ein qualitativer Unterschied zwischen der eher instrumentell-sachlichen Berufsarbeit und der eher emotional-ausgerichteten, personenzentrierten Hausarbeit herausgestellt. Diese gegensätzlichen Anforderungen tragen zu einem Spannungsverhältnis bei, das von den Frauen ausbalanciert werden muß (vgl. BECK-GERNSHEIM 1979, S. 179 ff).

- Im Gegensatz zu den oben skizzierten Erklärungen, die nur den Widerspruch zwischen Berufs- und Hausarbeit hervorheben und u.E. zu kurz greifen, läßt sich drittens aufzeigen, daß an Frauen in Beruf und Familie auch gleichartige, nämlich emotionale Anforderungen gestellt werden. So wird bspw. in der Familie Einfühlungsvermögen von der Frau verlangt. Diese emotionale Fähigkeit soll sie aber auch als Sekretärin, Krankenschwester oder Verkäuferin ihrem Chef, dem Arzt, dem Patienten und dem Klienten gegenüber aufbringen (SCHENK 1979, S. 177).

In den drei Erklärungsansätzen wird die Sonderstellung der

Frau mit den emotionalen Fähigkeiten und den an sie gestellten Anforderungen verbunden. Dieser Gesichtspunkt hat sich in der Entlohnung und der Stellung im Beruf bislang nicht niedergeschlagen. Der Aspekt ist aber insofern von Interesse, als diese von uns in Anlehnung an STRAUSS et al.(1980) genannte Gefühlsarbeit eine frauentypische Anforderung darstellt, die spezielle Gesundheitsrisiken nach sich ziehen kann.

## 2.2. GEFÜHLSARBEIT

Quelle der Gefühlsarbeit ist die Interaktion zwischen Menschen, da Antworten und Reaktionen der Interaktionspartner auch bei sachlich-instrumentellen Vorgängen emotional verarbeitet und gesteuert werden müssen. Gefühlsarbeit ist daher zwar Bestandteil jeglicher Tätigkeit; besonders deutlich wird sie aber, wenn durch personenzentrierte Arbeit eine Auseinandersetzung mit der eigenen und anderen Personen verlangt wird und dadurch indirekt eine Einflußnahme auf den Verlauf der Arbeit erfolgt (vgl. STRAUSS et al. 1980). Gefühlsarbeit läßt sich daher als eine besondere Form der Bewältigung verstehen, wobei die Wahrnehmung von Konflikten, Leid und Beschwerden nur auf der Grundlage einer spezifischen fraulichen Sensibilisierung möglich ist. Die Verarbeitung und Funktion ist ferner dadurch charakterisiert, daß für die eigene Person "ein innerer Frieden" und für die Familie und die Berufswelt soziale und emotionale Harmonie angestrebt wird (vgl. KARMAUS 1981, S. 25 u. 86).

## 2.3. GEFÜHLSARBEIT UND FRAUENTYPISCHE BERUFSSITUATION

Im folgenden soll versucht werden, exemplarisch verschiedene Formen der Gefühlsarbeit in zwei Frauenberufen zu veran-

schaulichen:

- Von Krankenschwestern wird erwartet, daß sie gegenüber dem Patienten bei der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie bei der Pflege "Arbeit zur Vertrauensherstellung" aufbringen als auch "Trostarbeit" und "Ablenkungsarbeit" leisten. Die Gefühlsarbeit kann sich dabei in taktiler (Streicheln) als auch verbaler Form (Aufmunterung) ausdrücken. Gegenüber dem Arzt leistet sie Unterstützungsarbeit, wenn sie bspw. Konflikte zwischen Arzt und Patienten puffert und eine Vermittler- und Übersetzerrolle übernimmt, die ein therapeutisches Klima erst ermöglicht. Die Auseinandersetzung mit Ekel (Fäkalien) und Abscheu (verunstaltete Patienten, Tote) läßt sich als Fassungsarbeit zu Erhaltung der Gefühlsstabilität verstehen (STRAUSS et al. 1980, S. 637, 644, 646).

- Von weiblichen Angestellten wird als gefühlsmäßige Anpassung Höflichkeit und Hilfsbereitschaft gegenüber Kunden erwartet (JAKALL 1978). WELTZ et al. betonen die emotionale Problematik von Frauen im Büro: die Sekretärin unterstützt ihren Chef, sie kompensiert seine Schwächen und muß seine Launen ertragen und sorgt sich gleichwohl um sein Wohlergehen (1978, S. 332 ff).

Die Angestellten in der Textverarbeitung leiden unter der sozialen Verachtung, die ihnen von den Diktanden entgegengebracht wird, ohne sich offen zur Wehr setzen zu können (ebda., S. 339).

Die Beispiele mögen Einzelaspekte der Gefühlsarbeit im Berufsleben veranschaulicht haben. Um aber das Ausmaß der emotionalen Anforderung an Frauen näher zu bestimmen, ist es notwendig, neben der beruflichen die familiäre Situation und den Lebensabschnitt zu berücksichtigen.

#### 2.4. GEFÜHLSARBEIT IM ZUSAMMENHANG MIT DER FAMILIEN- UND BERUFSBIOGRAPHIE

Das Engagement im Beruf und die damit zusammenhängende Gefühlsarbeit ist abhängig von dem jeweiligen Lebensabschnitt. In der Berufseingangsphase bilden sich in Abhängigkeit von der emotional orientierten Sozialisation der Frauen erste Umgangsformen mit emotionalen Belastungen heraus. Die Umsetzung gefühlsmäßiger Verhaltensregeln ist im beruflichen Alltag nicht vereinbar mit Normen des Berufslebens, weil einerseits die Gefühlsarbeit - z.B. das Gespräch mit Patienten - nicht gewürdigt wird, und andererseits das bedingungslose Einlassen auf gefühlsbedingte Anforderungen zur Überlastung (burn-out-Syndrom, MASLACH 1978) führt. Beispielsweise kann die "Aufopferung" für den Chef oder die Abteilung dazu führen, daß die junge Angestellte die ganze Freizeit und ihren "emotionalen Haushalt" verausgabt. Gerade in dieser kritischen Phase erscheint es von Bedeutung, protektive Formen der Gefühlsarbeit zu finden. Denn es ist zu vermuten, daß in dieser Zeit eine Entscheidung darüber getroffen wird, ob emotionale Anspannungen zu risikoreichen Bewältigungsformen wie bspw. dem Tablettengebrauch führen.

In Anlehnung an Studien zur weiblichen Berufsbiographie kann davon ausgegangen werden, daß im Lebensabschnitt der Familiengründung/Berufsorientierung die emotionalen Anforderungen von Beruf und Familie eine Umgewichtung erfahren. Dabei ist daran zu denken, daß es zu einer weiteren Belastung durch Gefühlsarbeit kommen kann als auch zu einem individuellen Ausgleich zwischen beruflichen und familiären Erwartungen.

Ein in die Gefühlsarbeit eingreifendes Ereignis erfährt die Frau an ihrem eigenen Körper z.B. mit dem Eintritt des Klimakteriums und sozial mit dem Verlust der Mutterfunktion

für die heranwachsenden Kinder. Die bis zu diesem Zeitpunkt geleistete Form der Gefühlsarbeit verliert im familiären Zusammenhang ihren Wert. Eine Kompensation im Berufsleben kann nur dann gelingen, wenn die gelernte mütterliche Form der Gefühlsarbeit in diesem Bereich akzeptiert wird. Positive Bewältigungen ergeben sich bspw. dann, wenn ältere Frauen durch soziale Unterstützungsarbeit zur Solidarisierung unter ihren Kolleginnen beitragen (KARMAUS 1981, S. 281). Andererseits besteht in dieser Phase aber auch das Risiko, daß ein Wandel in der Form der Gefühlsarbeit nur mit Medikamenten bewältigt wird. Die Gefahr ist dann besonders groß, wenn Frauen durch ihre Umwelt vermittelt wird, daß sie als "Träger von Gefühlsarbeit" sozial unerwünscht sind.

## 2.5. GEFÜHLSARBEIT UND BEFINDLICHKEITSSTÖRUNGEN

Analysen zur geschlechtsspezifischen Morbidität zeigen, daß Frauen häufiger als Männer unter physischen und psychischen Beschwerden klagen (vgl. VERBRUGGE 1976; GOVE, HUGHES 1979). GOVE und HUGHES betonen, daß dieser Umstand darin begründet ist, daß der Gesundheitszustand der Frauen in der Tat schlechter ist (ebda., S. 144). Die Autoren können darüberhinaus nachweisen, daß typisch weibliche Verpflichtungen, die andauernde Aktivitäten gegenüber ihren Ehegatten, Kindern und anderen verlangen, in Beziehung zum geringeren Gesundheitszustand der Frauen stehen. Die Be- und Erziehungsarbeit kann als eine Form von Gefühlsarbeit verstanden werden. Daher ist für den familiären Bereich ein Zusammenhang zwischen Gefühlsarbeit und vermehrten Beschwerden zu vermuten.

Dieser Zusammenhang ist insofern plausibel als die emotionalen Aspekte der privaten Hausarbeit auf Konfliktvermeidung und Harmoniesicherung angelegt sind und sich die gesamte



Anspannung nicht unmittelbar sondern zu einem späteren Zeitpunkt in Form von Befindlichkeitsstörungen bemerkbar machen kann (vgl. RODENSTEIN 1981, S.26) Im beruflichen Bereich sind Beschwerden als Ausdruck arbeitsbedingter Belastungen in zahlreichen Publikationen beschrieben. Jedoch scheint die von uns postulierte Beziehung zwischen beruflicher Gefühlsarbeit und Befindlichkeit noch nicht hinreichend untersucht.

In einigen Publikationen wird argumentiert, daß Frauen eine erhöhte Tendenz haben, auf psychosoziale Konflikte zu reagieren sowie ihr Leiden zu äußern. Darin wird eine typisch weibliche Stärke gesehen, die Frauen auch vor somatischen Krankheiten schützen soll (vgl. RICHTER 1973; BECKMANN 1976) Diese Stärke verkehrt sich in ihr Gegenteil, da der subjektive Leidensdruck durch Kopfschmerzen, psychische Verstimmungen, Wetterfühligkeit, Regelbeschwerden u.a. dazu beiträgt, daß Frauen dazu neigen, sich Entlastung durch den risikoreichen Konsum von Schmerz- und Beruhigungsmitteln zu verschaffen (zum Zusammenhang Beschwerden - Medikamente vgl. bspw. PFLANZ, BASLER, SCHWOON 1977; DUBACH, GSELL 1969) Die vorangehenden Abschnitte zur geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, zum Lebenslauf von Frauen sowie zu unterschiedlichen Beschwerdehäufigkeiten zwischen Männern und Frauen sollten die Rolle der Gefühlsarbeit verdeutlichen. Im folgenden wollen wir uns mit dem Problem des Medikamentenkonsums auseinandersetzen und andeuten, daß es sich dabei um eine Bewältigungsform der Gefühlsarbeit handelt.

## 2.6. GEFÜHLSARBEIT UND MEDIKAMENTENKONSUM

Der steigende Gebrauch von Arzneimitteln - exemplarisch dargestellt an den Beruhigungs- und Schmerzmitteln - stellt ein an Bedeutung zunehmendes gesellschaftliches Problem dar.

So ergaben Beobachtungen in den Vereinigten Staaten ein Anwachsen des Tranquillantien-Gebrauchs in der Gesamtbevölkerung von 1957 bis 1967 von 7 auf 27 Prozent (vgl. LADEWIG 1979). In Schweden wurde festgestellt, daß der Pro-Kopf-Konsum von Sedativa und Hypnotika in der zweiten Hälfte der 60er Jahre um 42 Prozent anstieg (ebda.). Nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nahm der Personenkreis, der regelmäßig oder zeitweise Medikamente einnimmt, von 1977 bis 1981 bei den Schmerzmitteln von 36 auf 41 Prozent und bei den Beruhigungsmitteln von 10 auf 22 Prozent zu (IMW/BZGA 1981). Der Konsum dieser Arzneimittel beinhaltet nicht nur körperliche Risiken (vgl. FÜLGRAFF 1979, S. 174 ff und S. 234 ff), sondern hat auch psychosoziale Folgewirkungen für die Lebenssituation, da durch eine "Maskierung der Probleme" (vgl. DÖRNER, PLOG 1978, S. 192 ff) adäquate Konfliktbewältigungen verhindert werden.

Charakteristisch und für das vorliegende Vorhaben von Bedeutung ist, daß Frauen - wie Tabelle 1 verdeutlicht - etwa doppelt so häufig Beruhigungs- und Schmerzmittel verwenden wie Männer, so daß von einem frauenspezifischen Gesundheitsrisiko gesprochen werden kann. (vgl dazu bspw. auch BUNDESKANZLERAMT ÖSTERREICH 1975; KEMPER, POSER 1980).

Erklärungsversuche zum Konsum von Tranquillantien und Schmerzmitteln sind umstritten (vgl. PLANZ, BASLER, SCHWOON 1977, S. 194 ff, DUBACH, GSELL 1969, S.243 ff). Im Mittelpunkt der Untersuchungen stehen zumeist isolierte Ursachen, nicht aber Alltagssituationen, für die sich auch konkrete Handlungsalternativen herausarbeiten ließen.

Bei einer Analyse sollten jedoch folgende Annahmen berücksichtigt werden:

- (a) eine sozialisationsbedingte Verursachung,
- (b) eine situationsbedingte Verursachung sowie

Tabelle 1: Angaben zur geschlechtsspezifischen Prävalenz an Medikamentenkonsumenten

Autoren Jahr Ort	Arzneimittel: Psychopharmaka (allgemein)	Tranquillantien, Sedativa Hypnotika	Schmerzmittel
Balter, M.B. et al. 1971, Bundesrepublik Deutschland		14,2 Prozent Frauen: 19,1 Prozent Männer: 8,4 Prozent	
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1981 Bundesrepublik Deutschland		22 Prozent Frauen: 26 Prozent Männer: 18 Prozent	41 Prozent Frauen: 46 Prozent Männer: 35 Prozent
Dübach, U.C. 1967/68 Schweiz			Frauen: 33 Prozent Männer: 16 Prozent
Gesundheitsamt der Stadt Wien 1979 Wien		Beruhigungsmittel: Frauen: 12 Prozent Männer: 6 Prozent	Frauen: 17 Prozent Männer: 8 Prozent
Linn, L.S.  Los Angeles (nur Frauen)	Frauen: 48 Prozent		
Pflanz, M., Basler, H.-D., Schwoon, D. 1970 Hannover (50jährige)	21,9 Prozent Frauen: 37,2 Prozent Männer: 17,2 Prozent (eigene Berechnung)		
Seltzer, C.C. et al. 1964/67 Oakland, San Francisco		<u>Weißer Frauen:</u> Raucher: 13,7% 7,1% Barbiturate 6,9% Schlafmittel  Nicht- raucher: 9,1% 5,6% Barbiturate 5,7% Schlafmittel  <u>Weißer Männer:</u> Raucher: 6,9% 3,8% Barbiturate 4,5% Schlafmittel  Nicht- raucher: 4,4% 2,4% Barbiturate 3,2% Schlafmittel	<u>Weißer Frauen:</u> Raucher: 15,5% pain medicine 13,5% morphin, codein, percodan etc.  Nicht- raucher: 12,5% pain medicine 8,9% morphin, codein, percodan etc.  <u>Weißer Männer:</u> Raucher: 10,7% pain medicine 7,2% morphin, codein, percodan etc.  Nicht- raucher: 6,9% pain medicine 4,1% morphin, codein, percodan etc.

(c) ein pharmakologischer Erklärungsansatz, der die spezifischen Wirkungseigenschaften des Präparates, von denen die Präferenz (Wahl) des Arzneimittels abhängt (wie bspw. Anflutung und Wirkungsdauer), mit einbezieht (SCHÖNHOFER, KUSCHINSKY 1982).

Dersozialisationsbedingte Verursachungsansatz geht davon aus, daß erlernte Reaktionsmuster auf Beschwerden zu einer Orientierung auf Medikamente führen. Das situationsbedingte Erklärungskonzept konstatiert, daß in spannungsreichen Konfliktlagen durch die Verwendung von Medikamenten eine Wahrnehmungseinschränkung und somit eine Entlastung vom Konfliktdruck erzeugt wird.

Wir denken, daß das Modell der Gefühlsarbeit sowohl den sozialisations- als auch den situationsbedingten Ansatz zur Erklärung einer überhöhten Medikamentenkonsums beinhaltet. Eckpfeiler dieses Modells sind die folgenden Annahmen:

(1) Frauen übernehmen in der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in Familie und Beruf mehr Gefühlsarbeit als Männer.

(2) Gefühlsarbeit bedingt, daß Konflikte wegen der Erhaltung des "inneren Friedens" und der "sozialen Harmonie" weniger offen ausgetragen werden.

(3) Frauen leiden häufiger als Männer unter Befindlichkeitsstörungen.

(4) Die frauentypische Belastung durch Gefühlsarbeit kann aufgrund der o.g. Besonderheiten und der permanenten Präsenz der emotionalen Anforderung erklären, warum Frauen zu erhöhtem Medikamentenkonsum neigen.

Die ersten drei genannten Thesen sind vorangehend erläutert worden. Abschließend soll die vierte These kurz begründet werden.

Durch die Übernahme der Gefühlsarbeit in der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung kommt es für Frauen zu einer

Kumulation von Problemen, für die das "Gesamtpotential der normalen" Bewältigung nicht mehr ausreicht und das die so generierte Problemspannung dann Mißbrauchsverhalten als Bewältigungshandeln begünstigt"(IMW/BZGA 1981). Beruhigungs- und Schmerzmittel können in dieser Konfliktsituation dann sowohl einen Teil der Belastungen maskieren und die Problemspannung kurzfristig reduzieren als auch die Befindlichkeitsstörungen lindern. Hinweise für diese Annahmen finden sich u.a. in einer Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (IBW/BZGA 1981).

In der Familie bspw. steht hoher Medikamentenkonsum in Relation mit dem Statement "Bei uns wird Wert darauf gelegt, daß alle Familienmitglieder zusammen essen "(ebda., S.46 ) - einem Indikator für Gefühlsarbeit (1).

Für den Arbeitsbereich können Tabelle 2 und 3 einen Zusammenhang zwischen Arbeits- und psychosozialen Belastungen verdeutlichen. Auffällig ist, daß sich die Differenz des Schmerzmittelkonsums zwischen Männern und Frauen von 4 Prozent bei geringen Belastungen auf 15 Prozent bei sehr hohen Belastungen vergrößert. Der Medikamentenkonsum für Schmerz- Beruhigungsmittel zeigt eine zunehmende Häufigkeit mit steigender psychosozialer Problembelastung (Tab. 3 ).

Diese Beschreibung kann nur erste Hinweise auf die Bedeutung der Gefühlsarbeit für den Medikamentengebrauch geben. Um gezielt Prävention zu betreiben und konkrete Bewältigungs-

---

(1) In der vorliegenden Auswertung wird diese Angabe nicht nach Männern und Frauen differenziert. Weiter ist zu berücksichtigen, daß bei der Mehrzahl der anderen Fragen der Anteil der nicht-beantworteten Items bei den Medikamentenbenutzern überdurchschnittlich hoch und infolgedessen der prozentuale Anteil anderer Aussagen gering ist. Dies gilt jedoch nicht für dieses Statement.

Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Medikamentengebrauch differenziert nach Männern und Frauen (Angaben in Prozent)

N = 1005

Medikament	Berufstätig		Arbeitsbelastung					
			gering		hoch		sehr hoch	
	Männer (N=626)	Frauen (N=379)	Männer (N=156)	Frauen (N=115)	Männer (N=149)	Frauen (N=75)	Männer (N=131)	Frauen (N=61)
Schmerzmittel	37	50	32	36	41	61	48	63
Beruhigungsmittel	16	19	21	17	16	23	17	20

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen psychosozialer Problembelastung und Medikamenten-gebrauch bei Männern und Frauen (Angaben in Prozent)

N = 1994

Medikament	Psycho-soziale Problembelastung		
	niedrig	hoch	sehr hoch
Schmerzmittel	27	49	49
Beruhigungsmittel	17	21	32

alternativen aufzuzeigen, sind differenzierte Auswertungen und Untersuchungen notwendig.

## 2.7. ANSÄTZE ZUR PRÄVENTION UND VERÄNDERUNG DES MEDIKAMEN- TENKONSUMS

Bei der Prävention des Mißbrauchverhalten von Medikamenten können zwei Wege eingeschlagen werden:

(1) Nach dem unimodalen Präventionsmodell von SMART führt jede Maßnahme, die die Verfügbarkeit von Medikamenten einschränkt, auch zu einer Reduktion der Medikamentenabhängigkeiten.

(2) Eine Prävention, die an den strukturellen Verhältnissen und am individuellen Verhalten ansetzt, zielt darauf ab, Bedingungen und aktuelle Situationen zu verändern, in denen der Medikamentengebrauch individuell zur Konfliktentlastung als notwendig empfunden wird.

Beide Wege sind prinzipiell sinnvoll und können sich gegenseitig ergänzen. Für das vorliegende Vorhaben erscheint es angemessen, den zweiten Ansatz zu wählen, da der Konsum an Beruhigungs- und Schmerzmitteln bei Frauen etwa zweimal häufiger ist als bei Männern. Dieser wiederum ist durch geschlechtsspezifisch ausgeprägte strukturelle Verhältnisse und in dividuelle Verhaltensmuster begünstigt, nämlich "daß die Art der Belastung wie die Art ihrer Bewältigung geschlechtsabhängig sind und von daher sich auch Gesundheit und Krankheit in Abhängigkeit von den unterschiedlichen biologischen Bedingungen sowie psychischen und sozialen Erfahrungen der Geschlechter entwickeln (RODENSTEIN 1981 S.27). Innerhalb des gewählten geschlechtsspezifischen Ansatzes existieren analytisch zumindest zwei unter-

schiedliche Wege. Einer, der an den strukturellen Verhältnissen ansetzt und ein weiterer, der zu individuellen Veränderungen beiträgt.

- (1) Der Ansatz an den strukturellen Verhältnissen, nämlich die Verbesserung der gesellschaftlichen Stellung der Frau, kann durch eine Gleichverteilung der Aufgaben in Beruf und Familie erreicht werden. Im Rahmen der Prävention des hohen Medikamentenkonsums von Frauen ist dabei an folgende Schritte zu denken: Zunächst wird die Notwendigkeit und Bedeutung der weitgehend tabuisierten Gefühlsarbeit der Frau in Beruf und Familie sichtbar gemacht. Bspw. kann das dadurch erreicht werden, daß die konkreten Formen der Gefühlsarbeit in typischen Frauenberufen und zu Hause festgestellt und beschrieben werden : Höflichkeit zu Kunden, Sorgen für das physische und psychische Wohl des Chefs, des Patienten oder Ehemannes, Harmonisierung von sozialen Konflikten in Arbeitnehmergruppen usw.. Damit einhergehen kann eine Problematisierung der Aufteilung von der Gefühlsarbeit auf Frauen und Männer sowie der Umstand, daß Männer ihre Chancen für Gefühlsarbeit als defizitär erleben. Über diese Schritte soll ein gesellschaftliches Klima der Intoleranz gegenüber der Überlastung von Frauen durch Gefühlsarbeit erzeugt werden.

Die für diesen Ansatz sinnvolle Prävention - über Informationen einen Problemzugang zu eröffnen - sollte gruppenübergreifend und an Endadressaten gerichtet sein.

- (2) Die zweite Möglichkeit zur Prävention des Medikamentenkonsums im Rahmen dieses Ansatzes kann von der gegebenen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau ausgehen und versuchen, die



Verbindung von Gefühlsarbeit und Medikamentenabusus zu entkoppeln, d.h. gängige Bewältigungsformen zu verändern. Dabei kann in mehreren Bereichen angesetzt werden: In der Lebens- und Erwerbsbiographie sind kritische Phasen wie bspw. Berufsbeginn/Familiengründung, Wiedereintritt in das Berufsleben oder andere lebensverändernde Ereignisse zu berücksichtigen. Risikoreiche Phasen in der Weiterentwicklung der Gefühlsarbeit und der Ausbildung des Mißbrauchsverhaltens können zur Zeit des Berufseintritts, zur Zeit der Familiengründung/Berufsorientierung, in der Zeit des Klimakteriums und/oder des Wiedereintritts in das Erwerbsleben gesehen werden.

Im Bereich der konkreten Arbeitssituation scheint es für den Schwerpunkt "Gefühlsarbeit und Medikamentenkonsum" sinnvoll zu sein, Präventionsmöglichkeiten gruppenspezifisch am Beispiel ausgewählter Frauenberufe zu untersuchen.

Eine Umsetzungschance für die skizzierte Prävention im Rahmen der Biographie und Arbeitssituation sehen wir in der traditionellen Berufsausbildung, Fort- und Weiterbildung. Es ist daran gedacht, die Beziehung von Gefühlsarbeit und dem Gebrauch von Schmerz- und Beruhigungsmitteln modellhaft zum Thema von Kursen für weibliche Angestellte und Krankenschwestern zu machen.

In diesen Kursen können gemeinsam alternative Bewältigungsformen erarbeitet und erprobt werden. Das so vermittelte Handlungswissen kann es Einzelnen ermöglichen, in unterschiedlichen Konfliktsituationen ohne Medikamente auszukommen.1)

Bei der Beschreibung der präventiven Ansätze war es erforderlich, eine analytische Trennung von struktureller und individueller Prävention vorzunehmen. In der

Umsetzung jedoch sind ineinandergreifende Ansätze effektiver, weil erst durch gemeinsame und individuelle Gestaltungsleistungen Sinnzusammenhänge deutlich werden (GERHARD 1982).

---

(1) Diese berufsspezifischen Umsetzungspläne wurden wie schon erwähnt, im Verlauf der Projektarbeit verändert.

## I. TEILPROJEKT

ANALYSE VON RISIKEN FÜR DEN  
KONSUM VON SCHMERZ-, SCHLAF-  
UND BERUHIGUNGSMITTELN

## 1. PROBLEMSTELLUNG, THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN UND HYPOTHESEN

Ausgangspunkt des Vorhabens war das Ergebnis anderer Studien, daß Frauen etwa doppelt so häufig Beruhigungs- und Schmerzmittel verwenden wie Männer. Um diesen erklärungsbedürftigen Umstand zu untersuchen, wurden in einem ersten Schritt drei vorliegende Erhebungen re-analysiert. Dabei haben wir uns von theoretischen Überlegungen zu den folgenden Ursachenkomplexen leiten lassen:

- (1) Belastungen durch Arbeit und Arbeitsbedingungen
- (2) Belastungen durch den Umgang mit Menschen (Gefühlsarbeit)
- (3) Handlungsspielräume
- (4) Soziale Unterstützung
- (5) Beschwerden

### (1) Belastungen

Unter Belastungen verstehen wir die physischen und psychischen Anforderungen, die aus der Erfüllung der Arbeit und den gegebenen Arbeitsbedingungen resultieren. Gemeint sind damit also Merkmale wie körperliche Anforderungen, Zeitdruck, Umgebungsbelastungen usw., die üblicherweise in Belastungskonzepten berücksichtigt sind (MASCHEWSKY 1983; NASCHOLD, TIETZE 1977; VALENTIN et al. 1979).

### (2) Belastungen durch den Umgang mit Menschen (Gefühlsarbeit)

Emotionale Anforderungen der Arbeit beschreiben einen Aspekt der Arbeitswelt, der bisher kaum erfaßt und untersucht worden ist, jedoch u.E. für den Konsum von Medikamenten besondere Relevanz hat. Dabei gehen wir davon aus, daß die frauentypische Bewältigungsform der Einnahme von Medikamenten nicht nur etwas mit der Arbeitssituation von Frauen zu tun hat, sondern auch mit dem Arbeitsverhalten in typischen Frauenberufen. Die geschlechtsspezifische Rollen- und Arbeitsteilung weist der Frau in der Familie die Aufgabe zu "Gefühlsbindungen

aufrecht zu erhalten und Spannungen zu regulieren" (ZAHLMANN-WILLENBACHER 1979, S. 62). Aber auch im Beruf werden solche emotionalen Anforderungen an Frauen gestellt. Als Sekretärin, Krankenschwester oder Verkäuferin soll sie ihrem Chef, dem Arzt, Patienten und Kunden gegenüber Einfühlungsvermögen aufbringen (SCHENK 1979, S. 177). Vor allem in den sozialen Berufen, die typischerweise von Frauen gewählt werden, bedingt die personenzentrierte Arbeit derartige gefühlsmäßige Anforderungen.

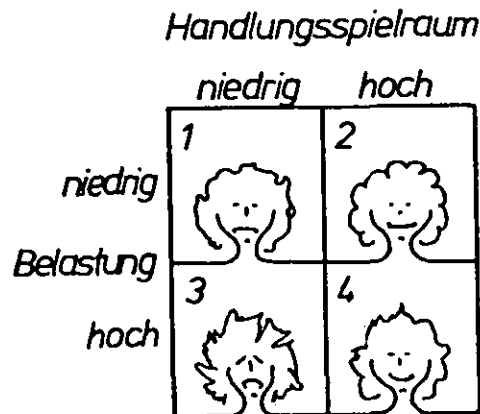
Die beiden o.g. Belastungsaspekte schließen sich nicht aus, sondern können gleichzeitig vorkommen. Ihre Bedeutung sehen wir darin, daß sie überwiegend indirekt über Befindlichkeitsstörungen vermittelt zur Einnahme von Medikamenten führen. Zum Teil ist auch eine direkte Wirkung anzunehmen, sei es, daß vorbeugend bei der Antizipation von Belastungen Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel genommen werden, oder sei es, daß diese Substanzen zur direkten Bewältigung von Konflikten und Spannungen eingesetzt werden (vgl. ausführlicher ELLINGER, KARMAUS, MISCHO-KELLING 1984).

### (3) Handlungsspielräume

Ein Verständnis der Erwerbsarbeit und der Hausarbeit ausschließlich als eine Stätte von Belastungen blendet einen wichtigen Teil der sozialen Realität aus. Am Arbeitsplatz existieren neben den Belastungen auch Freiräume, die eine indirekte, vor Medikamentenkonsum schützende Wirkung haben können. Sei es, daß weniger Beschwerden auftreten und infolgedessen weniger Arzneien verbraucht werden, oder daß Handlungsspielräume andere Formen des Umgangs mit Beschwerden am Arbeitsplatz erlauben. So ist es bspw. für eine Typistin naheliegend, bei Kopfschmerzen Schmerzmittel zu nehmen, wenn sie unter Zeitdruck steht. Unter anderen Bedingungen könnte sie sich entscheiden, den Verspannungskopfschmerz durch einen Spaziergang oder Gymnastik zu lösen.

Gerade dieses Zusammenwirken von verschiedenen Belastungen und Handlungsspielräumen ist u. E. von Bedeutung (Abb. 1.1.) (vgl. ELLINGER et al. 1985).

Abbildung 1.1.: Das Zusammenspiel von Belastungen und Handlungsspielräumen (Restriktivitätskonzept)



An diesem Modell wird deutlich, wie das Wechselspiel zwischen Handlungsspielraum und Belastungen die Arbeitsbedingungen bestimmt:

- Im Feld 1 sind sowohl der Handlungsspielraum als auch die Belastungen gering. Da keine Anforderungen gestellt werden, kann das Gefühl von Unterforderung auftreten.
- Im Feld 2 sind die Belastungen gering und der Handlungsspielraum hoch. Die Arbeit ist wenig belastend, die Erwerbstätigen können ihre Qualifikationen einbringen und Beschwerden bzw. Medikamentenkonsum ist weniger wahrscheinlich.
- Im Feld 3 ist der Handlungsspielraum gering und die Belastung hoch. Die Arbeitssituation ist restriktiv, von der Maschine und/oder betriebsinternen Strukturen genau festgelegt und damit unmenschlich. Beschwerden und Medikamentenkonsum können eingesetzt werden, um solche Bedingungen zu bewältigen.
- Im Feld 4 sind die Belastungen und der Handlungsspielraum hoch. Im Gegensatz zu der Situation, die im Feld 3 beschrieben wird, ist hier die Arbeitssituation weniger belastend, weil die Erwerbstätigen die

Chance haben, Verhaltensmuster zu entwickeln, die sie befähigen, mit den Anforderungen fertig zu werden, ohne daß Beschwerden/Medikamente überhaupt eine Rolle spielen.

#### (4) Soziale Unterstützung

Das Konzept sozialer Unterstützung erweitert das Restriktivitätskonzept um eine Einflußgröße, die der Umwelt angehört. Die Vorstellungen über das, was unter sozialer Unterstützung verstanden wird, sind sehr umfassend und vage. In Abgrenzung von Handlungsspielräumen verstehen wir darunter Ressourcen, die aus zwischenmenschlichen Kontakten resultieren. Daraus folgt, daß soziale Unterstützung ganz verschiedene Bedeutungen hat. Für den Empfänger kann sie sowohl eine Entlastung darstellen als auch eine Kontrolle (LANGLIE 1977). Für den Erbringer kann in einem System sozialer Unterstützung Belastung und Verpflichtung im Vordergrund stehen (BELLE 1983; HOLOHAN et al. 1982). Aufgrund der gesellschaftlich vorbestimmten Rollenverteilung von Mann und Frau, sind Männer eher als Nutznießer anzusehen.

Die Funktion sozialer Unterstützung für den Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln kann erstens in einer Abschirmwirkung von Belastungen, zweitens in einer die individuelle Vulnerabilität vermindern den direkten Wirkung und drittens in einer die Wirkung von Belastungen/Gefühlsarbeit puffernden Einfluß gesehen werden (LAROCCO et al. 1980). Die Abschirmwirkung ist aufgrund der vorliegenden Querschnittsuntersuchungen nicht angemessen zu analysieren. Wir konzentrieren uns daher auf den direkten und den Puffereffekt. Sollte soziale Unterstützung bspw. unabhängig von Anforderungen und Problemen schützend sein, ist ein direkter Einfluß anzunehmen. Eine Pufferwirkung wird dann deutlich, wenn diesem Merkmal nur in belastenden Situationen eine Bedeutung zukommt.

Soziale Unterstützung kann aber auch noch eine vierte Funktion haben, nämlich daß sie erst durch Beschwerden, aber bspw. auch erst aufgrund

des Gebrauches von Arzneimitteln hervorgerufen wird. So kann gerade bei leidenden oder auch medikamentenabhängigen Personen ein höheres Ausmaß sozialer Unterstützung vorhanden sein, sei es in Form von Zuwendung oder in Form von Kontrolle. Diese Gesichtspunkte zeigen, daß sich die Bedeutung dieses Konstruktes nur schwer einschätzen läßt bzw. erst bei Berücksichtigung weiterer Bedingungen deutlich wird.

#### (5) Beschwerden

Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen könnte man als notwendige Bedingungen dafür sehen, daß Medikamente genommen werden. Die Beziehung ist jedoch nicht so deterministisch, sondern mannigfaltiger:

- Medikamente können auch genommen werden, ohne daß Beschwerden vorhanden sind, bspw. bei der Antizipation von Belastungen oder auch im Umgang mit Spannungen/Konflikten.
- Nicht immer wenn Beschwerden auftreten, werden Medikamente genommen. Die gilt bspw. für den Schutz durch einen großen Handlungsspielraum oder dann, wenn Beschwerden eine Ausdrucksmöglichkeit im Umgang mit anderen Menschen darstellen.
- Andersherum können Beschwerden auch als Folge von längerem Medikamentengebrauch auftreten. Kopfschmerzen durch phenacethaltige Schmerzmittel, Schlafstörungen, Unruhe, Depressionen und Zittern durch Beruhigungs- und Schlafmittel.

Im Rahmen dieser Auswertung ist es weniger relevant zu ermitteln, wie stark Beschwerden zum Medikamentenkonsum beitragen. Beschwerden sind jedoch als Kontrollvariablen bei der Einschätzung der Bedeutung anderer Einflüsse zu berücksichtigen. Die vorliegenden quantitativen Daten erlauben es zudem nicht, das Zusammenspiel von Beschwerden und Medikamentengebrauch komplexer zu analysieren (Bedeutungsinhalte, Rückwirkungen usw.).

Die Auswertung der drei Erhebungen soll aufzeigen, welche Bedeutung insbesondere den Einflußkomplexen (1) bis (4) - sei es als singulärer



Effekt, sei es als komplexes Bündel von Faktoren - zukommt.

Es handelt sich bei dem vorliegenden Bericht um eine explorative Auswertung von Sekundärdaten und nicht um eine gezielte Untersuchung von Hypothesen. Von Interesse ist daher, ob die Auswertung von drei methodisch unterschiedlich angelegten Querschnittsstudien zu ähnlichen Ergebnissen kommt. Dies wäre als Hinweis zu werten, daß die gefundenen Zusammenhänge ein Abbild der Realität sind.

Nichtexplorativ sondern hypothesen-testend ist jedoch die Beurteilung von Handlungsspielräumen und zeitlichen Belastungen. Dazu sind in einem vorangehenden Projekt (ELLINGER, KARMAUS 1984) erste Zusammenhänge ermittelt worden, die an weiteren Populationen überprüft werden sollten.

Von Interesse ist auch, ob sich ähnliche Risiken für die Gruppen berufstätiger Frauen, Hausfrauen und berufstätiger Männer ermitteln lassen.

## 2. "EFFIZIENZKONTROLLE 1980" DER BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA)

### 2.1. STICHPROBENBESCHREIBUNG

Die BZGA führt zweijährlich umfangreiche Repräsentativbefragungen der Bevölkerung zum Thema Gesundheit durch, um empirisch fundierte Planungshilfen für ihre Arbeit zu erhalten (vgl. IMW 1980, S. I ff.). Die Befragung, die unserer Auswertung zugrunde liegt, wurde im Frühjahr 1981 an ca. 2000 Personen über 14 Jahren vorgenommen. Sie bezog sich im wesentlichen auf die Bereiche Gesundheitszustand; Arbeitsbedingungen und -belastungen; Wohnsituation; Ernährung; psychische Probleme und Belastungen; Einstellungen zu Gesundheit; Konsum von Alkohol, Medikamenten, Tabak.

Die naturgemäß hinsichtlich ihrer Lebens- und Arbeitssituation sehr heterogene Population läßt sich in neun homogenere Teilgruppen untergliedern (vgl. Übersicht 2.1.1.).

#### Übersicht 2.1.1. Subgruppen mit ähnlichen Lebenssituationen

14 - ca. 25 Jahre	Schulausbildung Berufsausbildung	N=111 N=52	Männer / Frauen
16 - 63 bzw. 65 Jahre	berufstätige Männer voll berufstätige Frauen teilzeitbeschäftigte Frauen Hausfrauen	N=550 N=221 N=104 N=319	mit / ohne Familie
älter als 63 bzw. 65 Jahre	Rentner Rentnerinnen Hausfrauen	N=142 N=150 N=142	allein lebend / nicht allein lebend

Für unsere Auswertung, bei der die Arbeitssituation, ihre Belastungen und Spielräume im Vordergrund des Interesses stehen, berücksichtigten wir die Personen, die nicht mehr in der Ausbildung standen und noch nicht im Rentenalter waren. Wir konzentrieren uns also auf berufstätige Männer und Frauen sowie die Hausfrauen der mittleren Altersgruppe; dies sind insgesamt 1194 Personen (1).

Im folgenden wollen wir die drei Subgruppen

- berufstätige Männer
- berufstätige Frauen
- Hausfrauen

hinsichtlich ihres Familienstandes, der Schulbildung und des Alters betrachten. Eine weitere Untergliederung anhand demographischer Merkmale wie sie u.U. wünschenswert wäre würde die Fallzahlen in den einzelnen Gruppen reduzieren, so daß die Anwendungsmöglichkeiten multivariater Auswertungsverfahren eingeschränkt wären. Aus diesem Grund mußten wir auf eine Unterscheidung von voll berufstätigen und teilzeitbeschäftigten Frauen verzichten. Auch der Familienstand konnte nicht in Form einer Spezifizierung der Subgruppen, sondern nur als Einflußfaktor bzw. Kontrollvariable in die multivariate Analyse eingehen.

### Alter

Das Durchschnittsalter der berufstätigen Frauen ist mit 38.7 Jahren deutlich geringer als das der Hausfrauen, die im Mittel 43.3 Jahre alt sind. Das mittlere Alter der berufstätigen Männer liegt bei 40.5 Jahren (vgl. Tabelle 2.1.1.).

---

(1) Es ist zu berücksichtigen, daß der Repräsentativitätsanspruch der Erhebung nur für die definierte Grundgesamtheit gilt; für größere Teilgruppen ist jedoch aufgrund der Auswahlmethode auch von einer verzerrungsfreien Abbildung auszugehen (vgl. IMW 1981, S. XVIII).

Tabelle 2.1.1. Familienstand, Ausbildung und Alter bei berufstätigen Frauen und Männern sowie Hausfrauen

	berufstätige Männer N=550 absolut Prozent		berufstätige Frauen N=325 absolut Prozent		Hausfrauen N=319 absolut Prozent	
<u>Alter (Mittelwert)</u> <u>(Altersgruppen):</u>	40.5		38.7		43.3	
14-29 J.	112	20.4	86	26.5	43	13.5
30-39 J.	134	24.4	86	26.5	76	23.8
40-49 J.	168	30.5	85	26.2	82	25.7
50-65 J.	136	24.7	68	20.9	118	37.0
<u>Familienstand</u>						
ledig	107	19.5	80	24.6	2	0.6
verheiratet	407	74.0	166	51.1	282	88.4
verwitwet	5	0.9	25	7.7	26	8.2
geschieden/getrennt lebend	27	4.9	51	15.7	8	2.5
keine Angabe	4	0.7	3	0.9	1	0.3
<u>Ausbildung</u>						
Volksschule ohne Lehre	52	9.5	65	20.0	132	41.4
Volksschule mit Lehre, Mittel-, Real-, Fach- schule	306	55.6	124	38.2	122	38.2
Höhere Schule ohne Abitur	125	22.7	97	29.8	49	15.4
Abitur ohne Studium	15	2.7	4	1.2	7	2.2
Abitur und Studium	42	7.6	23	7.1	7	2.2
keine Angabe	10	1.8	12	3.7	2	0.6

### Familienstand

Hinsichtlich des Familienstandes unterscheiden sich die drei Gruppen erwartungsgemäß: während etwa drei Viertel der Männer (74 Prozent) und fast 90 Prozent der Hausfrauen verheiratet sind, trifft dies nur für gut die Hälfte (51.1 Prozent) der berufstätigen Frauen zu. Entsprechend ist unter ihnen der Anteil der Geschiedenen bzw. getrennt Lebenden sowie der Ledigen höher als in den anderen beiden Populationen.

### Ausbildung

Insgesamt zeigt sich, daß der Ausbildungsgrad bei den Hausfrauen am geringsten ist. Unter ihnen ist der Anteil derjenigen mit einem Volksschulabschluß mit 41.4 Prozent am höchsten. Entsprechend sind die Anteile mit höherem Ausbildungsgrad geringer (vgl. Tabelle 2.1.1.). Ein Vergleich zwischen berufstätigen Männern und Frauen zeigt, daß unter den Frauen zwar ein höherer Anteil ohne Berufsausbildung ist (20 vs. 9.5 Prozent), aber auch ein größerer Anteil mit Höherer Schule ohne Abitur (29.8 vs. 22.7 Prozent). Deutlich höher ist bei den Männern der Anteil mit einer Lehrausbildung.

## 2.2. BESCHREIBUNG UND HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER VARIABLEN BZW. INDIZES

Im folgenden wollen wir die Variablen bzw. Indizes vorstellen, die in die Analyse eingehen. Es sind Merkmale der Arbeitssituation, nämlich Belastungen und Handlungsspielräume, Soziale Unterstützung, Beanspruchungsgefühle/Zufriedenheit und eine Reihe von Beschwerden bzw. Befindlichkeitsstörungen. Die Indizes, die die Arbeitssituation kennzeichnen, wurden unseren theoretischen Konstrukten Restriktivität

und Gefühlsarbeit (vgl. Kapitel 1) entsprechend so gewählt, daß sowohl Aspekte der Erwerbstätigkeit als auch Aspekte der Hausarbeit eingehen. Auf diese Weise konnten zumindest teilweise für die drei Teilpopulationen berufstätige Frauen, Hausfrauen und berufstätige Männer gleiche Indikatoren gebildet werden. Die Übersicht 2.2.1. zeigt, aus welchen einzelnen Items die Variablen/Indizes gebildet werden.

#### Übersicht 2.2.1. Zusammensetzung der Indizes

##### \* Handlungsspielraum

- Arbeit einteilen können
- Arbeit ist in Ausführung und Tempo genau festgelegt (-)
- über private Dinge mit Kollegen nur in der Pause reden können (-)
- Aussichten auf Aufstieg gut
- Möglichkeit der Weiterbildung

##### \* zeitliche Belastung

- es herrscht oft Hektik
- alle Arbeiten unter Zeitdruck
- unfreiwillige Überstunden
- kaum Zeit zum Entspannen
- Menge wirkliche Freizeit (-)

##### \* Unterforderung

- durch momentane Tätigkeit nicht hinreichend gefordert

##### \* Kinder bis 6 Jahre

##### \* Nacht- bzw. Schichtarbeit

##### \* Umgebungsbelastung

- Lärm Arbeitsplatz

## Fortsetzung Übersicht 2.2.1.

- Lärm Wohngegend
- schlechte Luft Arbeitsplatz
- Autoabgase Wohngegend
- Staub / Dämpfe Arbeitsplatz
- Luftverschmutzung Wohngegend
- Lichtverhältnisse Arbeitsplatz
- Feuchtigkeit Arbeitsplatz
- Klima, Wetter Wohngegend

\* Konflikte

- Anweisungen der Vorgesetzten oft nicht einzusehen
- vom Vorgesetzten häufig ungerechtfertigt kontrolliert
- Schwierigkeiten in der Liebe/Ehe
- Probleme mit der Erziehung/Ausbildung der Kinder
- fehlende Harmonie in der Familie
- Gefühl, in Familie nicht gerecht behandelt zu werden
- Streit, Ärger mit Nachbarn

\* Soziale Unterstützung

- Mangel an guten Freunden und Bekannten (-)
- Mangel an Hilfe bei persönlichen Problemen und Notfällen (-)
- gern mehr Kontakte(-)
- in Familie wird über alles gesprochen
- in Familie wird man mit Sorgen und Problemen ernst genommen
- man kann über Gefühle und Empfindungen ungezwungen sprechen

\* Beanspruchung / Unzufriedenheit

- Arbeit in letzten Jahren anstrengender geworden
- Belastung durch zuviele Aufgaben in Familie
- Wechsel der Arbeitsstelle / des Berufs, wenn geringere Gesundheitsbelastungen

Fortsetzung Übersicht 2.2.1.

- Arbeit bis zum Rentenalter ausführen können (-)
- Arbeit macht Spaß (-)

\* Depressivität

- nicht genug Erfolg im Leben haben
- Gefühl, überflüssig zu sein, keine Aufgabe mehr zu haben
- Angst vor Einsamkeit
- Eintönigkeit des täglichen Lebens

\* Nervenbeschwerden

- Nervenbeschwerden
- nervöse Unruhe

Die beiden Indizes Depressivität und Nervenbeschwerden wurden für einige Auswertungen zusammengefaßt zu einem Index "Depressive Verstimmung".

\* Schmerz

- Rheumatismus
- Bandscheibenbeschwerden
- häufige Kopfschmerzen

\* Erschöpfung

- Abgespanntheit
- Erschöpfungszustände
- häufig so kaputt

\* Schlafstörungen

- hartnäckige Schlafstörungen

\* Herz-/ Kreislaufbeschwerden

- Herzbeschwerden
- Kreislaufbeschwerden



Fortsetzung Übersicht 2.2.1.

- zu hoher Blutdruck

\* Angst

Angst vor:

- Krebserkrankungen
- Herz-/ Kreislaufbeschwerden
- gesundheitsschädliche Gewichtszunahme
- Diabetes
- Nachlassen der Leistungsfähigkeit
- körperliche Verschleißerscheinungen
- nervliche Verschleißerscheinungen
- Abhängigkeit von Medikamenten
- Abhängigkeit von Zigaretten
- Abhängigkeit von Alkohol
- Abhängigkeit von Drogen
- Schäden, selbst zugefügt
- körperliche oder geistige Behinderung
- seelische Krisen
- Gefühllosigkeit, Gleichgültigkeit
- Auseinanderbrechen der Familie

\* Grippe

\* Body-Mass-Index

\* Coping

- Essen
- Alkohol
- Tabak
- Medikamente



Vier Summenscores: Essen bzw. Konsum von Alkohol, Tabak und/oder Medikamenten in 21 vorgegebenen Situationen (bspw. Bedürfnis nach Entspannung, Wut, Ärger bei der Arbeit, Einschlafstörungen)

Tabelle 2.2.1. gibt die Häufigkeiten und Mittelwerte der Merkmale der Arbeitssituation, soziale Unterstützung, Beanspruchung und Beschwerden für die drei Teilpopulationen wieder. Es wurde differenziert zwischen jüngeren und älteren erwerbstätigen Frauen, da zu vermuten war, daß sie sich hinsichtlich ihrer sozialen Situation stark unterscheiden.

Unterschiede in der Arbeitssituation zeigen sich zwischen berufstätigen Frauen und Männern (1) vor allem im Handlungsspielraum und in der Nacht- und Schichtarbeit: Frauen - insbesondere die über 40-jährigen - verfügen einerseits über geringere Handlungsspielräume, andererseits ist der Anteil der durch Schicht- und Nachtarbeit Belasteten unter ihnen mit drei Prozent geringer als bei den Männern (10.2 Prozent). In der zeitlichen Belastung, Unterforderung, Umgebungsbelastungen und Konflikten unterscheiden sich berufstätige Männer und Frauen nicht. Wie der Handlungsspielraum sind auch die beiden letztgenannten Merkmale unterschiedlich bei jüngeren und älteren berufstätigen Frauen verteilt: während die Älteren stärker durch die Umgebung, also Lärm, Luft, Licht belastet sind, haben die Jüngeren in höherem Ausmaß Konflikte, die sich jedoch nicht unbedingt auf den Arbeitsplatz beziehen müssen (vgl. Indexbildung).

Als Indikatoren für eine Belastung im Rahmen der Erziehungs- und Hausarbeit sehen wir das Vorhandensein von Kindern unter sechs Jahren. Der Anteil ist erwartungsgemäß bei den Hausfrauen am höchsten (21.6 Prozent), bei den erwerbstätigen Frauen am niedrigsten (7.1 Prozent).

In der sozialen Unterstützung unterscheidet sich die Gruppe der berufstätigen Frauen von Hausfrauen und berufstätigen Männern: sie verfügen in geringerem Ausmaß über soziale Unterstützung. Dies ist

---

(1) Bei diesem Merkmalskomplex wurden die Hausfrauen für den Vergleich ausgeschlossen, da in die Indizes auch Variablen der Arbeitssituation eingehen, die bei den Hausfrauen nicht erhoben worden sind.

Tabelle 2.2.1. Mediane und Häufigkeiten der Merkmale der Arbeitssituation, soziale Unterstützung, Beanspruchung/Unzufriedenheit sowie Beschwerden bei berufstätigen Männern und Frauen sowie Hausfrauen

	Erwerbstätige				Hausfrauen 2)
	Männer N= 550	Frauen			
		16-39 Jahre N= 172	40-63 Jahre N= 153	Gesamt N= 325	
Handlungsspielraum o+	12.7	12.4	11.8	12.1	—
Zeitliche Belastung	5.2	5.3	5.6	5.4	4.0
Unterforderung	1.3	1.4	1.3	1.3	—
Umgebungsbelastungen +	1.5	1.1	1.8	1.4	0.4
Konflikte +	9.6	10.0	9.2	9.6	8.3
Nacht-/Schichtarbeit o 1)	10.6%	2.5%	4.2%	3.0%	—
Kinder unter 6 Jahren 1) *+	14.4%	12.7%	0.7%	7.1%	21.6%
Soziale Unterstützung *	18.0	15.5	15.2	15.4	18.9
Beanspruchung/Unzufriedenheit	10.3	10.7	10.0	10.4	9.9
Depressivität *	4.6	5.4	5.4	5.4	5.1
Schmerz 1) *+	27.3%	25.6%	43.8%	34.2%	38.2%
Erschöpfung 1) *	28.4%	33.7%	42.5%	37.8%	28.8%
Nervenbeschwerden 1) *	13.5%	18.0%	18.3%	18.2%	20.4%
Schlafstörungen 1) *	4.0%	3.5%	7.8%	5.5%	8.8%
Angst	1.6	1.9	1.7	1.8	1.7
Herz-/Kreislaufbeschwerden 1) *+	22.0%	22.1%	36.6%	28.9%	32.3%
Grippe 1)	23.3%	29.8%	19.8%	26.2%	22.9%
Body-Mass-Index *+	2.5	2.2	2.4	2.3	2.4

1) Für diese Variable sind die Häufigkeiten angegeben

2) Die für die Indizes Zeitliche Belastung, Umgebungsbelastungen, Konflikte, Beanspruchung/Unzufriedenheit z.T. geringeren Mediane in der Gruppe der Hausfrauen sind darauf zurückzuführen, daß in diese Indizes auch Variablen der Arbeitswelt eingehen, die bei den Hausfrauen wegfallen. Für diese Indizes wurden die Hausfrauen daher auch nicht in die Testung auf Unterschiede einbezogen.

\* Signifikante Unterschiede zwischen berufstätigen Männern, berufstätigen Frauen (gesamt) und Hausfrauen

o Signifikante Unterschiede zwischen berufstätigen Männern und berufstätigen Frauen (gesamt)

+ Signifikante Unterschiede zwischen jüngeren und älteren berufstätigen Frauen

darauf zurückzuführen, daß bei ihnen der Anteil an Ledigen, Geschiedenen und getrennt Lebenden höher ist, also die familiäre Unterstützung weniger ausgeprägt ist. Hinsichtlich der Beanspruchungsgefühle und Unzufriedenheit zeigen sich zwischen den Gruppen keine Unterschiede. Anders verhält es sich bei Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen. Mit Ausnahme der Grippe sind bei den berufstätigen Männern alle Symptome geringer ausgeprägt bzw. kommen seltener vor als in beiden Frauen-Populationen. Schmerzen, Herz-/Kreislaufbeschwerden, Schlafstörungen und Nervenbeschwerden sind am häufigsten in der Gruppe der Hausfrauen. Es zeigt sich, daß diese Beschwerden auch in der Gruppe der älteren berufstätigen Frauen häufiger vorkommen. Depressivität und Erschöpfung sind Symptome, die bei den berufstätigen Frauen in beiden Altersgruppen (bis 40 und über 40 Jahre) am stärksten ausgeprägt sind.

### 2.3. ERGEBNISSE

Im ersten Teil der Ergebnisdarstellung werden die Häufigkeiten des Gebrauchs von Schmerz-, Grippe-, Rheuma-, Beruhigungs-, Schlaf-, Schlankheits- und Aufputzmitteln in den einzelnen Teilpopulationen und verschiedenen Altersgruppen wiedergegeben (Abschnitt 2.3.1.).

Die weiteren Abschnitte 2.3.2. bis 2.3.4. stellen die Ergebnisse der Untersuchung des Zusammenhangs von Belastungen, Beschwerden und Medikamentengebrauch bei Hausfrauen, berufstätigen Frauen und berufstätigen Männern dar.

#### 2.3.1. MEDIKAMENTENGEBRAUCH BEI HAUSFRAUEN, BERUFSTÄTIGEN FRAUEN UND BERUFSTÄTIGEN MÄNNERN IN VIER ALTERSGRUPPEN

Im Rahmen der Effizienzkontrolle der BZGA wurde die ausgewählte Population befragt, ob sie in den vergangenen drei Monaten eines oder mehrere von insgesamt 16 Arzneimittelgruppen

- nicht
  - zeitweise
  - regelmäßig, nicht täglich
  - regelmäßig, täglich
- eingegenommen habe.

Für die vorliegende Auswertung wählten wir die folgenden schmerzlindernden und im engeren Sinne psychotropen Mittel aus:

- Schmerzmittel
- Grippe- und Erkältungsmittel
- Rheumamittel
- Beruhigungsmittel
- Schlafmittel
- Schlankheitsmittel
- Aufputsch-, anregende Mittel.

Für einen Teil der Auswertungen verwendeten wir die ordinal-skalierten Angaben zum Konsum, für einen anderen Teil dichotomisierten wir in Verwender und Nicht-Verwender. Diese Begriffe beziehen sich dabei natürlich auf den Zeitraum von drei Monaten vor dem Interview.

Im folgenden gehen wir auf Unterschiede in den Anteilen an Verwendern der genannten sieben Medikament-Gruppen zwischen den drei Teilpopulationen Hausfrauen, berufstätige Frauen und berufstätige Männer ein. Dabei haben wir vier Altersgruppen berücksichtigt.

### Schmerzmittel

In allen Altersgruppen ist der Anteil an Verwendern von Schmerzmitteln in beiden Frauengruppen höher als bei den berufstätigen Männern. Signifikant wird dieser Unterschied allerdings nur in der Altersgruppe der 40 bis 49jährigen. Bei den Hausfrauen zeigt die Alterskurve einen Gipfel in den mittleren Altersgruppen, bei den berufstätigen Männern eher bei den 30 bis 39jährigen sowie den 50 bis 63/65jährigen und bei den berufstätigen Frauen nimmt der Anteil mit zunehmendem Alter zu (vgl. Tabelle 2.3.1.1.).

### Grippe- und Erkältungsmittel

In beiden Frauengruppen ist der Anteil von Grippemittelkonsumentinnen in der jüngsten Altersgruppe am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter ab. Mit Ausnahme der Gruppe der über 50 jährigen ist der Anteil der Konsumenten bei den Männern geringer als bei den Frauen. Deutlich unterscheidet sich der Gebrauch von Grippemitteln bei den 14 bis 29-jährigen: berufstätige Frauen nehmen sie mit fast 65 Prozent am häufigsten, es folgen die Hausfrauen (55 Prozent) und die berufstätigen Männer (45.6 Prozent).

Tabelle 2.3.1.1. Gebraucher/innen von Medikamenten in vier Altersgruppen bei Hausfrauen, berufstätigen Frauen und Männern (in Prozent, ohne fehlende Werte)

	14-29 Jahre			30-39 Jahre			40-49 Jahre			50-63/65 Jahre		
	Haus- frauen	berufstätige Frauen	Männer	Haus- frauen	berufstätige Frauen	Männer	Haus- frauen	berufstätige Frauen	Männer	Haus- frauen	berufstätige Frauen	Männer
Schmerzmittel	45.0	48.8	39.0	53.5	53.0	41.4	* 50.0	52.5	36.8	46.8	55.4	41.4
Grippemittel	* 55.0	64.9	45.6	54.3	52.4	48.8	45.9	46.8	39.4	47.3	44.8	45.3
Rheumamittel	7.3	11.5	13.4	14.7	11.5	14.8	18.7	19.2	22.1	25.5	25.8	26.8
Beruhigungsmittel	19.4	19.8	13.9	24.6	27.2	19.7	** 36.0	21.5	11.3	27.4	26.2	27.6
Schlafmittel	10.8	15.2	7.9	15.6	15.6	16.0	13.7	19.8	15.6	24.3	29.2	22.2
Schlankheitsmittel	* 5.3	19.0	9.9	13.0	11.0	9.1	10.5	11.5	7.9	11.9	12.7	8.1
Aufputzmittel	10.3	10.4	13.0	13.4	8.6	15.2	* 2.9	3.9	9.8	8.4	14.1	10.7

\*  $p < .1$  (Chi<sup>2</sup>-Test)

\*\*  $p < .05$  (Chi<sup>2</sup>-Test)

\*\*\*  $p < .01$  (Chi<sup>2</sup>-Test)

### Rheumamittel

In keiner der Altersgruppen unterscheidet sich der Konsum von Rheumamitteln bei den drei Teilpopulationen signifikant. Erkennbar ist ein Anstieg mit dem Alter.

### Beruhigungsmittel

Für Beruhigungsmittel gilt ähnliches wie für Schmerzmittel: die Anteile von Verwendern sind bei den Frauen gegenüber denjenigen bei den Männern erhöht. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der 50 bis 63- bzw. 65jährigen: die Anteile liegen mit ca. 27 Prozent in allen drei Gruppen gleich hoch. In der Gruppe der 40 bis 49jährigen zeigt sich ein signifikanter Unterschied: unter den Hausfrauen ist der Anteil an Verwenderinnen mit 36 Prozent gegenüber dem Anteil bei berufstätigen Frauen (21.5 Prozent) und Männern (11.3 Prozent) deutlich erhöht (vgl. Tabelle 2.3.1.1.).

### Schlafmittel

Zwischen den Teilpopulationen zeigen sich keine Unterschiede im Vorkommen des Gebrauchs von Schlafmitteln. Tendenziell liegt der Konsum bei den berufstätigen Frauen - mit Ausnahme der 30 bis 39-jährigen etwas höher als bei den anderen Gruppen. Insgesamt ist ein deutlicher Anstieg des Gebrauchs ab dem 50. Lebensjahr erkennbar.

### Schlankheitsmittel

Schlankheitsmittel werden von jungen berufstätigen Frauen mit 19 Prozent deutlich häufiger verwendet als von gleichaltrigen Hausfrauen (5.3 Prozent) und berufstätigen Männern (9.9 Prozent). Die Prävalenzen verändern sich mit dem Alter nicht wesentlich.



Aufputsch- und anregende Mittel

Aufputschmittel sind die einzigen Medikamente, die von Männern häufiger als von Frauen eingenommen werden. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppe der 40 bis 49jährigen (vgl. Tabelle 2.3.1.1.).

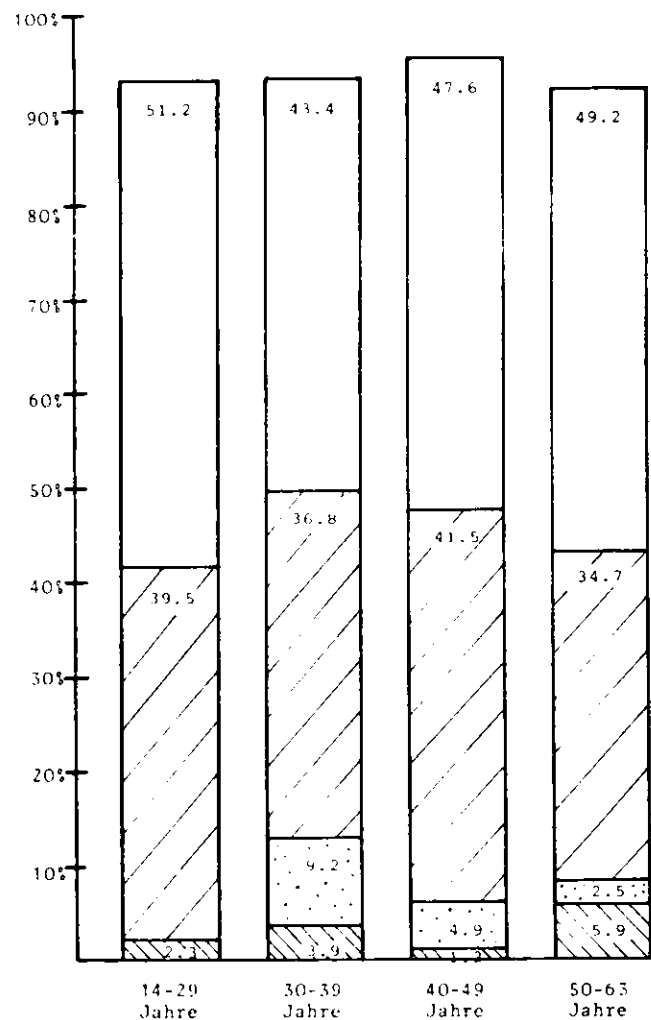
Zu den gleichen Ergebnissen kommt eine Überprüfung von Unterschieden anhand der ordinal-skalierten Angaben über den Medikamentengebrauch mittels einer Varianzanalyse nach KRUSKAL-WALLIS. Die folgenden Abbildungen 2.3.1.1. bis 2.3.1.7. veranschaulichen diese Häufigkeitsangaben (1).

---

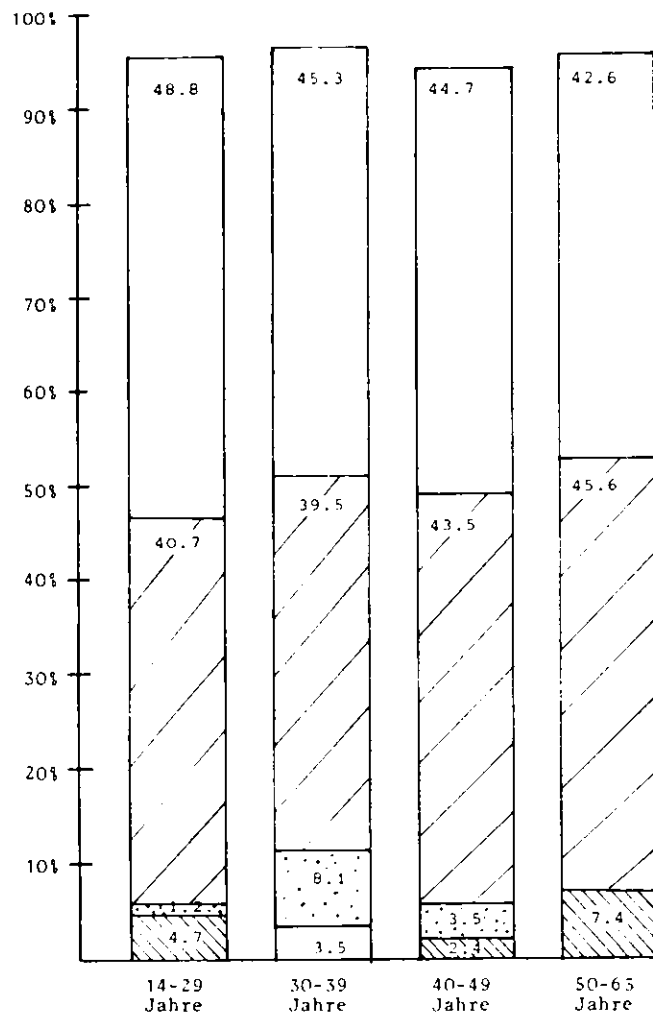
(1) Die Prozentangaben in den Abb. 2.3.1.1. bis 2.3.1.7. addieren sich nicht zu hundert, weil fehlende Werte in die Prozentuierung eingehen. Unterschiede zu Tabelle 2.3.1.1. ergeben sich dadurch, daß dort fehlende Werte aus der Prozentuierung ausgeschlossen sind.

Abbildung 2.3.1.1 Anteile der Schmerzmittelverwender bei Hausfrauen, berufstätigen Frauen und Männern in vier Altersgruppen

Hausfrauen (N=319)



berufstätige Frauen (N=325)



berufstätige Männer (N=550)

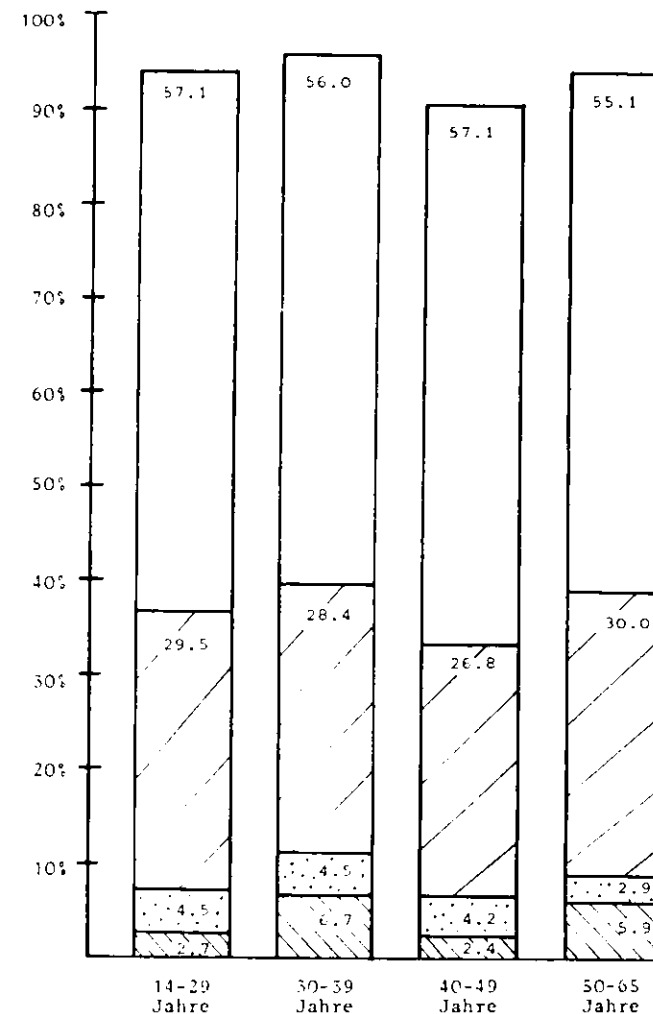


Abbildung 2.3.1.2 Anteile der Grippemittelverwender bei Hausfrauen, berufstätiger Frauen und Männern in vier Altersgruppen

Hausfrauen (N=319)

berufstätige Frauen (N=325)

berufstätige Männer (N=550)

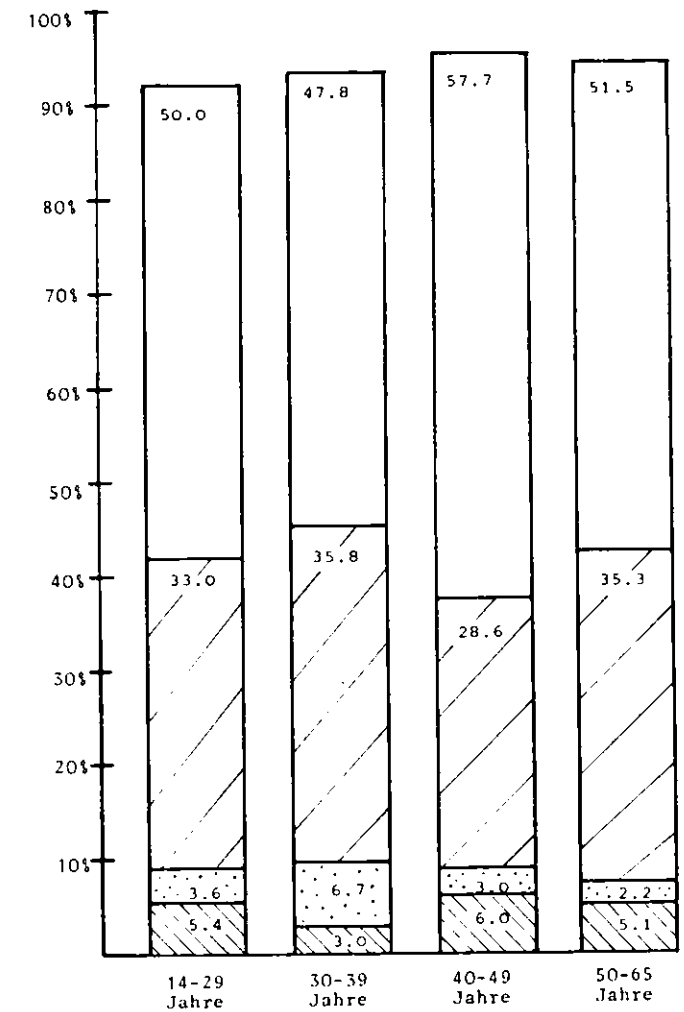
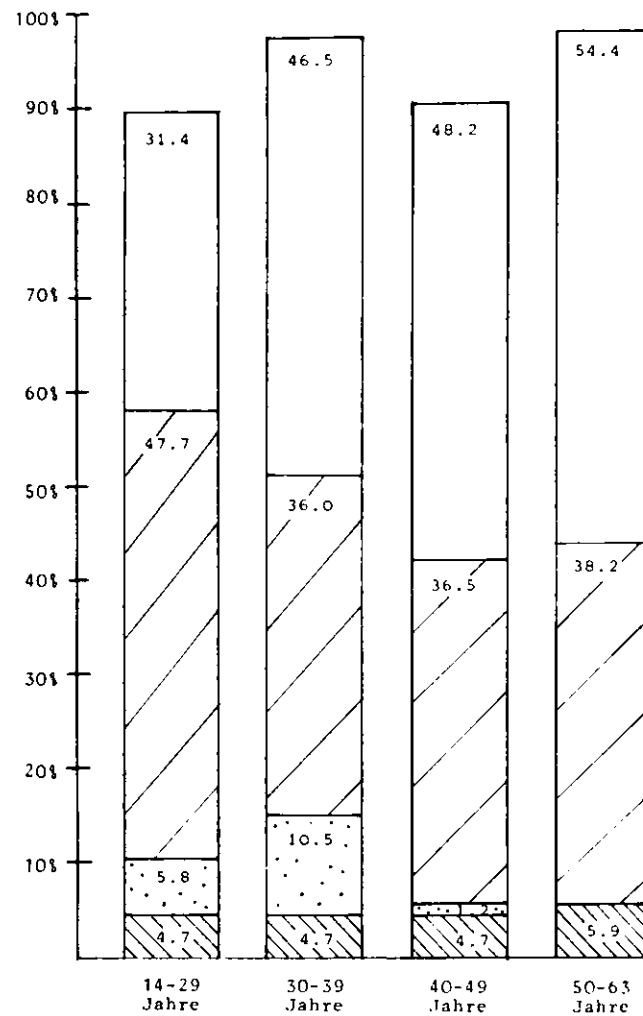
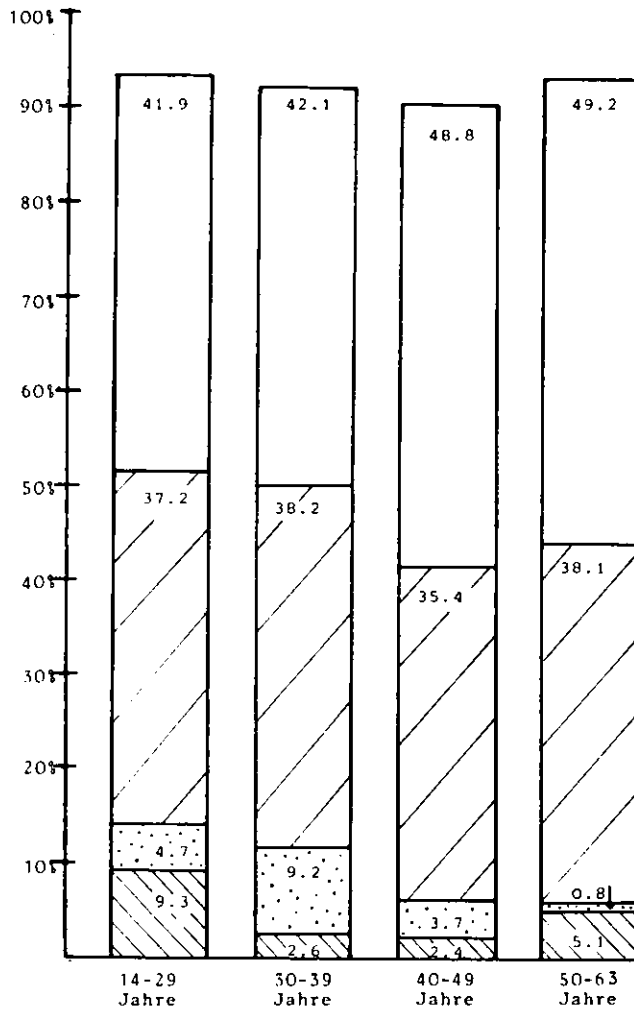
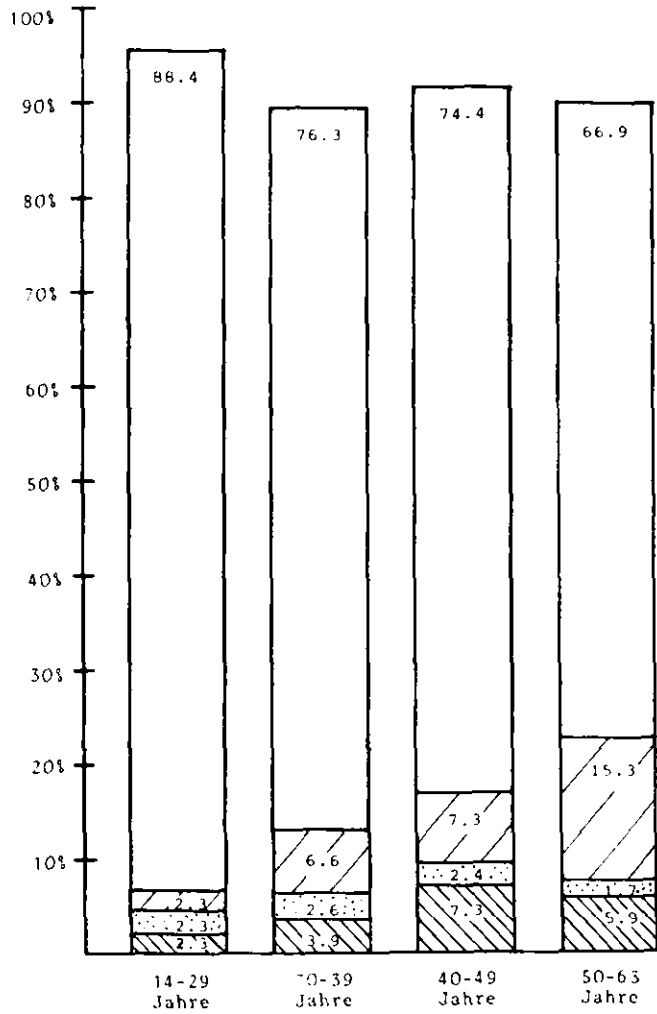
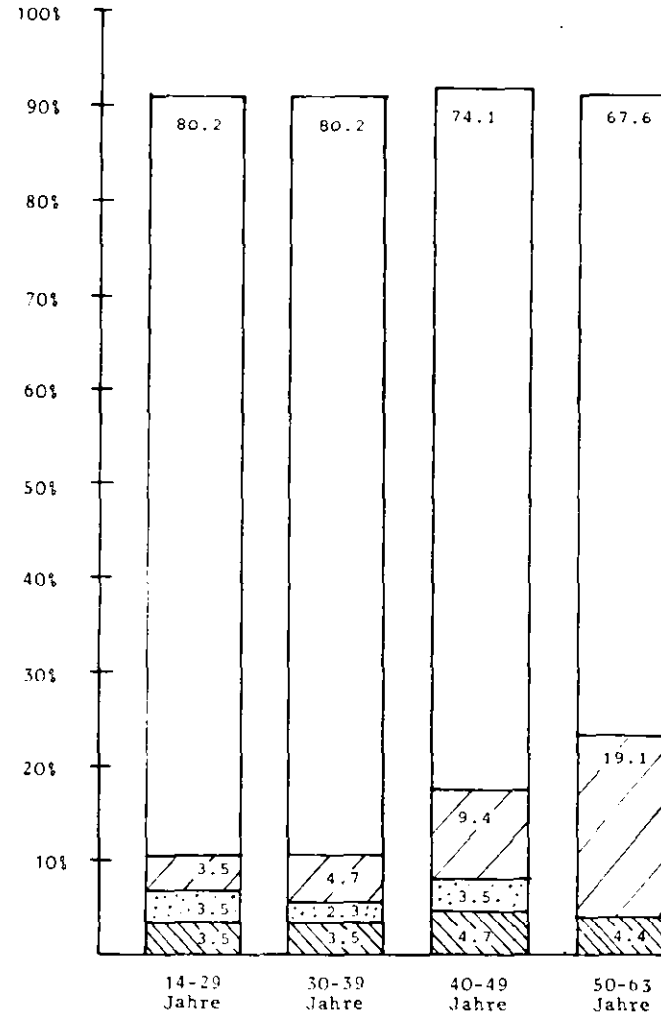


Abbildung 2.3.1.3 Anteile der Rheumamittelverwender bei Hausfrauen, berufstätigen Frauen und Männern in vier Altersgruppen

Hausfrauen (N=319)



berufstätige Frauen (N=325)



berufstätige Männer (N=550)

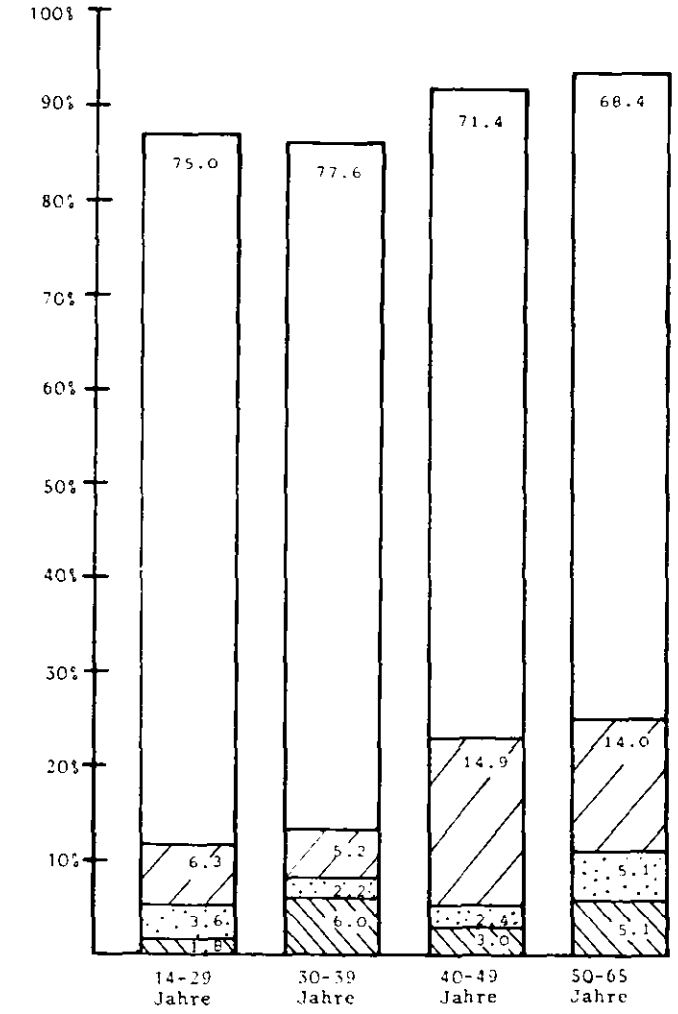
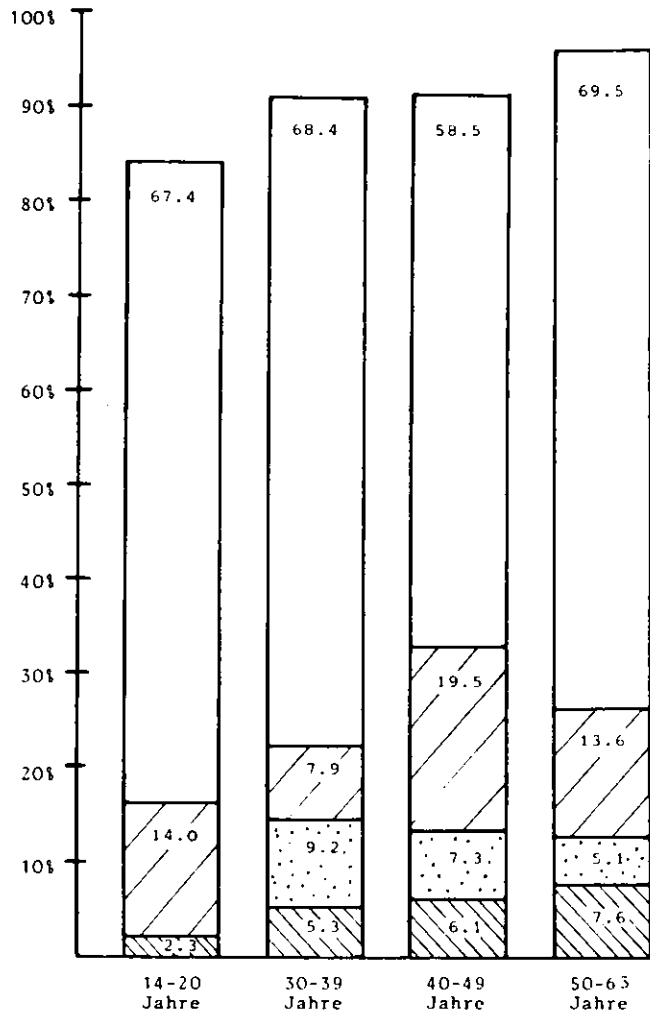
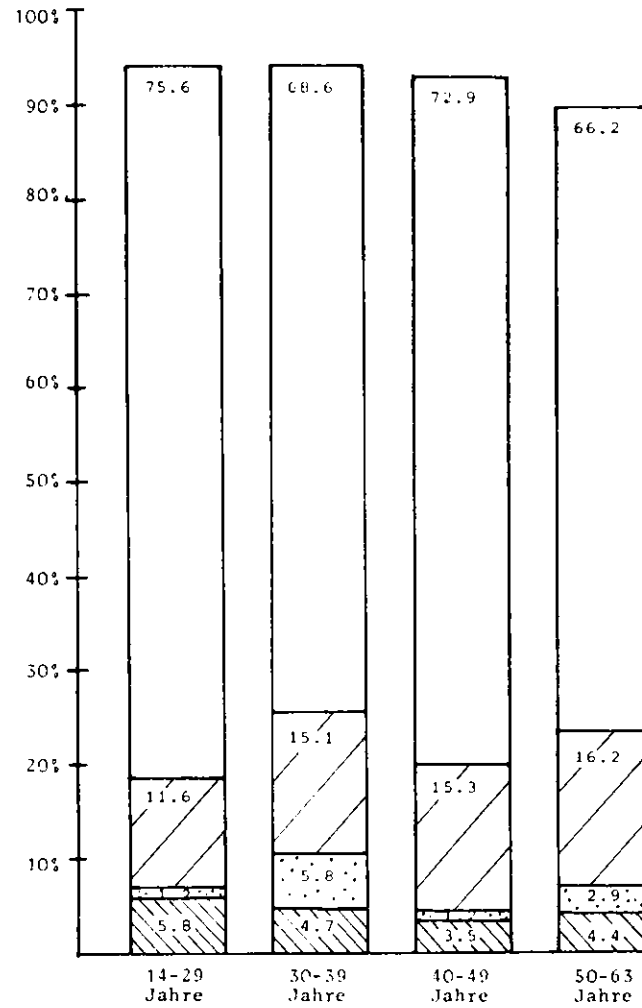


Abbildung 2.3.1.4 Anteile der Beruhigungsmittelverwender bei Hausfrauen, berufstätigen Frauen und Männern in vier Altersgruppen

Hausfrauen (N=319)



berufstätige Frauen (N=525)



berufstätige Männer (N=550)

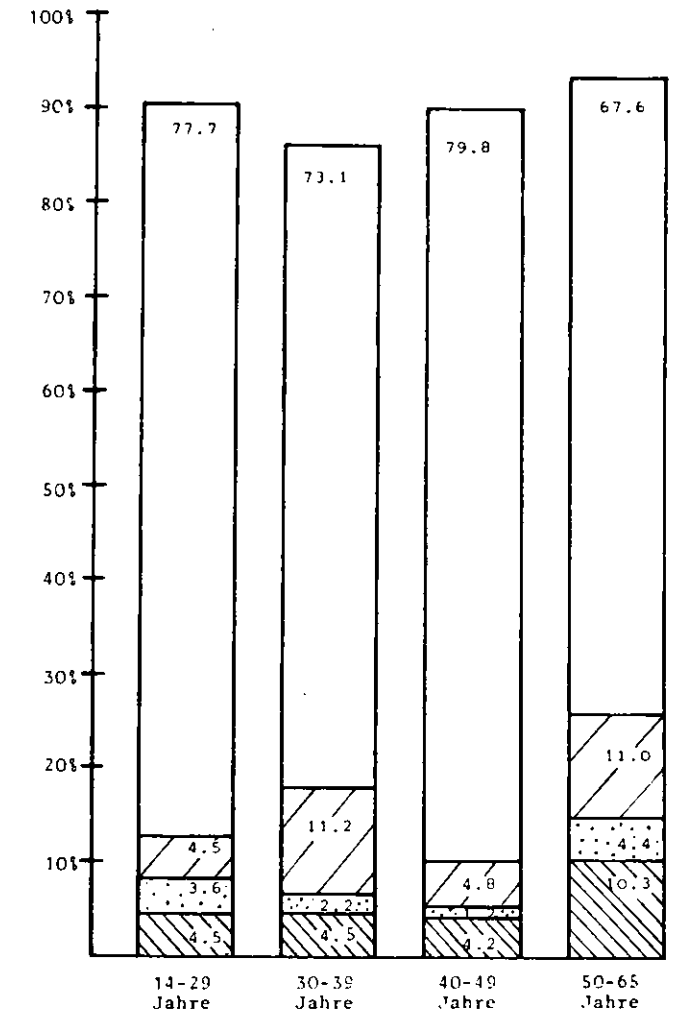
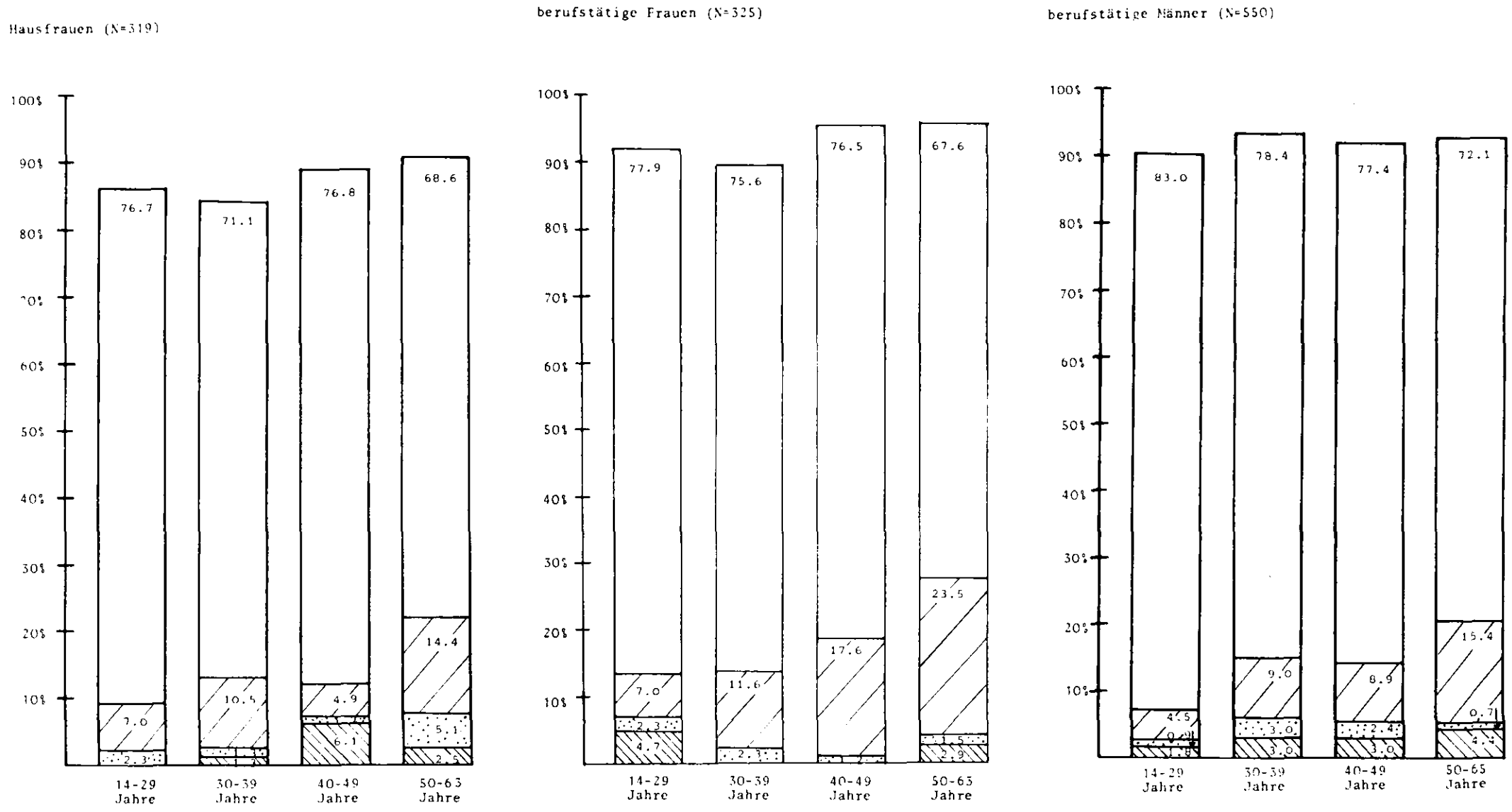


Abbildung 2.3.1.5 Anteile der Schlafmittelverwender bei Hausfrauen, berufstätigen Frauen und Männern in vier Altersgruppen



nicht  
 zeitweise  
 nicht täglich

Abbildung 2.3.1.6 Anteile der Schlankeitsmittelverwender bei Hausfrauen, berufstätigen Frauen und Männern in vier Altersgruppen

Hausfrauen (N=319)

berufstätige Frauen (N=325)

berufstätige Männer (N=550)

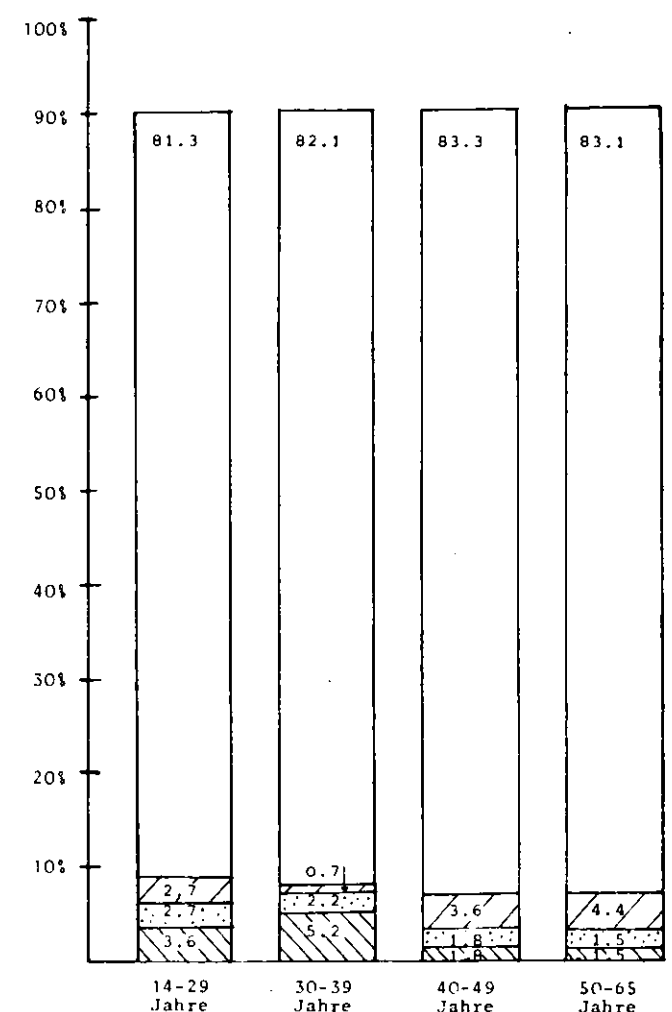
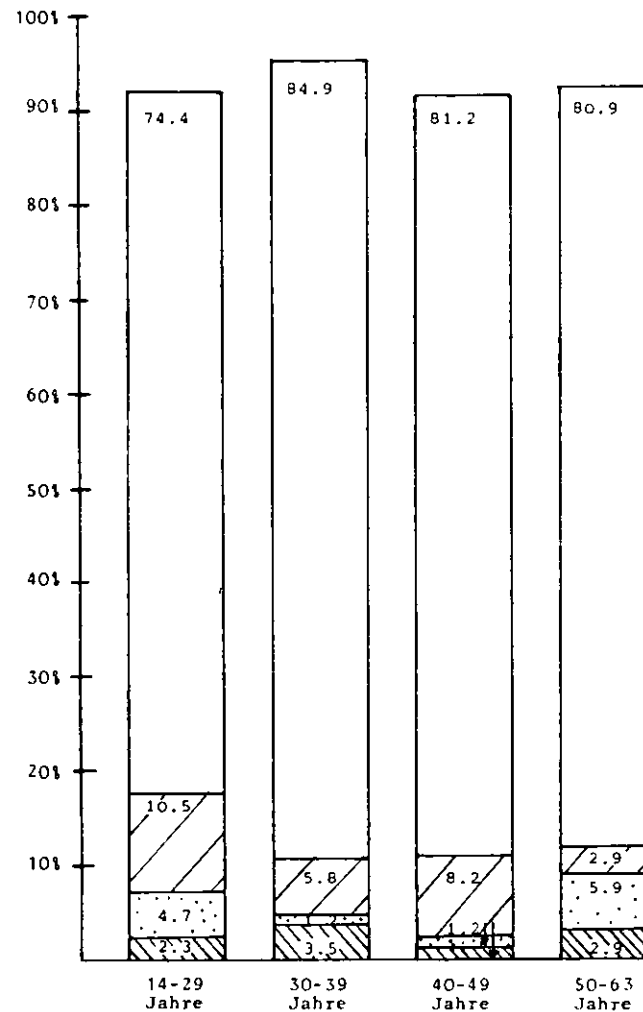
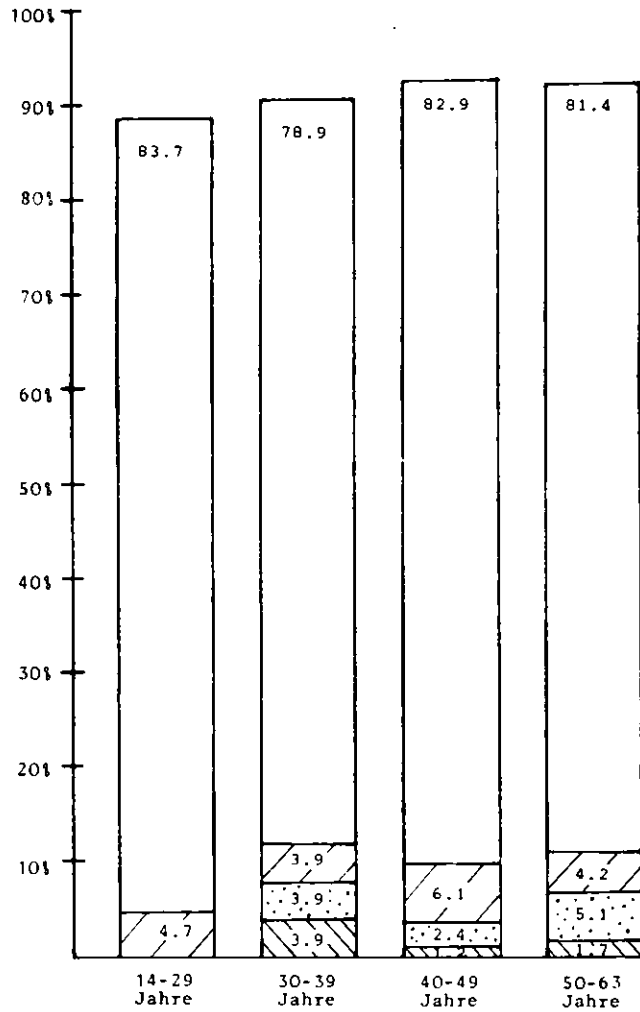
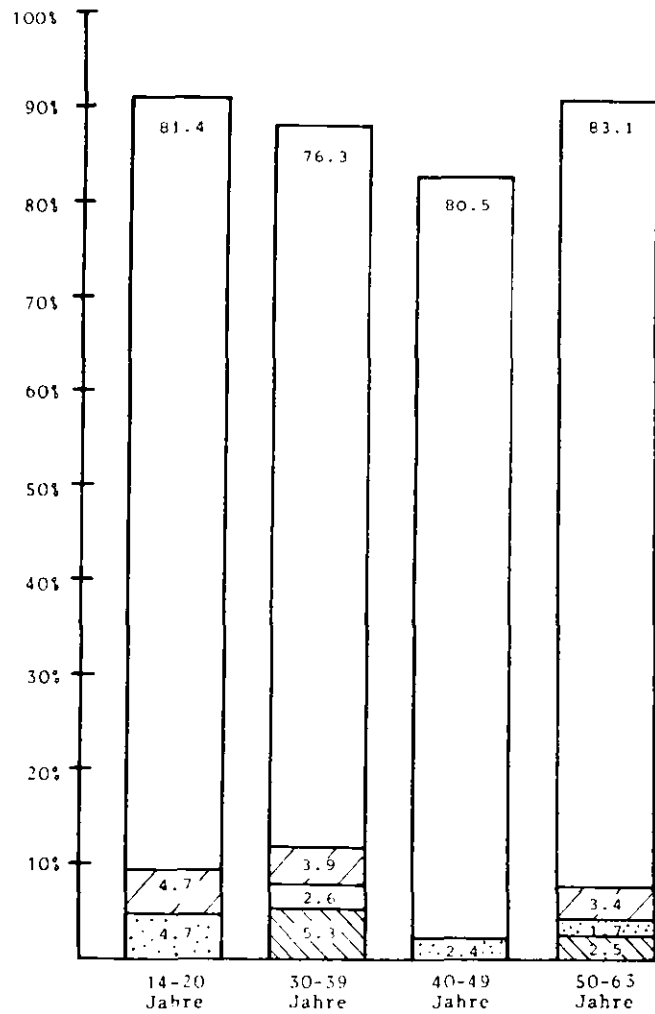
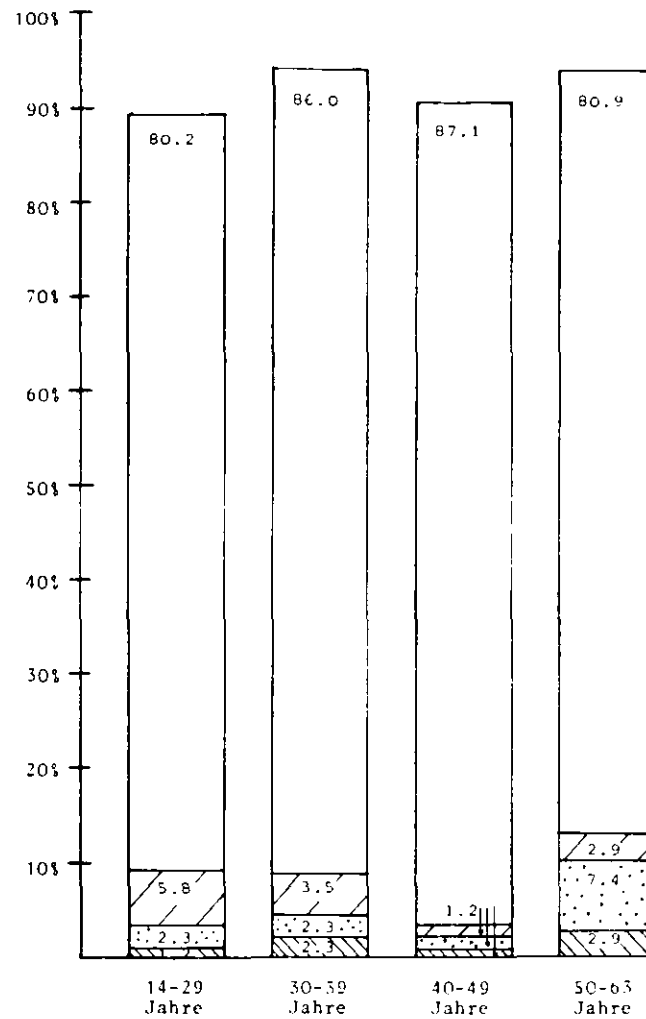


Abbildung 2.3.1.7 Anteile der Aufputzmittelverwender bei Hausfrauen, berufstätigen Frauen und Männern in vier Altersgruppen

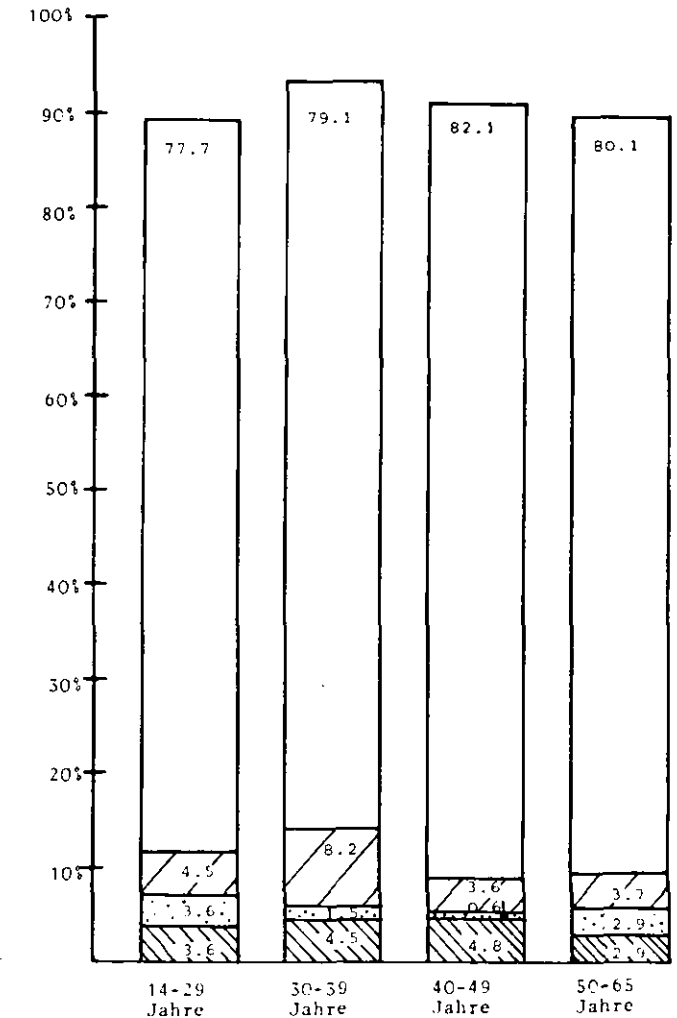
Hausfrauen (N=319)



berufstätige Frauen (N=325)



berufstätige Männer (N=550)



nicht  
 zeitweise  
 nicht täglich



## 2.3.2. MEDIKAMENTENEINNAHME, BELASTUNGEN UND BESCHWERDEN BEI HAUSFRAUEN

### 2.3.2.1. ZUSAMMENHANGSANALYSE

Für die Auswertung betrachten wir eine Einteilung in sechs Cluster (Cluster ist eine Gruppe mit ähnlicher Ausprägung der Merkmale).

#### Cluster HF I: "unbelastete Nicht-Gebraucherinnen"

Die Gruppe ist charakterisiert durch einen unterdurchschnittlichen Gebrauch von allen berücksichtigten Medikamenten (vgl. Tabelle 2.3.2.1.).

Zugleich ist die Neigung, in problembelasteten Situationen Alkohol und Zigaretten zu konsumieren, unterdurchschnittlich ausgeprägt. Anforderungen aufgrund von Kleinkindern sowie zeitliche Belastungen sind durchschnittlich, Umgebungsbelastungen (Lärm, Luft, Licht, Feuchtigkeit) und soziale Konflikte sind in dieser Gruppe seltener, die soziale Unterstützung häufiger. Offensichtlich als Folge dieser Konstellation sind Beanspruchungsgefühle bzw. Unzufriedenheit deutlich geringer als in der Gesamtgruppe. Auch kommen alle Beschwerden seltener vor.

#### Cluster HF II: "belastete Durchschnitts-Verbraucherinnen"

Diese Gruppe verwendet Rheuma-, Beruhigungs- und Schlafmittel eher seltener als die Gesamtgruppe, die übrigen Mittel durchschnittlich. Die Neigung, bei Problembelastungen zu Medikamenten und Alkohol zu greifen, ist leicht erhöht. Alle Belastungsaspekte kommen vermehrt vor, Beanspruchungsgefühle sind stark erhöht. Mit Ausnahme von Schmerzen, die deutlich seltener vorkommen, sind die Beschwerden durchschnittlich häufig.

Tabelle 2.3.2.1. Verteilung von Häufigkeiten und Mittelwerten  
in sechs Clustern bei Hausfrauen

	Cluster HF I N=66	Cluster HF II N=59	Cluster HF III N=57	Cluster HF IV N=43	Cluster HF V N=52	Cluster HF VI N=42	Gesamt HF N=319
<b>Klassifizierende Merkmale</b>							
<b>Gebraucherinnen von:</b>							
Schmerzmitteln	0.0	49.2	66.4	48.8	55.8	69.0	45.8
Grippemitteln	15.2	45.8	100.0	0.0	50.0	61.9	45.8
Rheumamitteln	3.0	5.1	14.0	27.9	36.5	23.8	16.9
Beruhigungsmitteln	6.1	15.3	7.0	18.6	59.6	61.9	25.7
Schlafmitteln	0.0	5.1	0.0	4.7	42.3	54.8	15.7
Aufputzmitteln	0.0	3.4	0.0	2.3	32.7	9.5	7.5
Schlankheitsmitteln	0.0	6.8	0.0	9.3	38.5	9.5	10.0
<b>Bedingungen</b>							
Zeitliche Belastung	40.9	69.5	24.6	9.3	34.6	61.9	40.8
Umgebungsbelastungen	27.3	52.5	42.1	46.5	38.5	50.0	42.0
Konflikte	31.8	64.4	43.9	46.5	23.1	76.2	46.4
Kinder unter 6 Jahren	19.7	49.2	12.3	0.0	21.2	21.4	21.6
Soziale Unterstützung	66.7	52.5	61.4	30.2	63.5	26.2	52.4
Beanspruchung/ Unzufriedenheit	6.1	93.2	10.5	27.9	0.0	57.1	31.7
<b>Beschwerden</b>							
Erschöpfung	10.6	33.9	19.3	18.6	15.4	90.5	28.8
Schmerz	3.0	8.5	38.6	100.0	32.7	78.6	38.2
Depressivität	12.1	33.9	26.3	27.3	3.8	45.2	23.8
Nervenbeschwerden	0.0	23.7	1.8	14.0	19.2	81.0	20.4
Angst	28.8	35.6	49.1	30.2	11.5	69.0	36.4
Herz-/Kreislaufbeschwerden	28.8	27.1	21.1	39.5	25.0	61.9	32.3
Schlafstörungen	0.0	0.0	5.3	18.6	9.6	28.6	8.8
Grippe	3.0	23.7	64.9	0.0	11.5	33.3	22.9
<b>Beschreibende Merkmale</b>							
Alter (Mittelwert)	42.8	37.4	44.2	50.2	42.6	45.0	43.3
Coping mit Medikamenten (Mittelwert)	0.18	0.92	0.33	0.26	0.65	2.05	0.68
Coping mit Alkohol (Mittelwert)	0.42	1.05	0.74	0.44	0.88	0.83	0.73
Coping mit Essen (Mittelwert)	0.83	0.92	0.91	1.19	0.40	1.50	0.93
Coping mit Tabak (Mittelwert)	0.65	1.03	1.09	1.00	0.62	1.79	0.99
<b>Familienstand</b>							
Ledig	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	2.4	0.6
Verheiratet	90.9	93.2	84.2	93.0	84.6	83.3	88.4
Geschieden	0.0	5.1	3.5	0.0	1.9	4.8	2.5
Verwitwet	7.6	1.7	10.5	7.0	13.5	9.5	8.2
<b>Schulbildung</b>							
Ohne Lehre	45.5	45.8	29.8	37.2	32.7	59.5	41.4
Lehre/Fachschule	36.4	35.6	45.6	44.2	38.5	28.6	38.2
Höhere Schule	13.6	10.2	24.6	11.6	21.2	9.5	15.4
Abitur	1.5	1.7	0.0	2.3	5.8	2.4	2.2
Studium	1.5	5.1	0.0	4.7	1.9	0.0	2.2
Früher nicht erwerbstätig	54.5	42.4	47.4	46.5	53.8	64.3	51.1

Cluster HF III: "Grippe und Grippemittel"

Die Gruppe zeichnet sich im wesentlichen durch zwei Merkmale aus: die Angabe, eine Grippe gehabt und Grippemittel verwendet zu haben.

Cluster HF IV: "Schmerzen und Rheumamittel"

Charakterisiert wird diese Gruppe durch die Angabe, unter Schmerzen zu leiden (100 Prozent). Die Verwendung von Rheumamitteln ist leicht erhöht. In der Gesamtpopulation der Hausfrauen stellt dieses Cluster die älteste Gruppe dar. Damit zusammenhängend sind Belastungen durch Kleinkinder und zeitliche Belastungen verringert. Die Gruppe gibt an, weniger soziale Unterstützung zu erhalten.

Cluster HF V: "unbelastete Vielfach-Gebraucherinnen"

Deutlich erhöht ist der Gebrauch von Aufputsch-, Schlankheits-, Schlaf-, Rheuma- und Beruhigungsmitteln. Die Gruppe hat durchschnittlich bis wenig Belastungen und fühlt sich überhaupt nicht beansprucht. Auch die Beschwerdeangaben sind eher durchschnittlich. Soziale Unterstützung kommt häufiger vor.

Cluster HF VI: "belastete Beruhigungs- und Schmerzmittel-Verwenderinnen"

Ähnlich erhöht wie in der vorangehend beschriebenen Gruppe ist der Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Diese Gruppe der Hausfrauen unterscheidet sich jedoch von dem Cluster V in allen anderen Aspekten. Der Gebrauch von Aufputsch-, Schlankheits- und Rheumamitteln ist nur durchschnittlich. Die Neigung, bei Problemen Medikamente einzunehmen, zu essen und zu rauchen, ist erhöht. Deutlich häufiger gibt diese Gruppe an, nicht ohne Schlaf- und Beruhigungsmittel auszukommen bzw. um leistungsfähig zu sein, hin und wieder Medikamente

zu nehmen. Belastungen, Beanspruchungen und Beschwerden sind erhöht, soziale Unterstützung ist verringert. Der Anteil von Frauen, die keine Berufsausbildung haben und der Anteil derjenigen, die noch nie erwerbstätig waren, ist erhöht.

### Interpretation der Zusammenhänge

Ziel der Zusammenhangsanalyse ist, das Verhältnis von Lebensbedingungen, Beschwerden und Medikamentenkonsument zu untersuchen. Wir gehen dabei von der umfassenden Annahme aus, daß der Gebrauch von Arzneimitteln unmittelbar durch einzelne Belastungen verstärkt und durch soziale Unterstützung vermindert wird. Wir nehmen ferner an, daß gleichzeitig auch eine indirekte Wirkung von Lebensbedingungen auf den Medikamentenkonsument durch die Ausbildung von Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen vermittelt ist.

Auf den ersten Blick kann die vorangehende Beschreibung der einzelnen Cluster diese Hypothesen nicht bestätigen. Neben zwei Gruppen mit besonderen Aspekten (Grippe- und Rheumacuster, HF III und HF IV) existieren einerseits zwei Cluster, die die Hypothese bestätigen, nämlich eines, in dem ein hoher Anteil an Medikamentenkonsument mit häufigen Belastungen, Beanspruchungen und Beschwerden verbunden ist, und eines weitgehend ohne Medikamentengebrauch und ohne belastende Bedingungen. Andererseits treten jedoch auch zwei Gruppe mit entgegengesetzten Zusammenhängen auf (Abb. 2.3.2.1.)

Abb.: 2.3.2.1. Einordnung der Cluster HF I, HF II, HF V und HF VI in das Schema "belastende Bedingungen" und Medikamentengebrauch

		Belastende Bedingungen	
		stark	gering
Medikamentenverwender	hoch	Cluster HF VI (N=42)	Cluster HF V (N=52)
	durchschnittlich bis gering	Cluster HF II (N=59)	Cluster HF I (N=66)

Der o.g. Hypothese entsprechend dürfen nur die Cluster HF I und HF VI vorkommen. Die Null-Hypothese, daß kein Zusammenhang besteht, kann jedoch auch nicht angenommen werden, da die belastenden Bedingungen jeweils in den Clustern HF VI und HF V sowie HF II und HF I entgegengesetzte Pole darstellen. Bestünde kein Zusammenhang, dann wäre ein gleichhäufigeres bzw. durchschnittlicheres Vorkommen der belastenden Bedingungen bei Verwendern und Nicht-Verwendern zu erwarten und nicht vier "Extremgruppen" in der Clusteranalyse.

Für diese Abweichungen wollen wir im folgenden inhaltliche und methodische Erklärungen diskutieren:

### 1. Inhaltliche Erklärungen

Die vier extremen Belastung-Beschwerde-Konsum-Konstellationen können zum einen aufgrund von mehreren, sich in der Tendenz ausschließenden Ursachen und zum anderen durch alternative Folgen bedingt sein. Dies soll im Vergleich von jeweils zwei Clustern erläutert werden.

#### Zu den Folgen:

Für die beiden Cluster HF II und HF VI lassen sich folgende Beziehungen postulieren:

Cluster HF II: belastende Bedingungen führen zu geringerem Konsum von Medikamenten.

Cluster HF VI: belastenden Bedingungen führen zu hohem Konsum von Medikamenten.

Dieser Widerspruch wäre erklärlich, wenn der geringe Medikamentenkonsum bei Cluster II dadurch mitbedingt ist, daß in dieser Gruppe alternativ Alkohol konsumiert wird (vgl. MCQUEEN, CELENTANO 1982, S. 397 ff). In der Tat zeigt Tabelle 2.3.2.2., daß Hausfrauen im Cluster HF II signifikant häufiger Bier trinken, sowie ihren Alkoholkonsum höher einschätzen.

Tabelle: 2.3.2.2. Alkoholkonsum im Vergleich der Cluster HF II und HF VI

	CLUSTER HF II				CLUSTER HF VI				Mann-Whitney- Ordinalskala mit sechs Aus- prägungen
	1 mal pro Woche bis täglich	gelegent- lich, selten	nie	keine Angaben	1 mal pro Woche bis täglich	gelegent- lich, selten	nie	keine Angaben	
Häufigkeit des Bierkonsums	25.5	40.7	32.2	1.7	11.9	35.7	52.4	0	p=.042
Häufigkeit des Weinkonsums	17.0	54.2	25.4	3.4	19.0	47.7	31.0	2.4	p=.273
Häufigkeit des Konsums an Spirituosen	11.9	37.3	49.2	1.7	4.8	35.7	59.5	0	p=.187
Einschätzung des Alkoholgebrauchs	wenig	mittel	viel	keine Angabe	wenig	mittel	viel	keine Angabe	Mann-Whitney-Test anhand d. Ordinal- skala m. fünf Aus- prägungen o. fehl. Werte p=.04
	74.6	8.5	0	16.9	69.0	2.4	0	28.6	
Menge an Bier	3.38				2.17				p=.086
Menge an Wein	31.35				31.0				p=.948
Menge an Spirituosen	1.97				1.76				p=.677

Wir schließen daraus, daß Belastungen bei Hausfrauen mit unterschiedlichen Mitteln kompensiert werden. Insbesondere ist zu vermuten, daß der höhere Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum in Cluster HF VI dem höheren Alkoholkonsum in Cluster HF II entspricht.

Die Verwendung von Medikamenten scheint darüberhinaus - im Vergleich der beiden Cluster - von zwei Aspekten abhängig zu sein. Erstens spielt das Vorkommen von Beschwerden eine Rolle: treten in belastenden Situationen zusätzlich Beschwerden auf, werden Medikamente häufiger genommen (Cluster HF VI, Tabelle 2.3.2.1.). Alkohol scheint dann eine Bewältigungsform von widrigen Bedingungen zu sein, wenn Befindlichkeitsstörungen fehlen. Zweitens geben die Medikamentenverwenderinnen nur zu 26.2 Prozent an, soziale Unterstützung zu haben, dagegen 52.5 Prozent - dies entspricht dem Durchschnittswert (vgl. Tabelle 2.3.2.1.) - der Hausfrauen des Clusters HF II. Wir vermuten, daß ein Mangel an sozialer Unterstützung - wie Mangel an guten Freunden und Bekannten, an Hilfe bei persönlichen Problemen und geringe Möglichkeiten zur Aussprache in der Familie - über eine Verminderung von alternativen Handlungsmöglichkeiten den Gebrauch von Medikamenten nahelegt.

Eine andere Möglichkeit der Erklärung sieht den Mangel an sozialer Unterstützung eher als Hinweis auf Depressivität, wobei diese und nicht der Mangel an sozialer Unterstützung dann Anlaß zu Medikamentenverschreibung und -konsum sein würde. Wie auch immer, der Mangel an sozialer Unterstützung weist bei Hausfrauen auf Gruppen hin, die in belastenden Situationen zum Gebrauch von Medikamenten und nicht von Alkohol neigen.

### Zu den Ursachen

Auch für die Cluster HF V und Cluster HF VI sind zwei sich widersprechende Relationen erkennbar:

Cluster HF VI: hohe Belastungen führen zu hohem Konsum von Medikamenten

Cluster HF V: geringe Belastungen führen zu hohem Konsum von  
Medikamenten

Zur Erklärung dieses "scheinbaren" Widerspruchs sind zwei Ansätze denkbar:

Erstens wären beide Zusammenhänge dann miteinander vereinbar, wenn zwei unterschiedliche Ursachenkomplexe interagieren: Bei einem Mangel an Anforderungen kann bspw. die Abwehr von depressiven Verstimmungen mittels individueller Überlastung nicht zum Tragen kommen und die Verstimmung wiederum führt zur Behandlung und zur Verordnung von Medikamenten. Andererseits können bei anderen Personen Überforderungen in Zusammenhang mit geringer Kompetenz der Streßbewältigung zur Erschöpfung führen und auch diese zum Medikamentenkonsum. Direkte Hinweise auf diese Ursachenkomplexe lassen sich aus den vorliegenden Daten nicht ermitteln.

Eine zweite Erklärung besteht in der Annahme einer U-förmigen Beziehung zwischen belastenden Bedingungen und dem Medikamentenkonsum. Das heißt, Hausfrauen mit viel Konflikten, mit zeitlicher Belastung, viel Beanspruchung und geringer sozialer Unterstützung nehmen viel Medikamente (Cluster HF VI), aber auch Hausfrauen mit wenig Konflikten, geringer zeitlicher Belastung, wenig Beanspruchung und viel sozialer Unterstützung (Cluster HF V). Dies würde einem Konzept von Unterforderung und Überforderung entsprechen. Hinweise darauf sehen wir in Unterschieden des Berufstatus des Ehemannes und des Wohnortes zwischen beiden Hausfrauen-Clustern: "Unbelastete Vielfachgebraucherinnen" haben eher Männer mit höherem Berufsstatus und leben häufiger in der ländlichen Region (vgl. Tab. 2.3.2.3.).



Tabelle 2.3.2.3. Verteilung "Berufstatus des Ehemannes" und "Wohnort" auf die Cluster HF V und HF VI

	Cluster HF V unbelastete Vielfachge- braucher- innen N=52 Prozent	Cluster HF VI belastete Beruhigungs- und Schmerzmittel- verwenderinnen N=42 Prozent	CHI <sup>2</sup> - Test (ohne fehlende Werte)
<u>Berufsstatus des Ehemannes:</u>			
Schicht I	21.1	14.3	Chi <sup>2</sup> =1.51 n.s.
II	34.5	38.2	
III	15.3	23.8	
k.A.	28.8	23.8	
<u>Wohnort:</u>			
Dorf, ländliche Gegend	48.1	30.9	Chi <sup>2</sup> =2.25 n.s.
Kleinstadt, Villenvorort	11.5	14.3	
Stadtrand, Vorort	30.8	38.1	
Innenstadt, Neubaugebiet, Satellitenstadt	7.6	14.3	
k.A.	1.9	2.4	

Um die vermutete Kurvilinearität der Beziehung zwischen Medikamentenverbrauch und Belastung zu überprüfen, haben wir die vier Merkmale "Konflikt", "zeitliche Belastung", "soziale Unterstützung" und "Beanspruchung" zu einem "Gesamt-Belastungs-Index" zusammengefaßt, da wir davon ausgehen, daß kumulierte belastende Bedingungen eine Rolle spielen. (1) Zu diesem Index haben wir jene Medikamente in Beziehung gesetzt, in deren Verbrauch sich die Gruppen HF V und HF VI nicht stark unterscheiden (Schlaf-, Rheuma-, Beruhigungs- und Schmerzmittel); dabei werden zwei Altersgruppen unterschieden. Die Ergebnisse veranschaulichen die Abbildungen 2.3.2.2 bis 2.3.2.5.

Es zeigen sich tendenziell kurvilineare Zusammenhänge zwischen allen vier Präparategruppen und dem Belastungsindex; dies gilt allerdings nur für die jüngere Altersgruppe, also für Hausfrauen, die jünger als 40 Jahre alt sind. Mit Ausnahme der Schmerzmittel bestehen in den älteren Gruppen eher linear-positive Beziehungen.

## 2. Methodische Erklärungen

Zusätzlich zu der inhaltlichen Hypothese der Kurvilinearität möchten wir - aus einem methodischen Blickwinkel betrachtet - zwei weitere Überlegungen für die Ergebnisse der Clusteranalyse anführen. Beide setzen bei dem nicht hypothesenkonformen Cluster HF V (hoher Konsum, wenig belastende Bedingungen, wenig Beschwerden) an:

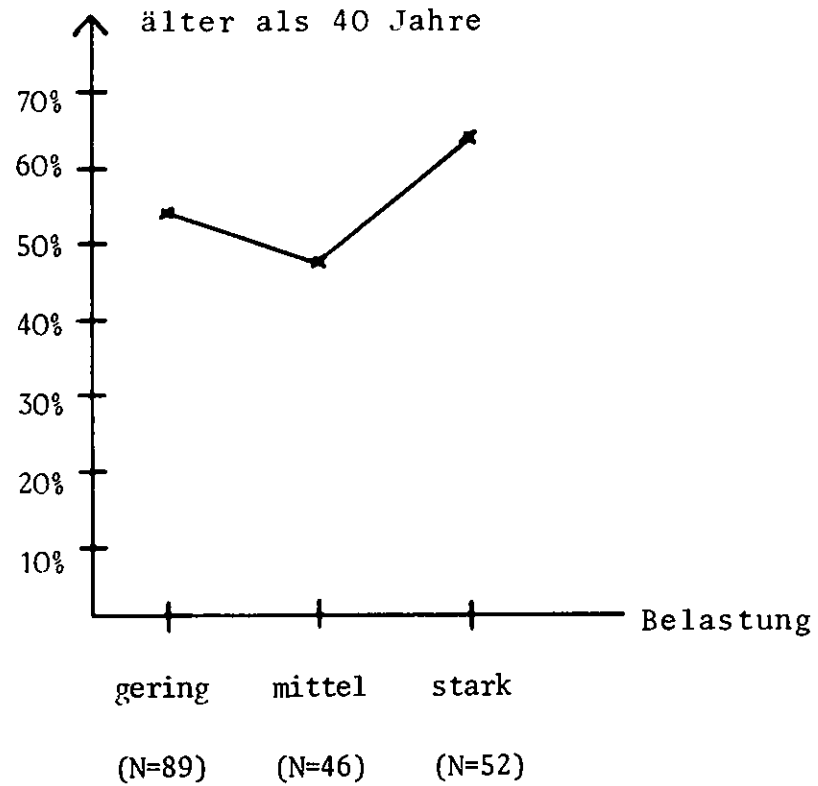
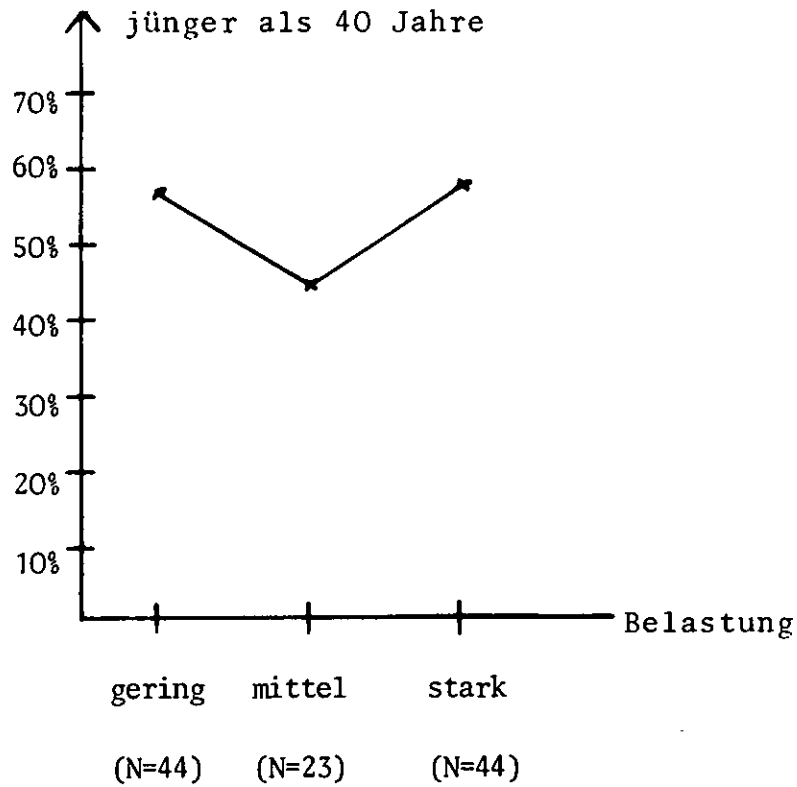
Die erste methodische Erklärung geht von einem Informations-Bias aus: die "wahre Information" konnte beim Cluster HF V aufgrund der Inter-

---

(1) Der "Gesamt-Belastungs-Index" zeigt eine Unterforderung an, wenn zwei der vier Merkmale günstige Ausprägungen haben (keine Belastung, vorhandene soziale Unterstützung) und eine Überlastung, wenn zwei von vier Merkmalen eine ungünstige Ausprägung aufweisen.

Abbildung 2.3.2.2

Zusammenhang zwischen Schmerzmittelgebrauch und dem trichotomisierten Belastungsindex bei Hausfrauen in zwei Altersgruppen



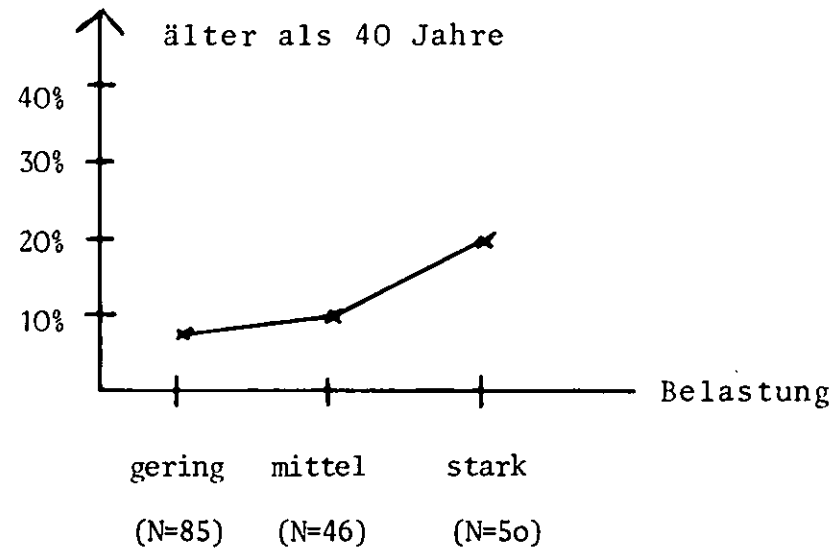
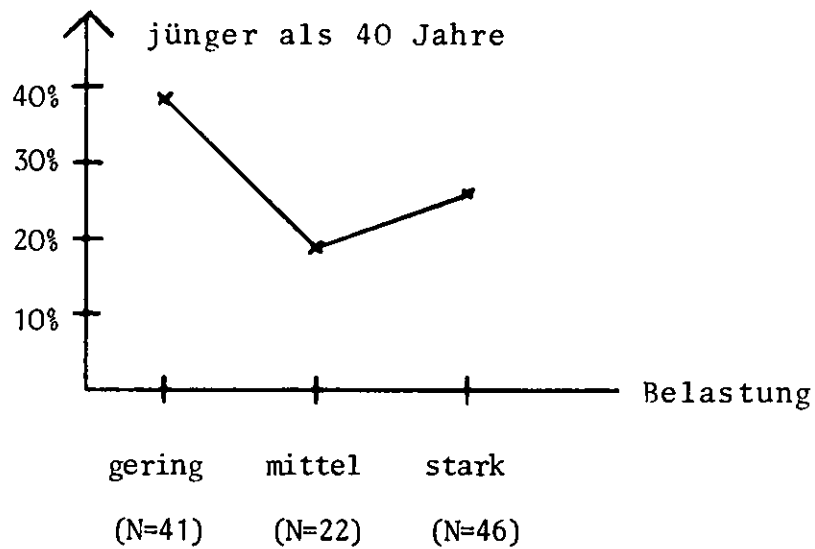
Kruskal-Wallis (korrigiert nach gleichen Rangplätzen)

CHI-Quadrat = 2.64 ; p=27

CHI-Quadrat = 1.33 ; p=.51

Abbildung 2.3.2.3

Zusammenhang zwischen Rheumamittelgebrauch und dem trichotomisierten Belastungsindex bei Hausfrauen in zwei Altersgruppen



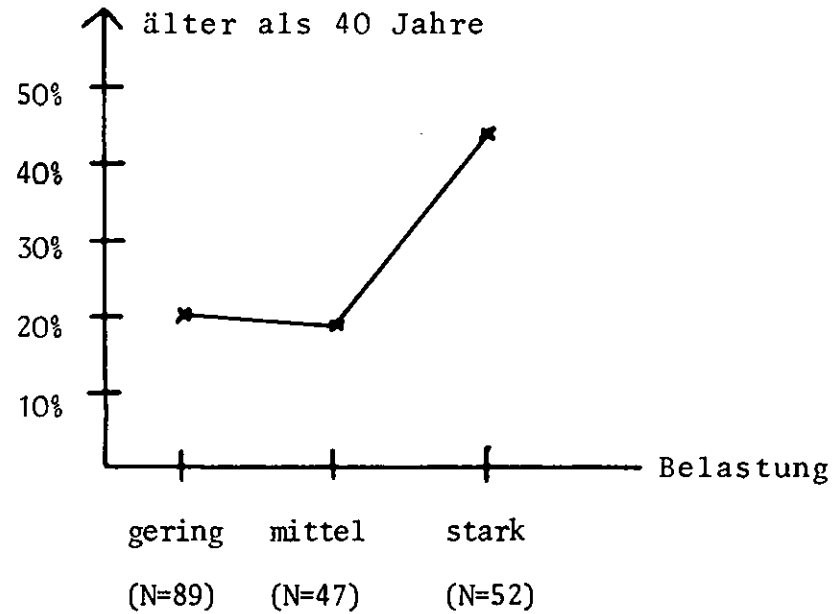
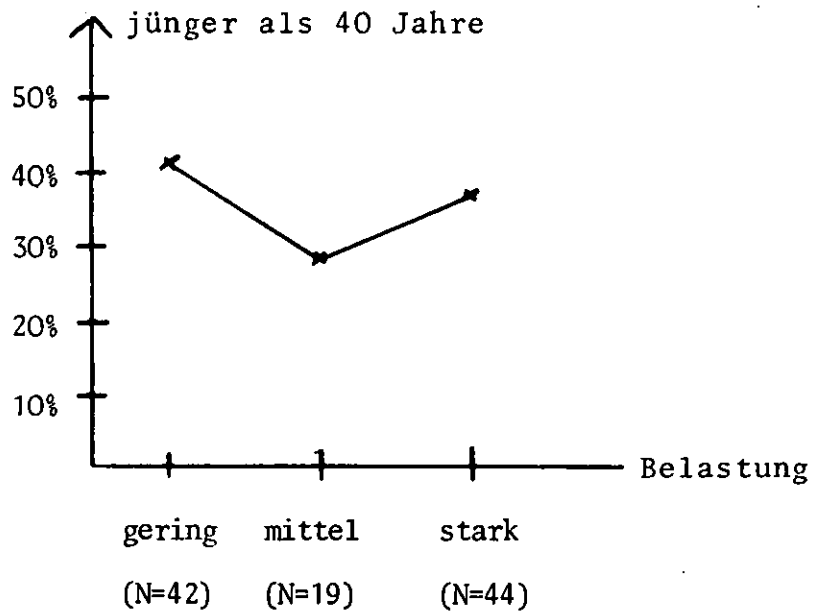
Kruskal-Wallis (korrigiert nach gleichen Rangplätzen)

CHI-Quadrat = 2.96 ; p=.23

CHI-Quadrat = .59 ; p=.74

Abbildung 2.3.2.4

Zusammenhang zwischen Tranquilizergebrauch und dem trichotomisierten Belastungsindex bei Hausfrauen in zwei Altersgruppen



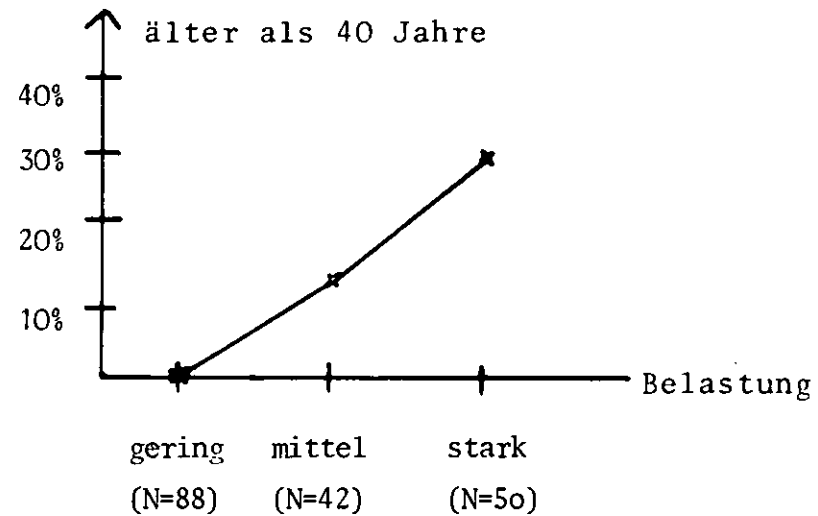
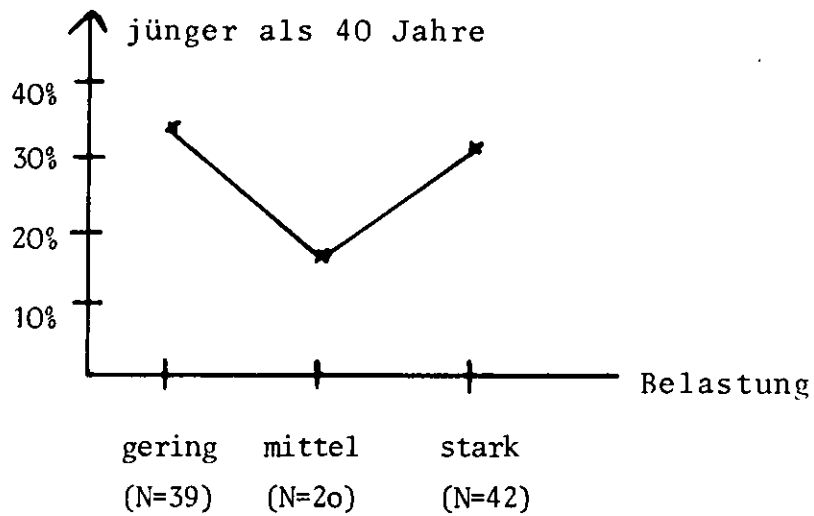
Kruskal-Wallis (korrigiert nach gleichen Rangplätzen)

CHI-Quadrat = 7.45 ; p=.02

CHI-Quadrat = .59 ; p=.74

Abbildung 2.3.2.5

Zusammenhang zwischen Schlafmittelgebrauch und dem trichotomisierten Belastungsindex bei Hausfrauen in zwei Altersgruppen



Kruskall-Wallis (korrigiert nach gleichen Rangplätzen)

CHI-Quadrat = 4.18 ; p=.12

CHI-Quadrat = 5.57 ; p=.06

viewdurchführung, einer Verweigerung oder aufgrund der Verleugnung von Belastungen und Beschwerden und der Beschönigung des Umfanges an sozialer Unterstützung nicht gewonnen werden. So zeigt sich, daß in dieser Gruppe der Anteil derjenigen, die die Fragen nicht beantwortet haben, verglichen mit anderen Clustern höher ist. Dagegen, daß das Cluster V ein erhebungstechnisches Kunstprodukt darstellt, spricht jedoch, daß nicht weniger, sondern deutlich mehr Medikamentenkonsum angegeben wird.

Ein Informationsbias kann auch aufgrund der Anlage der Untersuchung als Querschnittsstudie begünstigt sein. Gehen wir nämlich davon aus, daß in dem Cluster HF V vornehmlich "süchtige" Personen vorkommen, so ist es vorstellbar, daß die wirklich vorhandenen Belastungen gerade aufgrund der Wirkung der Substanzen ("rosarote Brille") unterschätzt und Unterstützungen beschönigt werden. Die Problematik einer solchen Informationsverzerrung ist nur dadurch zu verringern, daß die Belastungen möglichst unabhängig von der betroffenen Person erhoben werden.

Die Anlage als Querschnittsstudie kann - diesem Gedanken folgend - andererseits auch eine Unterschätzung der Belastungswirkung dadurch bedingen, daß Personen mit länger andauerndem hohen Medikamentenkonsum in der Familie aufgrund von Rücksichtsnahmen weniger belastet werden. Anhand der vorliegenden Daten läßt sich dieser Erklärungsansatz nicht überprüfen.

#### 2.3.2.2. ZUSAMMENFASSUNG DER PROBLEME

Die im vorangehenden Abschnitt dargestellten Probleme zeigen, daß zumindest für die Gruppe der Hausfrauen ein einfaches Belastungsmodell den Gebrauch von Medikamenten nicht adäquat erklären kann. Die im nachherein gegebenen Interpretationen haben den Charakter von Hypothesen, die wir nur mit Einschränkungen überprüfen können.

Wir wollen diese methodisch-theoretischen Probleme, die in Abbildung 2.3.2.6. dargestellt sind, noch einmal zusammenfassend skizzieren und unsere weiteren Auswertungsschritte entwickeln. Aus der Abbildung 2.3.2.6. wird ersichtlich, daß zusätzliche konkurrierende Bedingungskomplexe, u.a. Einstellungen zum Medikamentengebrauch wie bspw. "pharmakologischer Calvinismus" anhand der uns zur Verfügung stehenden Daten nicht überprüft werden können. Ebenso ist aus den Querschnittsdaten nicht zu ermitteln, inwieweit die realen Lebens- und Arbeitsbedingungen aufgrund von Medikamenten- bzw. Alkoholabhängigkeit verändert wurden mit der Folge, daß die Risiken nicht mehr deutlich werden (Drift-Hypothese: Erkrankte bzw. Süchtige verlassen bzw. werden zum Verlassen der verursachenden Bedingungen gezwungen).

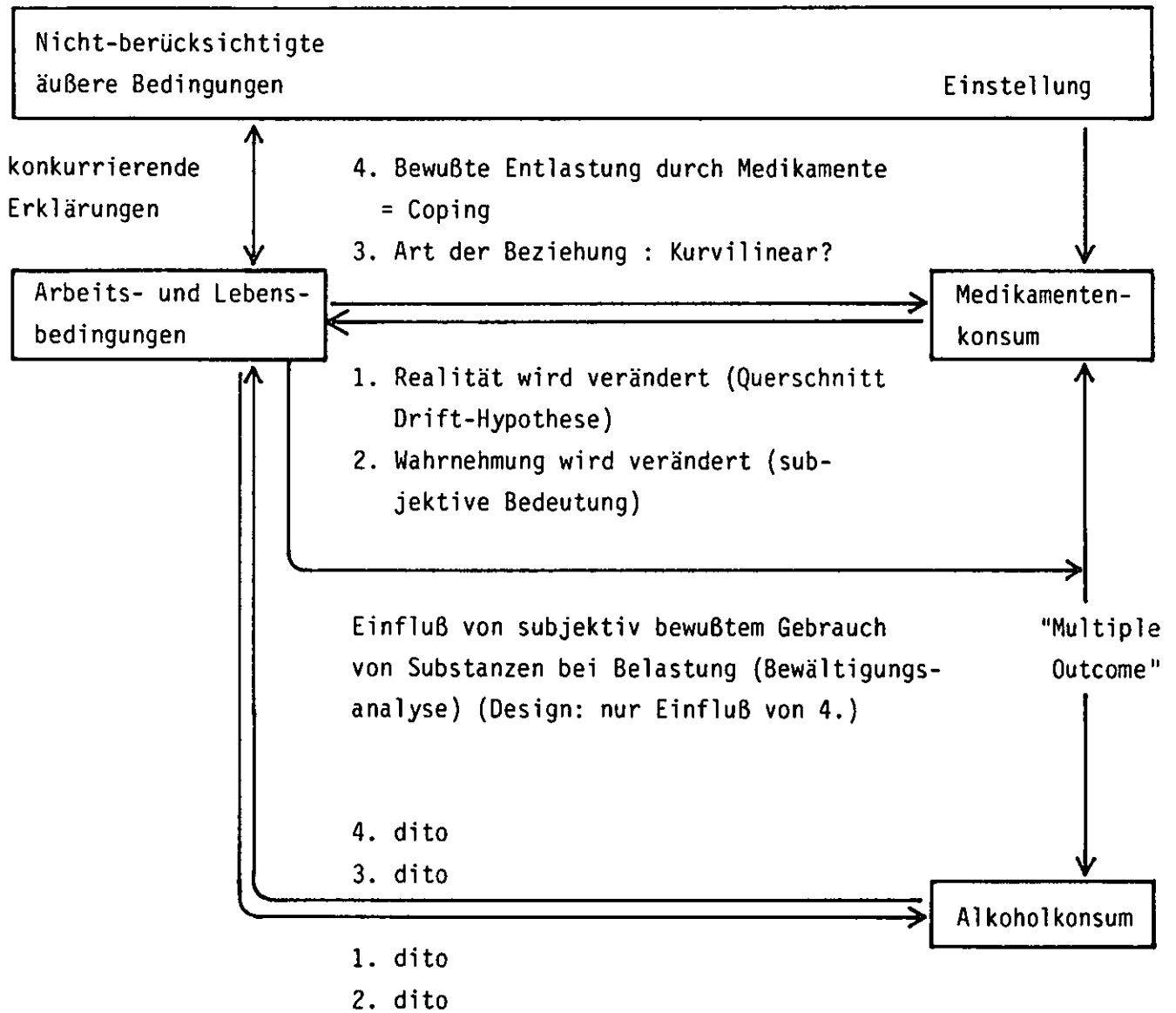
Prüfen konnten wir anhand der vorliegenden Daten eine mögliche Kurvilinearität (Abb. 2.3.2.2. bis 2.3.2.5., Punkt 3). Ein einfaches "Je-desto-Denken" wird bei der Gruppe der Hausfrauen zusätzlich dadurch erschwert, daß sowohl Unter - als auch Überforderung Risiken darstellen können.

Die Untersuchung des Zusammenhangs von Belastungen und Medikamentengebrauch wird - wie oben gezeigt - weiterhin dadurch erschwert, daß alternativ auch Alkohol verwendet werden kann. Risiken einer Abhängigkeitsentwicklung können nur dann angemessen beurteilt werden, wenn das Problem dieses "multiple outcome" berücksichtigt wird. Die Analyse vielfältiger abhängiger Variablen ist zumindest in Ansätzen möglich, jedoch den gleichen Einschränkungen - wie konkurrierende, nicht-berücksichtigte Einflußfaktoren und Drift-Hypothese ausgesetzt.

Eine mögliche Veränderung der Wahrnehmung von Belastungen und Bedingungen als Folge des Gebrauchs von Medikamenten stellt ein weiteres Problem dar, das den Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und Medikamenten verdeckt.



Abbildung 2.3.2.6. Problemaufriß der Analyse von Risiken für den Konsum von Medikamenten



Einen Versuch, einen Ausweg aus den beiden letztgenannten Schwierigkeiten der Identifikation von Risiken zu finden, sehen wir in der Analyse der subjektiv bewußten Bewältigungsmuster, wobei wir den alternativen oder gleichzeitigen "Gebrauch" von Alkohol, Medikamenten, Essen und Tabak berücksichtigen. Durch die Konzentration auf den subjektiv bewußten Gebrauch von Substanzen bei der Belastungsbewältigung könnte erstens der Einfluß einer Wahrnehmungsverzerrung von Belastungen durch Medikamente vermindert werden. Zweitens wird durch die Berücksichtigung von multiplen Bewältigungsformen eine Annäherung an einen multiplen outcome versucht. Wir wenden uns daher im nächsten Abschnitt der Untersuchung von stoffgebundenen Bewältigungsformen (Medikamente, Alkohol, Essen, Tabak) zu.

#### 2.3.2.3. ZUSAMMENHANGSANALYSE: STOFFGEBUNDENE BEWÄLTIGUNGSFORMEN

"Stoffgebundene Bewältigungsformen" stellen als intervenierende Variablen für uns eine methodisch-theoretische Vermittlung zwischen Belastungen/Beschwerden und dem Gebrauch von "Suchtsubstanzen" dar. Im Zentrum des Interesses steht dabei nicht der angegebene Gebrauch, sondern die Bereitschaft, bestimmte alltägliche, belastende Situationen bzw. Befindlichkeitsstörungen mit Alkohol, Medikamenten, Essen oder Rauchen zu bewältigen. Anhand der Nennung dieser Bereitschaft in verschiedenen Belastungssituationen wurde jeweils ein Summenwert für die einzelnen Substanzen gebildet. Diese gingen als klassifizierende Merkmale in die Clusteranalyse ein. Zusätzlich berücksichtigt wird der angegebene Konsum, Belastungen, Beanspruchungen, Beschwerden, soziale Unterstützung und soziodemographische Merkmale wie Schulbildung, Familienstand usw. (Tabelle 2.3.2.4.).

Die Ergebnisse zeigen, daß soziale Unterstützung und Beschwerden in den Gruppen, die Medikamente als Bewältigungsmittel verwenden, eine

bei Hausfrauen

	Cluster I N=107	Cluster II N= 49	Cluster III N= 49	Cluster IV N= 35	Cluster V N= 36	Cluster VI N= 43	Gesamt N=319
<u>Klassifizierende Merkmale</u>							
Coping mit Medikamenten	36.20	46.28	36.20	85.17	36.20	87.16	49.99
Coping mit Alkohol	38.70	50.07	38.70	47.75	89.06	60.61	50.08
Coping mit Essen	31.05	41.35	82.71	31.05	54.59	81.41	50.01
Coping mit Tabak	36.65	90.21	38.50	37.95	36.65	51.76	47.34
<u>Beschreibende Merkmale</u>							
Alter	43.3	38.5	41.8	48.5	46.5	43.7	43.3
Gebrauch von:							
Schmerzmitteln	1.55	1.49	1.48	1.63	1.61	1.77	1.58
Grippemitteln	1.61	1.63	1.41	1.49	1.75	1.63	1.59
Rheumamitteln	1.39	1.16	1.24	1.51	1.08	1.30	1.30
Beruhigungsmitteln	1.39	1.47	1.24	1.94	1.19	1.51	1.44
Schlafmitteln	1.22	1.18	1.16	1.51	1.08	1.35	1.24
Aufputzmitteln	1.18	1.24	1.10	1.06	1.11	1.09	1.14
Schlankeitsmitteln	1.25	1.12	1.00	1.11	1.17	1.28	1.17
Nicht ohne Schlaf- und Beruhigungsmittel aus-							
kommen	1.18	1.39	1.16	2.00	1.22	1.49	1.34
Arzneimittel, um leistungsfähig zu sein							
	1.34	1.53	1.50	1.94	1.44	1.95	1.55
Häufigkeit Bier (l)							
	0.86	1.73	1.08	1.03	2.28	1.68	1.32
Häufigkeit Wein/Sekt (cl)							
	1.30	1.48	1.43	1.19	2.33	1.53	1.48
Häufigkeit Spirituosen (cl)							
	0.58	0.85	0.59	0.83	1.75	0.97	0.83
Menge Bier							
	1.84	3.23	2.08	1.80	3.99	3.37	2.53
Menge Wein/Sekt							
	30.66	33.06	29.76	25.29	43.64	36.32	32.53
Menge Spirituosen							
	1.45	1.71	1.59	1.77	2.50	2.05	1.75
Häufigkeit Zigaretten							
	0.32	1.00	0.24	0.54	0.17	0.49	0.44
Menge Zigaretten							
	0.94	14.81	0.63	0.66	1.38	3.37	3.37
Angst vor Abhängigkeit von							
Medikamenten							
	2.8	12.2	0.0	11.4	2.8	7.0	5.3
Alkohol							
	0.9	10.2	0.0	0.0	2.8	0.0	2.2
Zigaretten							
	0.0	14.3	0.0	2.9	0.0	4.7	3.1
Drogen							
	3.7	10.2	4.1	0.0	0.0	0.0	3.4
Umgebungsbelastung							
	0.91	1.20	0.78	0.60	1.19	1.12	0.96
Zeitliche Belastung							
	4.30	4.68	4.82	4.79	3.94	4.63	4.50
Konflikte							
	8.64	10.12	9.43	9.80	11.55	10.63	9.71
Kinder unter 6 Jahren							
	21.50	22.40	26.50	20.00	5.60	30.20	21.60
Beanspruchung/Unzufrieden-							
heit	9.06	9.44	9.34	9.43	9.56	9.79	9.36
Soziale Unterstützung							
	18.87	19.02	19.22	17.00	18.11	16.77	18.37
Früher nicht erwerbstätig							
	53.3	38.8	57.1	54.3	52.8	48.8	51.1

	Cluster I N=107	Cluster II N= 49	Cluster III N= 49	Cluster IV N= 35	Cluster V N= 36	Cluster VI N= 43	Gesamt N=319
<u>Beschwerden</u>							
Erschöpfung	16.8	30.6	28.6	48.6	30.6	39.5	28.8
Schmerz	34.6	36.7	36.7	42.9	33.3	51.2	38.2
Depressivität	5.35	6.08	5.61	5.74	7.75	7.67	6.13
Nervenbeschwerden	11.2	24.5	12.2	42.9	11.1	37.2	20.4
Angst	1.51	2.28	1.88	2.54	2.22	2.81	2.14
Herz-/Kreislaufbeschwerden	29.9	28.6	22.4	57.1	22.2	41.9	32.3
Schlafstörungen	7.5	4.1	10.2	17.1	2.8	14.0	8.8
Grippe	14.0	28.6	22.4	5.7	36.1	41.9	22.9
<u>Familienstand</u>							
Ledig	0.9	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6
Verheiratet	89.7	81.6	89.8	85.7	86.1	95.3	88.4
Geschieden	2.8	6.1	0.0	2.9	2.8	0.0	2.5
Verwitwet	6.5	10.2	10.2	11.4	8.3	4.7	8.2
<u>Schulbildung</u>							
Ohne Lehre	44.9	36.7	26.5	54.3	30.6	53.5	41.4
Lehre/Fachschule	32.7	46.9	51.0	22.9	44.4	34.9	38.2
Höhere Schule	18.7	8.2	18.4	14.3	19.4	9.3	15.4
Abitur	0.9	2.0	2.0	5.7	2.8	2.3	2.2
Studium	2.8	4.1	0.0	2.9	2.8	0.0	2.2

Rolle spielen. Soziale Unterstützung ist nur in diesen Clustern vermindert; Beschwerden treten gehäuft auf. Die Gruppen, in denen entweder keine substanzbezogene Bewältigung angegeben wird, in denen bei Belastungen die Neigung zu Essen oder in denen die Neigung zum Rauchen vorkommt, zeigen keine Auffälligkeiten hinsichtlich Belastung, Beanspruchung und sozialer Unterstützung (Tabelle 2.3.2.4.).

Die Angaben über den Konsum von Alkohol, Medikamenten und Tabak stimmen mit Ausnahme des Clusters VI gut mit der jeweiligen Bereitschaft zur substanzbezogenen Bewältigung überein.

Die Betrachtung der substanzbezogenen Bewältigung als intervenierende Variable zwischen den Bedingungen und dem Medikamentenkonsum hat daher keine zusätzlichen Erkenntnisse gebracht. Dies zeigt u.E. für die Gruppe der Hausfrauen, daß entweder keine Risiken in den Lebensbedingungen vorliegen, oder daß eine Querschnittsuntersuchung wie die vorliegende, in der zudem einige relevante Einflußfaktoren nicht berücksichtigt sind, nur wenig geeignet erscheint, Risiken des Medikamentengebrauchs ohne Zweifel zu ermitteln.

Wir denken jedoch, daß es für die Populationen der berufstätigen Frauen und Männer leichter ist, Risiken für den Gebrauch von Schmerz-, Rheuma-, Beruhigungs- und Schlafmitteln zu identifizieren bzw. zu überprüfen, da die Belastungsstrukturen zum einen einseitiger, einschränkender und intensiver, und zum anderen stärker normativ gesetzt sind. In der Gruppe der Hausfrauen dagegen - so vermuten wir - bestimmen individuelle Motivation und Bewältigungskompetenz, die hier nicht erfaßt wurden, wie die zumindest teilweise beeinflussbare Situation der Hausarbeit gestaltet wird.

### 2.3.3. MEDIKAMENTENEINNAHME BELASTUNGEN UND BESCHWERDEN BEI BERUFSTÄTIGEN FRAUEN

Während wir im vorangehenden Abschnitt die Bedingungen des Gebrauchs von Medikamenten bei Hausfrauen analysiert und diskutiert haben, wollen wir im folgenden auf die Gruppe der berufstätigen Frauen eingehen. Bei ihnen konnten wir zusätzlich zu den Belastungen der Hausarbeit auch einige spezielle Anforderungen der Erwerbstätigkeit berücksichtigen. Dazu zählen vor allem die Handlungsspielräume, weiterhin Belastung durch Unterforderung sowie Nacht- bzw. Schichtarbeit.

#### 2.3.3.1. ZUSAMMENHANGSANALYSE

Cluster BF I: "durchschnittlich belastete gesunde Nicht-Verbraucherinnen"

Der Gebrauch von Medikamenten ist in dieser Gruppe deutlich geringer als im Mittel, ebenso die Beschwerdeangaben (Tabelle 2.3.3.1.). Belastungen, Beanspruchung und soziale Unterstützung sind durchschnittlich ausgeprägt.

Cluster BF II: "belastete Durchschnittsverwenderinnen"

Die Gruppe nimmt etwas häufiger Beruhigungsmittel und weniger Grippemittel. Die anderen Präparatgruppen werden durchschnittlich verwendet. Die Neigung, bei Problemen zu essen, ist erhöht. Die Arbeits- und Lebensbedingungen sind durch geringen Handlungsspielraum, durch mehr Unterforderung, mehr zeitliche Belastung, mehr Konflikte und Beanspruchung gekennzeichnet. Insgesamt stellt sich die Gruppe als sehr belastet dar, mit einer Ausnahme, den Umgebungsbelastungen. Die Frauen dieses Clusters erfahren hingegen mehr soziale Unterstützung,

Tabelle 2.3.3.1. Verteilung von Häufigkeiten und Mittelwerten  
in sechs Clustern bei berufstätigen Frauen

	Cluster BF I N= 80	Cluster BF II N= 50	Cluster BF III N= 70	Cluster BF IV N= 35	Cluster BF V N= 44	Cluster BF VI N= 46	Gesamt BF N=325
<b>Klassifizierende Merkmale</b>							
<u>Gebraucherinnen von:</u>							
Schmerzmitteln	27.5	52.0	41.4	45.7	70.5	82.6	49.8
Grippemitteln	0.0	20.0	100.0	51.4	40.9	95.7	49.2
Rheumamitteln	0.0	20.0	4.3	37.1	25.0	26.1	15.1
Beruhigungsmitteln	0.0	34.0	0.0	8.6	77.3	37.0	21.8
Schlafmitteln	0.0	10.0	0.0	28.6	72.7	26.1	18.2
Aufputzmitteln	1.2	6.0	8.6	14.3	13.6	13.0	8.3
Schlankheitsmitteln	1.2	8.0	11.4	14.3	40.9	10.9	12.6
<u>Bedingungen</u>							
Handlungsspielraum	53.7	28.0	65.7	68.6	15.9	28.3	45.2
Unterforderung	21.2	36.0	32.9	22.9	27.3	13.0	25.8
Zeitliche Belastung	37.5	70.0	42.9	40.0	18.2	82.6	47.7
Umgebungsbelastungen	47.5	32.0	41.4	37.1	47.7	76.1	46.8
Konflikte	47.5	68.0	51.4	0.0	63.6	71.7	52.0
Kinder unter 6 Jahren	6.2	14.0	4.3	0.0	6.8	10.9	7.1
Soziale Unterstützung	42.5	76.0	48.6	42.9	38.6	41.3	48.3
Beanspruchung/ Unzufriedenheit	46.2	70.0	42.9	8.6	36.4	82.6	48.9
<u>Beschwerden</u>							
Erschöpfung	21.2	60.0	22.9	0.0	43.2	89.1	37.8
Schmerz	13.7	36.0	15.7	42.9	34.1	89.1	34.2
Depressivität	17.5	38.0	14.3	11.4	36.4	52.2	26.8
Nervenbeschwerden	0.0	28.0	5.7	2.9	25.0	63.0	18.2
Angst	20.0	96.0	30.0	20.0	18.2	45.7	37.2
Herz-/Kreislaufbeschwerden	15.0	36.0	4.3	60.0	38.6	50.0	28.9
Schlafstörungen	0.0	6.0	0.0	11.4	0.0	23.9	5.5
Grippe	0.0	10.0	50.0	28.6	22.7	54.3	26.2
<b>Beschreibende Merkmale</b>							
Alter (Mittelwert)	39.3	39.8	32.1	44.4	37.5	43.5	38.7
Coping mit Medikamenten (Mittelwert)	0.01	0.50	0.26	0.40	0.68	0.87	0.39
Coping mit Alkohol (Mittelwert)	0.70	0.68	0.81	0.34	1.20	0.83	0.77
Coping mit Essen (Mittelwert)	0.98	1.68	0.73	0.91	0.90	0.57	0.96
Coping mit Tabak (Mittelwert)	1.65	2.14	2.34	1.37	2.11	3.35	2.15
<u>Familienstand</u>							
Ledig	21.2	8.0	40.0	22.9	31.8	19.6	24.6
Verheiratet	58.7	66.0	41.4	57.1	45.5	37.0	51.1
Geschieden	12.5	12.0	11.4	11.4	13.6	37.0	15.7
Verwitwet	5.0	12.0	7.1	8.6	9.1	6.5	7.7
<u>Schulbildung</u>							
Ohne Lehre	20.0	22.0	14.3	17.1	13.6	34.8	20.0
Lehre/Fachschule	37.5	44.0	41.4	37.1	43.2	23.9	38.2
Höhere Schule	27.5	28.0	31.4	31.4	36.4	26.1	29.8
Abitur	3.7	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	1.2
Studium	8.7	6.0	8.6	2.9	4.5	13.0	7.1

ein größerer Anteil von ihr ist verheiratet. Unter den Beschwerden dominiert der Angstindex (96 Prozent). Weiterhin leiden sie unter Erschöpfung, Nervenbeschwerden und geringem Selbstwertgefühl.

#### Cluster BF III: "Grippe und Grippemittel"

Alle Frauen dieses Clusters haben im letzten Vierteljahr vor der Befragung Grippemittel verwandt, der Anteil der an Grippe Erkrankten ist erhöht. Der Verbrauch der anderen Mittel ist unter- bis durchschnittlich. Sie verfügen über einen größeren Handlungsspielraum; Belastungen, Beanspruchung und soziale Unterstützung sind durchschnittlich ausgeprägt. Der Anteil der Ledigen ist entsprechend dem geringeren Altersdurchschnitt erhöht (Tabelle 2.3.3.1.).

#### Cluster BF IV: "unbelastete Rheumamittel-Verwenderinnen"

Neben Rheumamitteln verwendet diese Gruppe auch Schlafmittel häufiger. Das Cluster hat vermehrt Handlungsspielräume, weniger Belastungen und Beanspruchung. Alle psychischen Symptome wie Depressivität, Nervenbeschwerden, Angst sowie Erschöpfung sind verringert, Herz-/Kreislaufbeschwerden dagegen deutlich erhöht. Erstaunlicherweise liegen die Schmerzangaben trotz des Rheumamittelgebrauchs im Durchschnittsbereich. Die Neigung, bei Problemen Alkohol zu verwenden oder zu rauchen ist verringert.

#### Cluster BF V: "geringer Handlungsspielraum und vielfältiger Gebrauch"

Deutlich ausgeprägt ist in dieser Gruppe der Gebrauch von Schmerz-, Beruhigungs-, Schlaf- und Schlankheitsmitteln. Die Frauen geben häufiger an, nicht ohne Schlaf- und Beruhigungsmittel auskommen zu können und daß sie bei Problemen Alkohol und Medikamente verwenden würden (Tabelle 2.3.3.1.). Die Handlungsspielräume bei der Arbeit sind deutlich verringert. Sie haben keine zeitliche Belastung, weniger Beanspruchungsgefühle, wohl aber vermehrt Konflikte und auch eher



geringe soziale Unterstützung. Die Beschwerdeangaben sind durchschnittlich.

Cluster BF VI: "belastete Schmerz- und Beruhigungsmittelverwenderinnen"

Die Gruppe läßt sich dadurch typisieren, daß alle Analgetika (Schmerz-, Rheuma- und Grippemittel) sowie Beruhigungsmittel häufiger verwendet werden. Häufiger als im Mittel gibt diese Gruppe auch an, nicht ohne Schlaf- und Beruhigungsmittel auszukommen und Arzneien zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit zu nehmen. Sie sind eher bereit, bei Problemen Medikamente zu nehmen und zu rauchen. Die Arbeits- und Lebenssituation ist restriktiv: verminderte Handlungsspielräume, Konflikte, Umgebungsbelastungen und zeitliche Belastung. Entsprechend sind die Beanspruchungsgefühle überdurchschnittlich. Fast alle Beschwerdeangaben sind häufiger (Tabelle 2.3.3.1.). Der Anteil an Geschiedenen ist deutlich höher. Unter dieser Gruppe berufstätiger Frauen sind diejenigen ohne Berufsausbildung überrepräsentiert.

#### Interpretation der Zusammenhänge

Den Annahmen über die Bedeutung von Belastungen, Handlungsspielräumen und sozialer Unterstützung entsprechend finden sich in den Gruppen BF V und BF VI eher restriktive Bedingungen und nur durchschnittliche soziale Unterstützung im Zusammenhang mit erhöhtem Medikamentenkonsum. Ein Vergleich mit dem Cluster BF I zeigt, daß insbesondere hohe Handlungsspielräume und weniger Konflikte als auch weniger Beschwerden vor Medikamentengebrauch schützen. In Cluster BF II, das ähnlich restriktive Bedingungen wie Cluster BF VI hat (Konflikte, zeitliche Belastungen, Beanspruchungsgefühle und geringe Handlungsspielräume) stellt die häufiger vorhandene soziale Unterstützung offensichtlich einen Puffer dafür dar, daß die Bedingungen zu einem erhöhten Medikamentenkonsum führen. Der Häufigkeit sozialer Unterstützung

entsprechend unterscheiden sich die beiden Gruppen auch im Familienstand. In Cluster BF VI sind mehr geschiedene, in Cluster BF II mehr verheiratete berufstätige Frauen (Tabelle 2.3.3.1.).

Besondere Merkmalskonstellationen kennzeichnen die Cluster BF III und BF IV (Tabelle 2.3.2.1.). Die Verwenderinnen von Grippemitteln haben hohe Handlungsspielräume und abgesehen von der grippalen Infektion wenig Beschwerden. Wir erklären diese Besonderheit mit dem geringen Durchschnittsalter der Gruppe - junge Arbeitnehmerinnen haben höhere Handlungsspielräume (vgl. Abschnitt 2.2.) - und sehen darin keine kausale Struktur.

Auch bei den Rheumamittel- Konsumentinnen (Cluster BF IV) sind die Handlungsspielräume vermehrt; Belastungen, Beanspruchung und Beschwerden seltener vorhanden. Wir vermuten, daß sich diese eher günstigen Bedingungen der Gruppe in der Folge einer Erkrankung ergeben haben.(1)

Für einen Vergleich mit der Population der Hausfrauen schließen wir aufgrund der Besonderheiten - wie auch schon in jener Population - die beiden letztgenannten Cluster aus. Dabei zeigen sich aus dem Blickwinkel der sozialen Bedingungen betrachtet Abweichungen gegenüber den Hausfrauen. Es gibt bei den berufstätigen Frauen keine "unbelasteten" Nicht-Verwender und keine unbelasteten Vielfachverwender. Dies liegt offensichtlich daran, daß es "unbelastete" berufstätige Frauen nicht gibt. Übereinstimmend mit den Hausfrauen gibt es jedoch eine Gruppe mit extrem ungünstigen Bedingungen, die auch viele Medikamente verwendet (Cluster BF VI) und die belasteten Frauen mit sozialer Unterstützung, die durchschnittlich

---

(1) Ein entsprechender "sekundärer Krankheitsgewinn" für "Rheumamittelkonsumentinnen" wurde von ELLINGER et al. (1984) in Bezug auf eine rheumatische Erkrankung, die soziale Unterstützung und das Bewältigungsverhalten beschrieben.

Medikamente nehmen (Cluster BF II). Anders als in der Population der Hausfrauen stellt daher für die berufstätigen Frauen das Problem einer Kurvilinearität des Zusammenhangs (Unterforderung und Überforderung) nicht.

Bei den Hausfrauen waren wir auf das Problem eines "multiple outcome" gestoßen: gerade in belasteten Gruppen können Medikamente und Alkohol alternativ verwendet werden. Bei den berufstätigen Frauen kann dies eine Rolle spielen beim Cluster BF II, das zwar belastet ist, aber vergleichsweise wenig Medikamente nimmt. Die Verteilung der Konsumhäufigkeiten bzw. -mengen auf die sechs Cluster zeigt jedoch (vgl. Tabelle 2.3.3.2.), daß in Cluster BF II nicht mehr Alkohol als in den anderen Gruppen gebraucht wird.

Nachdem in der Clusteranalyse untergruppenspezifische Zusammenhänge untersucht wurden, soll im folgenden Abschnitt die Stärke der Beziehung zwischen ausgewählten Bedingungen und Medikamentengebrauch ermittelt werden.

#### 2.3.3.2. STRATIFIZIERTE ANALYSE SCHMERZ- SCHLAF- UND BERUHIGUNGSMITTEL

Für Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel wollen wir in einer stratifizierten Analyse untersuchen, welche Rolle die Faktoren:

- Handlungsspielräume,
- zeitliche Belastung,
- Konflikte,
- soziale Unterstützung und
- Beanspruchung

unter statistischer Kontrolle von Schmerz, depressiven Verstimmungen und Alter spielt. Dazu wurden die Variablen überwiegend so

Tabelle 2.3.3.2. Alkoholkonsum (Häufigkeiten bzw. Mittelwerte) in sechs Clustern bei berufstätigen Frauen

	Cluster BF I	Cluster BF II	Cluster BF III	Cluster BF IV	Cluster BF V	Cluster BF VI	Chi <sup>2</sup> -bzw. F-Test
Anteil wöchentlicher bis täglich Bierkonsumentinnen	20.0	20.0	13.0	22.9	20.9	11.4	Chi <sup>2</sup> = 3.65; p=.60
Anteil wöchentlicher bis täglich Wein-/Sekt Konsumentinnen	17.5	20.0	18.8	25.7	20.9	27.3	Chi <sup>2</sup> = 2.33; p=.80
Anteil wöchentlicher bis täglich Spirituosenkonsumentinnen	10.0	12.0	8.7	5.7	16.3	6.8	Chi <sup>2</sup> = 3.45; p=.63
Einschätzung des Alkoholkonsums als "viel" bzw. "zuviel"	1.3	0.0	1.4	2.9	4.7	2.3	Chi <sup>2</sup> = 3.2; p=.67
Menge Bier	2.3	3.1	3.4	2.9	3.4	3.5	F = .78; p=.56
Menge Wein/Sekt	34.4	35.3	34.8	35.5	39.4	38.2	F = .24; p=.94
Menge Spirituosen	1.7	3.0	2.4	2.5	3.0	2.8	F = 1.29; p=.27

dichotomisiert, daß jeweils etwa 50 Prozent in beiden Gruppen sind (vgl. Tabelle 2.3.3.1.).

Die zu prüfenden Hypothesen sind zum einen, daß

- zeitliche Belastung,
- Konflikte und
- Beanspruchung

ein Risiko für den Gebrauch von Medikamenten darstellen. Zum anderen nehmen wir an, daß Handlungsspielräume und soziale Unterstützung schützende Faktoren sind (vgl. Kapitel 1).

Wie die stratifizierte Analyse zeigt, können diese Hypothesen bezüglich der Belastungen und sozialer Unterstützung für die Gruppe der berufstätigen Frauen hier nicht bestätigt werden (vgl. Tabellen 2.3.3.3. und 2.3.3.4.). Für zeitliche Belastungen widerspricht dieses Ergebnis einer früheren Studie, in der jedoch zeitliche Belastung nicht ausschließlich subjektiv und spezifischer bestimmt wurde (vgl. ELLINGER, KARMAUS 1984). Von den vermuteten schützenden Faktoren kommt dem Handlungsspielraum für Beruhigungsmittel und Schmerzmittel ein signifikanter und für Schlafmittel ein schwacher Effekt zu. Die folgenden Abbildungen 2.3.3.1. bis 2.3.3.3. veranschaulichen diese Zusammenhänge.

### 2.3.3.3. ZUSAMMENFASSUNG

Die Ergebnisse der Clusteranalyse haben verdeutlicht, daß ein erhöhter unspezifischer Konsum an Medikamenten mit einem Bündel ungünstiger Bedingungen im Zusammenhang steht. Dazu zählen erhöhte Belastungen, geringe Handlungsspielräume und geringe soziale Unterstützung. Die Suche nach singulären Einflußfaktoren innerhalb dieses Bündels zeigt, daß allein der Mangel an Handlungsspielräumen für berufstätige Frauen eine signifikante Rolle spielt.

Tabelle 2.3.3.3.: Stratifizierte Analyse und Schätzung eines übergreifenden Zusammenhangsmaßes (Odds-Ratio) für Schmerzmittel

Medikament	unabhängige Variable	Kontrollvariablen	Odds-Ratio; 95-Prozent Vertrauens- intervall
Schmerz- mittel	Mangel an Handlungs- spielraum	Beanspruchung	1.73 (\$) (+)
		Schmerz	1.07 bis
		Alter	2.8
	zeitliche Belastung	Mangel an Hand- lungsspielraum	.84 (\$)
		Schmerz	.52 bis
	Soziale Unter- stützung	Schmerz	1.34
		Alter	.84 (\$)
	Beanspruchung	Schmerz	.52 bis
		Alter	1.36
	Mangel an Hand- lungsspielraum	Schmerz	.92 (\$)
Alter		.57 bis	
Konflikt	Schmerz	1.49	
	Alter	1.3(\$)	
Depressive Ver- stimmung	Schmerz	.80 bis	
	Alter	2.1	
Soziale Unter- stützung	Schmerz	1.37 (\$)	
	Alter	0.85 bis	
Mangel an Hand- lungsspielraum	Schmerz	2.19	
	Alter	1.07 (\$)	
Soziale Unterstützung	Schmerz	.66 bis	
	Alter	1.73	

(\$) In den einzelnen Strata haben die Odds-Ratios unterschiedliche Richtungen (größer und kleiner als 1), daher ist es eigentlich nicht zulässig, ein Odds-Ratio über alle Strata zu berechnen.

(+) signifikant (5% Niveau)

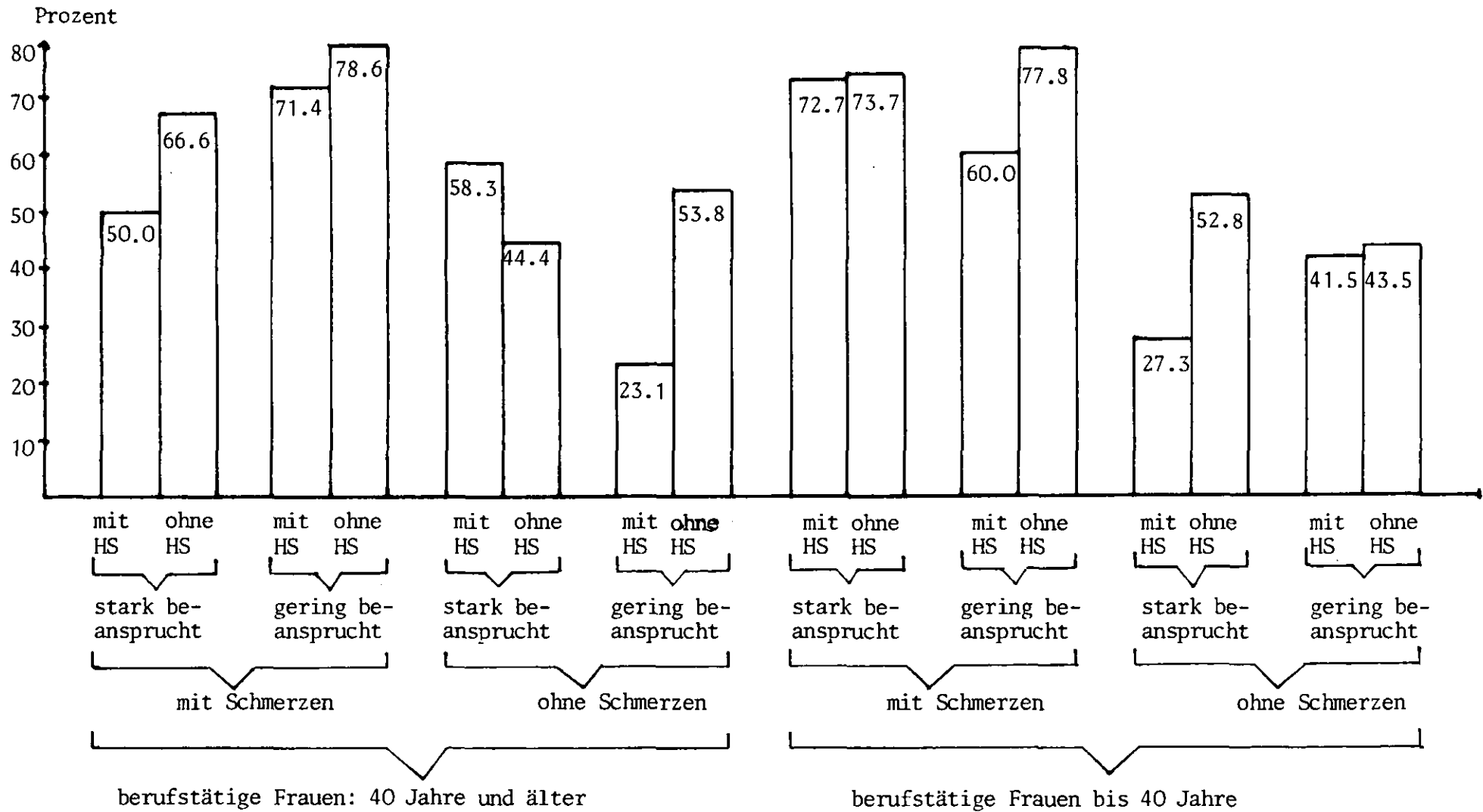
Tabelle 2.3.3.4. Stratifizierte Analyse und Schätzung eines übergreifenden Zusammenhangsmaßes (Odds-Ratio) für Beruhigungsmittel und Schlafmittel

Medikament	unabhängige Variable	Kontrollvariablen	Odds-Ratio; 95-Prozent Vertrauens- intervall
Beruhi- gungs- mittel	Mangel an Handlungs- spielraum	Soziale Unter- stützung Depressive Verstimmung Alter	2.77 (+)  1.51 bis 5.08
	Konflikt	Mangel an Hand- lungsspielraum Depressive Ver- stimmung Alter	.98 (\$)  .56 bis 1.73
		Soziale Unter- stützung Depressive Ver- stimmung Alter	.99 (\$)  .56 bis 1.74
	Mangel an sozialer Unterstützung	Mangel an Hand- lungsspielraum Depressive Verstimmung Alter	.68 (\$)  .38 bis 1.19
	zeitliche Belastung	Mangel an Hand- lungsspielraum Schmerz Alter	.96 (\$)  .55 bis 1.67
Schlaf- mittel	Mangel an Handlungs- spielraum	Konflikt Soziale Unter- stützung Alter	1.7 (\$)  .92 bis 3.13

(\$) In den einzelnen Strata haben die Odds-Ratios unterschiedliche Richtungen (größer und kleiner als 1), daher ist es eigentlich nicht zulässig, ein Odds-Ratio über alle Strata zu berechnen.

(+) signifikant (5%)-Niveau

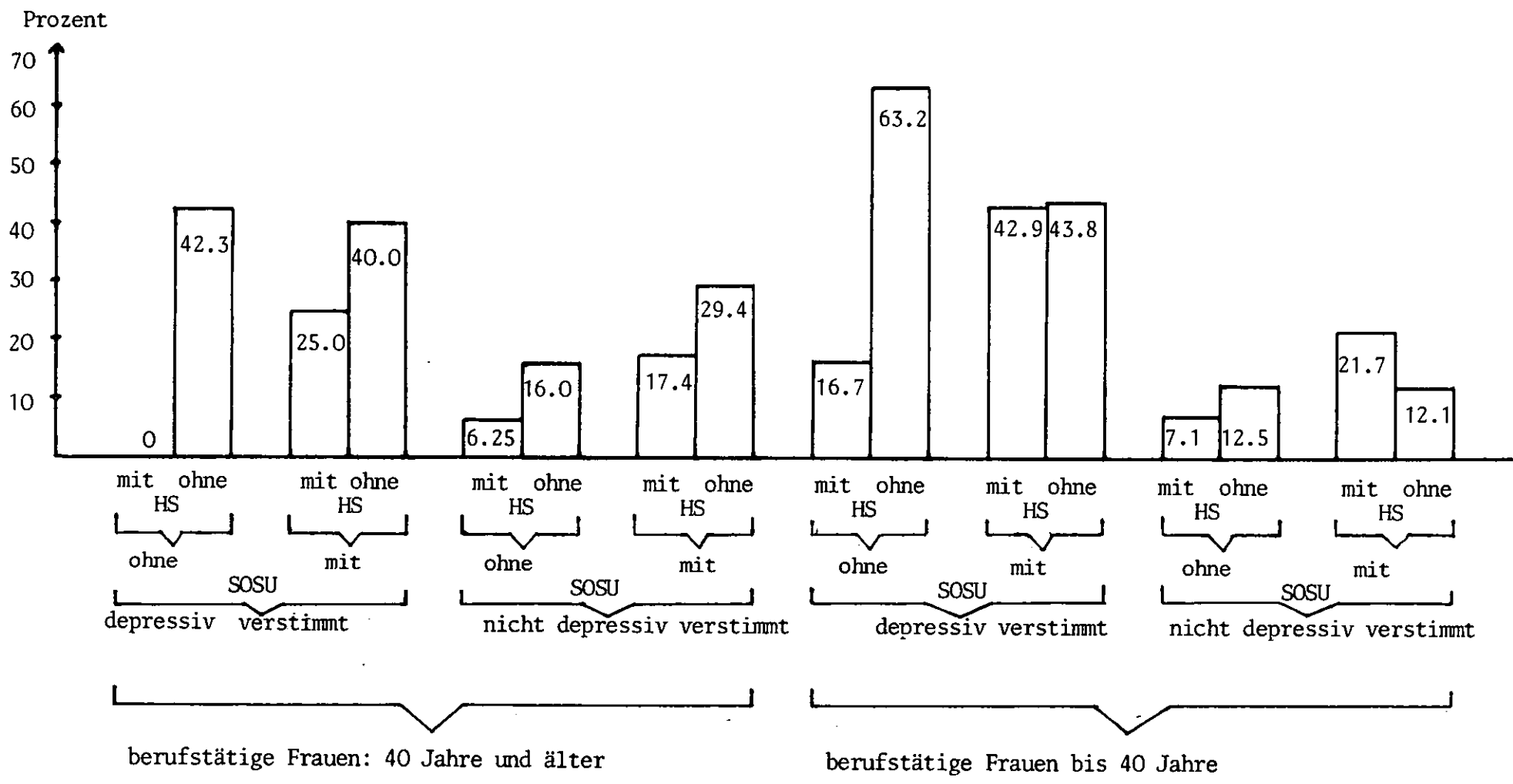
Abb. 2.3.3.1. Zusammenhang zwischen Schmerzmittelkonsum und Handlungsspielraum kontrolliert nach Beanspruchung, Schmerzen und Alter



HS = Handlungsspielraum



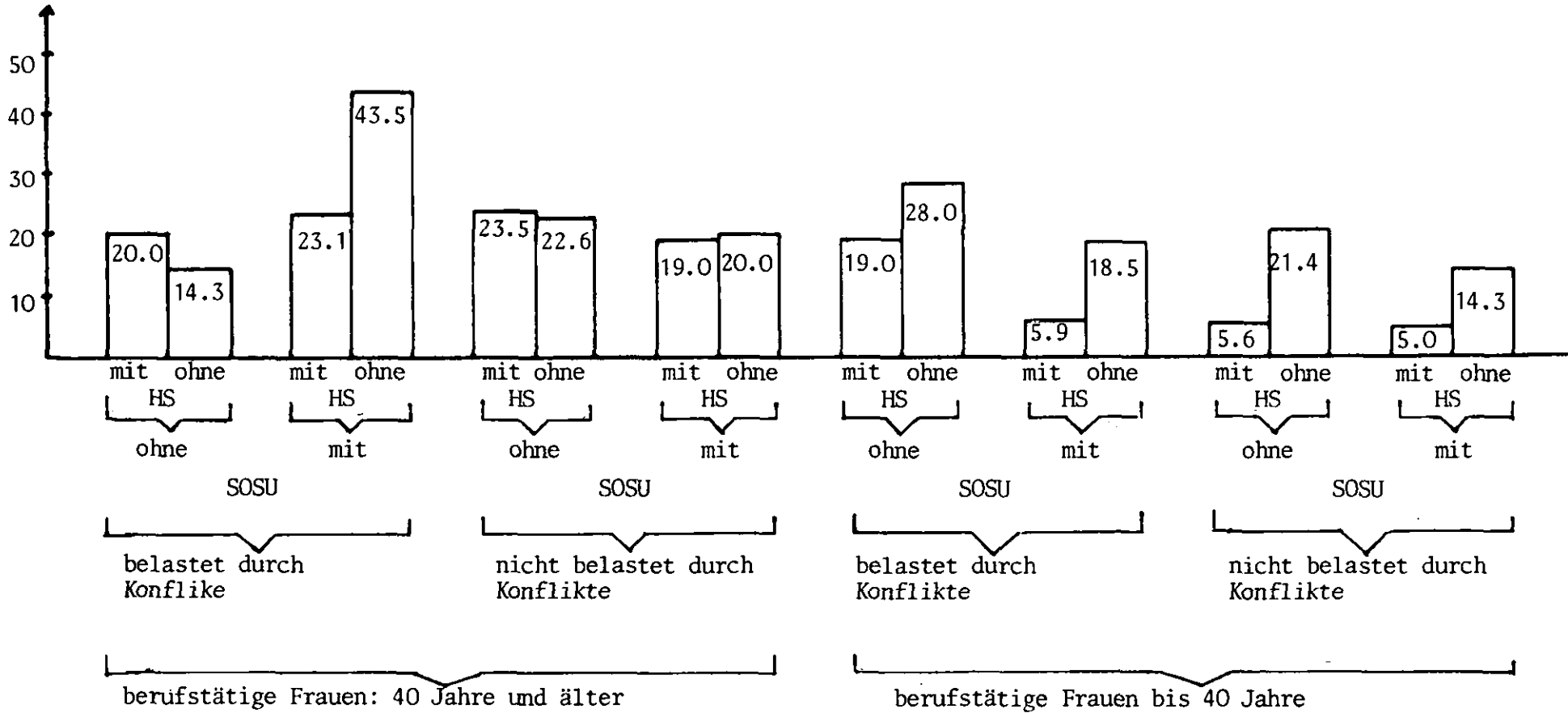
Abb. 2.3.3.2. Zusammenhang zwischen Beruhigungsmittelkonsum und Handlungsspielraum kontrolliert nach sozialer Unterstützung, depressiver Verstimmung und Alter



HS = Handlungsspielraum      SOSU = soziale Unterstützung

Abb. 2.3.3.3. Zusammenhang zwischen Schlafmittelkonsum und Handlungsspielraum kontrolliert nach sozialer Unterstützung, Belastung durch Konflikte und Alter

Prozent Schlafmittel-Verwender



HS = Handlungsspielraum

SOSU = soziale Unterstützung

### 2.3.4. MEDIKAMENTENEINNAHME, BELASTUNGEN UND BESCHWERDEN BEI BERUFSTÄTIGEN MÄNNERN

#### 2.3.4.1. ZUSAMMENHANGSANALYSE

Cluster BM I: "unbelastete, durchschnittlich erkrankte Nicht-Gebraucher"

In diesem Cluster treten unterdurchschnittliche Belastungen und Beanspruchung, erhöhte Handlungsspielräume und durchschnittliche soziale Unterstützung gemeinsam mit einem verringertem Medikamentenkonsum auf (Tabelle 2.3.4.1.).

Cluster BM II: "gering belastete, beschwerdefreie Nicht-Gebraucher"

Diese Gruppe zeigt ein Merkmalsprofil auf, daß dem ersten Cluster sehr stark ähnelt. Unterschiede bestehen in einer verringerten Umgebungsbelastung, etwas geringeren Handlungsspielräumen und deutlich verminderten Beschwerdeangaben (weniger als 10 Prozent) in diesem Cluster.

Cluster BM III: "belastete Nicht-Verwender mit wenig Beschwerden"

In der Gruppe finden sich erhöhte Belastungs- und Beanspruchungswerte, verringerte Handlungsspielräume sowie wenig Beschwerden und Medikamenteneinnahme.

Cluster BM IV: "belastete und erkrankte Schmerzmittelverwender"

Wie die vorangehende Gruppe zeigt sich auch hier eine ungünstige Belastungskonstellation. In dieser Gruppe mit einem geringen Durchschnittsalter (37.4 Jahre) sind fast alle Beschwerden deutlich erhöht, insbesondere geben alle ein verringertes Selbstwertgefühl an. 55 bzw. 60 Prozent verwenden Schmerz- und Grippemittel.

Tabelle 2.3.4.1. Verteilung von Häufigkeiten und Mittelwerten  
in acht Clustern bei berufstätigen Männern

	Cluster BM I N= 75	Cluster BM II N= 69	Cluster BM III N= 100	Cluster BM IV N= 44	Cluster BM V N= 89	Cluster BM VI N= 65	Cluster BM VII N= 47	Cluster BM VIII N= 61	Gesamt BM N= 550
<b>Klassifizierende Merkmale</b>									
<u>Gebraucher von:</u>									
Schmerzmitteln	2.7	15.9	20.0	54.5	47.2	61.5	59.6	59.0	36.9
Grippemitteln	38.7	0.0	0.0	61.4	100.0	43.1	63.8	42.6	41.6
Rheumamitteln	6.7	1.4	3.0	2.3	0.0	29.2	100.0	37.7	18.0
Beruhigungsmitteln	5.3	0.0	3.0	11.4	11.2	0.0	14.9	100.0	16.4
Schlafmitteln	0.0	2.9	8.0	9.1	12.4	6.2	25.5	63.9	14.5
Aufputzmitteln	1.3	1.4	5.0	11.4	9.0	4.6	44.7	26.2	10.9
Schlankheitsmitteln	0.0	0.0	2.0	6.8	6.7	1.5	34.0	24.6	7.8
<u>Bedingungen</u>									
Handlungsspielraum	78.7	60.9	43.0	47.4	57.3	23.1	70.2	36.1	52.0
Unterforderung	0.0	21.7	28.0	29.5	36.0	24.6	29.8	9.8	22.5
Zeitliche Belastung	10.7	42.0	61.0	61.4	55.1	67.7	46.8	65.6	50.9
Umgebungsbelastungen	48.0	0.0	72.0	72.7	25.8	83.1	31.9	60.7	48.9
Konflikte	32.0	14.5	67.0	90.0	52.8	53.8	53.2	52.5	50.9
Kinder unter 6 Jahren	10.7	11.6	19.0	20.5	14.6	9.2	29.8	3.3	14.4
Nacht-/Schichtarbeit	6.7	5.8	15.0	13.6	10.1	18.5	2.1	6.6	10.2
Soziale Unterstützung	60.0	62.3	58.0	45.5	42.7	63.1	53.2	27.9	52.2
Beanspruchung/ Unzufriedenheit	0.0	20.3	65.0	93.2	56.2	64.6	36.2	55.7	47.8
<u>Beschwerden</u>									
Erschöpfung	25.3	0.0	20.0	65.9	30.3	49.2	14.9	36.1	28.4
Schmerz	18.7	7.2	0.0	38.6	5.6	95.4	42.6	44.3	27.3
Depressivität	18.7	0.0	19.0	100.0	3.4	0.0	31.9	29.5	20.5
Nervenbeschwerden	10.7	0.0	4.0	22.7	9.0	18.5	6.4	47.5	13.5
Angst	49.3	0.0	35.0	61.4	23.6	26.2	23.4	44.3	31.8
Herz-/Kreislaufbeschwerden	25.3	5.8	9.0	31.8	14.6	44.6	12.8	44.3	22.0
Schlafstörungen	0.0	0.0	3.0	4.5	3.4	9.2	2.1	11.5	4.0
Grippe	32.0	0.0	5.0	38.6	48.3	24.6	25.5	18.0	23.3
<b>Beschreibende Merkmale</b>									
Alter (Mittelwert)	40.6	37.3	40.5	37.4	38.1	43.9	41.0	45.6	40.5
<u>Coping mit</u>									
Medikamenten (Mittelwert)	0.08	0.06	0.25	0.50	0.20	0.25	0.15	1.59	0.37
Alkohol (Mittelwert)	1.25	1.10	1.62	1.75	1.46	1.42	1.55	1.62	1.46
Essen (Mittelwert)	0.33	0.26	0.31	0.45	0.51	0.37	0.47	1.51	0.50
Tabak (Mittelwert)	2.32	1.91	2.17	2.68	2.57	1.55	1.36	1.26	2.02
<u>Familienstand</u>									
Ledig	26.7	24.6	15.0	22.7	23.6	10.8	6.4	23.0	19.5
Verheiratet	68.0	71.0	78.0	68.2	65.2	84.6	89.4	72.1	74.0
Geschieden	4.0	1.4	5.0	4.5	10.1	4.6	2.1	4.9	4.9
Verwitwet	0.0	1.4	2.0	2.3	0.0	0.0	2.1	0.0	0.9
<u>Schulbildung</u>									
Ohne Lehre	9.3	7.2	14.0	9.1	2.2	16.9	8.5	8.2	9.5
Lehre/Fachschule	58.7	52.2	58.0	54.5	57.3	52.3	53.2	55.7	55.6
Höhere Schule	18.7	30.4	17.0	25.0	22.5	21.5	25.5	26.2	22.7
Abitur	4.0	1.4	2.0	2.3	4.5	1.5	4.3	1.6	2.7
Studium	8.0	5.8	9.0	4.5	11.2	6.2	6.4	6.6	7.6

Cluster BM V: "grippekranke Grippemittelbenutzer"

Diese Gruppe ist fast ausschließlich durch erhöhten Grippemittelkonsum und Grippe gekennzeichnet.

Cluster BM VI: "Schmerz- und Rheumamittelverwender mit Schmerzen und ungünstigen Bedingungen"

Diese Gruppe ist deutlich charakterisiert durch erhöhte Umgebungs- und zeitliche Belastung sowie verringerten Handlungsspielraum. Ca. 95 Prozent der Gruppe nennen Schmerzen, ca. 50 Prozent Erschöpfung und Herzbeschwerden. Erhöht ist der Schmerz- und leicht erhöht der Rheumamittelkonsum.

Cluster BM VII: "durchschnittliche Belastungen, erhöhte Handlungsspielräume und Verwendung von anregenden und schmerzstillenden Mitteln"

In diesem Cluster sind die Belastungen mit Ausnahme von geringen Umgebungsbelastungen durchschnittlich. Die Handlungsspielräume sind erhöht und die Beanspruchungen verringert. Unter den sonst durch- bis unterdurchschnittlich häufigen Beschwerden dominieren lediglich Schmerzen und depressive Verstimmungen (Tab. 2.3.4.1). Deutlich erhöht ist der Anteil der Verwender von Schlankheits- und Aufputzmitteln einerseits sowie von Rheumamitteln (100 Prozent), Schmerz- und Grippemitteln andererseits. Beruhigende Mittel werden dagegen nur durchschnittlich verwendet.

Cluster BM VIII: "restriktive Bedingungen, Beschwerden und Vielfach-Konsum"

Die soziale und Belastungskonstellation dieses Clusters ist deutlich restriktiv: erhöhte Umgebungs- und zeitliche Belastungen, verringerte Handlungsspielräume und geringe soziale Unterstützung (Tab. 2.3.4.1.).

Die Beschwerdeangaben und Medikamentenkonsum sind unspezifisch erhöht. Auffällig ist, daß alle Männer dieses Clusters Beruhigungsmittel und 65 Prozent Schlafmittel verwenden. Es wird häufiger als sonst angegeben, daß Medikamente zur Bewältigung von Problemen verwendet werden, daß Arzneien zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit genommen werden (95 Prozent) und daß die Personen nicht mehr ohne Schlaf- und Beruhigungsmittel auskommen (85 Prozent).

### Interpretation der Zusammenhänge

Dem Restriktivitätskonzept entsprechend finden wir in Gruppen, die durch eine einschränkende Arbeitssituation gekennzeichnet sind (Belastungen und wenig Handlungsspielraum), nämlich den Clustern BM IV, BM VI und BM VIII einen erhöhten Konsum an Medikamenten. Umgekehrt ist unter günstigen Bedingungen, die wir bei den Clustern BM I und BM II vorfinden, der Medikamentenkonsum deutlich herabgesetzt.

Eine Sonderstellung nehmen, wir auch schon bei den Hausfrauen und den berufstätigen Frauen, die Grippemittelkonsumenten ein. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Arbeitssituation nicht vom Durchschnitt.

Ausreißer aus den hypothetischen Vorstellungen stellen die Gruppen BM III und BM VII dar. In dem Cluster BM III ist der Medikamentenkonsum trotz ungünstiger Bedingungen gering. In dem Cluster BM VII ist dagegen der Gebrauch von verschiedenen Medikamenten hoch, obwohl bei durchschnittlichen Belastungen die Handlungsspielräume erhöht sind. Diese Abweichungen können z.T. durch die Beschwerden erklärt werden: Cluster BM III ist trotz restriktiver Bedingungen beschwerdefrei, Cluster BM VII hat Beschwerden, obwohl die untersuchte Arbeitssituation nicht belastend ist.

Solche Cluster mit Abweichungen sind mit einer probabilistischen

Aussage über Belastungen und Medikamentenkonsument vereinbar, wenn ihre zahlenmäßige Besetzung geringer ist als die der Cluster, die einen Zusammenhang aufzeigen. Wir haben versucht, den Zusammenhang zwischen Restriktivität und Medikamentenkonsument gemäß der Abb. 2.3.4.1. einzuschätzen. Dazu wurden die typisierten Cluster in eine Vierfeldertafel eingetragen und als Zusammenhangsmaß der Odds-Ratio berechnet. (1) Es zeigt sich, daß Männer mit einer restriktiven Arbeitssituation ein etwa 5-fach erhöhtes Risiko (Odds-Ratio=5.2, 95-Prozent- Vertrauensintervall 3.5 bis 7.9) haben, die hier untersuchten Medikamente zu gebrauchen, wenn die Grippemittel-Konsumenten als Sondergruppe außer Betracht gelassen wird. Bei der ungünstigsten Einordnung dieser Gruppe zu den unbelasteten Medikamentenverwendern verringert sich die Schätzung des Odds-Ratio auf 1.8 (1.28 bis 2.53). Diese Ergebnisse zeigen, daß restriktive Bedingungen bei Männern zu einem erhöhten Arzneimittel-Gebrauch führen.

Abb. 2.3.4.1.: Einordnung der Cluster nach Restriktivität und Medikamentenkonsument

		Restriktivität		
		hoch	gering	
Medikamenten- gebrauch	stark	Cluster BM IV (N=44) Cluster BM VI (N=65) Cluster BM VII (N=61)	Cluster BM VII (N=47)	"Beschwer- den"
	gering	Cluster BM III (N=100)	Cluster BM I (N=75) Cluster BM II (N=69)	

Nicht berücksichtigt ist die Grippe-Gruppe (BM V, N=89)

(1) Diesen Auswertungsschritt halten wir für zulässig, da die Clusteranalyse Gruppen mit ähnlichen Merkmalsprofilen herausarbeitet, ohne jedoch zu bestimmen, wie stark die Besetzung der einzelnen Gruppen ist. Daher kann diese wiederum zur Analyse eines Zusammenhanges verwandt werden.

Die Rolle sozialer Unterstützung wird deutlich aus dem Vergleich der Cluster BM VI und BM VIII (Tab. 2.3.4.1.). Beide haben ähnliche Häufigkeiten hinsichtlich Belastungen und Handlungsspielräume, in Cluster BM VIII werden jedoch deutlich mehr Medikamente, insbesondere Beruhigungs- und Schlafmittel genommen. Dahingegen scheint Cluster BM VI durch ein größeres Ausmaß sozialer Unterstützung (ca. 63 Prozent) vor erhöhtem Schlaf- und Beruhigungsmittelgebrauch geschützt zu sein.

Um bei dieser Interpretation, die sich allein auf Medikamente bezieht, davor geschützt zu sein, daß - wie bspw. bei der Population der Hausfrauen - von Gruppen, die wenig Medikamente verwenden, andere Substanzen (Alkohol) konsumiert werden, haben wir einen "multiplen outcome" überprüft. Tabelle 2.3.4.2. zeigt, daß von Männern des Clusters BM IV insbesondere mehr Bier getrunken wird und auch der Alkoholkonsum insgesamt höher als in anderen Clustern eingeschätzt wird. Während wir also bei den Hausfrauen von einem alternativen Gebrauch von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln einerseits und Alkohol andererseits sprechen konnten, bei den berufstätigen Frauen weder ein alternativer noch kumulativer Zusammenhang der Substanzen erkennbar war, scheint bei den berufstätigen Männern offensichtlich in belasteten Gruppen ein kumulativer Gebrauch von psychotropen Medikamenten und Alkohol vorzuliegen.

#### 2.3.4.2. STRATIFIZIERTE ANALYSE: SCHMERZ-, BERUHIGUNGS- UND SCHLAFMITTEL

Die stratifizierte Analyse erlaubt es, den Zusammenhang zwischen einzelnen Risiken und dem Gebrauch von Medikamenten unter statistischer Kontrolle anderer Merkmale als Verhältnismaß zu berechnen. Wir wollen für Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel untersuchen, welche Rolle die Faktoren

- Handlungsspielräume
- zeitliche Belastung



Tabelle 2.3.4.2. Alkoholkonsum (Häufigkeiten bzw. Mittelwerte) in acht Clustern bei berufstätigen Männern

	Cluster BM I	Cluster BM II	Cluster BM III	Cluster BM IV	Cluster BM V	Cluster BM VI	Cluster BM VII	Cluster BM VIII	Chi <sup>2</sup> -bzw. F-Test
Anteil wöchentlicher bis täglicher Bierkonsumenten	49.3	58.0	60.0	68.2	49.4	44.6	42.6	50.8	Chi <sup>2</sup> = 11.6; p=.11
Anteil wöchentlicher bis täglicher Wein-/Sektconsumenten	12.0	7.2	18.0	25.0	10.1	21.5	23.4	18.0	Chi <sup>2</sup> = 13.7; p=.06
Anteil wöchentlicher bis täglicher Spirituosenskonsumenten	16.0	13.0	19.0	31.8	19.1	20.0	14.9	32.8	Chi <sup>2</sup> = 13.7; p=.06
Einschätzung des Alkoholkonsums als "viel" bzw. "zuviel"	1.9	1.8	2.0	2.4	2.0	1.8	1.8	1.8	Chi <sup>2</sup> = 14.2; p=.05
Menge Bier	7.3	7.4	9.4	10.7	7.9	6.2	7.9	7.6	F = 2.2; p=.036
Menge Wein/Sekt	31.9	38.2	37.9	44.0	40.2	40.7	43.0	48.8	F = .89; p=.52
Menge Spirituosens	3.2	3.2	3.3	3.4	3.4	3.1	3.5	5.8	F = 1.2; p=.31

- Konflikte
- soziale Unterstützung
- Beanspruchung

unter Berücksichtigung des Einflusses anderer Variablen, nämlich den o.g. und denen von Alter, Schmerz und depressiven Verstimmungen spielen. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 2.3.4.3. und 2.3.4.4. wiedergegeben.

Anders als bei den berufstätigen Frauen stellt erstens der Mangel an Handlungsspielraum kein Risiko dar. Ein zweiter Unterschied besteht darin, daß Mangel an sozialer Unterstützung bei den berufstätigen Männern eine direkte Wirkung zeigt (Tabelle 2.3.4.4.), bei den berufstätigen Frauen aber in der stratifizierten Analyse bedeutungslos war. Dieser Effekt ist allerdings nicht ganz eindeutig, d.h. nicht in allen Strata zu finden. Bei den jüngeren, depressiv verstimten Männern zeigt sich ein negativer Zusammenhang (soziale Unterstützung verstärkt den Tranquilizer-Gebrauch), der jedoch nicht signifikant ist (Abb. 3.3.4.2.). Drittens wird - im Unterschied zu den berufstätigen Frauen - deutlich, daß zeitliche Belastung das Risiko des Beruhigungsmittel-gebrauchs verdoppelt (vgl. Tabelle 2.3.4.4.). Diese Zusammenhänge veranschaulichen die Abbildungen 2.3.4.2. und 2.3.4.3.

#### 2.3.4.3. ZUSAMMENFASSUNG

In der Population der berufstätigen Männer bestimmt die Restriktivität der Arbeits- und Lebenssituation deutlich den Gebrauch von Medikamenten. Dieser probabilistische Zusammenhang wird durch zahlenmäßig weniger häufige "Ausreißer" nicht verletzt. Diese zeigen jedoch, daß die subjektiv wahrgenommenen Beschwerden eine große Rolle spielen: unter restriktiven Bedingungen ohne Beschwerden werden weniger Medikamente verwandt und vice versa.

Tabelle 2.3.4.3. Stratifizierte Analyse und Schätzung eines übergreifenden Zusammenhangsmaßes (Odds-Ratio) für Schmerzmittel

Medikament	unabhängige Variable	Kontrollvariablen	Odds-Ratio; 95-Prozent Vertrauens- intervall
Schmerz- mittel	Mangel an Handlungs- spielraum	Beanspruchung	1.33 (\$)
		Schmerz	.91 bis
		Alter	1.95
	zeitliche Belastung	Mangel an Handlungsspielraum	1.32 (\$)
		Schmerz	.91 bis
		Alter	1.92
	Beanspruchung	Soziale Unter- stützung	1.38 (\$)
		Schmerz	.95 bis
		Alter	2.0
	Konflikt	Mangel an Hand- lungsspielraum	1.36 (\$)
Schmerz		.94 bis	
Alter		1.98	
Soziale Unterstützung	Mangel an Hand- lungsspielraum	1.12 (\$)	
	Depressive Ver- stimmung	.75 bis	
	Alter	1.66	
Soziale Unterstützung	Soziale Unter- stützung	1.14 (\$)	
	Depressive Ver- stimmung	.77 bis	
	Alter	1.68	
Soziale Unterstützung	Mangel an Handlungsspielraum	1.12 (\$)	
	Schmerz	.77 bis	
	Alter	1.61	

(§) In den einzelnen Strata haben die Odds-Ratios unterschiedliche Richtungen (größer und kleiner als 1), daher ist es eigentlich nicht zulässig, ein Odds-Ratio über alle Strata zu berechnen.

Tabelle 2.3.4.4. Stratifizierte Analyse und Schätzung eines übergreifenden Zusammenhangsmaßes (Odds-Ratio) für Beruhigungs- und Schlafmittel

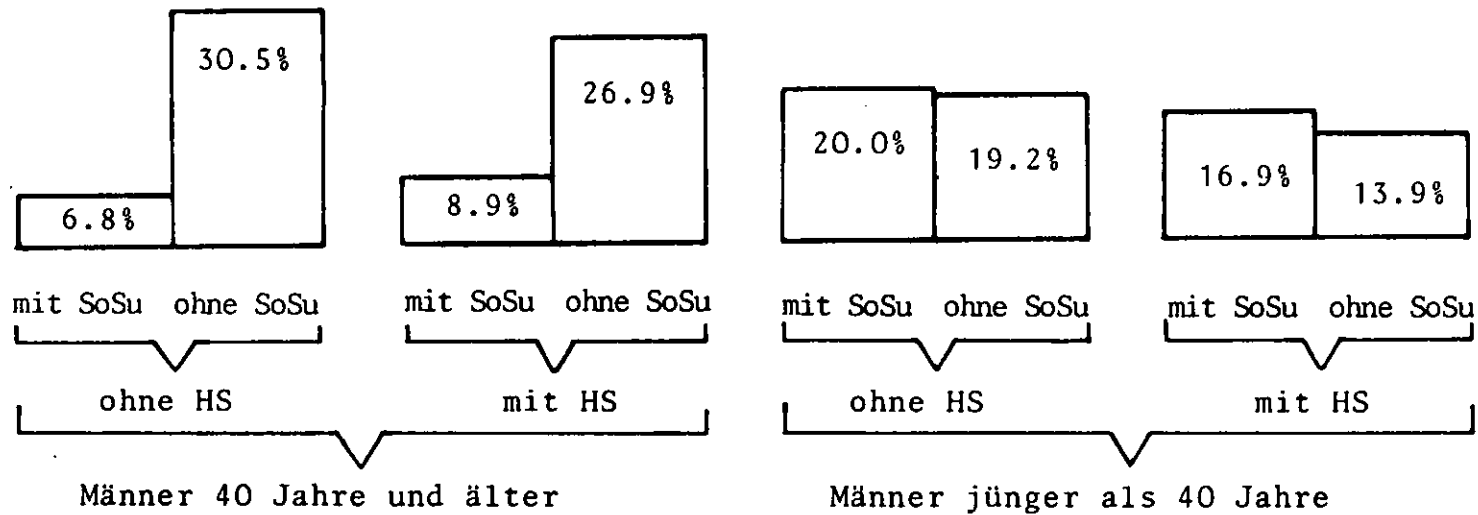
Medikament	unabhängige Variable	Kontrollvariablen	Odds-Ratio; 95-Prozent Vertrauens- intervall
Beruhi- gungs- mittel	Mangel an Hand- lungsspielraum	Soziale Unter- stützung Depressive Verstimmung Alter	1.18 (\$) .73 bis 1.91
	Konflikt	Mangel an Hand- lungsspielraum Depressive Ver- stimmung Alter	.86 (\$) .52 bis 1.43
		Soziale Unter- stützung Depressive Ver- stimmung Alter	.92 (\$) .56 bis 1.5
	Mangel an sozialer Unterstützung	Mangel an Hand- lungsspielraum Depressive Ver- stimmung Alter	1.72 (\$) (+) 1.07 bis 2.77
	Zeitliche Belastung	Mangel an Hand- lungsspielraum Schmerz Alter	1.99 (+) 1.23 bis 3.23
Schlaf- mittel	Mangel an Handlungs- spielraum	Konflikt Soziale Unter- stützung Alter	0.78 (\$) .48 bis 1.29

(\$) In den einzelnen Strata haben die Odds-Ratios unterschiedliche Richtungen (größer und kleiner als 1), daher ist es eigentlich nicht zulässig, ein Odds-Ratio über alle Strata zu berechnen.

(+) signifikant (5%-Niveau)

Abbildung 2.3.4.2 Zusammenhang zwischen Beruhigungsmittelkonsum und sozialer Unterstützung kontrolliert nach Handlungsspielraum (HS) und Alter (jünger als 40; 40 Jahre und älter)

Medikamentenverwender in Prozent

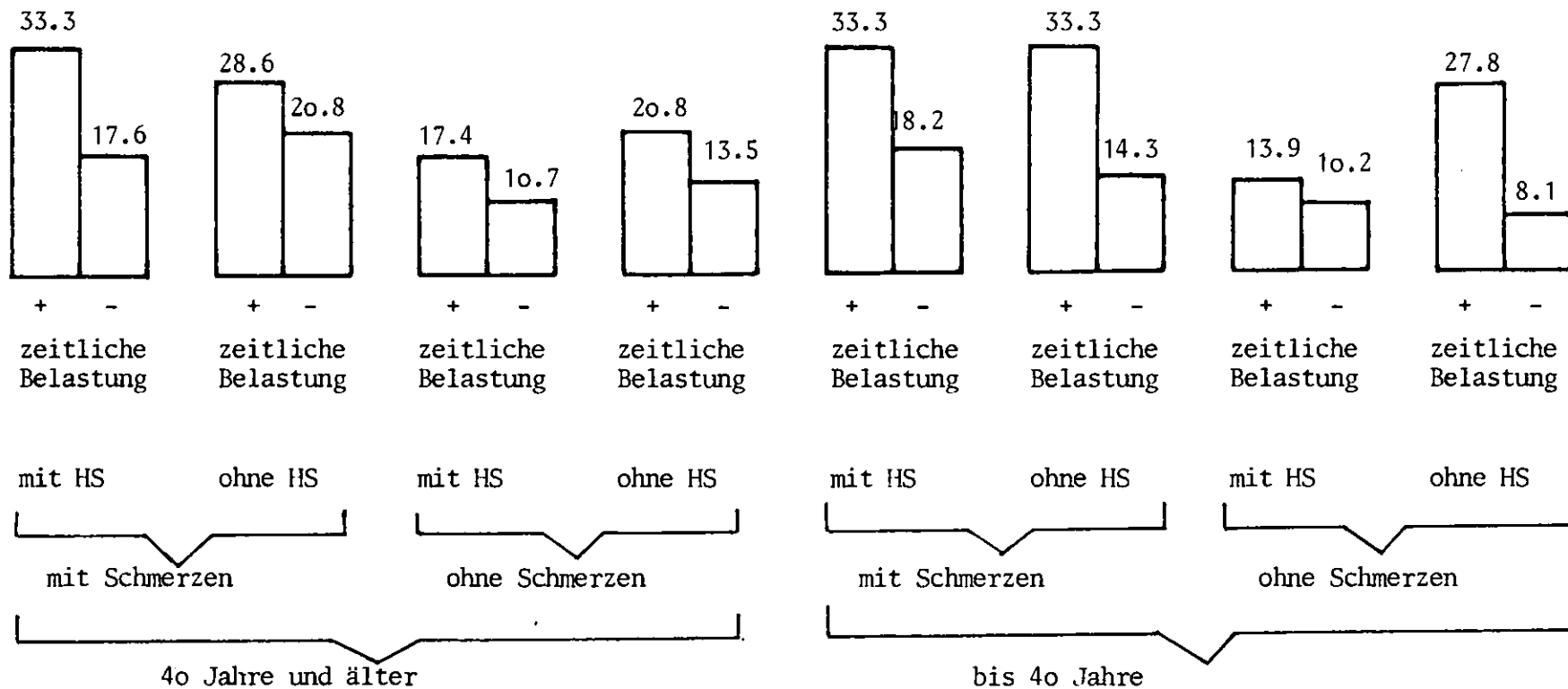


77

HS = Handlungsspielraum  
 SoSu = Soziale Unterstützung

Abbildung 2.3.4.3 Zusammenhang zwischen Beruhigungsmittelgebrauch und zeitlicher Belastung kontrolliert nach Handlungsspielräumen (HS), Schmerzen und Alter bei berufstätigen Männern

Medikamentenverwender (in Prozent)



Die schützende Funktion sozialer Unterstützung zeigte sich sowohl in der Clusteranalyse als auch in der stratifizierten Analyse.

Die Betrachtung von einzelnen Einflußfaktoren konnte die Annahme, daß Handlungsspielräume bei berufstätigen Männern wie bei den berufstätigen Frauen (Abschnitt 2.4.2.2.) von Bedeutung sind, nicht bestätigen. Neben der sozialen Unterstützung kommt nur noch der zeitlichen Belastung ein signifikanter, verstärkender Einfluß auf den Gebrauch von Tranquilizern zu. Anders als bei der Population der Hausfrauen, in der Medikamente und Alkohol tendenziell alternativ verwendet werden, tritt in einzelnen Gruppen dieser Männerpopulation ein kumulativer Gebrauch von Alkohol und Medikamenten hervor.

### 3. WEIBLICHE VERWALTUNGSANGESTELLTE

#### 3.1. STICHPROBENBESCHREIBUNG

Bei der Population weiblicher Verwaltungsangestellter handelt es sich um Sachbearbeiterinnen und Angestellte für Textverarbeitung, die in Behörden der Freien und Hansestadt Hamburg beschäftigt waren bzw. sind. Die Erhebung der Daten erfolgte 1980 im Rahmen des vom BMFT geförderten Forschungsvorhabens "Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankungen". Es wurden bei insgesamt 289 Frauen die folgenden Erhebungen durchgeführt: Erhebung der Arbeitssituation, Klimamessungen, Fragebogen zu Tätigkeitspaketen, Interviews mit betrieblichen Funktionsträgern, Interviews zur Bewältigung und medizinische Untersuchung.

Bei der vorliegenden Auswertung berücksichtigten wir Daten aus der Arbeitssituationsanalyse, den Bewältigungsinterviews und der medizinischen Untersuchung. Die Größe der Stichprobe reduzierte sich auf N=196, da nur für diesen Teil alle Daten vollständig vorliegen.

Im folgenden wollen wir die Stichprobe kurz nach Alter und Ausbildung beschreiben, um einen Vergleich mit den anderen beiden Stichproben (vgl. Kapitel 2 und 4) zu ermöglichen.

Im Mittel sind die Frauen 39.2 Jahre alt. Zur Darstellung der Alterszusammensetzung haben wir vier Gruppen berücksichtigt, die Gruppen der 20 bis 29 jährigen und der über 50 jährigen sind am stärksten besetzt (vgl. Tabelle 3.1.1.).

Etwa die Hälfte der 196 Frauen verfügt über einen Hauptschulabschluß, ca. 43 Prozent haben die Real- oder Handelsschule abgeschlossen. Keine Berufsausbildung haben etwa ein Drittel der Verwaltungsangestellten, knapp die Hälfte verfügen über eine Ausbildung im Büro bzw. kaufmännischen Bereich. (1)

---

(1) Für weitere Angaben zu der Stichprobe vgl. ELLINGER et al. 1984, S. 34-71



Tabelle 3.1.1. Alter und Ausbildung bei weiblichen  
Verwaltungsangestellten

<u>Alter</u>	39.2 Jahre
<u>Altersgruppen:</u>	
20-29	28.1%
30-39	18.4%
40-49	31.6%
50-62	21.9%
<u>Schulbildung:</u>	
Hauptschule	51.5%
Realschule	28.6%
Handelsschule	14.8%
Abitur	3.6%
sonstiges	1.5%
<u>Berufsausbildung:</u>	
keine	34.2%
Bürobereich	25.0%
gewerblicher Bereich	13.8%
kaufmännischer Bereich	20.4%
sonstiges	6.5%

### 3.2. BESCHREIBUNG DER VARIABLEN

Die Zusammensetzung der Indizes ist der folgenden Übersicht 3.2.1. zu entnehmen.

Wir haben bei der Variablenauswahl und Indexbildung auf die Vergleichbarkeit mit den anderen Stichproben geachtet, allerdings war eine

direkte Entsprechung nicht immer möglich.

### Übersicht 3.2.1. Zusammensetzung der Indizes

#### \* Handlungsspielräume

- Bewegungsspielraum (u.a. räumlich, Zwangshaltung, Vielfalt)
- Entscheidungsspielraum bei der Arbeitsausführung (u.a. Unabhängigkeit von anderen; Freiraum Arbeitsmittel, -methode, -ausführung)
- zeitlicher Handlungsspielraum (u.a. Arbeitszeit, zeitliche Arbeitsgestaltung)
- betriebliche Einflußchancen (u.a. Weiterbildungsmöglichkeiten, Aufstiegschancen, Beschwerdemöglichkeiten)
- Kommunikationschancen (u.a. Kontakte, Isolation)

#### \* Anforderungen durch den Umgang mit anderen Personen

- für die Tätigkeit erforderliche Kenntnisse, Fähigkeiten und Eigenschaften:
  - Umgang mit Kollegen
  - Umgang mit Vorgesetzten
  - Umgang mit Klienten
  - mit anderen umgehen können
  - auf andere und deren Probleme eingehen können
  - mit anderen zusammenarbeiten können
- Beanspruchung durch die Abfertigung von Besuchern

#### \* eine freundliche Atmosphäre schaffen

Anforderungen:

- immer freundlich sein, für ein gutes Klima sorgen
- Kaffee kochen, Erledigungen machen
- immer adrett gekleidet sein

Fortsetzung Übersicht 3.2.1.

\* Unterordnung

für die Tätigkeit erforderliche Eigenschaften:

- sich unterordnen können
- sich einfügen können
- zufrieden sein mit der Tätigkeit, die man verrichtet / keine übermäßigen Ansprüche stellen
- Geduld / Ausdauer

\* Doppelbelastung

- Beanspruchung durch Versorgung der Kinder während der Arbeitszeit
- Beanspruchung durch geringe Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe der Dienststelle
- vor dem Büro muß im Haushalt immer noch so viel schnell erledigt werden (als Ursache von Beschwerden)
- zusätzlich zur Berufstätigkeit den ganzen Haushalt allein machen (als Ursache von Beschwerden)

\* Konflikte

- schlechtes Arbeitsklima, weil häufig Konflikte vorkommen
- Ärger im Büro / Schwierigkeiten mit Kollegen (als Ursache von Beschwerden)
- Ärger in der Arbeitsgruppe (als Ursache von Beschwerden)
- Ärger mit dem/der Vorgesetzten (als Ursache von Beschwerden)
- Ärger und Sorgen zuhause (als Ursache von Beschwerden)
- Schwierigkeiten mit dem Partner (als Ursache von Beschwerden)

\* Soziale Unterstützung

- Unterstützung durch die Familie (bei viel Arbeit, bei

## Fortsetzung Übersicht 3.2.1.

Beschwerden)

- Unterstützung durch Kollegen (bei viel Arbeit, bei Beschwerden, Gespräche und Beratung)
- Hilfsmaßnahmen von Kollegen (Häufigkeit)
- Unterstützung durch Vorgesetzte (bei viel Arbeit, bei Beschwerden)
- Unterstützung durch den Personalrat (bei Beschwerden, Gespräche)
- Zugehörigkeit zu betrieblichen Gruppen
- aktive Gewerkschaftsmitgliedschaft und -arbeit
- gute Kooperation in der Abteilung

\* Schmerzen

- rheumatische Beschwerden im Stütz- und Bewegungsapparat (u.a. Schmerzen, Veränderungen in Gliedmaßen, Muskeln, Gelenken)
- Kopfschmerzen, Migräne
- Rückenschmerzen, Nackenversteifungen
- Armschmerzen

\* Herz- / Kreislaufbeschwerden

- Kreislaufbeschwerden
- Herzjagen, Herzklopfen

\* Schlafstörungen

- Einschlafschwierigkeiten oder Schlafstörungen

\* Depressivität / Angst

- traurige Verstimmungen, Angstgefühle
- Lustlosigkeit

Fortsetzung Übersicht 3.2.1.

- Angst vor dem kommenden Tag
- morgentliche Anlaufschwierigkeiten, weil
- daran denken, was am Tag alles auf einen zukommt
- manchmal Gefühle, daß alles sinnlos ist

\* Nervosität

- Nervosität, innere Unruhe

\* Erschöpfung

- Müdigkeit / Erschöpfung / Konzentrationsstörungen

Die Häufigkeitsverteilungen der Merkmale der Arbeitssituation, der Belastungen, sozialen Unterstützung und Beschwerden enthält die Tabelle 3.3.2.1. in Abschnitt 3.3.2.

### 3.3. ERGEBNISSE: MEDIKAMENTENGEBRAUCH, BELASTUNGEN UND BESCHWERDEN BEI WEIBLICHEN VERWALTUNGSANGESTELLTEN

Im ersten Abschnitt werden die Häufigkeiten des Gebrauchs von schmerzlindernden und beruhigenden Medikamenten dargestellt. Multivariate Untersuchungen des Zusammenhangs von Medikamentengebrauch, Belastungen, Beschwerden und sozialer Unterstützung sind Gegenstand des zweiten und dritten Abschnitts.

#### 3.3.1. HÄUFIGKEITEN DES MEDIKAMENTENGEBRAUCHS

Tabelle 3.3.1.1. zeigt die Häufigkeiten des Gebrauchs von Schmerz-, Rheuma-, Beruhigungs- und Schlafmitteln. Nur 15.8 Prozent der Sach-

bearbeiterinnen und Schreibkräfte verwenden nie Schmerzmittel, 16.9 Prozent gebrauchen sie mindestens wöchentlich. Mit 8.7 Prozent ist auch der Anteil der regelmäßigen Konsumentinnen von Beruhigungsmitteln relativ hoch. Die entsprechenden Prävalenzen liegen für Rheumamittel bei 3.6 Prozent, für Schlafmittel bei 2.5 Prozent.

Tabelle 3.3.1.1. Häufigkeiten des Medikamentengebrauchs bei weiblichen Verwaltungsangestellten

N=196	Schmerzmittel	Rheumamittel	Beruhigungsmittel	Schlafmittel
nie	15.8	65.3	60.7	88.8
1-3 mal/Jahr	24.5	19.4	19.9	6.1
manchmal	42.9	11.7	10.7	2.6
ca. 1 mal/Woche	14.3	2.6	4.1	1.5
ungefähr täglich	2.6	1.0	4.6	1.0
manchmal/ wöchentlich/ täglich (1)	59.7	15.3	19.4	5.1

(1) Die letzte Zeile der Tabelle gibt die in der Zusammenhangs- und stratifizierten Analyse (Abschnitte 3.3.2. und 3.3.3.) verwendeten Dichotomisierung wieder.

Tabelle 3.3.1.2. Anteile an Verwenderinnen in vier Altersgruppen

	bis 29 J.	30-39 J.	40-49 J.	50 J. u.ä.
Schmerzmittel	60.5	60.8	66.7	48.9
Rheumamittel	8.4	15.8	23.1	23.8
Beruhigungsmittel	8.5	15.7	21.7	36.4
Schlafmittel	2.8	4.0	5.2	8.9

Die Betrachtung der Prävalenzen in vier Altersgruppen (vgl. Tabelle 3.3.1.2.) zeigt, daß bei den weiblichen Verwaltungsangestellten der Anteil von Konsumentinnen von Rheuma-, Beruhigungs- und Schlafmitteln mit zunehmendem Alter ansteigt. Demgegenüber hat die Alterskurve bei den Schmerzmitteln eher einen umgekehrt u-förmigen Verlauf: in der Gruppe der 40 bis 50jährigen ist der Gebrauch am häufigsten, bei den über 50jährigen am niedrigsten.

### 3.3.2. ZUSAMMENHANGSANALYSE

Cluster I: unterdurchschnittlich belastete, gesunde Nicht-Verwenderinnen

Die Frauen dieses Clusters sind weniger emotional belastet durch Konflikte, Umgang mit anderen, Unterordnung und dadurch, eine freundliche Atmosphäre schaffen zu müssen. Auch Doppelbelastung kommt seltener vor. Dagegen sind Handlungsspielräume und soziale Unterstützung durchschnittlich ausgeprägt. Alle Beschwerden sind seltener, ebenso der Gebrauch von Medikamenten (Tab. 3.3.2.1.).

Cluster II: emotional unterdurchschnittlich geforderte Verwaltungsangestellte mit geringem Handlungsspielraum und durchschnittlichem Medikamentenkonsum

Die weiblichen Angestellten dieses Clusters geben unterdurchschnitt-

lich häufig an, Belastungen durch den Umgang mit Kollegen, Vorgesetzten und Besuchern zu haben. Sie müssen sich weniger unterordnen und für eine freundliche Atmosphäre sorgen. Sie haben allerdings auch weniger Handlungsspielräume. Der Anteil von Frauen mit einem Hauptschulabschluß ist erhöht (Tab. 3.3.2.1.). Unter den Beschwerden sind nur Schmerzen dominierend. Der Verbrauch an Medikamenten ist durchschnittlich, mit Ausnahme von Beruhigungsmitteln, die seltener verwendet werden.

Cluster III: emotional geforderte Verwaltungsangestellte mit Handlungsspielraum und geringem Medikamentengebrauch

Als emotionale Anforderungen werden Fähigkeiten im Umgang mit anderen Personen, von allen Frauen dieses Clusters erwartet, von 63 Prozent wird erwartet, daß sie eine freundliche Arbeitsatmosphäre schaffen. Nicht gefordert dagegen wird Unterordnung, und auch die Handlungsfreiräume sind erhöht. Belastungen durch Konflikte sowie durch Berufs- und Hausarbeit kommen seltener vor. Ebenso sind mit Ausnahme von Herz- Kreislaufbeschwerden psychische und körperliche Symptome geringer als im Mittel ausgeprägt. Die Schulausbildung der Frauen dieses Clusters ist höher als durchschnittlich.

Cluster IV: doppelbelastete Schmerzmittelverwenderinnen mit Beschwerden

Emotionale Anforderungen und Handlungsspielräume sind durchschnittlich häufig in dieser Gruppe. Deutlich vermehrt werden Konflikte und Doppelbelastungen durch Beruf und Haushalt genannt. Die soziale Unterstützung ist verringert. Die Frauen geben häufiger Herzbeschwerden, Nervosität und Verstimmungsgefühle an. Der Verbrauch von Rheuma- und Schmerzmitteln ist erhöht (Tab. 3.3.2.1.).



Tabelle 3.3.2.1. Verteilung von Häufigkeiten und Mittelwerten in fünf Clustern bei weiblichen Verwaltungsangestellten

Klassifizierende Merkmale	Cl I N=44	Cl II N=33	Cl III N=44	Cl IV N= 42	Cl V N=33	Gesamt
<u>Gebrauch von:</u>						
Schmerzmitteln 1)	47.7	63.6	45.5	71.4	75.8	59.7
2)	2.4	2.7	2.3	2.8	3.1	2.6
Rheumamitteln 1)	0.0	12.1	0.0	31.0	39.4	15.3
2)	1.3	1.3	1.3	1.8	2.2	1.6
Beruhigungsmitteln 1)	9.1	9.1	18.2	26.2	36.4	19.4
2)	1.5	1.5	1.7	1.9	2.2	1.7
Schlafmitteln 1)	0.0	6.1	0.0	7.1	15.2	5.1
2)	1.1	1.2	1.1	1.2	1.6	1.2
<u>Belastungen subjektiv</u>						
Konflikte	0.0	21.2	13.6	54.8	33.3	24.0
Doppelbelastung	4.5	24.2	9.1	52.4	51.5	27.0
Unterordnung	29.5	30.3	27.3	47.6	72.7	40.3
Umgang mit anderen Personen eine freundliche Atmosphäre schaffen	0.0	0.0	100.0	50.0	63.6	43.9
	34.1	36.4	63.6	45.2	57.6	47.4
<u>Handlungsspielräume</u>	50.0	24.2	77.3	47.6	42.4	50.0
<u>Soziale Unterstützung</u>	56.8	51.5	68.2	45.2	72.7	58.7
<u>Beschwerden</u>						
Schlafstörungen	0.0	9.1	2.3	19.0	42.4	13.3

Fortsetzung Tabelle 3.3.2.1. Verteilung von Häufigkeiten und Mittelwerten in fünf Clustern bei weiblichen Verwaltungsangestellten

	Cl I N=44	Cl II N=33	Cl III N=44	Cl IV N= 42	Cl V N=33	Gesamt
Depressivität	6.8	15.2	9.1	66.7	63.6	31.1
Herz/Kreislaufbeschwerden	4.5	36.4	38.6	50.0	48.5	34.7
Nervosität	13.6	21.2	25.0	57.1	72.7	36.7
Erschöpfung	27.3	12.1	27.3	42.9	100.0	40.3
Schmerzen	0.0	100.0	31.8	0.0	100.0	40.8
<b>Beschreibende Merkmale:</b>						
Alter	39.4	40.0	38.9	38.4	39.4	39.2
Ausbildung						
Hauptschule	50.0	72.7	36.4	50.0	54.5	51.5
Realschule	27.3	15.2	38.6	26.2	33.3	28.6
Handelsschule	18.2	9.1	15.9	19.0	9.1	14.8
Abitur	2.3	3.0	6.8	2.4	3.0	3.6

- 1) dichotom
- 2) ordinal-skaliert

### Cluster V: belastete, kranke Vielfachverwenderinnen

Alle emotionalen Anforderungen und die Belastungen kommen häufiger vor, die soziale Unterstützung allerdings ist überdurchschnittlich. Alle Beschwerdeangaben sind sehr häufig (Schmerzen und Erschöpfung: 100 Prozent). Sowohl Schmerz- als auch beruhigende Mittel werden häufiger als im Mittel genommen.

### Interpretation der Ergebnisse

Unsere Hypothesen über den Zusammenhang von emotionalen Anforderungen und Medikamentengebrauch werden bestätigt in den Clustern I und II. Bei geringen Konflikten, geringer Doppelbelastung, weniger Anforderungen im Umgang mit Kollegen, Vorgesetzten und Besuchern, weniger Anforderungen, eine freundliche Atmosphäre zu schaffen, sowie weniger Druck, sich unterzuordnen, werden auch weniger Medikamente genommen. Der Handlungsspielraum und die soziale Unterstützung scheint dabei keine Rolle zu spielen.

Kommen emotionale Belastungen vor, so zeigen sich komplexe Zusammenhänge: gefühlsmäßige Anforderungen durch den Umgang mit anderen Personen sowie eine freundliche Atmosphäre zu schaffen stehen dann, wenn kein Druck zur Unterordnung wahrgenommen wird, keine Konflikte und Doppelbelastungen vorliegen, Handlungsspielräume und soziale Unterstützung vorhanden sind, nicht im Zusammenhang mit dem Konsum von Medikamenten (Cluster III). Doppelbelastungen, Konflikte (1) (Cluster IV) als auch das gemeinsame Vorkommen von allen emotionalen Anforderungen und Doppelbelastung (Cluster V) stellen offensichtlich ein Risiko für den Gebrauch von Medikamenten dar.

---

(1) Es ist zu berücksichtigen, daß in den Indizes "Doppelbelastung" und "Konflikte" wesentlich Beschwerdeattributierung eingeht, ein Zusammenhang mit dem Gebrauch von Medikamenten von daher naheliegt.

Die Bedeutung sozialer Unterstützung ist nicht eindeutig: während sie u.a. in der günstigen Konstellation des Clusters III vermehrt ist, kommt sie auch häufiger im Cluster V vor, ohne jedoch vor einem vielfältigen Gebrauch von Medikamenten zu schützen.

Die Bedeutung der Handlungsspielräume scheint in der Pufferung von Belastungen zu liegen: fehlen Belastungen, so ist der Mangel an Handlungsspielräumen weniger relevant (Cluster I und II). Liegen emotionale Anforderungen vor, so erlauben Handlungsspielräume Möglichkeiten der Bewältigung ohne Beschwerden und Medikamente.

### 3.3.3. STRATIFIZIERTE ANALYSE: SCHMERZ-, RHEUMA-, BERUHIGUNGS- UND SCHLAFMITTEL

Wie schon bei den anderen Populationen, wollen wir auch für die weiblichen Verwaltungsangestellten die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Gebrauch von Medikamenten und einzelnen Faktoren überprüfen. Wir berücksichtigen die folgenden emotionalen Belastungen

- Doppelbelastung
- Konflikt
- mit anderen Personen umgehen und eine freundliche Atmosphäre schaffen (1)
- Unterordnung

unter statistischer Kontrolle von Handlungsspielraum, Beschwerden, sozialer Unterstützung, Konflikten und Alter. Aufgrund der geringen Größe dieser Population (N=196) konnten wir nur jeweils zwei Kontrollvariablen berücksichtigen.

---

(1) Dieser Index wurde aufgrund der Ergebnisse der Clusteranalyse durch Zusammenfassung der beiden einzelnen Faktoren "mit anderen Personen umgehen" und "eine freundliche Atmosphäre schaffen" gebildet.

Die Ergebnisse zeigen, daß die gefühlsmäßigen Anforderungen durch den Umgang mit anderen Personen und eine freundliche Atmosphäre schaffen zu müssen sowie Konflikte, ein Risiko für den Gebrauch von Rheuma- und Beruhigungsmitteln darstellen. Doppelbelastung verstärkt den Gebrauch von Rheumamitteln - vor allem bei jungen Frauen - sowie tendenziell auch den Konsum von Schmerzmitteln. Die Anforderung, sich unterordnen zu müssen, zeigt einen schwachen (nicht signifikanten) Effekt auf den Gebrauch von Schlafmitteln (vgl. Tabellen 3.3.3.1. bis 3.3.3.4.)

Wie schon bei der Clusteranalyse werden auch im Rahmen der stratifizierten Analyse interaktive Effekte von Belastungen und Handlungsspielräumen deutlich. Tabelle 3.3.3.5. veranschaulicht dies am Beispiel der Beziehung zwischen Beruhigungsmittelaufnahme und Anforderungen durch den Umgang mit anderen Personen bzw. eine freundliche Atmosphäre schaffen zu müssen.

Sind die Handlungsspielräume groß, existiert kein Zusammenhang. Emotionale Anforderungen führen also nicht zum Konsum von Tranquilizern. Sind jedoch die Freiräume gering und die genannten emotionalen Anforderungen stark, ist das Risiko, Beruhigungsmittel zu verwenden, etwa sechsfach erhöht. Der gleiche Interaktionseffekt zeigt sich auch für die Einnahme von Rheumamitteln.

Wir haben für diese beiden Medikamentengruppen den Einfluß der Faktoren emotionale Anforderungen, Handlungsspielraum und Alter sowie ihre Interaktionen mit Hilfe der logistischen Regression (GSK-Ansatz, vgl. KLEINBAUM, KUPPER 1978, S. 458 ff) überprüft. Für den Konsum von Beruhigungsmitteln haben das Alter, emotionale Anforderungen und die Interaktion zwischen emotionalen Anforderungen und Handlungsspielraum signifikante Effekte. Der Handlungsspielraum allein wirkt nicht. Während den emotionalen Anforderungen allein eine den Beruhigungsmittelkonsum verstärkende Bedeutung zukommt, haben sie im Zusammenspiel mit erhöhtem Handlungsspielraum eine relative schützende

Tabelle 3.3.3.1. Stratifizierte Analyse und Schätzung eines übergreifenden Zusammenhangsmaßes (Odds-Ratio) für Schmerzmittel

Medikament	unabhängige Variable	Kontrollvariablen	Odds Ratio und 95 Prozent-Vertrauensintervall
Schmerzmittel	mit anderen umgehen und für eine freundliche Atmosphäre sorgen	Handlungsspielraum Alter	1.43 .77 bis 2.64
		Konflikte Alter	1.05 (\$) .58 bis 1.89
	Doppelbelastung	Beschwerden Alter	1.44 (\$) .70 bis 2.92
		soziale Unterstützung Alter	1.82 .92 bis 3.61
	Konflikt	Beschwerden Alter	1.37 (\$) .67 bis 2.77
		Handlungsspielraum Alter	1.59 (\$) .79 bis 3.15
		soziale Unterstützung Alter	1.66 (\$) .83 bis 3.33
	Unterordnung	Handlungsspielraum Alter	1.24 (\$) .67 bis 2.27
		Konflikte Alter	1.28 (\$) .71 bis 2.32

(\$) In den einzelnen Strata haben die Odds-Ratios unterschiedliche Richtungen (größer und kleiner als 1), daher ist es eigentlich nicht zulässig, ein Odds-Ratio über alle Strata zu berechnen.

Tabelle 3.3.3.2. Stratifizierte Analyse und Schätzung eines übergreifenden Zusammenhangsmaßes (Odds-Ratio) für Rheumamittel

Medikament	unabhängige Variable	Kontrollvariablen	Odds Ratio und 95 Prozent-Vertrauensintervall
Rheumamittel	mit anderen umgehen und für eine freundliche Atmosphäre sorgen	Handlungsspielraum Alter	2.70 (+) 1.23 bis 5.93
		Konflikte Alter	2.27 .96 bis 5.33
	Doppelbelastung	Beschwerden Alter	2.27 (\$) .99 bis 5.15
		soziale Unterstützung Alter	2.93 (\$) (+) 1.34 bis 6.40
	Konflikt	Beschwerden Alter	2.45 (\$) (+) 1.09 bis 5.51
		Handlungsspielraum Alter	3.22 (\$) (+) 1.4 bis 7.4
		soziale Unterstützung Alter	3.05 (+) 1.35 bis 6.89
	Unterordnung	Handlungsspielraum Alter	1.72 (\$) .77 bis 3.87
		Konflikte Alter	1.56 .72 bis 3.39

(\$) In den einzelnen Strata haben die Odds-Ratios unterschiedliche Richtungen (größer und kleiner als 1), daher ist es eigentlich nicht zulässig, ein Odds-Ratio über alle Strata zu berechnen.

(+) signifikant (5% Niveau)

Tabelle 3.3.3.3. Stratifizierte Analyse und Schätzung eines übergreifenden Zusammenhangsmaßes (Odds-Ratio) für Beruhigungsmittel

Medikament	unabhängige Variable	Kontrollvariablen	Odds Ratio und 95 Prozent-Vertrauensintervall
Beruhigungsmittel	mit anderen umgehen und für eine freundliche Atmosphäre sorgen	Handlungsspielraum Alter	2.62 (\$) (+) 1.26 bis 5.45
		Konflikte Alter	2.53 (\$) (+) 1.16 bis 5.52
	Doppelbelastung	Beschwerden Alter	.82 (\$) .35 bis 1.88
		soziale Unterstützung Alter	1.02 (\$) .44 bis 2.33
	Konflikt	Beschwerden Alter	2.09 (\$) .97 bis 4.51
		Handlungsspielraum Alter	2.47 (\$) (+) 1.14 bis 5.37
		soziale Unterstützung Alter	2.46 (\$) (+) 1.12 bis 5.42
	Unterordnung	Handlungsspielraum Alter	1.02 (\$) .48 bis 2.17
		Konflikte Alter	.94 (\$) .45 bis 1.99

(\$)

In den einzelnen Strata haben die Odds-Ratios unterschiedliche Richtungen (größer und kleiner als 1), daher ist es eigentlich nicht zulässig, ein Odds-Ratio über alle Strata zu berechnen.

(+) signifikant (5% Niveau)



Tabelle 3.3.3.4. Stratifizierte Analyse und Schätzung eines übergreifenden Zusammenhangsmaßes (Odds-Ratio) für Schlafmittel

Medikament	unabhängige Variable	Kontrollvariablen	Odds Ratio und 95 Prozent-Vertrauensintervall
Schlafmittel	mit anderen umgehen und für eine freundliche Atmosphäre sorgen	Handlungsspielraum Alter	1.83 (\$) .61 bis 5.44
		Konflikte Alter	1.76 (\$) .52 bis 5.94
	Doppelbelastung	Beschwerden Alter	.76 (\$) .21 bis 2.7
		soziale Unterstützung Alter	.90 (\$) .23 bis 3.48
	Konflikt	Beschwerden Alter	2.19 .70 bis 6.83
		Handlungsspielraum Alter	2.44 .65 bis 9.13
		soziale Unterstützung Alter	2.31 (\$) .70 bis 7.66
	Unterordnung	Handlungsspielraum Alter	3.08 (\$) .94 bis 10.1
		Konflikte Alter	3.25 .93 bis 11.31

(\$) In den einzelnen Strata haben die Odds-Ratios unterschiedliche Richtungen (größer und kleiner als 1), daher ist es eigentlich nicht zulässig, ein Odds-Ratio über alle Strata zu berechnen.

(+) signifikant (5% Niveau)

Tabelle 3.3.3.5. Zusammenhang von Beruhigungsmittelaufnahme und emotionalen Anforderungen (Umgang mit anderen Personen, eine freundliche Atmosphäre schaffen müssen) unter Kontrolle von Handlungsspielraum und Alter

		bis 40 Jahre				älter als 40 Jahre			
		Kein HS		HS		Kein HS		HS	
		emot. Anforderungen		emot. Anforderungen		emot. Anforderungen		emot. Anforderungen	
		stark	gering	stark	gering	stark	gering	stark	gering
Beruhigungs- mittel	ja	2	1	4	3	13	4	8	3
	nein	10	28	26	17	13	27	24	13
Odds-Ratio		5.6		.87		6.75*		1.44	
Odds-Ratio über die Strata		2.62* (1.26 bis 5.45)							

Wirkung (vgl. Tabelle 3.3.3.6.).

Die logistische Regression für den Gebrauch von Rheumamitteln zeigt ähnliche Ergebnisse. Emotionale Anforderungen haben einen schwachen, den Rheumamittelkonsum fördernden Einfluß ( $p = .054$ ). In der Interaktion mit Handlungsspielräumen wird wiederum ein schützender Effekt deutlich (vgl. Tabelle 3.3.3.7.). Ein Vergleich der emotional Belasteten, die über Handlungsspielräume verfügen mit denjenigen, die ebenso belastet sind, jedoch keine Freiräume haben, zeigt, daß das Risiko der letzteren Beruhigungsmittel zu nehmen etwa vervierfacht, Rheumamittel zu verwenden, etwa verdreifacht ist.

#### 3.3.4. ZUSAMMENFASSUNG

Das Ergebnis der Cluster- und der stratifizierten Analyse bestätigen die Hypothesen über den Zusammenhang von emotionalen Belastungen und Medikamentengebrauch. Weibliche Verwaltungsangestellte, die durch berufliche und familiäre Aufgaben doppelt belastet sind und diejenigen, die Konflikte mit anderen (Kollegen, Vorgesetzte, Familie) haben, nehmen häufiger schmerzlindernde und beruhigende Mittel. Die gefühlsmäßigen Anforderungen durch den Umgang mit anderen Personen und eine freundliche Atmosphäre schaffen zu müssen, stellen Risiken für den Gebrauch psychotroper Mittel dar. Sie wirken sich jedoch insbesondere dann ungünstig aus, wenn die Handlungsspielräume gering und damit Möglichkeiten alternativer Bewältigungsformen gemindert sind.

Tabelle 3.3.3.6. Der Einfluß von Alter, emotionalen Anforderungen, Handlungsspielraum und deren Interaktionen auf den Gebrauch von Beruhigungsmitteln (Ergebnisse der logistischen Regression)

	B	Varianz	Chi	P	OR ( $e^{2B}$ )
Mittelwert	-1.5	.046	51.74	-.000	
Alter	.47	.045	4.98	.026	2.56
Handlungsspielraum	-.14	.043	0.0	.994	.76
emotionale Anforderung	.49	.041	5.85	.015	2.66
Handlungsspielraum/ emotionale Anforderung	-.45	.410	4.90	.027	.41
Chi = 1.39    DF = 3,    P = .71 (+)					

(+) Das Chi-Quadrat gibt die Abweichung von dem saturierten Modell an: je größer die Wahrscheinlichkeit p, desto weniger Abweichung liegt vor.

Tabelle 3.3.3.7. Der Einfluß von Alter, emotionalen Anforderungen, Handlungsspielraum und deren Interaktionen auf den Gebrauch von Rheumamitteln (Ergebnisse der logistischen Regression)

	B	Varianz	Chi	P	OR (e <sup>2B</sup> )
Mittelwert	-1.80	.053	61.12	-.000	
Alter	.31	.052	1.85	.173	1.86
Handlungsspielraum	-.28	.052	1.48	.224	.57
emotionale Anforderung	.43	.049	3.70	.054	2.36
Handlungsspielraum/emotionale Anforderung	-.44	.049	3.92	.048	.41
Chi = .86 DF = 3, P = .83 (+)					

(+) Das Chi-Quadrat gibt die Abweichung von dem saturierten Modell an: je größer die Wahrscheinlichkeit p, desto weniger Abweichung liegt vor.

#### 4. KRANKENSCHWESTERN, PFLEGEHELPERINNEN UND SCHWESTERNSCHÜLERINNEN

##### 4.1. ERHEBUNG UND STICHPROBE

Der vorliegenden Untersuchung von weiblichem Krankenpflegepersonal liegt eine Fragebogenerhebung zugrunde, die von der Gewerkschaft "Öffentlicher Dienst, Transport und Verkehr" in Hamburg im Rahmen einer am Universitätskrankenhaus Eppendorf 1979/1980 bestehenden Schichtkommission mitgetragen wurde. Der Fragebogen wurde mit dem Ziel entwickelt, Informationen über die Arbeitsbelastungen insbesondere von weiblichen Krankenhausbeschäftigten zu erhalten. Im Vordergrund standen Belastungen und Folgen des Schichtdienstes.

Von gewerkschaftlichen Vertrauensleuten wurden im Sommer 1980 750 Exemplare des Fragebogens an Mitglieder der ÖTV im Universitätskrankenhaus Eppendorf verteilt. Davon konnten 420 wieder eingesammelt werden; 383 Fragebögen waren auswertbar. Die Rücklaufquote betrug also ca. 51 Prozent.

Für die vorliegende Studie wurden ausschließlich die Daten der 160 weiblichen Mitglieder des Krankenpflegepersonals berücksichtigt. Es handelt sich um 123 Krankenschwestern, 15 Pflegehelferinnen und 22 Schülerinnen.

Das Durchschnittsalter dieser Gruppe beträgt 31.4 Jahre und liegt damit deutlich unter dem der beiden anderen Stichproben berufstätiger Frauen (BZGA : 38.7 Jahre; Verwaltungsangestellte: 39.2 Jahre). Über 40 Prozent der befragten Frauen sind jünger als 26 Jahre, fast 25 Prozent sind zwischen 26 und 35 Jahre alt. Ca. 37 Prozent arbeiten bis zu fünf Jahren in ihrer Tätigkeit, weitere 32 Prozent bis zu 10 Jahren. 5.6 Prozent arbeiten länger als 20 Jahre als Krankenschwester bzw. Pflegehelferin. Das Mittel beträgt 9.7 Jahre. Über 60 Prozent der befragten Frauen leben nicht mit einem Partner zusammen (vgl. Tabelle 4.1.1.).

Tabelle 4.1.1. Alter, Tätigkeitsdauer und Familienstand bei weiblichem Krankenpflegepersonal (N=160)

<u>Alter</u>	31.4 Jahre
<u>Altersgruppen</u>	
bis 25 Jahre	41.3 %
26-35 Jahre	23.1 %
36-45 Jahre	14.4 %
46-55 Jahre	8.1 %
56 Jahre u.ä.	5.6 %
keine Angabe	7.5 %
<u>Tätigkeitsdauer</u>	
bis 5 Jahre	36.9 %
6-10 Jahre	31.9 %
11-15 Jahre	10.6 %
16-20 Jahre	5.6 %
21 Jahre u.m.	11.2 %
keine Angabe	3.7 %
<u>Familienstand</u>	
mit Partner	
zusammenlebend	38.1 %
ohne Partner lebend	61.3 %
keine Angabe	0.6 %

## 4.2. BESCHREIBUNG DER VARIABLEN

Die Bildung bzw. Zusammensetzung der Belastungs- und Beschwerdeindizes sind in der folgenden Übersicht 4.2.1. dargestellt.

### Übersicht 4.2.1. Zusammensetzung der Indizes

\* Schichtarbeit

(Nachtdienst, Wechselschicht, Früh-/Spätdienst, Mischdienst, Tagdienst)

\* Arbeitszeit in Stunden (Beruf/Haushalt)

\* Körperliche Belastung

Arbeit im Krankenhaus ist anstrengend durch

- langes Laufen
- stehende Arbeit
- sitzende Arbeit
- Heben und Tragen von Patienten
- einseitige Körperhaltungen (Zwangshaltungen)

\* Personalsituation

- unzureichend aufgrund zu weniger bzw. nicht besetzter Planstellen
- unzureichend, weil es keine Vertretungen für Mutterschutz, Urlaub, Bildungsurlaub gibt
- Mangel an Personal

\* Unterforderung

- zu wenig Zeit für qualitative Arbeiten
- Arbeit in den letzten Jahren weniger anspruchsvoll, weniger qualifiziert

\* Anforderungen der Patienten

- zu wenig Zeit für Patienten



Fortsetzung Übersicht 4.2.1.

- den Arbeitsanforderungen oder den Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht werden

\* schlechte Zusammenarbeit mit Kollegen

- Reibereien zwischen Kollegen haben aufgrund der Arbeitssituation in den letzten Jahren zugenommen
- schlechte Zusammenarbeit mit Kollegen
- Arbeit im Krankenhaus ist anstrengend durch die Zusammenarbeit mit Kollegen

\* Verantwortung

- hohe Verantwortung im Schichtdienst

\* Umgebungsbelastung

- überhitzte Räume
- Lärm
- Lärmbelästigung zu Hause

\* Behinderung von Freizeitaktivitäten

Der Dienst behindert, weil

- nicht ins Kino/Theater, zum Tanzen gehen können
- kaum noch Zeit, um Sport zu treiben

\* Störung des Familienlebens durch Dienst

- nicht um Kinder kümmern können
- Schwierigkeiten, Kinder unterzubringen
- Partner wenig sehen
- wenig gemeinsame Unternehmungen mit dem Partner
- sexuelle Probleme
- der Haushalt wächst über den Kopf
- weniger Möglichkeiten, gemeinsam zu essen

\* Kinder unter sechs Jahren

Fortsetzung Übersicht 4.2.1.

\* Beschwerden

- Gewichtszunahme
- Gewichtsabnahme
- Konzentrationsschwäche
- Kreislaufbeschwerden
- klamme Gliedmaßen
- häufiges Schwitzen
- Nervosität/Unruhe
- Einschlafstörungen
- Unruhiger Schlaf
- Stimmungsschwankungen
- Magenbeschwerden
- Kopfschmerzen
- Herzjagen/Herzstolpern
- Appetitlosigkeit
- Energielosigkeit
- Reizbarkeit
- Krankheitsanfälligkeit
- Nacken- und Schulterschmerzen
- Gelenk- und Gliederschmerzen
- Kreuz- und Rückenschmerzen
- sexuelle Probleme

Coping: nach anstrengenden Diensten:

- \* mehr Rauchen
- \* mehr Essen
- \* mehr Alkohol trinken
- \* gezwungen sein, ein Arzneimittel zu nehmen
- \* mit Freunden sprechen

Die Häufigkeitsverteilungen bzw. das Vorkommen dieser Belastungen, Beschwerden und Bewältigungsformen sind in den Tabellen 4.3.1.1. (S.

107) und 4.3.2.1. (S. 110) wiedergegeben.

#### 4.3. ERGEBNISSE: BELASTUNGEN, BEWÄLTIGUNG UND BESCHWERDEN BEI KRANKENSCHWESTERN, PFLEGEHELPERINNEN UND SCHÜLERINNEN

##### 4.3.1. BEWÄLTIGUNGSFORMEN: KONSUM VON MEDIKAMENTEN, ALKOHOL, TABAK UND ESSEN

Die Häufigkeit des Medikamentenkonsums ist im Rahmen der Befragung der Krankenhausbeschäftigten nicht differenziert nach unterschiedlichen Präparatgruppen erhoben worden. Arzneimitteleinnahme, der Konsum von Tabak, Alkohol sowie Essen ist als Möglichkeit der Bewältigung nach anstrengenden Diensten abgefragt worden.

Die folgende Tabelle 4.3.1.1. gibt das Vorkommen dieser Copinggruppen wieder.

Tabelle 4.3.1.1. Konsum von Medikamenten, Alkohol, Tabak sowie Essen zur Bewältigung von anstrengenden Diensten (in Prozent, N = 160)

Wenn mich die Dienste geschafft haben,					
	nie	manchmal	häufig	immer	k.A.
Arzneimittel nehmen	64.4	24.4	5.6	1.2	4.4
Glas Bier/Wein/Schnaps mehr trinken	63.1	21.2	7.5	1.9	6.3
mehr rauchen	40.6	16.2	20.6	15.0	7.5
mehr essen	34.4	39.4	13.1	5.6	7.5

31.2 Prozent der befragten Krankenschwestern, Pflegehelferinnen und Schülerinnen geben an, wenn sie vom Dienst geschafft sind, schon mal ein Arzneimittel zu nehmen. 1.2 Prozent tun dies immer, 5.6 Prozent

häufig. Ähnlich häufig kommt die Bewältigung durch das vermehrte Trinken von Alkohol vor (30.6 Prozent). Über die Hälfte der befragten Frauen (51.8 Prozent) gibt an, bei starker Beanspruchung mehr zu rauchen, bei 15 Prozent ist dies immer der Fall. Die verbreitetste Form der Kompensation ist mit 58.1 Prozent das vermehrte Essen.

#### 4.3.2. ZUSAMMENHANGSANALYSE

Der Verlauf der Unähnlichkeitskurve legt für die Gruppe der Krankenschwestern, Pflegehelferinnen und Schülerinnen eine Lösung mit sechs Clustern nahe.

##### Cluster I:

Die Frauen dieses Clusters sind insgesamt eher unterdurchschnittlich belastet. Störungen des Familienlebens und Behinderungen von Freizeitaktivitäten sowie Beschwerden kommen seltener als in der Gesamtgruppe vor. Auch die Bewältigung von anstrengenden Diensten mit Hilfe von Alkohol- und Tabakkonsum, Essen und Gesprächen mit Freunden ist deutlich seltener. Im Bereich des Durchschnitts liegt jedoch die Häufigkeit der Bewältigung mittels Arzneimitteln.

##### Cluster II:

In dieser Gruppe liegen alle Belastungen im Bereich des Durchschnitts; Behinderungen von Freizeitaktivitäten, Störungen des Familienlebens und gesundheitliche Beschwerden sind unterdurchschnittlich häufig. Unter den Bewältigungsformen dominiert das vermehrte Essen (100 Prozent, vgl. Tabelle 4.3.2.1.). Rauchen, Alkohol- und Medikamentenkonsum kommen seltener vor. Die Frauen dieses Clusters sind häufiger ledig und leben seltener mit einem Partner zusammen.

## Cluster III:

Im Cluster III dominiert unter den Belastungen die Unterforderung: alle Frauen fühlen sich qualitativ unterfordert. Daneben kommen Umgebungsbelastungen (Lärm und Temperatur) häufiger als im Mittel vor. Die anderen Belastungen sind unterdurchschnittlich ausgeprägt. Häufiger als im Mittel treten gesundheitliche Beschwerden auf. Als Bewältigungsform wird von dieser Gruppe vermehrt die Einnahme von Arzneimitteln gewählt, verringert ist Essen aufgrund von Stress.

## Cluster IV:

Die Frauen dieser Gruppe geben zu 100 Prozent an, den Anforderungen der Patienten bspw. aufgrund von Zeitmangel nicht gerecht werden zu können. Oberdurchschnittlich häufig wird zudem die Personalsituation als unzureichend empfunden und Freizeitaktivitäten werden durch den Dienst behindert. Anstrengende Dienste werden von den Frauen in dem Cluster vor allem mit Hilfe des Tabakkonsums bewältigt, der Gebrauch von Medikamenten und vermehrtes Essen kommt seltener vor. Oberdurchschnittlich häufig haben die Frauen Kinder unter sechs Jahren (vgl. Tabelle 4.3.2.1.).

## Cluster V:

Mit Ausnahme von Nacht- bzw. Wechselschicht kommen alle Belastungen überdurchschnittlich häufig vor. Ebenso geben fast 96 Prozent der Frauen gesundheitliche Beeinträchtigungen an. Als Coping-Mittel dominieren vermehrtes Rauchen (87.5 Prozent) und Essen (83.3 Prozent). Keine Frau gibt an, Arzneimittel zu nehmen.

## Cluster VI:

Diese Gruppe hat eine ähnliche Belastungssituation wie das Cluster V. Allerdings treten hier Belastungen durch Nacht- bzw. Wechselschicht

Tabelle 4.3.2.1. Belastungen, Beschwerden und Bewältigung in sechs Clustern bei Krankenschwestern, -pflegerinnen und -schülerinnen

	Cluster I N=16	Cluster II N=39	Cluster III N=23	Cluster IV N=27	Cluster V N=24	Cluster VI N=26	Gesamt N=155
<b>Klassifizierende Merkmale:</b>							
Schichtarbeit	25.0	30.8	0.0	33.3	16.7	57.7	28.4
Personalsituation	25.0	89.7	78.3	96.3	100.0	100.0	85.8
Arbeitszeit	25.0	53.8	43.5	48.1	79.2	80.8	56.8
körperliche Belastung	6.3	48.7	34.8	55.6	75.0	92.3	54.8
Unterforderung	12.5	76.9	100.0	81.5	100.0	84.6	79.4
Anforderungen der Patienten gerecht werden	0.0	66.7	0.0	100.0	75.0	92.3	61.3
schlechte Zusammenarbeit mit Kollegen	31.3	33.3	4.3	40.7	58.3	65.4	39.4
Umgebungsbelastung	0.0	41.0	56.5	14.8	87.5	50.0	43.2
Behinderung von Freizeit- aktivitäten	0.0	17.9	39.1	59.3	75.0	76.9	45.2
Störungen des Familienlebens	25.0	25.6	60.9	63.0	100.0	92.3	60.0
Beschwerden	25.0	7.7	65.2	44.4	95.8	92.3	52.3
<b>Coping:</b>							
mehr Rauchen	25.0	30.8	47.8	63.0	87.5	65.4	52.9
mehr Essen	6.3	100.0	43.5	0.0	83.3	76.9	58.1
mehr Alkohol trinken	6.3	15.4	26.1	37.0	29.2	69.2	31.0
Medikamente nehmen	25.0	12.8	47.8	14.8	0.0	100.0	32.3
mit Freunden sprechen	62.5	92.3	95.7	92.6	87.5	76.9	86.5
<b>Beschreibende Merkmale:</b>							
Alter (Jahre)	38.0	30.9	34.9	30.4	25.5	30.2	31.2
Tätigkeitsdauer (Jahre)	12.6	10.4	10.9	9.1	6.5	9.1	9.7
Kinder unter 6 Jahren	0.0	2.6	4.3	14.8	8.3	0.0	5.2
mit Partner zusammenlebend	37.5	28.2	47.8	33.3	41.7	50.0	38.7
ledig, ohne Partner lebend	62.6	71.8	52.1	63.0	58.4	50.0	60.7

hinzu (vgl. Tabelle 4.3.2.1.). Die Beschwerden kommen ähnlich häufig vor wie in Cluster V (92.3 Prozent). Neben vermehrtem Essen und Rauchen tritt im Cluster VI vor allem die Arzneimittelaufnahme (100 Prozent) und Alkoholkonsum (69.2 Prozent) zur Bewältigung anstrengender Dienste hervor. Dagegen ist das Sprechen mit Freunden eher seltener als im Durchschnitt.

### Interpretation der Zusammenhänge

Die Clusteranalyse zeigt, daß berufliche Belastungen und Beanspruchungen zum einen sehr deutlich mit Störungen des Familienlebens, Behinderungen von Freizeitaktivitäten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang stehen. Zum anderen verdeutlichen insbesondere die Merkmalsprofile der Cluster I, II, V, und VI die Beziehungen zwischen Belastungen und Bewältigung mit Hilfe von Alkohol-, Tabak- und Medikamentengebrauch sowie Essen. Die Frauen des Clusters I und II sind gering bis durchschnittlich belastet und wählen die genannten Bewältigungsformen im Vergleich zu anderen Gruppen seltener. Die Cluster V und VI dagegen sind stark belastet und bewältigen ihre Beanspruchungen häufiger mit Hilfe des gleichzeitigen Gebrauchs der verschiedenen Substanzen.

Betrachtet man einzelne Faktoren, zeigen sich durchgängige Zusammenhänge für Umgebungsbelastungen und Beschwerden. Ist die Beanspruchung durch Lärm und Temperatur erhöht (vgl. Cluster III, V und VI), so kommen auch die Beschwerdeangaben häufiger vor.

Gegenüber diesen allgemeinen Zusammenhängen zeigen sich differenziertere Beziehungen bei Betrachtung der Cluster III und IV bzw. V und VI. In den Gruppen III und IV sind einzelne Belastungen erhöht, andere kommen seltener vor bzw. sind durchschnittlich. Die Form ihrer Bewältigung scheint davon abzuhängen, ob gesundheitliche Beschwerden vorkommen. Ist dies der Fall wie Cluster III, das mit 34.9 Jahren relativ alt ist, so dominiert die Einnahme von Arzneimitteln.

Sind gesundheitliche Störungen nur durchschnittlich häufig (Cluster IV), steht der Gebrauch von Tabak im Vordergrund.

Der Zusammenhang von Beschwerden und Medikamentengebrauch gilt auch für Cluster VI, nicht jedoch für Cluster V. Hier sind zwar die Beschwerdeangaben ebenso erhöht wie in Cluster VI, von den 24 Frauen gibt jedoch keine an, Medikamente zur Belastungs- und Beschwerdebewältigung zu verwenden. Eine mögliche Erklärung dafür liegt u. E. in der Arbeitssituation und im Alter der Gruppe. Sie ist ähnlich stark beansprucht wie Cluster VI, es fehlt jedoch die Belastung durch Nachtdienste bzw. Wechselschicht. Das geringe Durchschnittsalter (25.5 Jahre) läßt vermuten, daß sich in dieser Gruppe ein großer Anteil der Schwesternschülerinnen befindet, die nicht oder in geringerem Ausmaß in den Schichtdienst eingebunden sind. Wir nehmen an, daß die Arzneimitteleinnahme im Cluster VI nicht nur der Bewältigung von Beschwerden dient, sondern sich auf den gestörten Schlaf-/Wachrhythmus aufgrund des Schichtdienstes bezieht. Kommt zu hohen Belastungen also zusätzlich Nacht- und Wechselschicht hinzu, ist eine starke Zunahme des Medikamenten- sowie auch des Alkoholgebrauchs (vgl. Cluster VI) zu erwarten. Bemerkenswert ist, daß alternative Bewältigungsformen wie bspw. das Sprechen mit Freunden tendenziell selten vorkommen.

#### 4.3.3. STRATIFIZIERTE ANALYSE: BEWÄLTIGUNG MITTELS TABAK-, ALKOHOL-, MEDIKAMENTENKONSUM UND ESSEN

Mit Hilfe der Stratifizierten Analyse und der Berechnung der Odds-Ratios wollen wir im folgenden die Stärke des Einflusses von

- Schichtarbeit (Nacht-, Wechselschicht),
- Umgebungsbelastungen,
- Personalsituation und
- Störungen des Familienlebens

auf substanzgebundene Bewältigungsformen untersuchen. Dabei wurden das



Alter (zwei Altersgruppen: bis 27 Jahre, 28 und älter) sowie beim Arzneimittelcoping gesundheitliche Beschwerden kontrolliert.

Die Ergebnisse sind in den Tabellen 4.3.3.1. und 4.3.3.2. dargestellt. Im Unterschied zu den Resultaten der Clusteranalyse hat die Belastung durch Nacht- und Wechselschicht als einzelner Faktor keinen linearen, signifikanten Einfluß auf den Alkohol- und/oder Medikamentenkonsum. Allerdings wird bei den jüngeren Frauen ein verstärkender Effekt der Schichtarbeit auf den Gebrauch von Tabak deutlich (vgl. Tabelle 4.3.3.1.). Die Einnahme von Arzneimitteln zur Bewältigung wird offenbar erst durch die Kombination mehrerer ungünstiger Bedingungen gefördert, es zeigen sich keine signifikanten Beziehungen zu einzelnen Belastungsfaktoren. Bedeutsame spezifische Effekte sind erkennbar für Umgebungsbelastungen, die mit vermehrtem Essen in Zusammenhang stehen sowie für Störungen des Familienlebens durch den Dienst, das verstärktes Rauchen zur Folge hat.

Unspezifisch wirkt offenbar die Personalsituation: Personalmangel erhöht das Risiko des vermehrten Essens ( $OR^* = 2.6$ ), Rauchens ( $OR^* = 3.3$ ) und Alkoholkonsums ( $OR^* = 5.2$ ) (vgl. Abb. 4.3.3.1.).

#### 4.3.4. ZUSAMMENFASSUNG

Die Auswertung der Fragebogendaten von Krankenschwestern, Pflegehelferinnen und Schwesternschülerinnen verdeutlichen eine Reihe von Risiken, die für diese Population bestehen.

Zum einen zeigt sich ein Zusammenhang zwischen beruflichen Belastungen, Störungen des Familienlebens und der Freizeit sowie gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Zum anderen verstärken diese Probleme substanzgebundene Copingformen: ist die Zahl der Belastungen

\* Odds-Ratio

Tabelle 4.3.3.1. Stratifizierte Analyse und Schätzung eines übergreifenden Zusammenhangsmaßes (Odds - Ratio) für substanzgebundene Bewältigungsformen (Rauchen, Essen)

Bewältigung	unabhängige Variable	Kontrollvariable(n)	Odds-Ratio und 95 Prozent-Vertrauensintervall
Rauchen	Schichtarbeit (Nacht-, Wechselschicht)	Alter	1.8    0.84 bis 3.83 Jüngere: 2.9 (+) (1.01 bis 8.3) Ältere: 1.0    ( .32 bis 3.1)
	Umgebungsbelastungen	Alter	1.32 (\$) .68 bis 2.54
	Personalsituation	Alter	3.3 (+) 1.28 bis 8.48
	Störungen des Familienlebens	Alter	10.4 (+) 2.33 bis 46.2
Essen	Schichtarbeit (Nacht-, Wechselschicht)	Alter	1.04 (\$) .50 bis 2.14
	Umgebungsbelastungen	Alter	2.31 (+) 1.18 bis 4.51
	Personalsituation	Alter	2.63 (+) 1.08 bis 6.4
	Störungen des Familienlebens	Alter	1.4 (\$) .46 bis 4.21

(\$) In den einzelnen Strata haben die Odds-Ratios unterschiedliche Richtungen (größer und kleiner als 1), daher ist es eigentlich nicht zulässig, ein Odds-Ratio über alle Strata zu berechnen.

(+) signifikant (5% Niveau)

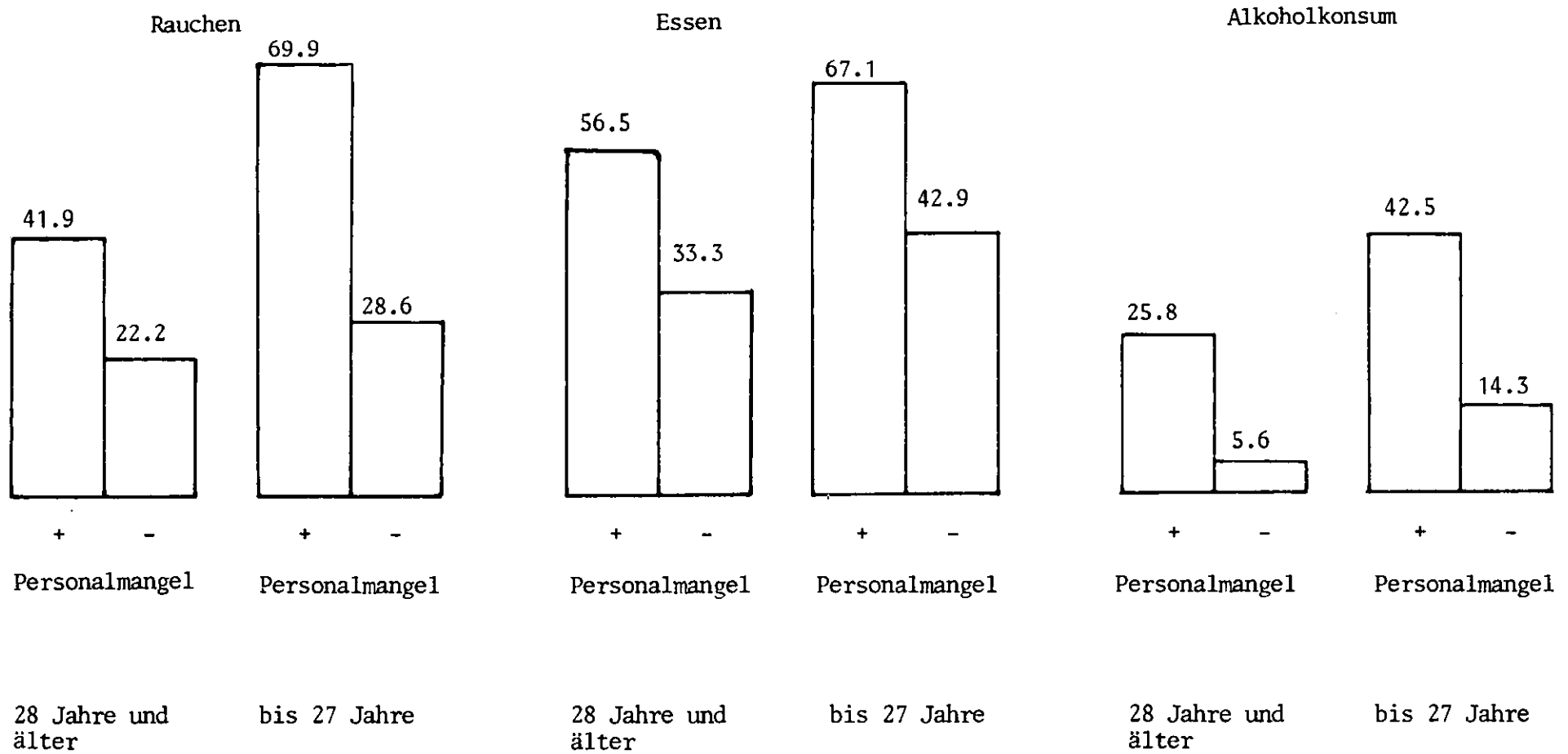
Tabelle 4.3.3.2. Stratifizierte Analyse und Schätzung eines übergreifenden Zusammenhangsmaßes (Odds - Ratio) für substanzgebundene Bewältigungsformen (Alkohol, Medikamentenkonsum)

Bewältigung	unabhängige Variable	Kontrollvariable(n)	Odds-Ratio und 95 Prozent-Vertrauensintervall
Alkohol- konsum	Schichtarbeit (Nacht-, Wechsel- schicht Umgebungs- belastungen Personal- situation Störungen des Familienlebens	Alter	1.1 (\$) .50 bis 2.4
		Alter	1.09 .53 bis 2.2
		Alter	5.2 (+) 1.3 bis 20.8
		Alter	3.74 .70 bis 19.8
Medikamenten- konsum	Schichtarbeit (Nacht-, Wechsel- schicht) Umgebungs- belastungen Personal- situation Störungen des Familienlebens	Alter	1.68 (\$)
		Beschwerden	.74 bis 3.8
		Alter	1.39 (\$)
		Beschwerden	.72 bis 2.66
		Alter	1.88 (\$)
		Beschwerden	.70 bis 5.03
Alter	.70 (\$)		
	Beschwerden	.20 bis 2.5	

(\$) In den einzelnen Strata haben die Odds-Ratios unterschiedliche Richtungen (größer und kleiner als 1), daher ist es eigentlich nicht zulässig, ein Odds-Ratio über alle Strata zu berechnen.

(+) signifikant (5% Niveau)

Abbildung 4.3.3.1 Zusammenhang zwischen Personalmangel und Essen, Rauchen und Alkoholkonsum (Häufigkeiten in Prozent)



hoch, so wird mit vielen verschiedenen Mitteln bewältigt. Ein substanzunspezifischer Effekt kommt dem Personalmangel zu; er steht im Zusammenhang mit vermehrtem Essen, Rauchen und Alkoholkonsum. Umgebungsbelastungen sind mit verstärktem Essen, Störungen des Familienlebens durch den Dienst mit Rauchen assoziiert. Im Rahmen eines Bündels ungünstiger Bedingungen kommt offenbar der Schichtarbeit (Nacht- und Wechselschicht) besondere Bedeutung zu: tritt sie zu anderen Belastungen hinzu, werden Arzneimittel und Alkohol verstärkt zur Bewältigung verwendet. Ein singulärer Effekt zeigt sich nur bei jüngeren Frauen für das Rauchen.

Bei diesen Ergebnissen ist jedoch zum einen zu bedenken, daß die Frageformulierung über substanzgebundene Bewältigung eine direkte und bewußte Relation zur Belastung herzustellen versucht. So wurde nicht der "wahre" Gebrauch von Zigaretten, Alkohol und Medikamenten erfragt, sondern nur der Gebrauch bei Erschöpfung. Zum anderen weist u.E. die geringe Häufigkeit der Angaben zum Gebrauch von Suchtmitteln darauf hin, daß "Tabubereiche" über einen Fragebogen angesprochen wurden, die besser über ein Interview zu erfassen gewesen wären.

## 5. GESAMTÜBERBLICK: SOZIALE BEDINGUNGEN UND MEDIKAMENTENKONSUM

Im folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse kurz skizziert. Es werden Probleme der wissenschaftlichen Untersuchung herausgestellt und Hinweise auf weitere Studien und die praktische Bedeutung gegeben.

### 5.1.1. WER NIMMT MEHR PSYCHOTROPE UND SCHMERZLINDERNDE MITTEL: MÄNNER ODER BERUFSTÄTIGE FRAUEN / HAUSFRAUEN ?

Unterschiede in der Prävalenz des Medikamentenkonsums zwischen Männern und Frauen finden sich im Alter zwischen 14 und 49 Jahren. In der Altersgruppe der 50 bis 63/65jährigen sind die Unterschiede nicht so ausgeprägt.

Schmerz-, Grippe und Beruhigungsmittel werden von Frauen häufiger verwandt als von Männern. Die Differenz ist besonders deutlich im Alter von 40 bis 49 Jahren: ca. 50 Prozent der Frauen, aber nur 37 Prozent der Männer konsumierten in den drei Monaten vor der Befragung Schmerzmittel; bei den Beruhigungsmitteln waren es 36 Prozent der Hausfrauen, 21 Prozent der berufstätigen Frauen und etwa 11 Prozent der Männer. Für Grippemittel unterscheiden sich die Häufigkeiten insbesondere in der Gruppe der 14 bis 29jährigen: ca. 65 Prozent der berufstätigen und 55 Prozent der Hausfrauen sowie 46 Prozent der Männer gaben an, Grippemittel genommen zu haben.

Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich bei Schlaf- und Rheumamitteln. Schlankheitsmittel werden nur von den jungen berufstätigen Frauen häufiger verwandt.

Einzig Aufputsch- und anregende Mittel werden von Männern bis 50 Jahre häufiger verbraucht: bei den 40 bis 49jährigen sind es ca. 10 Prozent gegenüber drei bzw. vier Prozent bei den Haus- und berufstätigen Frauen.

Unterschiede in der Prävalenz der Medikamentenverbraucher zwischen Haus- und berufstätigen Frauen bestehen - wie oben beschrieben - für Grippemittel bei den 14 bis 29jährigen und für Beruhigungsmittel bei den 40 bis 49jährigen.

#### 5.1.2. VERGLEICH DER BERUFSTÄTIGEN FRAUEN DER BEVÖLKERUNGS-STICHPROBE UND DER STICHPROBE VON WEIBLICHEN VERWALTUNGS-ANGESTELLTEN

Der Vergleich des Vorkommens von Medikamentengebrauchern in der Gruppe der berufstätigen Frauen der Bevölkerungs-Stichprobe und der Stichprobe weiblicher Verwaltungsangestellter, die etwa gleich alt sind, zeigt, daß Schreibkräfte und Sachbearbeiterinnen häufiger als die Gesamtgruppe der berufstätigen Frauen angeben, Schmerz- und Rheumamittel zu nehmen. Umgekehrt nehmen sie beruhigende Mittel seltener (s.o. S. 23, S. 86).

#### 5.2. RISIKEN FÜR DEN GEBRAUCH VON PSYCHOTROPEN UND SCHMERZ-LINDERNDEN MEDIKAMENTEN

Im folgenden sollen die Ergebnisse in Bezug auf die einleitend (Kapitel 1) genannten Ursachenkomplexe:

- (1) Belastungen durch Arbeit und Arbeitsbedingungen
- (2) Belastungen durch den Umgang mit Menschen (Gefühlsarbeit)
- (3) Handlungsspielräume und
- (4) soziale Unterstützung

beschrieben werden. Obwohl das Interesse dieser Untersuchung den berufstätigen Frauen galt, beginnen wir, um Vergleichsmöglichkeiten zu haben, die Darstellung mit berufstätigen Männern und Hausfrauen.

### 5.2.1. BERUFSTÄTIGE MÄNNER

In der Population der berufstätigen Männer wird deutlich, daß der Kumulation von ungünstigen Bedingungen (Belastungen, geringe Handlungsspielräume und fehlende soziale Unterstützung) ein deutliches Risiko zukommt. Dabei hat das Ausmaß der wahrgenommenen sozialen Unterstützung eine wichtige schützende Funktion. Von Bedeutung ist weiterhin die zeitliche Belastung als Risiko für den Gebrauch von Beruhigungsmitteln. Die Auswertung konnte einen einzelwirkenden protektiven Effekt von Handlungsspielräumen nicht bestätigen.

### 5.2.2. HAUSFRAUEN

Im Gegensatz zu den vorangehend beschriebenen berufstätigen Männern konnten für die Gruppe der Hausfrauen keine linearen Zusammenhänge zwischen Belastungen und Medikamentengebrauch identifiziert werden. Vielmehr zeigte sich, daß sowohl starke als auch geringe Belastungen, Beanspruchung und soziale Unterstützung in Beziehung stehen zu einem überdurchschnittlichen Gebrauch von beruhigenden und schmerzlindernden Mitteln.

Dieses Ergebnis macht auf inhaltliche und methodische Probleme der Analyse des Arzneimittelgebrauchs aufmerksam. Es ergeben sich die folgenden Erklärungen und Hypothesen:

- es sind einige für Hausfrauen relevante Bedingungen und Einstellungen nicht erfaßt und berücksichtigt,
- die reale Lebens- und Arbeitssituation und/oder Wahrnehmung ist als Folge von Medikamentengebrauch bzw. -abhängigkeit verändert,
- die Beziehung zwischen Belastungen und Arzneimittelgebrauch ist kurvilinear, d.h. sowohl Überforderung als auch Unterforderung spielt eine Rolle.

Während die beiden erstgenannten Erklärungen anhand der vorliegenden



Erhebungen (Querschnittsstudien) nicht überprüfbar sind, läßt sich die Annahme der Kurvilinearität, d.h. sowohl Über- als auch Unterforderung sind risikoreich für Hausfrauen, die jünger als 40 Jahre sind, bestätigen.

### 5.2.3. BERUFSTÄTIGE FRAUEN

Es liegen Ergebnisse der Analyse ausgewählter Merkmale der Lebens- und Arbeitssituation für drei Populationen berufstätiger Frauen vor: a) eine Stichprobe der Gesamtpopulation, b) weibliche Verwaltungsangestellte (Angestellte für Textverarbeitung, Sachbearbeiterinnen) und c) weibliches Krankenpflegepersonal (Krankenschwestern, Pflegehelferinnen, Schwesternschülerinnen). Dabei repräsentieren die beiden letztgenannten Stichproben typische Frauenberufe. Neben den spezifischen beruflichen Bedingungen gingen in die Untersuchung auch die zum Reproduktionsbereich zählenden, überwiegend emotionalen Anforderungen (familiäre Belastungen und Konflikte, Bedingungen des Wohnens, Doppelbelastung etc.) ein.

#### 5.2.3.1. GESAMTPOPULATION: BERUFSTÄTIGE FRAUEN

Im Unterschied zu der Hausfrauen-Population gibt es keine unbelastete Gruppe unter den berufstätigen Frauen. Die Risiken für den Gebrauch von schmerzlindernden und psychotropen Medikamenten bestehen aus einem Bündel von Bedingungen, das Aspekte einer restriktiven und emotional belastenden Situation kennzeichnet: Konflikte im beruflichen wie im familiären Bereich, zeitliche und Umgebungsbelastungen, Beanspruchung sowie geringe Handlungsspielräume. Die Belastungen haben nur in dieser Kombination, nicht jedoch als singuläre Einflußfaktoren Wirkungen auf den Gebrauch von Medikamenten.

Als Einzelfaktor kommt allein dem Handlungsspielraum eine signifikante

Wirkung zu: bei geringen Freiräumen ist der Konsum von Schmerz-, Beruhigungs- und tendentiell auch von Schlafmitteln erhöht. Dabei ist von Bedeutung, daß der Zusammenhang unter statistischer Kontrolle der gesundheitlichen Beschwerden überprüft wurde, d.h. sowohl bei starken als auch bei geringen Beschwerden schützen Handlungsspielräume vor Medikamentengebrauch. Frauen mit größeren Dispositionschancen haben - unabhängig davon, daß sie auch weniger unter Befindlichkeitsstörungen leiden - mehr und andere Möglichkeiten Belastungen und Beschwerden zu bewältigen als mit Hilfe von Medikamenten.

Im Unterschied zu der Population berufstätiger Männer fällt auf, daß soziale Unterstützung bei den berufstätigen Frauen keinen eindeutigen Effekt hat. U. E. kommt in diesem Ergebnis die zwiespältige Bedeutung sozialer Unterstützung für Frauen zum Ausdruck. In der Familie, aber auch im Beruf sind sie es nämlich, die Unterstützung geben, die "Beziehungsarbeit" leisten (vgl. KEUPP 1983), so daß sich hinter angeblicher Entlastung und Pufferung für Frauen auch zusätzliche Belastung und Verpflichtung verbergen kann.

#### 5.2.3.2. WEIBLICHES KRANKENPFLEGEPERSONAL

Ähnlich wie bei den berufstätigen Frauen insgesamt - bei denen allein der Handlungsspielraum als singulärer Einfluß von Bedeutung war - lassen sich auch in der Gruppe der Krankenschwestern, Pflegehelferinnen und Schwesternschülerinnen keine Einzelbelastungen als risikoreich für den Gebrauch von Arzneimitteln identifizieren. Es wird jedoch deutlich, daß mit der Zahl beruflicher Belastungen auch die Zahl substanzgebundener Bewältigungsformen wie Rauchen, Essen, Alkohol- und Medikamentenkonsum zunimmt, nicht jedoch das Sprechen mit Freunden. Unter den Belastungen tritt der Personalmangel hervor: er verstärkt unspezifisch Rauchen, Essen und Alkoholkonsum. Es zeigen sich weiterhin Zusammenhänge zwischen vermehrtem Essen und Umgebungsbelastungen sowie vermehrtem Rauchen und Störungen des

Familienlebens durch den Dienst. Die Ergebnisse legen jedoch insgesamt eher die Annahme nahe, daß Belastungen nicht spezifisch die Wahl einer speziellen Substanz bewirken, sondern bereits bestehende Bewältigungsmuster verstärken.

Besondere Bedeutung kommt der Schichtarbeit (Nachtdienst, Wechselschicht) zu. In Kombination mit anderen Belastungen steht sie im Zusammenhang mit einem stark erhöhten Arzneimittel- und Alkoholgebrauch. Als Einzelfaktor bewirkt Schichtarbeit bei jüngeren Frauen verstärktes Rauchen.

#### 5.2.3.3. WEIBLICHE VERWALTUNGSANGESTELLTE

Für die Population der Büroangestellten war es möglich, emotionale Anforderungen und Belastungen der Tätigkeit - Gefühlsarbeit - im Zusammenspiel mit Handlungsspielräumen in ihrer Wirkung auf den Medikamentengebrauch zu überprüfen. Umgang mit und Eingehen auf andere Personen, eine freundliche Atmosphäre zu schaffen sowie sich unterzuordnen und eigene Ansprüche zurückzustellen sind Anforderungen, die speziell an Frauen im Büro gestellt werden. Die Ergebnisse der Zusammenhangs- und der stratifizierten Analyse lassen komplexe Beziehungen erkennen:

- Sind insgesamt emotionale Anforderungen und Belastungen gering, so ist auch der Gebrauch von Medikamenten unterdurchschnittlich.
- Doppelbelastung und Konflikte im beruflichen und/oder familiären Bereich stehen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von schmerzlindernden Mitteln. Belastungen durch Konflikte führen außerdem zum Tranquilizerkonsum.
- Gefühlsmäßige Anforderungen durch den Umgang mit anderen Personen und eine freundliche Atmosphäre schaffen zu müssen stellen kein Risiko für die Arzneimitteleinnahme dar, wenn sonst nur geringfügige Belastungen auftreten und Handlungsspielräume sowie soziale Unterstützung vorhanden sind. Es zeigt sich sogar, daß die Konstellation

"Umgang mit anderen Personen / eine freundliche Atmosphäre schaffen / erhöhte Handlungsspielräume" vor dem Gebrauch von Tranquilizern und Rheumamitteln schützt.

- Das gemeinsame Vorkommen emotionaler Anforderungen mit verringerten Freiräumen verstärkt umgekehrt den Konsum von Arzneimitteln. So ist das Risiko, Beruhigungsmittel zu verwenden, bei einer solchen Bedingungskonstellation versechsfacht.

Diese Ergebnisse zum Zusammenspiel von gefühlsmäßigen Anforderungen und Handlungsspielräumen zeigen u.E., daß solche Belastungen unter günstigen Bedingungen zur sozialen Anerkennung einer Person beitragen und auf diese Weise vor Medikamentenkonsum schützen. Diese Wirkung geht jedoch verloren und verkehrt sich sogar in ihr Gegenteil, wenn es an Handlungsspielräumen mangelt.

### 5.3. "MULTIPLE OUTCOME"

Bei der Analyse der Bedingungen des Medikamentengebrauchs ist es notwendig, gleichzeitig auch die Verwendung anderer psychoaktiver Substanzen wie Tabak und Alkohol zu berücksichtigen. Spezielle Bedingungen und Bedingungskonstellationen können nämlich mehrere Folgen ("multiple outcome", vgl. MC QUEEN, CELENTANO 1982) haben. Tabak, Alkohol und Medikamente sind als Mittel der Belastungs- und Beschwerdebewältigung in ihrer spannungsreduzierenden Funktion äquivalent. Dabei hängt die Wahl der Substanz u.a. von der Vereinbarkeit ihres Konsums mit den Anforderungen der Tätigkeit sowie der Verfügbarkeit ab (vgl. WEISS 1980). Beim Arzneimittelkonsum spielt außerdem das Vorhandensein von gesundheitlichen Beschwerden eine Rolle.

Die Untersuchungen der verschiedenen Stichproben zeigten unterschiedliche Ergebnisse:

- In der Gruppe der berufstätigen Männer wird in belasteten Gruppen ein kumulativer Gebrauch von Alkohol und psychotropen Arzneimitteln

deutlich.

- In der Population von Krankenschwestern und Pflegehelferinnen, zeigt sich, ähnlich wie bei den berufstätigen Männern, daß der Konsum von Alkohol und Medikamenten überwiegend gleichgerichtet ist. Insbesondere in den stark belasteten Gruppen wird deutlich, daß auch das vermehrte Essen und Rauchen zur Belastungsbewältigung kumulativ auftritt.
- Im Unterschied zu diesen beiden Gruppen ist die Verwendung von Alkohol und Medikamenten in der Population der Hausfrauen alternativ. Belastungen werden dann insbesondere mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln kompensiert, wenn zum einen zusätzliche Beschwerden auftreten und zum anderen die soziale Unterstützung gering ist.
- Bei den berufstätigen Frauen findet sich kein solcher Zusammenhang. Der Gebrauch von Alkohol ist hinsichtlich der Menge und der Häufigkeit unabhängig vom Arzneimittelkonsum.

#### 5.4. SCHLUBFOLGERUNGEN

Die Neuauswertung vorhandener Daten hat folgende wissenschaftlichen und praktisch-umsetzbaren Ergebnisse erbracht:

In wissenschaftlicher Hinsicht hat die Auseinandersetzung mit vorliegenden Erhebungen größerer Bevölkerungspopulationen gezeigt, daß es nicht möglich war, einzelne spezifische Risiken des Medikamentengebrauchs zu identifizieren. Deutlich wurde aber der Einfluß von unspezifischeren gruppenübergreifenden Faktoren wie Handlungsspielraum und soziale Unterstützung. Dies weist allerdings auch auf die Relevanz dieser Einflüsse hin. Die Reanalyse der Fragebogenerhebung bei Krankenschwestern war für uns enttäuschend, weil Frageformulierung und Erhebung Schwächen hatten. Die Bedeutung spezifischer gefühlsmäßiger Belastungen konnte nur in der Stichprobe weiblicher Verwaltungsangestellter untersucht werden. Dabei wurden die vermuteten Zusammenhänge

deutlich, so daß es wissenschaftlich fruchtbar erscheint, diese in weiteren Erhebungen zu überprüfen.

Abgesehen von der Untersuchung der Merkmale "zeitliche Belastung" und "Handlungsspielräume" hatte die Studie explorativen Charakter. Die Hypothesentestung an einer größeren Population konnte die Bedeutung zeitlicher Belastung nur für berufstätige Männer bestätigen. Der protektive Effekt von Handlungsspielräumen wurde nur bei den berufstätigen Frauen deutlich. Mit Sicherheit kann daher von der Signifikanz dieser Einflüsse ausschließlich für diese Gruppen ausgegangen werden.

Die explorative Untersuchung von sozialer Unterstützung konnte nur für die berufstätigen älteren Männer die vermuteten Einflüsse eindeutig bestätigen. Für die Population berufstätiger Frauen und für Hausfrauen scheinen weitere Untersuchungen notwendig, die auch im Zusammenhang mit gefühlsmäßigen Anforderungen die Rolle sozialer Unterstützung klären. Die Ergebnisse, die die Population der Hausfrauen betreffen, zeigen, daß die Analyse der Belastungen dieser Gruppe erst am Anfang stehen und stärker in den Mittelpunkt der Forschung gerückt werden sollten.

Von praktischer Bedeutung sind diese Ergebnisse insofern, als sie erstens aufzeigen, daß der Gebrauch von Medikamenten und auch anderer suchterzeugender Substanzen durch soziale Bedingungen mitbestimmt ist. Daher kann zweitens die Appellation an gesundheitsförderndes Verhalten nur etwas erreichen, wenn die individuellen Handlungsmöglichkeiten vorhanden sind und genutzt werden. Es erscheint daher vordringlich, im Rahmen gesundheitlicher Aufklärung auf eine Erweiterung der Handlungsspielräume hinzuwirken. Dies gilt vornehmlich für berufstätige Frauen.

Clusteranalyse

Die Cluster- oder Zusammenhangsanalyse ist ein multivariates Verfahren, das Personen mit gleichen Merkmalszusammenhängen zu Gruppen (Clustern) zusammenfasst. Für die Clusterung der dichotomisierten Merkmale wählten wir ein iteratives Verfahren, das mit einer größeren Anzahl von Klassen beginnend deren Zahl durch Zusammenlegen reduziert und gleichzeitig die einzelnen Fälle nach Ähnlichkeit neu auf die Klassen verteilt. Als Koeffizient verwendeten wir die "Information Gain Statistic" (WISHART 1982). Die Clusteranalyse gibt Merkmalsausprägungen und Ähnlichkeitsmaße für Einteilungen mit unterschiedlicher Klassenzahl an. Es bleibt dem Untersucher überlassen, eine Partition für die Interpretation auszuwählen. Zweckmäßig ist die Einteilung zu wählen, bei der die Anzahl der Cluster möglichst gering, zugleich ihre Separiertheit untereinander sowie die Homogenität innerhalb der einzelnen Cluster möglichst hoch ist. SODEUR (1974, S. 126) und VOGEL (1975, S. 319 f.) empfehlen zur Auswahl ein Verfahren, bei dem die Unähnlichkeit von der Klassenzahl graphisch aufgetragen wird. Für die Interpretation wird dann jene Partition verwendet, die erstens gegenüber vorangehenden Einteilungen mit höherer Klassenzahl nur einen geringen Zuwachs in der "Unähnlichkeitssumme" aufweist, und deren nachfolgende Partition (mit geringerer Klassenzahl) eine deutliche Steigerung der Unähnlichkeit haben.

Stratifizierte Analyse: Odds-Ratio und GSK-Ansatz

Mittels der Stratifizierten Analyse wird der Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen unter Kontrolle weiterer Einflußgrößen überprüft. Der Odds-Ratio gibt die Stärke des Zusammenhangs wieder. Er ist definiert als der Quotient der Häufigkeiten eines Merkmals in zwei Gruppen (vgl. im einzelnen KLEINBAUM, KUPPER, MORGENSTERN 1982, S. 321 ff.). Der

Wert eins zeigt an, daß kein Zusammenhang besteht. Ist der Odds-Ratio größer als eins, besteht eine positive Beziehung; ist er kleiner als eins, ist die Assoziation negativ. Die Berechnung eines Chi-Quadrat-Tests nach Mantel-Haensel erlaubt die Berechnung der Signifikanz bzw. eines Vertrauensintervalls des Odds-Ratios.

Mittels des GRIZZLE-STARMER-KOCH (GSK) Modells können Interaktionen in der stratifizierten Analyse anhand der Zellenbesetzungen eingeschätzt werden (KLEINBAUM, KUPPER 1978, S. 458 f.). Interaktionen geben die Veränderung des Effektes von erklärenden Variablen auf die Ergebnisse an, wenn diese mit einem (oder weiteren) Merkmale(n) zusammen vorkommen.

#### Weitere Testverfahren

Zur Untersuchung von bivariaten Zusammenhängen wurden darüberhinaus Varianzanalysen für metrische Daten und Varianzanalysen für Rangdaten (KRUSKAL-WALLIS) sowie Chi-Quadrat-Berechnungen durchgeführt.



## II. TEILPROJEKT

BEDEUTUNG UND FUNKTION DES GEBRAUCHS  
PSYCHOAKTIVER MEDIKAMENTE VON FRAUEN

Wir danken den interviewten Frauen,  
ohne deren Bereitschaft und Offenheit  
die vorliegende Studie nicht zustande  
gekommen wäre.

## 1. FRAGESTELLUNG

Der zweite Abschnitt des Forschungsvorhabens "Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten und Bewältigungsformen zur Verhütung von Mißbrauchverhalten in frauenspezifischen Konfliktsituationen" verfolgt das Ziel, die im ersten Projektabschnitt mit Hilfe quantitativer Erhebungs- und Auswertungsverfahren gefundenen und daher notwendigerweise abstrakt bleibenden Zusammenhänge zwischen dem Gebrauch psychotroper Medikamente und den Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen zu konkretisieren. Mittels qualitativer Methoden sollen die im Rahmen der Grundthesen des Projektantrages relevanten Einflußgrößen auf ihre subjektive Vermittlung und Bedeutung hin analysiert werden. Zugleich bilden die Ergebnisse dieses zweiten Teils die Grundlage für Überlegungen zur Prävention und die Entwicklung entsprechender Maßnahmen.

Dem Forschungsvorhaben liegt als leitende Hypothese zugrunde, daß - neben dem Restriktivitätsgrad der Erwerbsarbeit - die aufgrund geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung in Familie und Beruf Frauen zugewiesene Gefühlsarbeit wesentlichen Anteil daran hat, daß Frauen vermehrt psychotrope Medikamente nehmen. Dabei bezieht sich der Begriff Gefühlsarbeit vor allem auf die emotionalen Aspekte der Reproduktionsarbeit in der Familie und der Erwerbsarbeit: Gefühlsbindungen aufrechterhalten, Spannungen regulieren, Einfühlung in die Bedürfnisse und Wünsche anderer, Harmonisierung. Der Arzneimittelgebrauch wird als individuelle Bewältigung der aus diesen Belastungen bzw. Überlastungen resultierenden psychischen und physischen Störungen der Befindlichkeit verstanden.

In der Erklärung des Medikamentenkonsums von Frauen schließt das Konzept der Gefühlsarbeit sowohl die situativen Bedingungen als auch sozialisationsspezifische Aspekte ein. Die strukturellen Verhältnisse, der Bedarf an Gefühlsarbeit trifft auf die sozialisierten Fähigkeiten, Dispositionen und Orientierungen von Frauen. Auf die aus der Vermittlung von beidem resultierenden Sinnstrukturen zielt die quali-

tativ ausgerichtete Untersuchung. Ihr Gegenstand sind die Bedeutung und die Funktion des Gebrauchs von psychotropen Medikamenten.

## 2. ERHEBUNG

### 2.1. ZIELGRUPPE

Im Rahmen der qualitativen Studie haben wir als Zielgruppe Frauen aus zwei typischen Frauenberufen, Krankenschwestern und Verwaltungsangestellte, gewählt. Bei ihnen wollen wir exemplarisch die spezifischen Belastungen der beruflichen und familiären Situation, denen Frauen ausgesetzt sind, in ihrem Zusammenhang zum Gebrauch von psychotropen Arzneimitteln untersuchen. Die Auswahl dieser Berufsgruppen hat mehrere Gründe: zum einen sind sie insofern typisch, als hier sehr viele Frauen beschäftigt sind (1); zum zweiten sind es Berufsgruppen, die einen relativ hohen Konsum angeben (WEISS 1980; ALBRECHT, BÜCHNER, ENGELKE 1981; ELLINGER, KARMAUS 1984); und zum dritten treten in der Krankenpflege und der Verwaltungs- bzw. Büroarbeit spezielle Aspekte der Gefühlsarbeit besonders deutlich hervor:

- Von Krankenschwestern wird erwartet, daß sie gegenüber dem Patienten bei der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie bei der Pflege "Arbeit zur Vertrauensherstellung" aufbringen als auch "Trostarbeit" und "Ablenkungsarbeit" leisten.
- Gegenüber dem Arzt leisten sie Unterstützungsarbeit, wenn sie bspw. Konflikte zwischen Arzt und Patienten puffern und eine Vermittler- und Übersetzerrolle übernehmen, die ein therapeutisches Klima erst ermöglicht (vgl. STRAUSS et al. 1980).

---

(1) So waren 1983 in der Freien und Hansestadt Hamburg 38.7 Prozent der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen in Verwaltungs- und Büroberufen, 3.6 Prozent als Krankenschwestern tätig (vgl. GOTTSCHALL, MÜLLER 1984, S. 133, 152/153).

- Weibliche Büroangestellte sind zuständig für soziale Beziehungen, Kontakte und Wohlbefinden. So unterstützt die Sekretärin ihren Chef, sie kompensiert seine Schwächen und muß seine Launen ertragen und sorgt sich gleichwohl um sein Wohlbefinden. Die Angestellten in der Textverarbeitung leiden unter der sozialen Verachtung, die ihnen von den Diktanden entgegengebracht wird, ohne sich offen zur Wehr setzen zu können (vgl. WELTZ et al. 1978).

Über das Kriterium der Berufsgruppenzugehörigkeit hinaus sollte unsere Zielgruppe durch einen eher "normalen" und nicht abhängigen, d.h. verselbständigten Gebrauch von Medikamenten gekennzeichnet sein. Diese Abgrenzung von Gebrauch-Mißbrauch-Abhängigkeit erwies sich allerdings als schwierig bzw. im Einzelfall nicht möglich. Die Definitionen des Medikamentenmißbrauchs, die bspw. COOPERSTOCK, PARNELL (1982) (Konsum in Dosen, die über den "im allgemeinen als richtig" angesehenen liegen, gleichzeitiger Konsum von mehreren Medikamenten mit unerwünschter pharmakologischer Interaktion, Einnahme in einem die Behandlungsdauer der diagnostizierten Störung überschreitenden Zeitraum, Konsum in kontraindizierten Fällen) oder LADEWIG (1979) (Konsum aus nicht medizinischer Indikation oder in zu hoher Dosis) geben, erweisen sich im Einzelfall oft als nicht brauchbar. So unterliegt das "im allgemeinen als richtig Angesehene" einem ständigen Wandel; angesichts der "Indikationslyrik" (SCHÖNHÖFER, SCHWABE 1982) der pharmazeutischen Industrie ist schwer zu beurteilen, wann es sich um eine medizinische Indikation handelt; zudem ist es eine Frage des theoretischen Verständnisses der Erkrankung, in welchen Fällen Psychopharmaka indiziert und zu verordnen sind. Auch das Kriterium einer zu hohen Dosis bzw. Dosissteigerung wird zunehmend fragwürdig. Insbesondere in den letzten Jahren gewinnt das Phänomen der "low-dose-dependency", das heißt der Abhängigkeit bei konstant niedriger (therapeutischer) Dosis an Bedeutung (BÖNNING, SCHRAPPE 1984, MÖLLER-OERLINGHAUSEN 1984, POSER 1984). Der "alltägliche" Gebrauch von Psychopharmaka kann also ein abhängiger Gebrauch sein.

## 2.2 ZUGANG

Ein Zugang über betriebliche Gruppen schied von vornherein aus, weil aufgrund möglicher Stigmatisierung und zu erwartender persönlicher Nachteile das Thema Arzneimittelkonsum in hohem Maße tabuisiert ist. So ist selbst bei anonymen schriftlichen Befragungen über den Gebrauch von Medikamenten im Krankenpflegebereich eine Verweigerungsquote von 20 bis 40 Prozent nicht außergewöhnlich (vgl. ALBRECHT, BOCHNER, ENGELKE 1981; PRÖLL, STREICH 1984). Ein Versuch, über Aushänge in verschiedenen Hamburger Behörden gesprächsbereite Verwaltungsangestellte zu finden, war dementsprechend auch nicht erfolgreich. Wegen der Heikelkeit des Themas suchten wir einen relativ neutralen Zugang zu gesprächsbereiten Krankenschwestern und Verwaltungsangestellten. In verschiedenen Tages- und Wochenzeitungen, Anzeigenblättern sowie einer Zeitung für Selbsthilfegruppen gaben wir Anzeigen auf, in denen nach Frauen aus den beiden Berufsgruppen gesucht wurde, die Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel genommen haben und bereit waren, über die Gründe ihres Medikamentengebrauchs zu sprechen. Um nicht von vornherein, schon durch den Zugang, eine Auswahl von Frauen, die in besonderem Maße unter körperlichen und psychischen Symptomen leiden und daher besonders viel Medikamenten nehmen, zu erhalten, haben wir zunächst auf einen Zugang über Ärzte verzichtet. Ein späterer Versuch, angesichts der gegenüber der geplanten Zahl von 16-20 Interviews niedrigen Fallzahl gesprächsbereite Patientinnen über Ärzte zu finden, scheiterte. Auch Nachfragen bei Mitarbeiterinnen mehrerer Beratungsstellen waren nicht erfolgreich.

## 2.3 UNTERSUCHUNGSGRUPPE

Wir haben zehn Frauen, vier Krankenschwestern und sechs Frauen aus Verwaltungsberufen, von denen jedoch eine seit langem nicht mehr erwerbstätig, sondern Hausfrau ist, interviewt. Sie sind im Alter zwischen 29 und 63, der überwiegende Teil über 50 Jahre. Drei von

ihnen sind bereits pensioniert.

An der Vielzahl der oben geschilderten Versuche, medikamentenkonsumierende Krankenschwestern und Verwaltungsangestellte für Gespräche zu gewinnen wird deutlich, wie schwierig dies ist. Insbesondere zeigte sich, daß die Motivation, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen, häufig mit einem hohen Problem- und Leidensdruck in Zusammenhang steht. Angesprochen fühlten sich außerdem Frauen, die zur Zeit des Interviews wenig oder keine, zu einem früheren Zeitpunkt jedoch regelmäßig und z. T. viele Mittel genommen haben und anderen Frauen mit ihren Erfahrungen helfen wollten. Anzumerken ist, daß fast alle Frauen ihre psychotropen Arzneimittel im Rahmen einer medizinischen Behandlung verordnet bekamen. (1)

Als besonders schwierig erwies es sich, jüngere Frauen aus den beiden Berufsgruppen für ein Interview zu gewinnen. Wir vermuten, daß hierfür zum einen das geringere Zeitbudget bzw. die subjektive freie Zeit aufgrund familiärer Verpflichtungen, insbesondere Kindern, eine Rolle spielt (vgl. IMW 1982, S. 12). Zum anderen könnte bei älteren Frauen

---

(1) Wenn wir die Auswahl der interviewten Frauen in Beziehung setzen zu dem im Rahmen der quantitativen Querschnitts-Analyse (1. Teilprojekt) gefundenen Gruppen berufstätiger Frauen (vgl. ELLINGER, KARMAUS 1985, 1. Zwischenbericht, S. 54 ff, 87 ff, 108 ff) zeigt sich, daß sie fast alle Cluster repräsentieren: sie sind Nicht-, Durchschnitts- und Vielfachkonsumentinnen zum Zeitpunkt des Interviews. Betrachtet man jedoch den Medikamentenkonsum nicht nur im Querschnitt, sondern berücksichtigt die biographische Dimension - was nur mittels der Interviews möglich ist - werden die durch die Cluster repräsentierten Belastungs-Konsummuster als Phasen der "Medikamentenkarriere", also des Verlaufs des Arzneimittelkonsums in der (Arbeits- und Familien-)Biografie, erkennbar (vgl. ELLINGER, KARMAUS, MISCHO-KELLING 1984, S. 133 ff).

der subjektive Problemdruck aufgrund einer zunehmenden Kumulation von Problemen und dem Nachlassen der Leistungsfähigkeit - für deren Aufrechterhaltung Medikamente ja häufig genommen werden - höher sein.

Das bedeutet, daß der Gebrauch von psychotropen Arzneimitteln häufig erst dann thematisierbar wird, wenn sie ihre Funktion nicht mehr erfüllen. Solange sie zur Unterdrückung der unerwünschten Symptome beitragen, also als Mittel der Bewältigung funktionieren, ist der Medikamentenkonsum ausgeblendet und tabuisiert. Es besteht daher Problembewußtsein nicht in einem Ausmaß, das ausreicht, sich auf ein intensives Interview einzulassen. Wir halten dies insbesondere im Hinblick auf abzuleitende Präventionsmaßnahmen für einen sehr wichtigen und ernstzunehmenden Hinweis.

Diese dem Gebrauch von psychotropen und schmerzlindernden Mitteln innewohnende Logik erklärt u. E. nicht nur das Überwiegen älterer Frauen, sondern auch die grundsätzliche Schwierigkeit, zu diesem Thema gesprächsbereite Frauen zu finden (1). Da wir entgegen der ursprünglich geplanten Zahl von 16-20 Interviews nur zehn Frauen für Gespräche gewinnen konnten, haben wir uns entschlossen, diese in Erhebung und Auswertung zu intensivieren und durch eine Supervision auch qualitativ zu verbessern.

Prinzipiell sehen wir vom Ergebnis her in der geringen Fallzahl kein Problem. Auch 20 Fälle sind ebensowenig repräsentativ wie zehn, da es sich in jedem Fall um eine selektierte und keine zufällige Auswahl handelt. Die zu untersuchenden theoretischen Zusammenhänge (z.B. zwischen Gefühlsarbeit, Befindlichkeitsstörungen, Medikamentenkonsum),

---

(1) Daneben spielt sicherlich auch eine Rolle, daß unser Anliegen, sich für offene Gespräche über ein heikles Thema ohne relevante Gegenleistung zur Verfügung zu stellen, hohe Erwartungen beinhaltet.



werden sogar am Einzelfall deutlich (vgl. z.B. BUDE 1984). Über die Häufigkeit des Vorkommens dieser Zusammenhänge können natürlich keine Aussagen gemacht werden. Dies ist eine Aufgabe quantitativer Auswertungen.

#### 2.4. ERHEBUNGSMETHODE

Die Wahl der Erhebungsmethode ist von der Frage der Angemessenheit gegenüber der Fragestellung bestimmt. Bei unserem Gegenstand "Bedeutung und Funktion" handelt es sich um Sinn- bzw. Bewußtseinsstrukturen, um mehr oder weniger bewußte Konfliktmuster, die nicht - wie etwa Sachverhalte - direkt abfragbar sind. Sie müssen indirekt erschlossen, d.h. aus den Erzählungen interpretiert werden. Dazu ist es notwendig, den Interviewten die Möglichkeit zu geben, den Inhalt selbst zu strukturieren, d.h. über das für sie in diesem Zusammenhang Relevante zu sprechen. Wir gehen mit HOFFMANN-RIEM (1980, S. 347) davon aus, "daß der Forscher Zugang zu bedeutungsstrukturierten Daten im allgemeinen nur dann gewinnt, wenn er eine Kommunikationsbeziehung mit dem Forschungssubjekt eingeht und dabei das kommunikative Regelsystem des Forschungssubjekts in Geltung läßt". Wir haben daher die offene Herangehensweise des narrativen Interviews gewählt, das am ehesten geeignet ist, die Relevanzstruktur der Interviewten selbst zum Ausdruck zu bringen.

Wir verkennen dabei nicht, daß alle Äußerungen kontextabhängig sind, d.h. beeinflußt durch die konkrete Interviewsituation, die 'Verortung' des Gesprächs (Annahmen über deren Sinn und Ziel) durch die Interviewte, deren eigene Erwartungen und die Interaktion mit der Interviewerin. Wenn auch also das Gespräch zu einem anderen Zeitpunkt und gegenüber einer anderen Person einen anderen Verlauf genommen hätte, so gehen wir dennoch davon aus, daß die Art und Weise, in der das Individuum auf die Gegebenheiten antwortet und seine Sinnbezüge darlegt, nicht gänzlich in der Situation auflösbar ist.

Mit jeder Frau wurden zwei, in einem Fall drei Gespräche von einer bis zu vier Stunden geführt. Im Erstgespräch haben wir nur einen themenzentrierten Erzählanreiz gegeben. Wir haben den Frauen gesagt, daß uns interessiert, was ihnen selbst im Zusammenhang mit ihrem Medikamentengebrauch wichtig ist. Ihnen wurde vorgeschlagen, von der letzten Situation zu berichten, in der sie ein Medikament genommen haben, um durch den Bezug auf eine konkrete Handlung und Situation den Einstieg zu erleichtern. Während des Gesprächs beschränkte sich die Interviewerin darauf, den Beiträgen der Interviewten zu folgen, Verständnisfragen zu stellen und u.U. einen allgemeinen Erzählanreiz wie "fallen Ihnen noch andere Aspekte ein?" zu geben. Eine zurückhaltende und akzeptierende Haltung der Interviewerin bildet dabei die Voraussetzung für eine Gesprächsatmosphäre, in der die Interviewte wirklich das für sie Relevante ansprechen kann. Die Wahl der Themen und deren Ausgestaltung durch die Erzählerin im Erstgespräch stellen die Grundlage für die spätere Auswertung dar.

Gleichzeitig gehen nicht nur die sprachlichen Äußerungen, sondern ebenso die Gesprächssituation, das nonverbale Verhalten der Beteiligten, Gefühle und Eindrücke der Interviewerin sowohl als Einflußfaktoren in den Gesprächsablauf selbst als auch als "Daten" in die Interpretation ein. Um diese subjektiven Eindrücke nicht als Verzerrungen oder "blinde Flecken" in die Auswertung einfließen zu lassen, wurden sie protokolliert und nach jedem Interview eine supervidierte "Fall"besprechung auf der Grundlage dieses "szenischen Kommentars" (vgl. HORN et al. 1983) durchgeführt. Aus der Diskussion des Materials (Interviewtext, Kommentar der Interviewerin, Einfälle der anderen Teilnehmer) wurden in der Projektgruppe erste Hypothesen über die jeweils zentralen Themen bzw. Konflikte entwickelt. Das zweite, im Abstand von vier bis acht Wochen durchgeführte Interview hatte zum einen die Funktion, diese Hypothesen zu überprüfen. Indem ergänzende Nachfragen zu dem oder den als zentral erachteten Themenkomplex(en) gestellt wurden, sollte(n) diese(r) in seiner/ihrer Bedeutung für die Fragestellung konkretisiert werden. Zum zweiten

ergeben sich aus unserer theoretischen Annahme von der Bedeutung der beruflichen und privaten Lebenssituation für die Funktion des Medikamentengebrauchs zwei grobe thematische Felder. Im zweiten Interview konnte eines dieser Themenbereiche ergänzend angeboten werden, falls bisher nicht darauf eingegangen wurde. Dabei behielt das Interview jedoch weitgehend seinen narrativen Charakter, d.h. der Grad der Vertiefung einzelner inhaltlicher Aspekte wurde den Interviewten überlassen.

Auf größtmögliche Vollständigkeit haben wir dagegen bei den Angaben zum Medikamentengebrauch geachtet. Aus der Erfahrung heraus, daß früher genommene Medikamente oft nicht erinnert werden, haben wir selbst verschiedene Medikamentengruppen mit Beispielen genannt, die dann z.T. wiedererkannt wurden. Obwohl es hierbei, anders als bei der Frage nach Bedeutung und Funktion, um reale Sachverhalte geht, kann nur eine Annäherung angestrebt werden. Die subjektiv erinnerte Version des Medikamentengebrauchs als einziger Datenquelle ist ebenso wie bei anderen Fragestellungen u.a. durch das generelle Erinnerungsvermögen, die Bewertung des eigenen Verhaltens (bzw. die Einschätzung der sozialen Erwünschtheit) geprägt sowie durch Ausmaß und Dauer des Medikamentenkonsums selbst. Das Zweitinterview bietet hier wie bei den anderen Erzählinhalten die Möglichkeit der Ergänzung und Korrektur, auch der Aufklärung widersprüchlicher Angaben. Es erfolgte außerdem eine Vervollständigung der biographischen Angaben.

Abschließend noch eine Bemerkung zur Begrifflichkeit: "narrativ" ist das Gesprächsverfahren insofern, als durch das eingangs formulierte Interesse an dem von der Interviewten selbst für wichtig Erachteten und dem dem Gesprächsverlauf folgenden Interviewerverhalten dieser Gelegenheit zur konsistenten Darlegung eigener Erfahrungen und Einschätzungen gegeben werden soll. Theoretischer Leitgedanke ist dabei jedoch nicht das Prinzip der "Hervorlockung relevanter Erzählinhalte" (vgl. SCHÜTZE 1976) das den 'relevanten Datengewinn' aus dem Zugzwang ableitet, in den der Erzähler gerät und der ihn auch

zur ungewollten Preisgabe von Inhalten verleiten soll. Relevante Daten können und sollen u.E. nicht einzeln "hervorgeholt" werden, sondern sind als Gesamtheit der sprachlichen Äußerungen im Interviewtext abgebildet, die die psychischen und sozialen Bedeutungsstrukturen des Erzählers enthält. Die sowohl expliziten als auch latenten Sinnstrukturen sichtbar und interindividuell nachvollziehbar zu machen ist Aufgabe der Interpretation.

### 3. AUSWERTUNG

So wie der Gegenstand unserer Untersuchung eine bestimmte, zwar problemzentrierte, aber offene Erhebungsmethode impliziert, leitet sich aus beidem auch das Verfahren der Auswertung ab. Das induktive Vorgehen bedingt, daß die Bedeutung und Funktion des Medikamentengebrauchs für jedes einzelne Interview interpretativ erschlossen werden muß. Die grundlegende Ebene der Auswertung besteht daher in der Rekonstruktion der Einzelfälle. Im folgenden wollen wir das Verfahren der Verdichtung des Materials und seiner Interpretation beschreiben.

Als "Daten" liegen der wortgetreu transkribierte Interviewtext (pro Interview durchschnittlich 60 bis 80 Seiten), die Bänder sowie die Interview- und Supervisionsprotokolle vor. Beide Interpretinnen gehen getrennt das Material auf zentrale Themen und Konflikte hin durch, wobei Ausgangspunkte die in der supervidierten Besprechung entwickelten und durch das Zweitgespräch ergänzten und modifizierten Hypothesen sind. Sie wählen eine oder mehrere Textpassagen aus, in denen diese Themen in typischer Weise zum Ausdruck kommen und die im weiteren Auswertungsverfahren interpretiert werden sollen. Enthält der Text explizite Bezüge auf die Fragestellung, d.h. Aussagen über Funktion und Bedeutung der Medikamente aus der Sicht der Erzählenden, so werden diese zum Ausgangspunkt der Interpretation genommen und anhand weiterer Textstellen überprüft.

Das zunächst getrennte Vorgehen zwingt zu einer gegenseitigen Explikation des Verständnisses und der Kriterien für die Auswahl der Textsequenz - z.B. besondere Betonung der Wichtigkeit durch die Interviewte selbst, Vertiefung eines häufig genannten Themas, sprachliche Auffälligkeiten oder Widersprüche, die sich einem Verständnis beim ersten Lesen entziehen.

Zur Interpretation der Textsequenz(en) selbst haben wir ein Verfahren gewählt, das sich an der "objektiven Hermeneutik" OEVERMANNs et al. (vgl. u.a. 1979, 1980) orientiert. Sie strebt eine Auslegung von Texten auf ihre objektiven, d.h. von den Repräsentanzen und Absichten des Subjekts unabhängigen, bewußten und unbewußten Sinnstrukturen an und erweist sich daher als besonders geeignet für unseren Gegenstand der mehr oder weniger verborgenen Bedeutungen des Medikamentengebrauchs.

Das praktische Verfahren der Interpretation der typischen Textsequenz(en) läßt sich folgendermaßen beschreiben: nach dem nochmaligen Abhören der Textstelle vom Tonband wird im ersten Schritt die Stellung des Redeausschnittes im gesamten Interview und sein thematischer Inhalt beschrieben. Im zweiten Schritt wird der Text Satz für Satz und Wort für Wort auf seine Bedeutung hin analysiert, wobei es darum geht, möglichst ausführlich vielfältige Interpretationsmöglichkeiten zuzulassen, abzuwägen und zu diskutieren. Dabei werden alle verfügbaren Informationen einbezogen, neben den Transkripten bzw. dem Tonband (z.B. Lautstärke, Tonlage, Schnelligkeit des Gesprochenen), die szenischen Eindrücke (vgl. HORN et al. 1983, S. 68 ff) der Interviewerin und die in der Supervision produzierten Einfälle und Assoziationen. Im Interpretations- und Diskussionsprozess werden all diese "Daten" solange argumentativ genutzt, bis eine Interpretation der Textsequenz von größtmöglicher Plausibilität erreicht ist. Im nächsten Schritt wird die Schlüssigkeit der Interpretation an weiteren Textstellen überprüft. Auf diese Weise verdichten sich einzelne Interpretationen zu einem einheitlichen

Muster der Sinnstruktur. An der Schlüssigkeit, d.h. der an verschiedenen Passagen gemessenen Widerspruchsfreiheit der Rekonstruktion mißt sich, ob dieses Muster getroffen ist. Sie bildet zugleich die Voraussetzung für die Verallgemeinerbarkeit der gezogenen Schlüsse, denn: "nicht an der Anzahl der untersuchten Fälle bemißt sich, ob eine Strukturanlage als typisch gelten kann, sondern - geradezu im Gegenteil - an der Schlüssigkeit der Rekonstruktion des Einzelfalls" (BUDE 1984, S. 22).

Abweichend von diesem hier idealtypisch dargestellten Auswertungsverfahren haben wir nicht immer eine einzelne Textstelle als zentrale identifizieren können; zum einen in Abhängigkeit von dem Grad der Bewußtheit der interviewten Frau über Sinn und Funktion ihres Medikamentengebrauchs, zum anderen wenn uns eine Vielzahl angesprochener Themen als relevant erschien, haben wir mehrere Textstellen in der Fallrekonstruktion berücksichtigt.

Bei dem von uns gewählten, an der "objektiven Hermeneutik" orientierten Verfahren handelt es sich u.E. um die Aufgliederung und Explikation eines Verstehensvorgangs, der sich an sich alltäglich und intuitiv vollzieht. Durch die theoretische Trennung der objektiven Bedeutungsstruktur eines Textes von dessen subjektiv "gemeintem" Sinn wird dieser Verstehensprozess in seinen einzelnen Schrittfolgen sichtbar. Das explizierende praktische Verfahren erhöht die Chancen eines selbstreflektiven Umgangs des Forschers und der Reduktion des Einflusses implizierter "latenter" Annahmen und Vorverständnisse auf die Interpretation. Die so erzielten Interpretationsergebnisse denken wir uns zwar nicht als forschernabhängig reproduzierbar, da sie "prinzipiell den Status von subjektiv-intentionaler Repräsentanz (auf seiten der Interpreten selbst) nicht verlassen" (OEVERMANN 1983, S. 392), aber sie erfüllen den Anspruch der Nachvollziehbarkeit, den wir für bedeutsam und realistisch halten.

## 4. FALLGESCHICHTEN

FRAU R.

Frau R. ist 51 Jahre alt, verheiratet und hat drei erwachsene Kinder. Frau R. ist Rechtsanwaltsgehilfin von Beruf, hat jedoch ihre Erwerbstätigkeit weitgehend aufgegeben, als ihr zweites Kind geboren wurde. Seitdem ist sie Hausfrau - hat jedoch zeitweise stundenweise gearbeitet.

Das zentrale Ereignis in den Gesprächen mit Frau R. ist das Absetzen des Beruhigungsmittels 'Tavor' (Benzodiazepin-Derivat), das sie über 10 Jahre in der gleichen relativ niedrigen Dosis (1 bis 2 mg/Tag) täglich eingenommen hat. Frau R. hat diese Tabletten ca. ein halbes Jahr vor dem Interview abgesetzt.

Ursache bzw. Auslöser der Verordnung und Einnahme dieses Tranquilizers war der Suizid der Mutter von Frau R., an dem sie sich schuldig gefühlt hat und in dessen Folge sie unter starken Ängsten und Depressionen litt. Mit Hilfe der Tabletten wurden diese Symptome soweit gedämpft, daß das Leben für Frau R. erträglich war. Im darauf folgenden Jahr wurde aufgrund einer Erkrankung eine Operation erforderlich, die jedoch mißglückte. U.a. führten ärztliche Kunstfehler zu drei weiteren mißlungenen Eingriffen. Nach insgesamt sieben Operationen im Verlauf von zwei Jahren war Frau R. zumindest körperlich wieder hergestellt. In dieser Zeit brauchte sie die Beruhigungsmittel, um ihre Ängste etwas zu vermindern und schlafen zu können. Sie hätte nach ihrer Auffassung die gesamten drei Jahre schwer ohne das 'Tavor' durchgestanden. Nach weiteren sieben Jahren war es Frau R. möglich, auf die Beruhigungsmittel zu verzichten.

Ein großer Teil der Erzählungen und Gedanken von Frau R. weist die

Perspektive der Veränderung (früher ... heute) in ihr selbst und in den Beziehungen zu ihr nahe stehenden Menschen auf. Dabei steht zunächst der Kampf um die Befreiung aus der Abhängigkeit von 'Tavor' im Vordergrund. Sie beschreibt sehr eindrücklich den Mechanismus der Medikament-Abhängigkeit bei niedriger Dosis (rebound-Effekt) und auf welche Weise ihr die Erkenntnis ihrer Abhängigkeit möglich wurde (s. Abschnitt: Niedrig-Dosis-Abhängigkeit). Im weiteren Verlauf wird deutlich, daß das Thema Abhängigkeit über den Bereich der Tabletten hinaus geht und auf einer sehr viel allgemeineren Ebene für Frau R. zentral ist. In vielen ihrer Erzählungen und Gedanken kommt der Konflikt Autonomie - Abhängigkeit und ihr Kampf um den eigenen Weg und eigene Wünsche zum Ausdruck. Frau R. schildert anhand vieler Beispiele ihre Auseinandersetzung mit an sie gestellten Erwartungen und die ihr mittlerweile möglich gewordene Abgrenzung von gesellschaftlichen Normen.

Bevor wir das Thema Abhängigkeit und Angewiesensein in Beziehungen anhand einer Textstelle darstellen, wollen wir zunächst auf einen anderen, Frau R. sehr wichtigen Aspekt von Beziehungen eingehen, den sie selbst als mitverantwortlich für ihre Depressionen ansieht.

#### ABGRENZUNG UND HARMONIE - "ICH MUSS DA EIN UNWAHRSCHEINLICH GUTES MEDIUM ODER WAS FÜR SEIN"

Frau R. spricht von dem Umgang mit Problemen in Gesprächsgruppen. Jeder tröste den anderen und verleugne seine Probleme statt sie als Realität zu akzeptieren und damit auch verändern zu können. Der- bzw. diejenige, die auf Probleme hinweise, stehe als Böse da. Den gleichen Mechanismus beschreibt Frau R. dann - als Teil-Ursache ihrer Depressionen - für ihre Beziehung zu ihrem Ehemann.

(1/1729) E<sup>1)</sup>... Dann richtet sich nämlich die Wut von dem anderen  
... ah, also ich merk', daß mein Mann das nämlich auch

---

1) E = Erzählerin; I = Interviewerin



sehr mit mir macht, das ist aber so 25 Jahre ist das nur so unterschwellig gelaufen, hab' ich das nicht gemerkt.

I ja

E War sicher aber auch ein Teil meiner Depressionen mit

I ja

E die waren nicht nur ausgelöst durch den Tod meiner Mutter, irgendwo läuft ja ne ganze Menge.

Sie illustriert diesen Mechanismus an einem Beispiel:

(1/1739) E Was mir eben auch mehr durch die Gesprächsgruppen nun klar geworden ist. Daß, eh, ... hat z.B. jetzt Zahnschmerzen, was mir leid tut, und vor allem ist es nicht mit dem einen Zahn getan, sondern dann, er muß Ersatz kriegen.

I mh

E Das sind mehrere,

I mh

E und das ist auch ein schwerer Entschluß.

I mh

E Nur: früher ist es so gelaufen, daß ich ihn dann angemeldet hab' beim Zahnarzt, hab' ihm auch den Termin aufgeschrieben, hab' ihm den Schein hingelegt,

I mh

E und dann ist er da widerwillig hingegangen, obwohl er ja ganz genau wußte, daß er ja gehen mußte; ich schick ihn da ja nicht zur Freude hin. Und wenn er dann wiederkam und hatte Schmerzen oder auch schon vor dem, die Angst dahin, daß er dann regelrecht böse auf mich war. Ja, und ich mich auch noch irgendwo schuldig gefühlt hab'!  
(lauter, empört)

I Ja ja

E Ja, das hab' ich aber so, so irgendwo übernommen.

I daß Sie so zuständig waren eigentlich

E ja

I für das, also was ihm angetan wurde.

E ja!

I mh mh

E Und ... eh, ja, und daß ich das heute alles nicht mehr tu'.

I mh

E Daß ich dann sag: "Du das tut mir so leid" ...  
aber ... der hat Telefon auf dem Schreibtisch, der kann  
sich genauso gut selber anmelden. (lachend)

Frau R., die die Organisation des Zahnarzt-Termins früher ihrem Mann abgenommen hat, wurde aufgrund dessen von ihm auch für die Ängste und Schmerzen verantwortlich gemacht. Sie hat diese Rolle angenommen und sich tatsächlich schuldig gefühlt - was sie noch im nachhinein als empörend und erstaunlich empfindet. An einer anderen Stelle des Interviews schildert Frau R. noch einmal, daß auch andere ihr nahestehende Menschen, insbesondere ihr Vater, ihr unangenehme Gefühle zugeschoben haben.

(1/1896) E ... Aber er kann es ... ja eigentlich ähnlich wie mein Mann, und das ist mir merkwürdigerweise dann erst so bewußt geworden, wie ich meinen Vater - ich hab ihn ja doch ein paar Wochen gepflegt - daß er auch seine ganze Angst, ja besonders die Angst, und die so auf, voll auf mich abladen kann und das kann mein Mann genauso.

I ja

E Ich muß da ein unwahrscheinlich gutes Medium oder was für sein. (lachend)

I ja ja

E Es gibt wohl Menschen, die das so aufnehmen,

I ja

E und das, dann sind die das ja los!

I ja

E und, und ich konnte dann sehen, wie ich damit fertig wurde. Für mich selber blieb nichts übrig, und ich hatte dann solche Depressionen!

I ja

E Und ... ich glaube ähnlich hat meine Mutter das gemacht.

Ihr Vater wie ihr Ehemann können eigene Ängste auf Frau R. "abladen" und zwar "voll", d.h. ganz und gar. Sie "können" es, sie sind also zum einen fähig dazu, zum anderen läßt Frau R. es zu. Sie ist sich unsicher in der Erklärung für ihre Bereitwilligkeit. Sie "muß ein unwahrscheinlich gutes Medium" sein, eine andere Erklärung gibt es nicht. Sie ist empfänglich für diese 'Zuschreibungen', empathisch für die Gefühle anderer. Mit dieser Eigenschaft "das so aufzunehmen" unterscheidet sie sich von anderen Menschen ("es gibt wohl solche Menschen"). Für ihre Interaktionspartner, Vater und Mann, war sie ein Mittel, unangenehme Gefühle loszuwerden und abzuladen, sie haben ihr sozusagen ihre Probleme übergeben und waren selbst frei davon. Frau R. hatte dann diese eigentlich fremden Gefühle und Probleme, etwas womit sie "fertig werden" mußte. Für sie selbst blieb "nichts übrig", ihre Energie und Kraft war erschöpft. Frau R. konnte sich nicht gegen die Zuschreibungen abgrenzen und wehren, sondern hat die Probleme zu ihren eigenen gemacht.

(1/1809) E ... ich glaube ..., daß' das auch ein Problem meiner Depression war, das auszuhalten .. ja die Angst ... und auch den Unmut und, und, und so, von, von mir nahestehenden Menschen auszuhalten.

Es ist Frau R. schwer gefallen, auszuhalten, daß andere wütend sind, Ängste und Schmerzen haben; lieber als die Distanz und Trennung wahrzunehmen, hat sie ihnen diese Gefühle abgenommen. In mehreren Textstellen schildert Frau R., wie sie sich heute gegen derartige Zuschreibungen auch aggressiv zur Wehr setzen kann.

Das Thema Ungetrenntheit und Kampf um Abgrenzung zeigt sich auch in dem folgenden Interviewauszug, bei dem es um die Probleme geht, die sich daraus ergeben, wenn nur eine Dusche zur Verfügung steht.

(1/2023) E eh ... ging ich erst, dann hab' ich hinterher auf meinen Mann gewartet, hab', kriegte ich schon schlechte Laune, weil ich Hunger hatte, ich muß gern gleich frühstücken. Ging ich alleine runter in den Speisesaal, dann wurde ich mindestens drei mal gefragt, ehm, wo mein Mann denn nun inzwischen wär',

I hm

E das ist ja auch absolut ungewöhnlich, nun alleine frühstücken zu kommen, 'ne? Ich sag' Ehepaare müssen siamesische Zwillinge sein, ne?

I ja

E Das ist grausig! In Ihrem Alter sicher nicht mehr, aber in unserer Generation ist das einfach so verbreitet. Das ist ... fürchterlich! Aber ... ich mein' einiges hab' ich da auch inzwischen geändert ... aber so, so von der Natur her ... ist das so!

I hm

E ... schrecklich! ...

Frau R. erörtert verschiedene Lösungsmöglichkeiten. Zuerst zu duschen und auf ihren Ehemann zu warten, bedeutet eigene Bedürfnisse aufzuschieben und sich deshalb unwohl zu fühlen und ärgerlich zu werden. Nicht zu warten, sondern allein frühstücken zu gehen ist "absolut ungewöhnlich" und entspricht nicht den Erwartungen. Frau R. überzeichnet diese Norm indem sie Ehepaare mit "siamesischen Zwillingen" vergleicht. Ungetrennt, wie eine Person sein und handeln zu müssen erlebt sie als "grausigen", "fürchterlichen" und "schrecklichen" Anspruch an sich, bedeutet er doch, daß sie unselbständig und abhängig ist und eigene Bedürfnisse zumindest aufzuschieben muß. Es ist für sie ein Anspruch der - zumindest für ihre

Generation - "von der Natur her" so besteht, d.h. selbstverständlich, unhinterfragt und wenn überhaupt, nur sehr schwer zu verändern ist. Autonomie und Selbständigkeit zu erlangen, ist für Frau R. also eine Aufgabe, die sie quasi gegen die Natur lösen muß. In Teilen ist ihr dies bereits gelungen ("einiges hab ich da auch inzwischen geändert").

Auf das Thema Abhängigkeit in Beziehungen wollen wir im folgenden anhand einer längeren Textsequenz eingehen.

ABHÄNGIGKEIT - "DAS WAR SO IN DEN ZEHN JAHREN SO FEST BEI MIR DRIN, DASS DAS MEIN FREUND WAR, DIESE 'TAVOR'"

Frau R. spricht davon, wie sie es gelernt hat und noch lernt, mit ihren Ängsten umzugehen. Es geht u.a. darum, allein, d.h. ohne ihren Ehemann, mit dem Auto wegzufahren. Sie war daran gewöhnt, daß sie zusammen mit ihrem Mann wegfährt, hat dann jedoch festgestellt, daß sie sich einschränkt, wenn sie darauf angewiesen ist, daß er mitkommt. Sie erzählt eine Episode, in der sie allein mit ihrem Auto unterwegs ist und beschreibt, wie sehr sie dies genoß - bis sie eine Panne hatte.

(2/2372) E Ja, und meine erste Reaktion, auch wieder so, meinen Mann anzurufen und, und so fragen: "Was soll ich nu' machen?", nicht?

I mh

E Wie so'n kleines Kind dann.

I mh

E Und ... ich erreichte ihn aber nicht. Ja, und das ist dann die Situation, wo ich dann so auf mich gestellt bin.

In dieser Situation fühlte Frau R. sich angewiesen "wie ein kleines Kind". Sie hat dann jedoch das Problem selbst gelöst bzw. hatte das Glück, daß ein anderer Autofahrer ihr geholfen hat. Für sie war es

jedoch wesentlich, daß sie nicht auf ihren Mann angewiesen war.

(2/2372) E ... Aber irgendwo hat mir das enormen Auftrieb gegeben, einfach auch diese Erkenntnis, ich bin nicht in jeder Situation nur auf meinen Mann angewiesen.

I ja

E Das war so 'ne tolle Erfahrung, daß ich hinterher ... also ja, mich da wieder mal so gut gefühlt habe, und dann hab' ich bei meinem Mann gemerkt, der hat überhaupt nachher nicht mehr gefragt, ich hab' ihm das nur so geschildert,

I (lacht)

E der war, glaub' ich, inwendig zu Tode beleidigt, daß ich das Problem allein gelöst hatte.

I hm

E Da hat er sich überflüssig gefühlt.

Während sich Frau R. aufgrund ihrer gewonnenen Unabhängigkeit gegenüber ihrem Mann besonders gut fühlte, hat sie den Eindruck, daß es ihrem Mann gerade deshalb schlecht ging: er habe sich "inwendig zu Tode beleidigt" gefühlt, weil er nicht gebraucht wurde. Es scheint, ihre Unabhängigkeit geht auf seine Kosten. Nicht nach außen hin sichtbar, sondern "inwendig" ist der Ehemann "zu Tode" gekränkt. Daß sie ihn nicht braucht, ist vernichtend.

Der Grund für Frau R.'s Angst vor dem Angewiesensein wird im weiteren erkennbar.

(2/2435) E ... Ja, ich glaube, ich kann das ganz schlecht vertragen, auch so dieses Gefühl, in solchen Situationen eben auf meinen Mann angewiesen zu sein.

I hm, und abhängig zu sein.

E Ja, also nicht nur auf ihn, sondern überhaupt

I hm

E auf jemand ganz bestimmtes.

I ja

E ... Aber besonders, glaub' ich, auf meinen Mann, weil ... weil ich ... ja, ich weiß nicht, was mir so Angst macht. Ich glaube, es macht mir auch Angst ... dabei hat er viel bessere Gesundheit als ich und in jeder Beziehung, aber ich habe einfach auch schon jetzt mehrmals miterlebt, wo so Kollegen von ihm ganz plötzlich - was weiß ich - 'en Herzinfarkt

I hm

E gekriegt haben oder irgend etwas.

I hm

E Und, eh, ... ja, wo, wo ich dann richtig so in Panik gerate,

I hm

E und denke ..., war mir gar nicht so bewußt, aber so, so irgendwie doch, daß ich denk': was hätte ich wohl gemacht, oder so.

I ja, ja, ja

E Irgendwo spielt das, glaub' ich, 'ne Rolle mit rein.

Was ihr Angst macht, sie in Panik geraten läßt - sie spricht es nicht einmal direkt aus, so bedrohlich ist es - ist, daß ihr Mann sterben könnte. Es sei zwar nicht zu erwarten, seine Gesundheit ist besser als ihre, aber es liegt auch nicht im Bereich des Unmöglichen.

In dieser Textsequenz wird der Konflikt von Frau R. deutlich. Ihre Panik angesichts des möglichen Todes ihres Mannes läßt darauf schließen, wie abhängig sie sich gerade von ihm fühlt, sie ist auf ihn angewiesen "wie ein kleines Kind". Der Gewinn von Autonomie - den sie sich sehr wünscht - geht jedoch in ihrem Erleben auf Kosten ihres Mannes: er wird überflüssig. Hier wie in den vorangehenden Interviewauszügen kommt die enge Verbundenheit und Ungetrenntheit mit nahestehenden Menschen zum Ausdruck. Trennung, Autonomie und die

Befriedigung eigener Bedürfnisse bedeuten Vernichtung und Verlust des anderen (und lösen Schuldgefühle aus), andererseits ist sie als Abhängige dem Verlassenwerden und ihrer Hilflosigkeit ausgeliefert. Auf der Grundlage dieses Verständnisses wird die Funktion der 'Tavor' klar.

(1/71) E ... also, wie soll ich sagen, das war so in den zehn Jahren so fest bei mir drin, daß ... ja, daß das mein Freund war, diese 'Tavor' ...

I hm

E ... und daß das mich auch beschützt, wenn ich so in 'ner Situation bin, wo ich nicht mehr weiter weiß.

Und:

(1/225) E Das zog dann so eins das andere nach sich, aber so der Anfang, vor allen Dingen, was das Schlimme glaub' ich, war, daß ich absolut dieses 'Tavor' als, ... na als Stütze oder als, .. äh, ja betrachtet hab', also das ich so ungefähr so dachte, es kann nichts so schlimm kommen im Leben, ich hab' ja das 'Tavor', notfalls beschützt mich das soviel, daß ich das eben aushalten kann, was .. was dann da auf mich zukommt.

Die Beruhigungsmittel, das 'Tavor' ist eine "Stütze", ein "Freund". Im Gegensatz zu realen Beziehungspartnern ist es immer verfügbar, es kann sie nicht verlassen. 'Tavor' gibt Schutz und Sicherheit, etwas das Frau R. nicht immer von den ihr nahestehenden Menschen bekommen hat, bzw. das sie befürchtet zu verlieren. In diesem Sinne gibt das 'Tavor' Unabhängigkeit von Menschen. Zusätzlich zu dieser Bedeutung einer inneren Stütze verdeutlichen die beiden folgenden Textauszüge eine zweite, eher nach außen gerichtete Funktion der Tabletten.

(1/952) E also nicht, ich mein' es war damals ja nicht so, daß es jetzt abrupt gut war durch die Tabletten. So war's nicht.

I Ja



E Es war nur so, dann hätt' ich sie wahrscheinlich auch viel höher dosieren müssen,

I hm

E aber, es war nur so, daß ich's eben ertragen konnte,

I ja

E und vor allen Dingen nach außen 'ne Fassade aufrecht erhalten konnte ... ja so unseren Bekannten oder auch mein-, meiner Familie gegenüber, nicht?

I hm

E also so weit hat, hat mich das wenigstens abgeschirmt.

Und:

(2/3046) E Und, eh, da hab' ich gemerkt, also daß ich da so 'n bißchen eben ... wieder Boden unter den Füßen kriegen konnte,

I hm

E also wenigstens auch nachts schlafen konnte und wieder in meinem Zimmer sein konnte und nicht nur, aber ... nicht, weg war, also

I hm

E es war nur so, daß ich ... das Gefühl hatte, ich konnte wenigstens diese Fassade meiner Familie gegenüber aufrecht er- zu erhalten, daß ich wenigstens so einigermaßen wieder funktionierte.

Die Einnahme der 'Tavor' bewirkte ( - in der akuten Phase - ), daß die Ängste etwas reduziert waren, daß es "eben erträglich" war, Frau R. wieder "Boden unter die Füße kriegen konnte". Besonders wichtig war ihr dabei, "wenigstens einigermaßen zu funktionieren", die Fassade ihrer Umwelt gegenüber aufrecht zu erhalten.

Die Abschirmung von ihren Ängsten ermöglichte es Frau R. zu funktionieren, die Fassade zu erhalten, bewirkte also eine Abschirmung nach außen. Ihre wahren Gefühle sollten nicht nach außen dringen. Die Tabletten wurden so zu einem Mittel der Abgrenzung.

NIEDRIG-DOSIS-ABHÄNGIGKEIT ... "WAS ICH HINTERHER ERST SO BEGRIFFEN HABE, DAB DIESE DEPRESSIONEN DURCH DAS 'TAVOR' HERVORGERUFEN WURDEN ..."

Die Entwicklung einer Abhängigkeit ohne Dosissteigerung (low-dose-dependency) ist eine Spezialität des Langzeitgebrauchs von Benzodiazepin-Derivaten. Insbesondere bei den Präparaten mit geringer Halbwertszeit, die vom Körper relativ schnell ausgeschieden werden, treten Entzugserscheinungen wie Depressionen, Angst und Schlafstörungen auf, die aber meistens vom Arzt und Patienten als die ursprünglichen Symptome, gegen die die Tranquilizer verordnet werden, mißdeutet werden. In der Folge wird die weitere Verordnung bzw. der Gebrauch der Beruhigungs- oder auch Schlafmittel als notwendig betrachtet. Die geringe und gleichbleibende Dosis trägt dazu bei, sich über die Gefahr einer möglichen Abhängigkeit hinwegzutäuschen.

So war es auch bei Frau R.. Neben den beschriebenen psychosozialen Gründen hat die Angst vor Depressionen, die sie für die ursprünglichen hielt und erst im Nachhinein als Entzugssymptome erkennen konnte, die Einnahme der 'Tavor' aufrechterhalten. Zur Dämpfung der Symptome fühlte sie sich angewiesen auf die Beruhigungsmittel. Frau R. berichtet:

(1/335) E ... und dann, wie's eben mittags so schlimm war, das ist mir auch nicht klar geworden, das war erst hinterher, daß das diese Entzugserscheinungen sind, die so schlimm waren ...

I hm ... hm

E Das ist mir jetzt dann auch erst klar geworden, wie ich's abgesetzt hab', weil das dieselben Erscheinungen waren, wie die, die ich sonst mittags hatte, und wenn ich's dagegen zum Abend, fünf, halb sechs, sechs, genommen hab', dann war's wieder gut.

I ja

E Aber so, diese Wechselwirkung davon, da hat sich kein Mensch mal die Mühe gemacht, mir das zu erklären. Ich wüßte jetzt auch genau, wie ich mit Leuten umgehen müßte, die weg von Tabletten wollen, wenn sie selber den Willen haben.

Und:

(1/1243) E - ich hab' immer gedacht: wenn die Depressionen jetzt schon so schlimm sind, wo ich die 'Tavor' nehm,  
 I hm  
 E wie schlimm sind sie dann erst  
 I hm  
 E wenn ich die absetze,  
 I hm  
 E und da hab' ich Angst vor gehabt.  
 I hm  
 E Aber ... daß das gerade auch die 'Tavor' waren, die die nun ausgelöst haben,  
 I ja  
 E nur das hat man, wie gesagt, nie jemand versucht zu erklären.

Die Erkenntnis, daß die Symptome nicht Ursache, sondern Folge der Medikamenteneinnahme waren, hat für Frau R. eine sehr wichtige Rolle bei ihrer dauerhaften Entscheidung, auf die Mittel zu verzichten, gespielt.

(1/140) E Und es macht einem auch gar keiner klar, ja oder vielmehr, was ich hinterher erst so begriffen habe, daß diese Depressionen durch das 'Tavor' hervorgerufen wurden, nachher  
 I hm  
 E daß diese große Angst, die ich ab mittags hatte, davon ausgelöst wurde, daß die Dosis dann eben so abgebaut war, daß es regelrechte Entzugserscheinungen waren ...

I ja

E Das hat mir aber kein Arzt, kein Mediziner, überhaupt keiner klar gemacht. Erst wie ich das 'rausgefunden hab', daß ...'n ja ..., da war ich sicher, da brauchte ich das Zeug auch nicht mehr.

Dieses Wissen über die Entzugssymptome von Tranquilizern mußte Frau R. durch eigene Erfahrung gewinnen, d.h. erst nach dem Entzug wurde ihr der Zusammenhang klar. In den oben zitierten Textstellen kommt zum Ausdruck, daß Frau R. - wenn ihr jemand die Zusammenhänge erklärt hätte - eventuell schon früher auf die Tabletten hätte verzichten können. Dies war jedoch nicht der Fall. Vielmehr berichtet Frau R., daß sie sowohl während verschiedener Krankenhaus- als auch Kuraufenthalte ihre Tabletten weiterhin genommen habe und von Ärzten und Pflegekräften keine großen Bedenken geäußert wurden, solange sie die therapeutische Dosis nicht überschreiten würde. Die geringe Dosierung ermöglichte auch Frau R. selbst die Verleugnung ihrer Abhängigkeit von den Tabletten. Es hat lange Zeit gedauert, bis sie den Widerspruch zwischen der geringen Dosierung ("... daß man denkt: och, diese kleine Tablette macht doch nichts aus ...") einerseits und der Tatsache andererseits, daß sie sie jeden Tag nehmen mußte, realisiert hat. Als ihr dies während ihres letzten Kuraufenthaltes klar wurde, brach sie die Kur ab, fuhr nach Haus und setzte die Beruhigungsmittel ab. Den mehrere Wochen andauernden akuten Entzug stand sie ohne ärztliche Hilfe durch.

Neben der psychischen und sozialen Funktion des Beruhigungsmittels (s.o.) ist also zur Aufrechterhaltung des Gebrauchs sein spezifisches pharmakologisches Potential eine Abhängigkeit bei niedriger Dosis zu bewirken, von Bedeutung. Es führt dazu, daß zum einen die physischen und psychischen Symptome als Ursache und nicht auch als Folge der Einnahmen gesehen werden. Zum anderen erleichtert die geringe Dosierung die Verleugnung der Abhängigkeit. Informationen über diese Wirkungsweise und Zusammenhänge könnten einen Beitrag zum Verzicht auf

die Tabletten leisten.

Frau E.

Frau E. ist 45 Jahre alt, von Beruf Krankenschwester und arbeitet in einer Arztpraxis. Sie ist geschieden und hat keine Kinder. Frau E. wohnt allein; sie hat einen festen Partner.

Vor 20 Jahren begann Frau E. Medikamente zu nehmen. Als Krankenschwester hat sie jahrelang in Wechselschicht gearbeitet, zeitweise sogar "rund um die Uhr", indem sie Nachtwachen im Anschluß an den Tagesdienst versah. In dieser Zeit nahm sie das Stimulanzium 'Preludin' und Schlaftabletten; manchmal trank sie zusätzlich Alkohol. Zeitweise kamen verschiedene Schmerzmittel hinzu, darunter 'Dolviran' und 'Gelonida', da sie unter Kopf- und Gelenkschmerzen litt. Die Medikamente erhielt Frau E. z.T. durch Verschreibung von Ärzten, z.T. auf der Station. Dann heiratete sie, arbeitete in einer Klinik unter weniger aufreibenden Bedingungen und reduzierte ihren Tablettenkonsum. Als sie schwanger war, wurde ihr wegen einer drohenden Fehlgeburt 'Valium' zur Beruhigung verordnet; damit begann ihre "große Valiumperiode" (Frau E.). Sie erlitt eine Fehlgeburt, nahm weiterhin 'Valium', wurde abhängig. Sie nahm ihre Arbeit einschließlich Nachtdiensten wieder auf und gebrauchte zeitweise zusätzlich ein starkes Schlafmittel ('Mandrax') sowie ein Kreislaufmittel mit anregender Wirkung ('Katovit').

Etwa zwei Jahre später begann ihre Ehe auseinanderzubrechen; sie litt in dieser Zeit unter Migräne, die sie mit 'Thomapyrin' und "allen erreichbaren Schmerzmitteln" dämpfte. Möglicherweise im Zusammenhang mit der bevorstehenden Scheidung verübte sie einen Selbstmordversuch mit einem Neuroleptikum und Insulin. Während des anschließenden Psychiatrieaufenthalts machte sie einen Entzug durch und war danach eine zeitlang in psychiatrischer Behandlung. Frau E. wechselte dann ihre Arbeitsstätte und lebte einige Zeit ohne Medikamente.

Sie begann unter Depressionen zu leiden, als sie in drei aufeinander-

folgenden Jahren eine Trennung, den Tod ihrer Schwester und den ihrer Mutter verkraften mußte. Sie nahm das Antidepressivum 'Alival' sowie 'Captagon', ein Stimulans, auch um die große Arbeitsbelastung durch eine zusätzliche Wochenendtätigkeit durchzustehen.

Vor ca. einem Jahr erlitt sie schließlich einen physischen und psychischen Zusammenbruch, wurde krankgeschrieben. Diese vierwöchige "Zwangspause", in der sie "aufräumen" und ihre Situation überdenken konnte, wurde für sie zum einschneidenden Erlebnis. In der Folge reduzierte sie ihre Arbeit und konnte einen Großteil der Medikamente absetzen. Frau E. fühlt sich seitdem stabiler und ausgeglichener und kommt fast ohne Medikamente aus (z.Zt. etwa einmal monatlich eine halbe 'Frisium'-Tablette, manchmal 'Aspirin').

Als Motivation für das Gespräch nennt Frau E., mit der Schilderung ihrer Erfahrungen anderen helfen zu können. In der Erzählung von Frau E. steht ihre Berufstätigkeit im Vordergrund, wobei das Thema "anderen helfen" sowohl in diesem als auch in anderem Kontext durchgängig auftaucht. Wir haben deshalb für die Interpretation eine Textstelle aus dem zweiten Interview ausgewählt, in der sie den Zusammenhang zwischen lebensgeschichtlichen Erfahrungen und Berufswahl anspricht.

- (2/662) E Aber das steckte so in mir drin  
 I hm  
 E weil ich immer gewohnt war, meiner Mutter zu helfen  
 I mhm mhm  
 E ja und äh da war irgendwie sag mal diese dieses, diese Vertrautheit die war auch einfach nicht da gewesen  
 I Ja  
 E und das sagte auch mein Vater letztens zu mir. Er hat das bei mir also sehr vermißt, daß ich mich ihm nie anvertraut habe. Na ja und denn, wie gesagt, war ich in meinem Beruf drin und, äh, denn versuchte ich denn so damit fertig zu werden. Und das hat mich dann auch nicht mehr so gestört,

weil ich so in diesem Beruf aufging, daß diese, daß die Krankheiten und die Leiden der anderen viel größer war als als meins

I ja ja

E nicht, das wurde dann erstickt, das war dann weg

I ja ja

E deswegen hatte ichs auch gar nicht mehr so gemerkt, außer wie gesagt, nachher als ich denn alleine war nach der Scheidung, aber die ganzen Jahre hindurch habe ich das gar nicht so empfunden, überhaupt nicht.

Im Vorhergehenden berichtete Frau E., daß sie zu ihren Eltern nie ein herzliches Verhältnis gehabt habe. Ihr Vater habe sie und ihre drei Geschwister oft geschlagen. Auch zur Mutter habe sie kein gutes Verhältnis gehabt; sie fühlte sich den Geschwistern gegenüber zurückgesetzt, als Aschenputtel, das den Hauptteil der Hausarbeit zugewiesen bekam. Besonders als einziges Kind mit roten Haaren in der Familie und in der Schule habe sie sich schon immer als Außenseiterin gefühlt.

Sie sei froh gewesen, früh von zuhause wegzukommen, indem sie eine Ausbildung als Krankenschwester begann. Allerdings sei sie immer gern nach Hause gefahren. Eine typische Situation, später, als sie und ihre Geschwister bereits verheiratet waren, sei die folgende gewesen: alle verbrachten das Wochenende bei den Eltern. Während ihre Brüder und deren Ehefrauen spazierengingen, stand sie in der Küche, um ihrer Mutter zu helfen. Sie selbst habe es ja gern getan, aber ihr Mann habe das nicht eingesehen.

E Aber das steckte so in mir drin, weil ich immer gewohnt war, meiner Mutter zu helfen. Ja und äh da war irgendeine sag mal diese dieses, diese Vertrautheit die war auch einfach nicht da gewesen.

Die Gewohnheit wird jetzt als fester, nicht veränderbarer Bestandteil



ihrer selbst erlebt und ist dennoch etwas Fremdes, "in sie Hineingestecktes". Denn die Gewohnheit, zu helfen, mußte sich erst ausbilden, ist erlernt worden. Wie Frau E. an anderer Stelle des Interviews berichtet, hatte sie sich als Kind noch gegen die Zuweisungen ihrer Mutter gewehrt; später entzog sie sich ihrer Rolle durch Auszug von Zuhause. So erklärt sie ihre heutigen Hilfeleistungen in der Familie denn auch mit Gewohnheit und nicht mit Gefühlen von Nähe und Vertrautheit ihrer Mutter gegenüber, die sie ausdrücklich verneint. Dennoch betont sie, immer noch gern nach Hause gefahren zu sein. Es scheint also, daß sie an den Kontakt zu ihren Eltern durchaus noch Erwartungen knüpft.

Das passende Wort zu finden für das, was in der Beziehung zu den Eltern gefehlt hat (und fehlt), fällt ihr jedoch schwer, so wie sie auch in den Gesprächen mit uns generell Mühe hatte zu benennen, was sie vermißt und welche Wünsche sie an andere hat.

Und das sagte auch mein Vater letztens zu mir. Er hat das bei mir also sehr vermißt, daß ich mich ihm nicht anvertraut habe.

Er, der Vater habe das Vertrauen vermißt, nicht sie: der Wunsch nach Anteilnahme und Unterstützung durch die Eltern, der aus dem vorher Gesagten spricht, wird nicht geäußert. Wahrnehmen und beschreiben kann sie diese Bedürfnisse dagegen bei anderen - hier als Erwartung des Vaters, der sie nicht entsprochen hat. In der Konsequenz muß sie sich schlecht fühlen - da sie ihn ja enttäuscht hat - statt ihrer eigenen Enttäuschung über das Verhalten des Vaters Ausdruck zu verleihen.

Naja und denn, wie gesagt, war ich in meinem Beruf drin und äh, versuchte ich denn so damit fertig zu werden.

Nach einem Ausflug ins Private wird mit einem schnell abschließenden "Naja und denn" der Faden zum bereits bekannten ("wie gesagt") und

"eigentlichen" Erzählthema wieder aufgenommen. "So", das ist der Beruf, genauer: ihr Einsteigen und baldiges "Drin"-sein. Sie entscheidet sich für einen Beruf, der ihr räumlichen Abstand (Wohnen im Schwesternheim) ebenso wie ein starkes emotionales Engagement ermöglicht. Es scheint auch Protest gegen die fehlende emotionale Anteilnahme ihrer Familie in dieser Entscheidung zu liegen, umso mehr, als sie sich damals - wenn auch auf Umwegen - gegen den Willen ihrer Eltern durchsetzte (1). Gegenüber der Erfüllung ihrer beruflichen Aufgaben, der sie den Hauptteil ihrer Energie und Aufmerksamkeit widmete, traten andere Lebensbereiche in den Hintergrund. So wird auch das, womit sie denn fertig zu werden versucht hat, nur mit einem vagen "damit" benannt.

Und das hat mich dann auch nicht mehr so gestört, weil ich so in diesem Beruf aufging, daß diese, daß die Krankheiten und die Leiden der anderen viel größer waren als meins.

Es ist anzunehmen, daß mit "das" auf die fehlende Vertrautheit und Wärme in ihrer Familie Bezug genommen wird. Ganz klar wird dies jedoch nicht, auch ist aus dem "nicht mehr so gestört" nur rückschließend erkennbar, wie sehr sie selbst zuvor etwas gestört haben muß (und nicht nur den Vater).

Das "Ich", das so im Beruf "aufgeht", daß es in anderen Lebensbereichen zurücksteckt, auf Privatleben und Abgrenzung weitgehend verzichtet, verzichtet auch auf die Konfrontation mit eigenen unerfüllten Bedürfnissen, mit Schmerz und Enttäuschung. Die Verkleinerung eigenen

---

(1) Frau E. hatte zunächst auf elterlichen Wunsch einen kaufmännischen Beruf erlernt, sich jedoch noch während der Ausbildung heimlich beim Roten Kreuz beworben. Es kam deswegen zu heftigen Auseinandersetzungen.

Leidens bis zum Nicht-mehr-wahrnehmen ist sowohl Motiv als auch Folge ihres beruflichen Engagements und wird von Frau E. auch so beschrieben ("weil ich so in dem Beruf aufging, daß (...) die Leiden der anderen viel größer waren als meins"). Diese Form des Selbstumgangs findet eine genaue Entsprechung in ihrer Erzählweise. Eigenes Leid findet erst im Vergleich zu dem der anderen überhaupt Erwähnung. Sie erzählt nicht, worin ihr Leid bestand, wohl aber, wie es relativiert, verkleinert, schließlich ganz zum Schweigen gebracht wurde:

das wurde dann erstickt, das war dann weg

(dies und das Folgende mit sehr leiser Stimme gesprochen)

deswegen hatte ich s auch gar nicht so gemerkt, außer wie gesagt, nachher als ich denn alleine war nach der Scheidung, aber die ganzen Jahre hindurch habe ich das gar nicht so empfunden, überhaupt nicht.

Die Ursache ihrer Unzufriedenheit muß also auch während der Ehe fortbestanden haben, nur wurde sie von Frau E. nicht als belastend empfunden. Dies änderte sich erst, als sie wieder allein war und das Fehlen vertrauensvoller, unterstützender Beziehungen schmerzlicher erlebte.

Im Folgenden sollen einige Aspekte des beschriebenen Zusammenhangs näher erläutert und ihre Bedeutung für den Medikamentengebrauch untersucht werden.

SICH ZURÜCKNEHMEN - "ICH HABE IMMER DAS GEFÜHL, DAß ICH DEN LEUTEN ZUR LAST FALLE"

Auffällig an den Gesprächen mit Frau E. war, daß sie deren Zeitdauer stets begrenzte (Beendigung des Interviews nach einer Stunde wegen eines anderen Termins). Andererseits entstand gerade dadurch häufigerer Kontakt als mit allen anderen Frauen, daß ein drittes Gespräch ge-

führt wurde.

Frau E. sagt von sich, daß sie generell lieber mit Außenstehenden (z.B. Ärzten, aber auch der Interviewerin) über sich spräche als mit Bekannten. Sie nennt als Beispiel eine Freundin, mit der sie nicht über alles habe sprechen können, möchte aber den Eindruck vermeiden, daß die Freundin daran mitschuldig sei.

(2/63) E also es gab so ganz gewisse Dinge, die man mit ihr auch nicht so bespr- äh, das heißt konnte man vielleicht schon, aber ich hatte einfach nicht, äh, diesen Mut dazu, ne, ich bin ein Mensch, der, äh, mir tut das dann immer so, ich tu mich sehr schwer, mich jemandem anzuvertrauen

"Man konnte schon", daß heißt möglich wäre es gewesen, sie selbst aber hielt

(2/75) immer das Gefühl daß ich den Leuten zur Last falle

davon ab. Die über lange Zeit einzige Vertrauensperson war ihre Schwester, die in den USA lebte, sodaß der Kontakt überwiegend in Telefongesprächen bestand.

(2/119) E und das war also wirklich meine Vertrauensperson, mit der also hab ich, konnte ich auch des Nachts anrufen, hab ich auf Band gesprochen, also wirklich mein ganzes Leben hab ich der zu Füßen gelegt, also die wußte über mich Bescheid, das (lachend) war die Einzige.

Wichtig an der Beziehung war ihr besonders das Gefühl, verstanden und gleichzeitig akzeptiert zu werden. Ihre Schwester habe sie - im Gegensatz zu der bei anderen Menschen befürchteten Reaktion - nicht verurteilt, da sie ähnliche Probleme hatte wie sie selbst. Die Schwester starb und Frau E. litt sehr unter dem Verlust, erinnert das erstmalige

Auftreten ihrer Depressionen auch in diesem Zusammenhang.

Verlust von oder Enttäuschung durch nahestehende Menschen sind wiederholte Erfahrungen für Frau E. Eine mehrjährige Beziehung zu einem Mann endete abrupt, indem dieser "spurlos verschwand", nachdem sie sich für den Kauf einer gemeinsamen Wohnung hoch verschuldet hatte (wegen dieser Schulden arbeitete sie mehrere Jahre zusätzlich am Wochenende). Ihr Ehemann ließ sie einige Jahre zuvor in einer besonders schwierigen Situation allein:

(1/686) E Ich kann mich noch erinnern, als ich zum Beispiel im Krankenhaus diese Totgeburt hatte, daß mein Mann mich auch gar nicht besuchen kam, weil er meinte, ich hätte Schuld, daß das Kind tot ist (...). Ich war völlig allein, war kein Mensch da. Das war hart... das waren so immer so gewisse Momente im Leben, da hatte ich, hab ich dann niemanden gehabt, der da war.

I hm

E Mein Mann hat's bestimmt nicht böse gemeint, aber er war so enttäuscht, weil er sich so gefreut hatte, ich natürlich auch

I auf das Kind

E aber ja, er konnt's einfach nicht begreifen, nicht

I ja

E daß es nicht meine Schuld war

I ja ja, hat er Ihnen Vorwürfe gemacht?

E Ja, aber nachher nicht mehr, es war nur momentan so eine Spontanreaktion.

Daß es "bestimmt nicht böse" oder "gar nicht so gemeint" gewesen sei, äußert Frau E. sehr häufig, wenn sie über verletzende Erfahrungen berichtet. Stets bezieht sie ausführliche Erklärungen für das Handeln anderer mit ein, die die verletzende Wirkung abmildern und als keinesfalls beabsichtigt erscheinen lassen. Die eigene Enttäuschung über das

Verhalten des anderen in ihrem ganzen Ausmaß wahrzunehmen, wäre sehr schmerzhaft. Ein Weg, erlebte Enttäuschungen erträglicher zu machen und sich vor weiteren zu schützen, kann es sein, mit eigenen Erwartungen noch sparsamer umzugehen, scheinbar bedürfnislos zu werden und die anderen, allen voran die Patienten, in den Vordergrund zu stellen. Frau E. spricht diesen Zusammenhang an, sieht Ursache und Wirkung jedoch in umgekehrtem Verhältnis:

(2/76) E (...) durch meinen Beruf hier vielleicht, auch weil man vieles hört von Patienten und äh, und dann versucht man denen zu helfen, dann steckt man seine eigenen Probleme eigentlich zurück, nich, und das ergibt sich dann auch so

I mhm

E im Privatleben, wenn ich irgendwo hinkomm, ich frage erstmal nach dem Befinden der anderen und dann hör ich denen zu und wens dann, wenn die Reihe äh, äh, an an meine Stelle kommt, dann äh hab ich nichts mehr zu sagen. Vorher hätte ich viel sagen können, aber auf einmal war es alles weg.

"Das ergibt sich dann auch so" heißt, es passiert wie automatisch und ohne eigene Einflußnahme. Das Zurückstellen der eigenen Probleme erfüllt jedoch eine wichtige Funktion, indem es davor schützt, grübeln zu müssen. Eine vergleichbare aufschiebende Wirkung wird mit der Einnahme von Schlafmitteln erzielt, was Frau E. selbst mit einem "Versteckspiel" vergleicht:

(1/978) E Das war bei mir vielleicht ein Versteckspiel. Ich wollte nicht, also, eh, ich wollte gar nicht nachdenken, ich wollte also wieder schlafen, ich wollte - es war also eine, eine Flucht gewesen in den Schlaf,

I ja

E in den künstlichen Schlaf,

I ja,ja

E nicht? Das hab ich selbst gemerkt, je mehr Probleme ich hatte, und ich konnte nicht schlafen, dann eh, eh, hab ich natürlich, eh, mehr geschluckt, damit ich nicht nachdenken brauchte.

I Also Sie wollten ( ? )

E Nein, das war mir, war mir einfach unangenehm gewesen und ich hatte das Gefühl: ich komm da sowieso nicht raus und da war es einfach gewesen, irgendwas zu nehmen.

Das Schlafmittel hilft, die Gedanken abzuschalten, die nicht zu einer Lösung führen ("ich komm da sowieso nicht raus"), sondern nur ein Problem (Schlaflosigkeit) verstärken. Der Rückzug ins Schlafversteck entfernt seinerseits noch weiter von der Möglichkeit einer Problemlösung, so daß ein geschlossener Kreislauf entsteht.

"HELFFERSYNDROM" - "UND MEINE GANZE HINGABE, DAS KONNTE ICH ALLES DIESEN LEUTEN GEBEN"

Frau E. hat vier Jahre lang zusätzlich zu ihrer Arbeit im Krankenhaus an Wochenenden und in der Urlaubszeit in einem Altenheim gearbeitet, wodurch sie ständig überlastet war. Andererseits empfand sie gerade diese Arbeitsstelle auch als wichtigen Schutzraum, besonders deutlich symbolisiert in ihrem Bild von der "Burg":

(1/1163) E ich fühlte mich da irgendwie, eh, wie soll ich sagen - wie, wie, wie in einer Burg, weil ich wußte: hier kann dich keiner finden, hier kann dich keiner erreichen, hier hast du deine Ruhe,

I ja

E nicht? Du ich, eh, ich seh die Post nicht, keine Anrufe kommen, ich fühlte mich, eh, da so einfach beschützt,

I mh

E So von, von den ganzen Problemen, die ich so eigentlich hatte, und die, die mich belasteten, die waren dort weg,

die hab ich draußen gelassen, ja?

I ja

E Das waren also auch so ne Flucht gewesen, und jedesmal, wenn ich da in der - über's Wochenende gearbeitet hatte, dann, eh, hab ich gefragt, ob ich da schlafen kann, da ich immer das Gefühl hatte, eh, da kann mir nichts passieren, ne?

Post und Telefonanrufe sind Signale, die ausgeblendete Probleme und Anforderungen aus der 'Außenwelt' in Erinnerung rufen. Sie stellen eine stärkere Bedrohung dar als die Anforderungen der Arbeit, die zwar hoch, aber überschaubar sind. Diese Überschaubarkeit und die Tatsache, daß sie selbst "aufgebaut" ist, geben der Arbeit im Heim den Charakter einer eigenen, anderen Welt, die Schutz und Sicherheit bieten kann.

(1/1210) E Das war so meine Welt, die ich mir da so aufgebaut hatte (lachend), nicht?

I mh mh

E Die Welt war wohl grad nicht heil, aber, eh, es war eine Welt, die, hm, etwas ruhiger war, nicht? Es waren alles alte Leute da und...sie waren eigentlich von, von uns eigentlich sehr abhängig von unserer Pflege (...) und eh, meine ganze, ehm, meine ganze Zärtlichkeit und meine ganze Hingabe, das konnt ich alles diesen Leuten geben, diesen alten Leuten, die dann auch sehr dankbar waren.

Hier kommt ein wesentlicher Aspekt fürsorglicher Tätigkeit zur Sprache, ihre aufbauende und stärkende Funktion. Hilflosigkeit und Abhängigkeit der Alten vermitteln Frau E. das Gefühl, gebraucht zu werden. Sie wird nicht nur in ihrer pflegerischen Kompetenz, d.h. als Arbeitskraft anerkannt, sondern ihr wird Dankbarkeit entgegengebracht. Diese Dankbarkeit gilt ihr als einem Menschen, der sich seiner Aufgabe "hingebungsvoll" widmet, d.h. mehr tut, als er müßte oder erwartet werden kann.



Intensiver als mit "Zärtlichkeit" und "Hingabe" kann die Stärke der Gefühle kaum ausgedrückt werden, die hier in die Beziehung zu den Pflegebedürftigen eingebunden sind. Die Wortwahl an dieser Stelle kann als Ausdruck eines Wunsches nach menschlicher Nähe und Geborgenheit verstanden werden, die sie in ihrem Leben oft entbehrt hat. Die Angst davor, erneut enttäuscht zu werden (siehe Abschnitt "Zurücknehmen") wendet dieses Bedürfnis jedoch in Verantwortungsgefühl und Sorge für andere. Durch deren Bestätigung hilft die Arbeit zwar, die Entbehrung zu ertragen; andererseits verschärft sie sie noch weiter, weil dem Privatleben immer mehr Aufmerksamkeit entzogen wird, bis kaum noch eines zu bestehen scheint.

(2/662) E Das hab ich also vier Jahre lang gemacht. Ich hatte also nie Freizeit gehabt. Und diese wenige Freizeit, die ich hatte, eh, Mittwochnachmittag und dann abends oder mal ne Mittagszeit, da mußte alles das schnell abgewickelt werden, was so, eh, im alltäglichen Leben anläuft, nicht?

I mh

E Und da bist - deswegen war ich also immer unter dieser Anspannung gewesen.

Zum Ende dieser Zeit habe sie schließlich das Gefühl gehabt, über alles, was mit persönlichen Angelegenheiten zusammenhing, die Übersicht und Kontrolle verloren zu haben.

Dieses Bild entspricht dem von SCHMIDTBAUER geprägten Begriff des "hilflosen Helfers, der für andere da sein muß, aber gerade deswegen selbst verarmt und innerlich, hinter seiner Dienstleistungsfassade, immer bedürftiger und kümmerlicher wird" (SCHMIDTBAUER 1983, S. 22). "Das Bild des "Helfer-Syndroms" verbindet die beiden Pole: die hochentwickelte, differenzierte, in den arbeitsteiligen Strukturen der Industriegesellschaft funktionstüchtige Fassade des Helfers und die vernachlässigten, kindlichen Wünsche hinter dieser Fassade. Eine solche Verbindungslinie ist biographisch. Der Helfer identifiziert

sich mit der idealisierten Elternrolle aus dem Erleben eines Mangels an Schutz und Fürsorge für die Schwächen des Kindes: "weil mich keiner pflegt(e), werde ich Krankenschwester!"(ebenda, S. 39)

Das Beispiel von Frau E. macht deutlich, wie die individuell biographische, für die Sozialisation von Frauen aber sehr typische Entwicklung einer Bereitschaft zum Verzicht mit den Anforderungen des Pflegeberufs ineinandergreift. Oft setzen die Arbeitsbedingungen, wie z.B. der chronische Personalmangel, diese Bereitschaft geradezu als notwendig voraus, um die immer wieder entstehenden Lücken zu schließen.

(1/754) E als ich in diesem Altenheim mal anfang, da weiß ich: Ostern, da hat ich am Tag gearbeitet, die ganzen Osterfeiertage, und am ersten Osterfeiertag da, eh, fiel die Nachtwache aus, dann hieß es: "Können Sie nicht Nachtwache machen?", dann hab ich Nachtwache gemacht und am nächsten Tag - also ich habe wirklich 24 Stunden um die Uhr gearbeitet, und es war ja Knochenarbeit.

Die größtmögliche Ausnutzung der Bereitschaft des Helfers- bzw. in der Regel der Helferin - eigene Bedürfnisse zurückzustellen, gelingt in dem Maße, wie diese zusätzlich Kompensationsstrategien entwickelt, um ihr 'seelisches Gleichgewicht' individuell wieder herzustellen. Eine solche Strategie kann es z.B. sein, erlebtes Unbehagen, etwa über chronischen Zeitmangel bei der Patientenversorgung, durch vermehrtes Engagement auszugleichen und dadurch ein Gefühl der Befriedigung zu erreichen. Frau E. schildert das Beispiel einer älteren, hilflosen Patientin, die in der Arztpraxis immer zu kurz komme. Ihr Chef rege sich schon auf, daß sie sich soviel mit dieser Patientin beschäftige, aber

(2/724) E Ich finde, auch die haben ein Recht darauf, daß man ihnen hilft und sich ein bißchen Zeit nimmt.

I mhm mhm

E Mir tut sie irgendwie leid, sag ich ganz ehrlich, ich bin froh,

I mhm mhm mhm mhm

E daß ich ihr helfen kann, nich. Ich glaube auch, (das hat ihr auch geholfen?), ich hab ihr ein paar Tips gegeben, hat sie auch schon jetzt schon nen neuen Schuh gekriegt und so, auch jetzt zur Kur gefahren, zur Kur fahren und so, das läuft alles also, äh, das Gefühl ich hab da was Gutes getan (lachen).

Spannungen, die entstehen müssen, weil die tägliche Arbeit immer wieder mit menschlichem Leid konfrontiert, dessen Linderung sowohl den Einfluß des Helfers übersteigt als auch durch die Struktur der Arbeit zusätzlich behindert wird, können so gemildert werden. Die Befriedigung aus helfender Arbeit kann die psychischen Belastungen natürlich nicht grenzenlos kompensieren. Dies soll im letzten Abschnitt erläutert werden.

### ERSCHÖPFUNG

Wir wollen zunächst auf den Aspekt der physischen Beanspruchung und deren Bewältigung mittels Medikamenten eingehen. Die körperliche Erschöpfung ist eine wesentliche Konsequenz aus dem Ineinandergreifen von Arbeitsanforderung und persönlichem Engagement. Ist die Arbeitsmenge nicht mehr zu bewältigen, wird der Griff zum Aufputschmittel zur Rettung. Die Wirkung der Tablette, hier 'Captagon', ist zunächst "toll", denn sie hilft nicht nur durchzuhalten, sondern doppelte Kräfte zu entwickeln:

(1/785) E Das weiß ich noch - da hab ich auch Tag und Nacht gearbeitet, ich sag : "Mensch", sag ich, "ich kann nicht mehr!", da sagt sie: "Du mußt durchhalten, wir haben keine Leute." Meist ist ja so: so an Feiertagen, Wochenenden, da

rufen dann plötzlich alle an und sind krank, und dann die, das kleine Häuflein, was noch da ist, die müssen dann für alle mitarbeiten. Und dann, eh, fing die Kollegin an, sagt sie: "Nimm mal eine!" Ich sag: "Nee, eine ist zu viel." Und dann sagt sie: "Nimm mal 'ne halbe." Naja, und dann, ehm

I mh

E das fand ich ja toll so'n Ding zu nehmen,

I mh

E ich konnte ja arbeiten wie 'en Pferd, nicht?

Schon zu Beginn ihrer Krankenhauszeit lernte Frau E. von Kolleginnen, wie Tag- und Nachtdienste im dauernden Wechsel oder doppelte Schichten mit Aufputzmitteln durchzustehen waren.

(1/148) E Man mußte sich ja irgendwie wach halten. Und dann ging das - da ging das eigentlich schon los, ne?

I mh

E Mit dem 'Preludin'-Schlucken, daß man also immer auf Zack war, und denn wenn man mal schlafen wollte, dann flog man ja am ganzen Körper, nicht?, und

I: ja

E: da war man ja aufgeputzt,

I: ja

E: und dann haben wir natürlich dann auch 'ne Schlaftablette genommen.

Ist der Umgang mit Medikamenten in der Patientenversorgung alltäglich und der Zugang nahezu uneingeschränkt, treten Bedenken gegenüber Selbstbedienung in den Hintergrund, zumal "es alle tun".

(3/159) E Der Griff in den Schrank, das bot sich ja regelrecht an. Zu der Zeit war das ja so gewesen, wenn man durch die Station ging, man hatte also immer die 'Valium'dose in der

Tasche und verteilte das 'Valium', wenn Leute nicht schlafen konnten. (...) Man gab damals soviel 'Valium'. Wie gesagt, man hatte dauernd dieses Döschen in der Tasche gehabt. Und wenn man selbst was brauchte (...) ja dann hab ich mir da welche rausgenommen. Das machten ja alle.

#### AGGRESSION UND DEPRESSION - "DANN WAR ALARMSTUFE EINS"

Positiv an der Krankenhausarbeit bewertet Frau E., daß sie mit der Station und den Kollegen vertraut war, sich die Arbeit in Absprache mit anderen selbst einteilen konnte und gegenseitige Entlastung möglich war. Demnach habe sie, nachdem sie weniger Nachtwachen machte, die Arbeit eigentlich selten belastet, außer: der Zeit im Altenheim.

Dort erlebte sie Vernachlässigung oder Mißachtung der Pflegebedürftigen, die in der Routine des Heimalltags immer wieder vorkommen, besonders stark. Sie litt darunter,

(1/1335) E daß das Pflegepersonal mit denen so rauh umgeht und so herzlos umgeht.

I mh

E Die machen das ja jeden Tag, ich hab - mach s ja nur an den Wochenenden.

I ja

E Und das sagten die auch zu mir, eh, sagten auch: 'Das kannst du gar nicht so beurteilen, mach du das mal jeden Tag!'

I ja

E Aber, eh, ich weiß nicht, ob man dann so, so roh werden kann, nicht?, daß man z.B. nun so, so, so'n altes Mutchen da von morgens 7 bis abends um 6 auf so'n harten Stuhl setz-, eh, sitzen läßt,

I mh

E nicht? Die kriegt dann so dicke Beine und so, und nicht mal ein Kissen kriegt sie unter, unter'n, eh, Po, aus, aus Angst, sie würde das Kissen naß machen, nicht? Ich mein, das kann man ja waschen, aber das sind so - solche Sachen, die haben mich also furchtbar aufgeregt und mitgenommen,

I mh

E da war ich also manchmal abends so fertig und so deprimiert, daß ich also ständig am Heulen war, nicht?,

I mh

E wenn ich dann nach Hause kam.

I mh, mh

E Weil ich mir sagte: die, eh, dieses - die Schwestern, ja sind die, die so verroht, und auch die die jungen, die dort angelernt wurden, die Altenpflegerinnen werden wollten, die waren, eh, auch schon von, von Natur aus so richtig patzig und schnoddrig zu den alten Leuten; die alten Leute wurden nie mit Namen angeredet, immer nur "Oma" und "Opa" und so. Ich finde...eh, das, das tut man nicht! Die alten Leute haben genau so'n Recht, mit ihrem Namen angeredet zu werden, nicht?

I mh

E Das sind solche Sachen, die haben mich also immer schnell aus der Fassung gebracht, ne?

Wenn an einfachsten Hilfeleistungen gespart wird, um Mehrarbeit zu vermeiden oder die Gefahr, emotional ausgelaugt zu werden, stark abgewehrt werden muß, kommt es zu Verhaltensweisen, die "patzig" bis hin zu respektlos und "verroht" sind. Darüber ist Frau E. berechtigterweise empört.

Durch die distanziertere Haltung ("mach du das mal jeden Tag") schützen sich ihre Kollegen jedoch auch stärker als Frau E. vor der Gefahr, ausgezehrt und in "Mitleiden"schaft gezogen zu werden. Sie selbst ist nicht nur ärgerlich auf die Kollegen, sondern "fertig", "mitgenommen"

und "aus der Fassung gebracht", da sie sich mit den Pflegebedürftigen identifiziert, selbst auch nicht gefühllos behandelt werden möchte. Wer sich wie Frau E. nicht nur um eine angemessen respektvolle Haltung bemüht, vielmehr Gefühle wie Zärtlichkeit und Hingabe für die Alten beschreibt, wird diese umso mehr gegen Angriffe auf ein solch elementares Recht wie das, mit Namen angesprochen zu werden, verteidigen.

Während der Arbeit hält Frau E. ihren Ärger zurück; in Beziehungen übernimmt sie häufig die Rolle des 'Müllschluckers' für die Sorgen der anderen. Dies erfordert auf Dauer ein Ausmaß an Beherrschung, das deutlich wird, wenn sie über deren Kehrseite berichtet.

(1/269) E (Früher) also da brauchte nur irgendwas Schwieriges auf mich zu kommen, ob es privat oder dienstlich war, da war ich sofort am Rotieren und, eh

I ja

E griff dann natürlich auch schnell zu einer Tablette, um mich etwas ruhig zu stellen.

I Sie waren aufgeregt dann?

E Aufgeregt, ja, wahnsinnig aufgeregt oder, ehm, bei mir ist es so: im Dienst zeig ich das selten, aber wenn ich nach Hause komme, laß ich hier zu Hause bei mir Dampf ab, ja?

I ja

E also, oder dann zertrümmer ich mein Telefon, oder ich mach irgendwas fürchterliches (lacht)

I ja

E eh, um, eh, mich entladen zu können.

I ja

E Und, eh, eh, im Dienst versuch ich mich zu beherrschen,

I ja

E nicht? Und wenn ich zu Hause bin oder, sag mal, geh nicht ans Telefon, ich laß Tag und Nacht klingeln und geh nicht ran oder mach irgendwelche Sachen, die eigentlich, eh,

nicht normal sind, nicht?.

Der psychische Druck, der während der Arbeit unter Kontrolle gehalten werden muß, braucht schließlich ein Ventil, damit nicht der 'Kessel platzt'. Dies Ventil wird nur geöffnet, wenn sie allein ist, denn "zertrümmern", "etwas fürchterliches" machen, sich "entladen" heißt Dinge zu tun, die destruktiv und "eigentlich nicht normal" sind. Vor allem aber verbleiben sie in den eigenen vier Wänden, wo sie niemanden angreifen, keinerlei Reaktion hervorrufen, zu keiner Lösung führen können. Es ist verständlich, daß diese Aggressionsäußerung, die ohne Antwort bleibt und isoliert geschieht, von Frau E. weniger als Befreiung erlebt wurde sondern oft in Depression umschlug. Sie habe sich in solchen Situationen in der Wohnung eingeschlossen

(2/925) E: Tabletten gegessen und dann, ins Bett gelegt, alles zugemacht,

I: ( ? )

E: nich, und kein Telefon abgenommen, habe ausgehängt oder manchmal hab ich was kaputtgeschlagen und diese Depressionen, die fingen ja an mit Aggressionen, das merkte ich, ich, ja, ich mein, ich hab das damals nicht gewußt, daß das Depressionen sind, und bis ich denn dann mal zum Arzt gegangen bin, hab gesagt, was ich da angestellt habe und dann war Alarmstufe eins, nich. Und dann sagte er, das fängt immer so an. Also wenn ich merke, daß ich aggressiv werde, dann sollte ich also dagegen angehen oder zu ihn kommen oder irgendwas machen und, äh, und dadurch bekam ich auch diese Tabletten.

Bezeichnend ist, wie mit Beunruhigung, Wut, Hilflosigkeit und Isolation, zunächst richtig mit "Alarmstufe" benannt, umgegangen wird. Weder sie selbst noch der Arzt sind in der Lage, die Signale als Hinweis auf einen akut zugespitzten, aber langfristig lösbaren Problemdruck zu erkennen. Der Anlaß könnte zu Überlegungen führen, daß an der



gegenwärtig bedrückenden Lebenssituation etwas verändert werden muß, wie dies geschehen und was ihr dabei helfen könnte. Stattdessen bekommt das Signal einen Namen ("ich hab das damals nicht gewußt, daß das Depressionen sind") und eine Einordnung ("das fängt immer so an"). Sie erfährt, daß man es bekämpfen muß ("dagegen angehen") und auch womit: Tabletten. Das Medikament verhindert weitere 'Ausbrüche', indem es die Wahrnehmung der weiterhin bestehenden Belastungen einschränkt. Kurz: statt den Brand zu löschen, wird die Feuersirene abgestellt. Durch das Antidepressivum 'Alival' sei sie gleichgültiger geworden, habe alles etwas rosiger und freundlicher gesehen. Um das Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit auszugleichen, brauchte sie zusätzlich 'Captagon'. Wenn dessen Wirkung nachließ, habe sie sich allerdings depressiver als zuvor gefühlt:

(1/817) E was nahm ich dann? Dann nahm ich dann wieder eine Schlaf-tablette,

I: ja

E: damit ich ruhig sein konnte, nicht?

I: mh

E: Das war immer so 'n Kreislauf gewesen.

FRAU A.

Frau A. ist Krankenschwester, 63 Jahre alt und seit drei Jahren pensioniert. Sie ist unverheiratet.

Während des Krieges absolvierte Frau A. eine Ausbildung als Säuglingsschwester und arbeitete dann bis Ende der 40er Jahre in verschiedenen Säuglings-, Entbindungs- und Frauenkliniken. Obwohl sie dort keine Stelle als Säuglingsschwester bekam, kehrte Frau A. in ihren Geburtsort zurück, weil sie sich verpflichtet fühlte, sich um ihre "kränkelnden" Eltern zu kümmern. Sie besuchte noch einmal die Krankenpflegeschule und konnte damit in allen Pflegefunktionen arbeiten.

Während dieser Ausbildungszeit war Frau A. u.a. längere Zeit in einer psychiatrischen Abteilung beschäftigt, was sie zunächst entsetzlich, dann aber sehr interessant fand. Beeindruckt hat sie die Atmosphäre auf der Station, wieviel mehr "Zuwendung" die Patienten erhielten - im Vergleich zu anderen Kliniken. Frau A. blieb daher nach ihrem Examen in dieser Abteilung und hat relativ schnell zweitweise die Oberschwester vertreten. Sie traute sich jedoch erst nach mehreren Jahren zu, die Station zu leiten.

Während ihrer Ausbildungszeit begann Frau A. Schlafmittel zu nehmen, um die Folgen des Schichtdienstes auszugleichen. Danach hat sie sie weniger regelmäßig je nach Belastung verwendet. Gegen Klimakteriums-Beschwerden wie Migräne, Depressionen, Angst und aufsteigende Hitze wurden ihr Östrogene und 'Peripherin' (Analeptikum) verschrieben. Frau A. begann wieder regelmäßiger Schlaf- und Beruhigungsmittel gegen ihre Schlafstörungen zu nehmen, als ihre Mutter erkrankte, mit der sie zusammenwohnte und zu der sie ein sehr enges Verhältnis hatte. Sie übernahm die Pflege, fühlte sich jedoch durch die zusätzliche Belastung neben ihrem Dienst überfordert. Daher beantragte Frau A. ihre Versetzung und wechselte - nach dem Tod der Mutter - von der sehr

aufreibenden Aufnahmestation in eine ruhigere Abteilung, die sie bis zu ihrer Pensionierung leitete.

Gegen sehr starke Rücken- und Bandscheibenbeschwerden, die Frau A. auch auf das viele Tragen und Heben von Patienten zurückführt, nahm sie Schmerzmittel, versuchte es aber auch mit physikalischer Therapie.

Fünf Jahre vor ihrer Pensionierung erkrankte Frau A. an einer Depression; sie fühlte sich den Anforderungen ihrer Arbeit nicht mehr gewachsen und wurde in der Folge mit verschiedenen Tranquilizern, Anti-Depressiva und Neuroleptika behandelt (s.u.). Seit ihrer Pensionierung versucht sie, ihre Schlafstörungen mit Hilfe von Baldrian und anderen Heilkräutern zu lindern. Manchmal verwendet sie noch 'Melleril' (Neuroleptikum), das ihr "immer mal wieder" von ihrer Ärztin verschrieben wird. Daneben gebraucht sie als Schmerzmittel 'Neuro-Fortamin' sowie ein blutdrucksenkendes Mittel ('Natrilix').

#### SCHICHTARBEIT - "SIE SIND JA IRGENDWIE AUSSENSEITER VON DER GESELLSCHAFT"

Als zentrale Belastung in ihrem Leben und bedeutsam für den Medikamentengebrauch nennt Frau A. den Schichtdienst, den sie im Lauf ihrer 40jährigen Tätigkeit als Krankenschwester in Form von Wechsel- und Bereitschaftsdiensten leisten mußte.

Bis sie Oberschwester wurde, hat Frau A. in Wechselschichten - je zehn Tage Früh-, Spät- und Nachtdienst - gearbeitet. Zu diesem ständigen Wechsel ihrer Tageseinteilungen empfand sie es als zusätzlich belastend, daß sie in den ersten Jahren ihr Zimmer im Schwesternwohnheim mit mehreren Kolleginnen teilen mußte. Unterschiedliche Dienstzeiten, ein "ständiges Kommen und Gehen", führten dann dazu, daß sie keine Ruhe finden konnte und zu Schlaftabletten griff. Auch während der Bereitschaftsdienste, die sie

später leistete, wurde sie oft gestört, da sie auf einer Aufnahmestation arbeitete.

Abgesehen von den Störungen des Schlafes fühlte sich Frau A. auch in ihren Freizeitaktivitäten und -bedürfnissen beeinträchtigt. Durch den Spät- und Nachtdienst war sie an vielen Unternehmungen wie bspw. Theater- oder Sportvereinbesuchen gehindert. Als besonders schlimm empfand sie die Beschränkungen im Sommer:

(1/745) E: Vor allen Dingen im Sommer ... wenn's herrlicher Sonnenschein draußen war, dann mußten wir ins Bett und schlafen.

I: hm

E: War doch furchtbar! Oder zehn Tage Spätdienst, alle Leute gingen draußen spazieren ...

Wie sehr sich Frau A. vom "normalen Leben" abgeschnitten fühlte, kommt auch in dem folgenden Zitat zum Ausdruck:

(1/854) E: sie (die Schichtdienstler) sind ja irgendwie Außenseiter von der Gesellschaft, möcht' ich sagen,

I: hm

E: etwas ... nicht, - sie führen ja kein normales ... ob's Weihnachten ist, ob's Pfingsten ist, ob jegliches Festtag: Sie - müssen - zum - Dienst!

Der Schichtdienst führt zu einem Außenseiter-Dasein und behindert ein normales Leben. Er hat weitreichenden Einfluß - auf das ganze Leben, d.h. auch über die Zeit, in der er geleistet wird, hinaus.

(1/81) E: Ich bin jetzt, wie gesagt, ich bin aus'm Dienst, und ich versuche jetzt - ich leide immer noch unter Schlafstörungen, weil mein gan- diese 30 Jahre in meinem Leben, die haben mir meinen Rhythmus vollkommen

durcheinander gebracht, also vollkommen! Ich habe ja kein normales Leben geführt, wie in dem Sinne.

Hier kommt zum Ausdruck, daß die Rückkehr zu einem normalen Leben ohne Schlafstörungen nach 30 Jahren Schichtdienst - fast der Hälfte der Lebenszeit - nicht möglich ist, weil er grundlegend und vollkommen mit dem Tag/Nacht- auch den Lebensrhythmus durcheinander gebracht hat.

Nach ihren Diensten war Frau A. oft einerseits "schachmatt", andererseits aber "aufgedreht". Von den Ereignissen auf der Station und ihrer Arbeit mit den Patienten war sie häufig "so aufgewühlt und so mitten drin" bzw. "voll im Einsatz", daß sie nicht abschalten und zur Ruhe kommen konnte.

(1/59) E: ... wir kriegten dann ganz akute - Patienten mit ganz massiven Angriffen und so weiter, daß man ja auch ständig - also - im Streß war, wie man so heute sagt, man ist ja - jeden Moment mußte man ja jetzt denken, also, was macht jetzt die Patientin, was machen die Patienten, das strengt natürlich wahnsinnig an und das folgt einem natürlich auch dann in die Freizeit. Und dann hab' ich natürlich auch zu Beruhigungsmittel - genommen. Damals kam ja dann auch das schöne 'Valium' auf, was ich genommen habe, mal 2.5, mal 5 mg, um eben einfach abzuschalten. Aber einen richtigen - eine richtige Entspannung, einen richtigen Schlaf nach diesen Medikamenten hab' ich nie, nie verspürt.

Das ständige "Auf-dem-Sprung-sein-müssen" führte zu einer permanenten Anspannung auch über die Zeit des Dienstes hinaus. Der Versuch mit Hilfe von Beruhigungs- und Schlafmitteln Distanz zu bekommen und Entspannung zu finden, gelang nicht oder nur teilweise. Die Schlafmittel erfüllen nur bedingt ihren Zweck - Frau A. bewertet auch an anderen Stellen des Interviews ihre Erfahrungen mit Schlafmitteln

als negativ. Warum sie sie dennoch genommen hat, verdeutlicht die Beschreibung des Griffs zur Beruhigungstablette in einer Kette von "natürlichen" Folgen der belastenden Arbeitssituation, also als quasi naturhaften Prozeß, der Alternativen ausschließt.

Besondere Aufmerksamkeit und "Fingerspitzengefühl" den akut aufgenommenen Patienten gegenüber, die früher in der psychiatrischen Aufnahmestation umfassender auch medizinisch versorgt wurden, stellen eine der emotionalen und psychischen Belastungen der Arbeit von Frau A. dar. Eine weitere psychische Anforderung, die sie selbst allerdings nicht in einen Zusammenhang mit dem Gebrauch von Psychopharmaka bringt, beschreibt Frau A. in ihrer Aufgabe als Stationsleiterin, für eine ausgeglichene Stimmung zu sorgen. So mußte sie bspw. bei der Zusammenstellung des Dienstplanes darauf achten, daß Mitarbeiterinnen zusammen arbeiteten, die sich auch verstanden, daß das "zusammen harmonierte".

(1/601) E: ... das schlägt sich ja auch auf die Patienten zurück, wenn unter den Mitarbeiterinnen irgendwie 'ne gereizte Stimmung ist, nicht? Das kann einfach auf der Psychiatrie nicht sein, also das muß ausgeglichen sein, und die Leute müssen irgendwie auch - eh - Vertrauen zu uns haben und keine Angst haben. Das ist auch sehr wichtig.

#### "MEIN BERUF WAR MEIN INHALT"

Trotz der geschilderten Belastungen und "der Misere (...) mit den Schlaftabletten und den Beruhigungstabletten" bereut Frau A. ihre Berufswahl nicht. Es war schon sehr früh ihr Wunsch gewesen, Kranken- bzw. Säuglingsschwester zu werden, den sie auch gegen ihre Eltern durchsetzte. Dabei war ein wesentliches Motiv, anderen zu helfen.

(1/214) E: Also, ich war wie versessen eben auf diesen Beruf, den Menschen zu helfen - nicht?

Frau A. hat sich sehr stark mit dem Beruf identifiziert, bezeichnet mehrmals während der Interviews ihren Beruf als ihren Lebensinhalt oder ihr "Ein und Alles". Weil sie zusätzlich zu ihrem Dienst "immer" ihre "Mutter hatte", die sie auch bis zu deren Tod gepflegt hat, stand Ehe oder Familie für Frau A. nicht zur Diskussion.

(1/162) e: Ich bin ledig, also mein Beruf war mein Inhalt.

I: hm

E: Ich habe mich voll in diesen Beruf hineingekniet und hab' gerne gearbeitet.

Das Aufgehen im Beruf hat jedoch nicht nur mit der persönlichen Motivation, anderen Menschen helfen zu wollen zu tun, sondern ist auch eine Folge der geschilderten Bedingungen und Inhalte der Pflergetätigkeit. Die zeitlichen Beschränkungen, das Abgeschnittensein vom normalen Leben und die emotionalen Anforderungen im Umgang mit Patienten führten dazu, daß für andere Lebensbereiche wenig Zeit und Energie zur Verfügung standen. Die freie Zeit diente unter solchen Bedingungen nur der Regeneration der Arbeitskraft.

(1/609) E: Nun ja, dann war der Dienst um viertel nach zwei, halb drei, dann war man ja auch schachmatt, aber immer noch ziemlich aufgedreht - eh - nach Hause gegangen,

I: hm

E: um sich bereit zu machen für den nächsten Mittag um zwei.

Insbesondere als Frau A. älter wurde, hat sie auch ihren Urlaub oft zu einem Kuraufenthalt verwendet, um sich "fit zu halten für den Dienst".

BURN-OUT: "MAN IST DEN ANFORDERUNGEN JA NICHT MEHR SO GEWACHSEN, ALS WENN MAN EBEN 30 IST"

Das Zusammenspiel des Helfer-Motivs mit den Bedingungen der Pflegetätigkeit führte also dazu, daß Frau A. ihren Beruf zu ihrem Lebensinhalt gemacht hat. So fühlte sie sich "voll im Einsatz", an "vorderster Front". Die Folge war jedoch starke Verausgabung, so daß Frau A., als zusätzliche Belastungen in ihrem Leben auftraten wie die Pflege ihrer Mutter, sich den Anforderungen ihrer Arbeit nicht mehr gewachsen fühlte, wieder stärker in den Schlafmittelgebrauch einstieg und sich letztlich auf eine ruhigere Station versetzen ließ.

Als Symptom des Ausgebrannt-Seins ("überfordert und aufgebraucht") beschreibt Frau A. die Depression, an der sie 54jährig erkrankte und führt dies vor allem auf ihr Alter zurück.

(2/542) E: Ich hab versucht, also, noch zu arbeiten und zu arbeiten und zu arbeiten, aber es ging einfach nicht mehr. Also ich war den Anforderungen nicht mehr gewachsen, ich hatte Angst, ich schaff' meine Arbeit nicht mehr.

Und:

(1/147) E: Das hing wohl auch mit meinem Alter zusammen und mit den Anforderungen auf der Station. Wenn man älter wird - man ist den Anforderungen ja nicht mehr so gewachsen, als wenn man eben 30 ist. (...) Ich war einfach überfordert und aufgebraucht.

Um ihre Leistungsfähigkeit wieder herzustellen, nahm Frau A. verschiedene Tranquilizer, Neuroleptika und Anti-Depressiva ('Tranxilium', 'Dogmatil', 'Alival', 'Noveril', 'Tofranil'). Diese Verordnungen halfen jedoch nicht, erst nach einer stationären Behandlung ("ich ... wurde erstmal abgeschirmt von allem und ein bißchen ruhiggestellt, lahmgelegt ...") ging es ihr allmählich besser. Bis zu ihrer Pensionierung wurde Frau A. weiterhin mit Psychopharmaka



behandelt. So nahm sie drei Jahre 'Tofranil' (Anti-Depressivum) und zum Schlafen bei Bedarf 'Atosil' (Neuroleptikum) bis sie nochmals erkrankte. Die Dosis des Anti-Depressivums wurde daraufhin erhöht und das Schlafmittel gewechselt ('Dalmadorm', enthält ein Benzodiazepin-Derivat). Frau A. erkrankte wieder, diesmal wurde das Antidepressivum ('Anafranil') und das Schlafmittel ('Melleril', Neuroleptikum) ausgetauscht. Von anderen Behandlungsformen berichtet Frau A. nicht.

Nach ihrer Pensionierung leidet Frau A. zwar nicht mehr unter Depressionen, jedoch treten immer noch Schlafstörungen auf, gegen die sie manchmal starke Beruhigungsmittel, überwiegend aber leichtere Mittel wie Baldrian nimmt.

Insgesamt werden in den Schilderungen von Frau A. zwei miteinander zusammenhängende Funktionen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln deutlich. Zum einen dienten sie dazu, abzuschalten, zu schlafen und zu entspannen - also einer Distanzierung, die aufgrund äußerer und innerer Bedingungen erschwert war. Zum anderen sollten sie die Leistungsfähigkeit bewahren bzw. wiederherstellen als aufgrund starker Verausgabung und zunehmenden Alters "burn-out"-Symptome auftraten.

FRAU B.

Frau B. ist 54 Jahre alt, Krankenschwester und arbeitet halbtags in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. Sie hat einen 16-jährigen Sohn aus zweiter Ehe und lebt von ihrem Mann getrennt.

Seit ihrem 15. Lebensjahr - insgesamt über 30 Jahre - litt Frau B. unter Migräne. Sie nahm dagegen, wie sie sagt "Unmengen" von Schmerz- und Migränemitteln ein (übewiegend 'Ergo Sanol', aber auch 'Spasmo-Cibalgin' und 'Thomapyrin') oder ließ sich ein Spasmolytikum ('Baralgin') spritzen, falls der Anfall während ihrer Arbeit im Krankenhaus auftrat. Gegen Schmerzen infolge eines schweren Autounfalls im Alter von 20 Jahren bekam sie zeitweise zusätzlich das Schmerzmittel 'Novalgin' verschrieben. Ebenfalls zeitweise nahm sie ein Mittel gegen niedrigen Blutdruck ('Effortil'), das sie jedoch wegen seiner Nebenwirkung (Übelkeit) und weil es wenig half, wieder absetzte. Etwa zwei Jahre nach der Geburt ihres Sohnes und Aufgabe ihrer Berufstätigkeit bekam Frau B. Schlafstörungen, gegen die sie 'Medomin', 'Staurodorm' und andere Schlafmittel, später auch 'Mandrax' einnahm. Ihre Schlafstörungen verschlimmerten sich, so daß sie ohne Schlafmittel gar nicht mehr habe auskommen können, ebenso nahm die Häufigkeit der Migräneanfälle und der Schmerzmitteleinnahme zu. Im Alter von 45 begann Frau B. schließlich unter Angstzuständen zu leiden und bekam von einem Allgemeinmediziner 'Limbatriil' (1) verordnet (unerwähnt bleibt, ob sie die Medikamente bis dahin überwiegend durch

---

(1) 'Limbatriil', als dessen Hauptindikation der Hersteller "das psychovegetative Syndrom" angibt, ist eine Kombination eines antidepressiven Wirkstoffs mit einem Tranquilizer. Nach LANGBEIN, MARTIN, WEISS (1985) ist eine individuelle Dosierung des Antidepressivums nicht möglich, das Präparat sollte nicht als Beruhigungsmittel und wegen des abhängigkeitsfördernden Tranquilizers Diazepam nur kurzzeitig eingesetzt werden (S. 142).

Ärzte verschrieben bekam oder sich im Krankenhaus besorgte. Ihr Zustand besserte sich nicht, Frau B. wurde an einen Facharzt überwiesen, der ihr zur weiteren 'Limbatriil'- Einnahme riet. Innerhalb kurzer Zeit wurde sie abhängig, ihre tägliche Einnahme steigerte sich von anfänglich zwei bis drei auf schließlich 20 bis 25 Tabletten pro Tag. Um ihren Bedarf zu decken, war sie bei bis zu fünf Ärzten gleichzeitig "in Behandlung", die sie abwechselnd aufsuchte und dort jeweils "problemlos" Verordnungen für 50 bis 100 'Limbatriil' pro Arztbesuch, zeitweise auch direkt von der Sprechstundenhilfe ausgehändigt bekam. Nach zweieinhalb Jahren, in denen sie überwiegend "mit dem Besorgen von Tabletten beschäftigt" war (zusätzlich zu 'Limbatriil' ließ sie sich weiterhin 'Mandrax' verschreiben, das sie jedoch nicht einnahm, sondern - wie sie es heute sieht - "wohl unbewußt für einen Selbstmord" aufbewahrte) begab sie sich für drei Jahre in psychotherapeutische Behandlung, die ihr den Entzug ermöglichte. Auch konnte sie nach einer erfolgreichen Akupunktur-Behandlung ihrer Migräne auf die Migränemittel verzichten. Zur Zeit gebraucht Frau B. mit Ausnahme einer gelegentlichen Verwendung von Acetylsalicylsäure keine Medikamente.

#### ZUR BERUFSBIOGRAPHIE

Frau B. hat nach Abschluß ihrer Ausbildung zunächst sechs Jahre in drei verschiedenen Arztpraxen gearbeitet. Sie wechselte dann in eine Klinik, wo sie vier Jahre in verschiedenen Funktionsbereichen (Unfallchirurgie, Orthopädie) u.a. auch als leitende Schwester tätig war. Nach weiteren drei Jahren in einer psychiatrischen Aufnahmestation kündigte sie wegen eines Konflikts mit der Oberschwester. Sie hatte inzwischen zum zweiten Mal geheiratet, war umgezogen und verließ ihren Berufsbereich, um eine Stelle in der öffentlichen Verwaltung anzunehmen. Zwei Jahre später gab Frau B. ihre Berufstätigkeit auf, als ihr Sohn geboren wurde. Nach einer zehnjährigen Unterbrechung nahm sie ihre Erwerbstätigkeit zunächst mit

einer Teilzeitbeschäftigung als Verkäuferin wieder auf, kehrte zwei Jahre darauf in ihren erlernten Beruf zurück und qualifizierte sich zur Stationsschwester. Seitdem arbeitet sie halbtags in einem Landeskrankenhaus.

GRÜNDE DER ABHÄNGIGKEIT - "ABER DURCH DIESE EHE MUß ICH JA IN EINE SITUATION REINGERAUSCHT SEIN, DAB PROBLEMLÖSUNGEN NICHT MEHR MÖGLICH WAR'N."

Für Frau B. steht die Zeit ihrer Depression, die zur Medikamentenabhängigkeit führte und deren Hintergründe sie in der Therapie bearbeitete, thematisch im Vordergrund. Rückblickend sieht sie ihre Sucht in einer Lebenssituation begründet, die von ihrem Mann und seinen Schwierigkeiten beherrscht war.

(1/348) E Was ich denke, woran's gelegen hat? Also rückwirkend würde ich sagen - ehm - nee, ich muß das mal anders sagen: in dem Moment, wo ich die Therapie angefangen hatte, oder nach 'nem halben Jahr hab' ich ja aufgehört, die Ängste meines Mannes zu übernehmen, nicht?

I hm

E Sein "nicht-mit-dem-Beruf-fertig-werden" und "er-ist-nicht-der-Größte" und "er-ist-nicht-der-Schönste" (...) mein Mann kann sich auch mit niemand vertragen, also solange wie wir verheiratet waren, waren wir hier im Dorf auch völlig vereinsamt. Er kann sich - das einzige, wie er sich profilieren kann, ist negativ, nicht? Streit machen, auffallen - eh - verweigern und

I hm

E - eh - je länger ich die Therapie gemacht habe, je stabiler wurde ich ja doch wieder, und je schlechter ging's ihm, je schlechter ging es meinem Mann,

I hm

E und ich denke, daß ich in diese Depression gekommen bin, tatsächlich durch diese, durch diese, ja durch diese Beziehung, durch diese Ehe

Ihr Mann habe seine beruflichen und persönlichen Schwierigkeiten auf sie abgewälzt, indem er sie auf verschiedene Weise abwertete. So habe er ihr die Fähigkeit zu Kindererziehung und Haushaltsführung abgesprochen, sie durch seine Verhältnisse mit anderen Frauen unter Druck gesetzt und durch sein unverträgliches Verhalten Kontakte zu Nachbarn und Freunden unterbunden. Frau B. stellt resümierend fest, daß ihre Ehe für sie überwiegend mit Ängsten, Zurückgewiesen-werden und Abwertung verbunden gewesen sei und zu einem Selbstwert- und Identitätsverlust geführt habe. Zu diesem totalen Verlust konnte es kommen, weil sie durch die Aufgabe ihrer Berufstätigkeit (die sie entgegen der ursprünglichen Planung aufgrund der Einwände ihres Mannes nicht wieder aufnahm) und das Kind in ökonomische und zunehmend auch psychische Abhängigkeit geriet. Zusätzlich war sie durch die Umsiedlung in ein Dorf, in dem ihr Mann eine Stellung angenommen hatte, von ihren sozialen Kontakten abgeschnitten.

Als zweiten Aspekt zur Erklärung ihrer Abhängigkeit schildert Frau B. das Verhalten der Ärzte, die ihr in großen Mengen bereitwillig Beruhigungsmittel verschrieben, ohne sie je auf deren Gefahren aufmerksam zu machen, geschweige denn den Ursachen ihrer Ängste nachzugehen. Die Ärzte, die sie zu Beginn ihrer Depression aufsuchte, erklärten diese zur quasi natürlichen Begleiterscheinung ihres Alters, indem sie auf das Klimakterium verwiesen. Später, als sie bereits von 'Limbatril' in hoher Dosis abhängig war, sei ihr das Besorgen von Rezepten bei verschiedenen Ärzten leicht gemacht worden, weil keinerlei Nachfragen erfolgten. So berichtet sie die folgende Episode als exemplarisch für das Verhalten der Ärzte.

(1/125) E Frau Dr. Z., das werd' ich nie vergessen, die angeblich auch Therapien macht. Und dann kam ich da hin und dann

sagt sie: 'Ach, wissen Sie, ich fahr' gerade in Urlaub, das paßt alles so schlecht, ich will Sie auch nicht woandershin überweisen. Ich schreib' Ihnen 150 Limbatril auf, und wenn die alle sind, dann kommen Sie zu meiner Sprechstundenhilfe, die schreibt ihnen neue auf.' Und ich hab' mir glaub' ich in 5 Wochen 450 'Limbatril' verschreiben lassen.

Im Rückblick ist Frau B. wütend auf die Leichtfertigkeit der Verordnungen, weil eine Konfrontation ihr das Verdrängen ihrer Abhängigkeit und deren Folgen schon zu einem früheren Zeitpunkt unmöglich gemacht hätte und somit das Absetzen der 'Limbatril' möglich gewesen wäre.

(1/616) E Was mich heute so an der Sache irritiert, daß ... ja ... und auch wütend macht, und das ist doch, das - eh - ich muß da nochmal drauf zurückkommen, das ist dieses, wie leicht man drankommt

(1/240) E ... daß überhaupt kein Arzt darauf eingegangen ist und mal gesagt hat: 'Wieviel nehmen Sie denn eigentlich am Tag?' oder so, ne?

I hm

E Denn wenn ich gesagt hätte: ich nehm 20, 25, dann hätte dem ja klar sein müssen, daß ich doch schon sehr abhängig war, nicht?

I hm

E Das ... das hat überhaupt niemanden interessiert. Das einzige - die einzige, die das interessiert hat, war eben die Frau Dr. C., die Therapeutin, die ganz gezielt gefragt hat, und ich hab's dann auch gesagt, und die dann gesagt hat: 'Schluß damit, das geht nicht!'

Von der Möglichkeit einer Psychotherapie hat Frau B. bis zu dem

Zeitpunkt, als ihr eine Nachbarin eher zufällig eine Therapeutin empfahl, nicht gewußt.

"... DA HÄLT MAN DURCH!"

Im Verlauf ihrer Therapie ist es Frau B. gelungen, die wesentlichen Belastungssituationen ihrer damaligen Lebensumstände zu erkennen. Die Entlastung von dem Gefühl des ausschließlich eigenen Versagens befähigte sie, in der Folgezeit notwendige Veränderungen in Angriff zu nehmen, indem sie ihre Berufstätigkeit wieder aufnahm und sich später auch von ihrem Mann trennte.

Trotzdem scheinen die Erklärungsansätze nicht voll zu befriedigen, es bleibt ein für Frau B. 'unaufklärbarer Rest'.

(1/1112) E Man - man überlegt sich ja hinterher doch: gut, bei aller Depression, allen Angstzuständen hab' ich mir hinterher immer überlegt: Meine Güte, wie konnte dir das passieren, daß du so unreflektiert immerfort, immerfort, immerfort dies 'Limbatril' eingenommen hast. Wie ist das bloß möglich gewesen?

I hm

E Und da ich - natürlich kann ich mir die Erklärung geben: ja, die Ärzte haben's dir ja immer aufgeschrieben, und du warst nicht in der Lage, da zu differenzieren oder wahrzunehmen oder so, aber es ist ja ein Stück von mir selbst gewesen, nicht,

I hm

E das das gemacht hat. Und ich - vielleicht ist doch tief in meinem Inneren immer die Angst: Meine Güte, sowas könnte dir nochmal passieren ...

In ihrem "Inneren" besteht nach wie vor die Angst vor einem

wiederholten Abgleiten in die Abhängigkeit. Ihr Unverständnis gegenüber ihrem - während der Medikamentensucht als fremd erfahrenen - Verhalten drückt sich auch in der verdinglichten Wortwahl aus: "aber es ist ja auch ein Stück von mir selbst gewesen, nicht?, das das gemacht hat". Frau B. markiert in den Interviews die - hier relevanten - Lebensphasen in die Zeiträume vor, während und nach ihrer Suchtphase und grenzt letztere aus. Mit Ausnahme der Zeit der massiven Tabletten-einnahme charakterisiert sie sich als handlungsstark und fähig, Probleme anzugehen.

- (1/1351) E ... Weil ich eigentlich, auch wenn ich zurückdenke über mich, ich bin eigentlich jemand, der auch nicht Schwierigkeiten aus dem Weg geht, ich bin schon 'ne ziemliche Fighter-Natur, (...)  
also ich bin jemand, der nicht ausweicht, der, der also die Sachen angeht, und schon daraus ist mir dieses, dieses Sucht- Süchtigwerden ist mir so fremd, wissen Sie?

Im Rahmen dieses Selbstkonzepts ist verständlich, warum Frau B. die Zeit ihrer Abhängigkeit als starken Bruch in ihrer Biographie erlebt. Einen zentralen Hinweis auf eine möglicherweise doch zugrundeliegende Kontinuität in ihrer Art und Weise mit Problemen umzugehen, gibt sie selbst, als sie Gründe dafür sucht, warum sie in der "rein äußerlich schon, schon fast ausweglose(n) Situation für mich" während der zweiten Ehe ihren Mann nicht verlassen, sondern "eisern mitgemacht" und "ausgeharrt" hat.

- (1/1311) E Aber da ist auch - da spielt auch die Erziehung mit, nicht? Mein Vater war Offizier, meine Mutter Kindergärtnerin ... Das ist 'ne Familie, da, da hält man durch!
- I hm
- E Meine Eltern haben sich ganz gut verstanden, aber ... ich bin sicher in solchen Prinzipien erzogen worden: das hält



man durch!

Während der Zeit ihrer früheren Berufstätigkeit verfügte sie über ein größeres Selbstwertgefühl und Handlungsspielräume, die ihr andere Formen der Problembewältigung ermöglichten (Wechsel der Arbeitsstelle, Scheidung vom ersten Ehemann), in der sie aber auch schon häufige Beschwerden wie Migräne und Rückenschmerzen medikamentös behandelte. Das in der Sozialisation erworbene "Durchhalteprinzip" wurde erst in extremer und selbstzerstörerischer Form bestimmend, als die äußeren Lebensumstände (zweite Ehe, Kind, Aufgabe der Berufstätigkeit) ihre Handlungsautonomie zunehmend einschränkten. Ihr Durchhalten - und damit aufrechterhalten der Ehe - war nur mithilfe von 'Limbatriil' möglich.

FRAU F.

Frau F. ist 29 Jahre alt, Krankenschwester, verheiratet und hat eine dreijährige Tochter.

Frau F. hat vielfältige Erfahrungen im Bereich der Krankenpflege. So hat sie sieben Jahre (inkl. Ausbildungszeit) in unterschiedlichen Krankenhäusern und Abteilungen sowie drei Jahre in einem psychiatrischen Wohnheim gearbeitet. Nach einer Pause von etwa vier Jahren, in der ihre Tochter geboren wurde und in der sie verschiedene Vertretungs- und Nebentätigkeiten auführte, ist Frau F. zum Zeitpunkt des Interviews halbtags als Gemeindegkrankenschwester in einem ländlichen Bezirk tätig. Außerdem bietet sie einen Kurs über häusliche Krankenpflege an.

Frau F. nimmt verhältnismäßig selten Medikamente; Beruhigungsmittel gebrauchte sie erst dreimal in ihrem Leben: beim Examen und im Zusammenhang mit Nachtdiensten zum Schlafen (s.u.). Etwas häufiger, aber nicht regelmäßig verwendet(e) sie Schmerzmittel gegen Menstruationsbeschwerden, Migräne, Grippe, Zahnschmerzen und Rückenschmerzen, die in letzter Zeit aufgrund der körperlichen Belastung des Hebens und Tragens von Patienten auftreten.

Frau F. beschreibt ihre Erfahrungen und die Belastungen der Pflegetätigkeit in der Institution Krankenhaus, die einerseits mit dem Gebrauch von Medikamenten in Zusammenhang stehen und andererseits mitverursacht haben, daß sie diesen Arbeitsbereich verlassen hat. Zugleich wird deutlich, was sie in die Lage versetzt hat, anders mit Belastungen umzugehen, als Medikamente zu nehmen.

HIERARCHIE - "WEIL DAS EBEN NICH ÜBLICH IS', DASS MAN SICH DANN WIRKLICH DA ZUR WEHR SETZT"

Als belastendste Erfahrung im Klinkbereich beschreibt Frau F. Konflikte aufgrund von Statusunterschieden und gegensätzlichen Interessen innerhalb des Pflegepersonals. Insbesondere habe es zwischen den Stations- oder Oberschwwestern und anderen älteren Schwestern einerseits und den jungen, z.T. noch in Ausbildung befindlichen Schwestern Konflikte gegeben, die gewöhnlich zu Streit und Zankereien führten. Das "Ausspielen" von Befugnissen und Macht durch ältere Vorgesetzte drückte sich bspw. bei der Erstellung der Dienstpläne aus. So seien oft die Jüngeren gerade an den Wochenenden benachteiligt worden, so daß sie bei ihren Freizeitaktivitäten und -vergnügungen eingeschränkt waren.

(1/729) E Das heißt, Du warst, also wenn Du irgenwohin wolltest oder so, das heißt, Du konntest erst ab acht los, und dann wa-, meistens hast Du dann am nächsten Tag Frühdienst gehabt. So hat sie Dich dann eingeteilt.

I hm

E Das heißt, also sie hat Dir so von vornherein so einen beigepult, indem sie sagte, also

I hm

E der woll'n wir mal so'n Strich durch die Rechnung machen.

Frau F. thematisiert auch in anderen Interviewpassagen die unterschwellige Erwartung derjenigen Kolleginnen, die auf Freizeit und andere Interessen verzichteten (sie meint hier insbesondere die älteren und unverheirateten Krankenschwestern, "die also dann so Tag und Nacht da rumkrebsten") an die Jüngeren, dies ebenso zu tun.

Sich zur Wehr zu setzen gegen deren z.T. als schikanös empfundene Behandlung war aufgrund der Angewiesenheit auf enge Zusammenarbeit

nicht möglich. Die für die Auseinandersetzung nötige Unabhängigkeit und Distanz hatte Frau F., als sie versuchsweise - um zu sehen, wie eine 40-Stunden-Woche mit Kind zu bewältigen wäre - eine Vertretungstätigkeit in einer Klinik übernahm. Konflikte mit der Stationsschwester, die Frau F.'s frühere Tätigkeit in einem psychiatrischen Wohnheim abwertete und ihre Qualifikation anzweifelte, endeten in einem offenen Streit, in dem Frau F. fristlos kündigte und ging. Diese Erfahrung hat sie bestätigt in ihrem Entschluß, nicht mehr in einer Klinik zu arbeiten.

(1/2941) E ... da hab' ich so geseh'n, ich würde da nich' mehr klarkommen, weil das eben nich' üblich is', daß man sich dann wirklich da zur Wehr setzt.

I ja

E Und dann is' nämlich das, ne, wenn sie das dann gar nich' mehr aushalten können, entweder geh'n sie in die Küche und rauchen ganz schnell eine, ne

I hm

E oder sie nehmen halt auch 'ne Beruhigungs-

I ja

E -tablette, ne.

Da (gemeinsames) sich-zur-Wehr setzen "nicht üblich" ist, stehen zur Alternative die Kündigung (was die eigene ökonomische Unabhängigkeit zur Voraussetzung hat), oder sich anzupassen und den Ärger mit einer Zigarette oder Beruhigungstablette zu schlucken. Letzteres gilt zwar nicht für Frau F., aber für diejenigen, die das "nicht mehr aushalten können".

NACHTDIENST - "ICH DACHTE, JETZT KANNST DU SCHLAFEN UND KANNST NICHT, DAS IST JA VERRÜCKT"

Selbst Beruhigungsmittel bzw. Schlaftabletten genommen hat Frau F. ausschließlich im Zusammenhang mit Nachtdiensten (- mit Ausnahme des Gebrauchs eines Schlafmittels wegen der Aufgeregtheit anlässlich ihres Examens). Sie schildert wiederum eine Situation, in der sie vertretungsweise arbeitet - sie hatte Nachtdienste übernommen - und vorzeitig kündigte.

- (1/435) E das hab ich auch nur, glaube zwei Monate, dann hab' ich gesagt, das bringt mir nichts, ne  
 I hm  
 E das hat keinen Zweck  
 I hm  
 E da leidet die ganze Situation mehr drunter als daß es mir nützt, ne.

Insbesondere standen die Bedürfnisse ihrer damals eineinhalbjährigen Tochter ihrer eigenen Müdigkeit und Erschöpfung, wenn sie morgens aus dem Dienst kam, gegenüber. So sprang Frau F.'s Mutter ein, um ihre Enkelin zu betreuen. Daß die Zeit zum Schlafen erst organisiert werden mußte und knapp und begrenzt war, schuf den Zwang zur optimalen Nutzung.

- (1/449) E Und dann kam ich morgens aus der Nachtwache, hatte ja zwei Morgende schlecht geschlafen  
 I hm  
 E und am dritten Morgen stand ich hier. Ich war putzmunter, ne.  
 I hm  
 E Ich dachte, jetzt kannst du schlafen und kannst nicht, das ist ja verrückt.  
 (Lachen)

I ja

E Und da hab' ich z.B. 'ne 'Mogadan' genommen, das hab ich also auch noch liegen, ne.

Auf Dauer war dies jedoch keine befriedigende Lösung für Frau f. Sie empfand den durch die Nachtdienste verursachten Schaden "für die ganze Situation" - die Situation ihrer Tochter und der ganzen Familie, ist hier zu ergänzen - größer als ihren eigenen Nutzen.

Oberhaupt war die Unvereinbarkeit der Schichtarbeit mit den Bedürfnissen ihrer Tochter bzw. die Zumutungen, die der Wechseldienst für diese bedeutet hatte, ein weiterer Grund, aus dem Klinikbetrieb auszusteigen.

(1/1308) E ... das war auch so für mich 'n Grund, eben nich' zu arbeiten, als, äh, die Kleine geboren wurde.

I hm

E Oder überhaupt aus der Klinik rauszugeh'n, ähm, das hätte bedeutet, also, wenn sie 'n halbes Jahr alt gewesen wäre (...)

ich hätte sie um fünf rausnehmen müssen, um sie dann um sechs da in der Krippe abzuliefern.

I hm

E Und die nächste Woche hätte sie dann also nachmittags um eins bis abends

(...)

Und alle drei Wochen eine Woche Nachtdienst.

(...)

Und da hab' ich mir überlegt, also, das war das Letzte, was ich wollte, ne. Also, da machste 'ne sanfte Geburt und, und beschäftigst dich und nach 'm halben Jahr dann, dann kommt das da in so 'ne Tretmühle rein

(...)

die fängt ja an mit Schichtdienst nach'm halben Jahr

I (lacht)

E und machst das dann bis 65 oder so.

Die Zumutungen des Wechseldienstes widersprachen zu sehr ihren grundlegenden Vorstellungen über günstige Bedingungen für die Entwicklung ihrer Tochter sowie den Prioritäten, die Frau F. für ihr eigenes Leben gesetzt hat. Vor die Alternative gestellt, ihren Beruf auszuüben und eigenes Geld zu verdienen, oder die ersten Lebensjahre ihrer Tochter intensiv zu erleben und Zeit für sich und ihren Mann zu haben, entschied Frau F. sich für das Zweite.

VERÄNDERUNGEN - "ICH HATTE NICH' SO KONFLIKTE, SO, DASS ICH NUN KEIN GELD VERDIENE"

Ein Faktor, der vor dem Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln schützt, ist - so kann Frau F. interpretiert werden - sich den Belastungen der Tätigkeit in einer Klinik (wie Hierarchie und Schichtarbeit) mit der hohen Verfügbarkeit solcher Medikamente ("... jeder nahm sich, wenn er irgendwas hatte, auf der Station 'ne Tablette raus, ne, das ist überhaupt, das war normal ..."), nicht auszusetzen. So hat sie dann auch die Klinik für sich "abgehakt".

(1/3011) E Also, ich habs jetzt, so negativ für mich, jetzt auch abgehakt. Ich werde nie mehr in der Klinik arbeiten. Also da bin ich,

I hm

E es sei denn, ähm, ich muß mich also und meine Tochter irgendwie durchbringen und was weiß ich, und finde nichts anderes oder wie, ne.

Möglich ist Frau F. der Ausstieg aus ihrer Arbeitssituation - den wir als ihre Form der Bewältigung verstehen - weil sie und ihre Tochter finanziell durch ihren Mann gesichert sind. Konflikte, sagt Frau F.,

habe sie nicht damit gehabt, daß sie kein bzw. wenig Geld verdiente (vor ihrer Anstellung als Gemeindeschwester), da sie das Studium ihres Mannes mitfinanziert hat. So besteht zwischen ihnen auch eine Vereinbarung, die ihr einen Anspruch auf die Finanzierung einer weiteren Ausbildung zubilligt. Um sich darüber klar zu werden, welche Art von Ausbildung oder Tätigkeit ihren Interessen entspricht, hat Frau F. ihre Stelle gekündigt, als ihr Mann sein Studium beendet und eine Arbeitsstelle gefunden hatte.

In dieser Zeit wurde Frau F. schwanger, wodurch zusätzlich ein Prozeß der Reflexion und Neuorientierung eingeleitet worden sei. Mit Zeit für sich selbst und losgelöst von einer festen Arbeitssituation, konnte sie sich mit Fragen zu Schwangerschaft und Geburt, ihrer Situation als Frau etc. auseinandersetzen. So besuchte Frau F. bspw. Frauenseminare und beschaffte sich auf vielfältige Weise Informationen und Anregungen. Neben vielem anderen ist ein Ausdruck dieser Auseinandersetzung ihre kritische Einstellung gegenüber Arzneimitteln; speziell hat sie auf Medikamente während der Schwangerschaft und der Geburt ihrer Tochter verzichtet.

Abgesehen von den Spielräumen und Ressourcen über die Frau F. verfügt, spielte auch ihre Berufsorientierung eine Rolle für ihren Ausstieg aus der Klinik­tätigkeit. Die im Krankenhaus relevanten, eher technisch ausgerichteten Arbeitsbereiche wie Intensivpflege und Operationsassistenten, haben sie nie so sehr interessiert, weil man dort kaum Kontakt zu den Patienten habe. Sie habe lieber in Bereichen wie der Psychiatrie oder jetzt der Gemeindepflege gearbeitet, die jedoch in der Werte-Hierarchie ganz unten stünden.

(1/3020) E ... durch diese Arbeit in der Psychiatrie vorher, ähm, ... und dann hab ich vorher noch in so'm Heim gearbeitet in O. in so'm Kinderheim. Also auch relativ selbständig und so, ich hab nie sowas gemacht, sowas, ähm, na ja, ich sag' ja, die die Intensiv-Schwestern steh'n ja ganz oben,



sowas atemberaubendes Technisches

I hm

E will ich mal sagen, nich'.

I hm

E Ich war weder OP-Schwester oder, also, ich hab immer so was gemacht, was so Leute z.B. jetzt so aus meinem Kurs sagen, 'Was, Du wirst Gemeindegeschwester, das muß ja fürchterlich sein', ne. Also, was, was is' es überhaupt, können sich gar nich' vorstellen, was das für 'ne Arbeit is.

I hm

E Und außerdem, äh, auch das is nichts, also Gemeindegeschwester ist das Letzte überhaupt, ne.

I hm

E Also erst kommt unten, ganz unten kommen die Gemeindegeschwestern, dann kommen die in der Psychiatrie und so, und, ne.

Mit ihrer beruflichen Identität und ihren Interessen sieht sich Frau F. abseits der im allgemeinen gültigen Beurteilungen und Einschätzungen. Sie grenzt sich auch selbst in vielerlei Hinsicht von bestehenden Normen und Werten ab. So ist das Thema Abgrenzung von oder Übereinstimmung mit Gruppennormen zentral in den Berichten Frau F.'s über ihre Ausbildungszeit, die sie 15jährig begann. Es wird deutlich, daß sie sich vorübergehend mit Werten und Interessen ihrer Mitschülerinnen identifiziert hat, die eigentlich nicht ihre waren ("Also, das ist mir so, so fremd, das denk ich gar nicht, daß ich das war"). Zudem sah sie sich in der Erwartung enttäuscht, daß in der Ausbildung zur Krankenschwester auch lebenspraktische Kompetenzen hinreichend vermittelt werden. So seien viele ihrer Mitschülerinnen erstaunlich unfähig gewesen, das vermittelte Wissen auf sich selbst anzuwenden:

(1/1884) E Z.B., das muß man sich vorstellen, daß in meinem Kurs

fünf zum Ende schwanger war'n. Wir hab'n also, ich weiß in, in, in Gynäkologie-Unterricht also Verhütung durchgenommen bis, also bis wir nich' mehr denken konnten

I hm

E so ungefähr

I hm

E und die wurden schwanger

I hm

E und heirateten und kriegten dann gleich das zweite Kind und war'n Anfang 20.

I ja

E Das war für mich, daß ich dachte, das, das gibt's doch nich', ne. Und da hab' ich mir, hatt' ich mir äh, also, so mal vorgestellt, daß das, daß das anders laufen könnte.

Die Enttäuschung über Ausbildung, Kolleginnen und Vorgesetzte hat - neben den Arbeitsbedingungen - mit dazu beigetragen, daß sie sich von einer technisierten Tätigkeit im Krankenhaus ab- und Pflegebereichen zugewandt hat, in denen die Beziehung zum Patienten/zur Patientin im Vordergrund steht.

Gegenüber der von hierarchischen Entscheidungsstrukturen geprägten Krankenhausarbeit empfindet sie diese Tätigkeit - mit Ausnahme der körperlichen Beanspruchung - als wenig belastend. Sie verfügt über einen relativ großen Freiraum und kann sich ihre Arbeit selbst einteilen. Andererseits wird ihr dort die Minderbewertung "reiner" Pflegetätigkeit bewußt: nicht nur steht die Gemeindeschwester, deren Arbeit im Vergleich zu anderen Bereichen wenig medizinisch-technische Spezialkenntnisse erfordert, auf der untersten Stufe der Anerkennung. Die Hauspflege ähnelt zudem in ihrer Personenorientiertheit, ihrem repetitiven und "unsichtbaren" Charakter und der mangelnden (auch finanziellen) Anerkennung der Hausarbeit:

- (1/3142) E Unsre Arbeit kannste auch kaum deutlich machen, ne.  
I (?) hm  
E sieht man ja nich', ne.  
I hm, hm  
E Wenn du da also 'n Opa jeden Morgen aus'm Bett holst und wäscht und an Frühstückstisch, äh, das ist ja genauso wie Hausarbeit, die siehst du ja auch nicht.  
(...)  
Ja, und deshalb ist das auch eben nichts wert, ne.

Frau F. stört besonders die Isoliertheit ihrer Arbeitssituation, in der sie kaum Möglichkeiten zu Austausch und "Aussprache" findet. So müsse sie sich anderswo Anregung und Gespräche suchen; hierin lag auch die Motivation für das Interview mit uns. Der Gefahr, in einer auf Dauer möglicherweise unterfordernden und unbefriedigenden Tätigkeit zu verbleiben, begegnet sie mit der aktiven Suche nach Gesprächssituationen, in denen sie sich mit ihrer Berufsrealität auseinandersetzen und über ihre Wünsche klar werden kann.

Frau D.

Frau D. ist 33 Jahre alt, sie hat eine kaufmännische Ausbildung und arbeitet halbtags als Sachbearbeiterin in einem städtischen Unternehmen. Sie ist verheiratet und hat einen siebenjährigen Sohn; die Familie wohnt in einem Eigenheim am Stadtrand.

Frau D. leidet seit sieben Jahren an Migräne; die Anfälle treten in unregelmäßigen Abständen auf und halten einige Stunden, manchmal auch zwei bis drei Tage an. Die Schmerzen sind halbseitig und mit typischen Begleiterscheinungen der Migräne wie Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie Sehstörungen verbunden. Sie nimmt dagegen die Schmerzmittel 'Contraneural' oder 'Thomapyrin' ein, die ihr vom Arzt verordnet werden. Diese Mittel können den Schmerz jedoch meist nur dämpfen, nicht beseitigen. Da die Anfälle ungefähr in Abständen von drei bis sechs Wochen auftreten und Frau D. meist mehr als eine Tablette zur Schmerzbekämpfung benötigt, schätzt sie ihren Gebrauch auf etwa fünf Tabletten pro Monat. Sie ist besorgt über mögliche Nebenwirkungen und hat auch hin und wieder Übelkeit nach der Einnahme von 'Contraneural' bemerkt. Beides sind Kombinationspräparate aus Phenazetin (bei 'Thomapyrin N' inzwischen durch 'Paracetamol' ersetzt), Acetylsalicylsäure und Kodein bzw. Koffein. Die Nebenwirkungsgefahr wird durch die Kombination verschiedener Substanzen erhöht, u.a. kann eine Langzeiteinnahme gerade Kopfschmerzen zur Folge haben. Koffein fördert die Gewohnheitsbildung, Kodein kann zu Obstipation führen (siehe BECKER/MOEBIUS (1983), LANGBEIN et al. (1985)).

Das Kodein (und als Nachttablette auch Barbiturat) enthaltende Schmerzmittel 'Dolomo', das inzwischen aus dem Handel gezogen wurde, hatte sie der stark betäubenden Wirkung wegen abgesetzt. Die Wirkung leichter Mittel wie 'Spalt' oder 'Togal' war dagegen zu schwach. Wirklich helfen würde ihr nur, sich in einem ruhigen und dunklen Zimmer hinzulegen. Ganz ohne Medikamente ginge es aber auch dann nicht, dessen schmerzlindernde Wirkung träte aber schneller ein.

Frau D. ist auf der Suche nach einer Erklärung für ihre Kopfschmerzen. Im Laufe der Jahre hat sie verschiedene Ärzte aufgesucht, eigene Beobachtungen über das Auftreten der Schmerzen im Zusammenhang mit möglichen auslösenden Faktoren angestellt, Hinweise auf Ursachen aus Zeitschriften und von Bekannten gesammelt. Eine für sie befriedigende Antwort fand sie jedoch bisher nicht.

Gleich zu Beginn des ersten Gesprächs erwähnt Frau D., daß sie die Schmerzen erst seit der Geburt ihres Sohnes habe. Sie macht hierfür die Peridural-Anästhesie (1) (sog. "Rückenmarkspritze") verantwortlich, die sie bei der Geburt erhielt, auf diesen möglichen Zusammenhang sei sie jedoch erst vor einiger Zeit durch ihre Frauenärztin aufmerksam gemacht worden. Eine endgültige und einleuchtende Erklärung scheint für Frau D. jedoch auch in diesem Hinweis nicht zu liegen. Sie geht nicht weiter darauf ein, sondern berichtet im Verlauf des Erstgesprächs von zahlreichen anderen Überlegungen über medizinische oder umweltbedingte Ursachen, die sie einmal erwogen hat oder noch erwägt, um sie dann jedoch wieder zu verwerfen. So habe die ärztliche Untersuchung ihrer Nasennebenhöhlen, Zähne und Augen (Brille) nichts ergeben. Kreislaufstörungen kämen als Verursacher nicht in Betracht, auch träten die Schmerzen unabhängig von ihrer Periode auf. Mehrmaliges Wechseln der Anti-Baby-Pille habe keine Veränderung bewirkt. Sie stellt eine Wetterabhängigkeit fest; bei starker Wärme und intensivem Sonnenlicht kämen die Anfälle häufiger, gleichzeitig sei sie aber auch bei Kälte und Zugluft besonders anfällig. Sie vermutet auch eine Eiweißallergie, die sie sich jedoch nur als verstärkend, nicht als verursachend vorstellen kann; ebenso ist es mit dem Rauchen.

---

(1) Die Peridural-Anästhesie, bei der ein Betäubungsmittel zwischen die Rückenmarkshäute gespritzt wird, kann in der Tat Kopfempfindlichkeit und -schmerzen für die Dauer mehrerer Tage zur Folge haben. Für jahrelang wiederkehrende Migräneanfälle kann sie jedoch aus medizinischer Sicht nicht als Ursache angesehen werden.

Auffällig sei außerdem, daß ihr Großvater und ihre Mutter unter den gleichen Kopfschmerzen gelitten haben bzw. leiden wie sie. An eine Vererbbarkeit mag Frau D. jedoch nicht so recht glauben; auch hätten die Schmerzen dann schon vor der Geburt ihres Sohnes auftreten müssen. Auch Stress als mögliche Ursache, auf die ein Arzt sie hinwies, leuchtet ihr nicht ein, da die Anfälle meist nicht während der Arbeit, sondern häufiger im Hause auftreten. Schließlich habe sie, quasi als letzte Möglichkeit, auch schon an einen Gehirntumor gedacht. Dieser Befürchtung ginge sie aber nie näher nach, da ihre Angst davor zu groß sei. Lieber verschiebe sie das Problem und denke nicht mehr daran, bis es wieder akut werde.

Deutlich wird hier Frau D.'s Ambivalenz im Umgang mit ihren Schmerzen. Einerseits nimmt sie sich immer wieder vor (so z.B. auch aus Anlaß unseres Gesprächs), der Sache einmal wirklich auf den Grund zu gehen. Indem sie sich auf unsere Anzeige meldete, nahm sie ja auch eine Gelegenheit wahr, über das Problem zu sprechen und dadurch eventuell einer Lösung näher zu kommen. Auch hatte die Interviewerin den Eindruck, daß eine Aussage über die Gültigkeit der verschiedenen Theorien von ihr erwartet wurde. Andererseits, so Frau D., wolle sie es dann doch lieber nicht so genau wissen, habe Angst vor dem, was da auf sie zukommt - "man verdrängt es". Auch gibt es immer wieder Phasen ohne Migräne, in denen sie sich gar nicht vorstellen könne, noch vor kurzem solche Schmerzen gehabt zu haben. Die Anfälle scheinen letztlich willkürlich aufzutreten, ohne Gemeinsamkeiten in den jeweils vorausgehenden Situationen. So beschreibt Frau D. z.B., daß die Schmerzen auch bei Umgebungswechsel oder im Urlaub auftreten.

(2/786) E: "ich hab's an der See, also, da tritt's auch alle sechs oder acht Wochen auf oder alle vier Wochen, es ist eben, ne, es ist genauso durch Luftveränderungen da, auch woanders jetzt, wenn wir nach Italien oder sonst wohin fahr'n.

I: mh, mh

E: genauso da, wie hier, ne

I: ahm, also da

E: da ist überhaupt kein Unterschied, nein, nein, auch im Urlaub, es ist auch da"

Die hieran anschließende Textsequenz haben wir zur Interpretation ausgewählt, da in ihr auch die o.g. Ambivalenz zum Ausdruck kommt.

(2/797) E: "ja, das weiß ich noch, letztes Jahr im Urlaub, da hatte ich dann keine Tabletten mitgenommen, glaub ich, und dann da in Italien, irgendwie in so 'nem kleinen Nest, da von einer Apotheke zur anderen, und die hatten dann nicht, logischerweise 'Contraneural' sowieso nicht, aber 'Thomapyrin', und die haben mir aber nicht geholfen. Und da bin ich auch so durch die Gegend, ich mag den Kopf dann gar nicht heben, und bin so, oh, fürchterlich, und bis die einen dann erst mal verstanden haben und dann das - oh das war ein Theater (lachend)

I: ja

E: na, normalerweise packt man die dann ja auch ein, wenn man weiß, man braucht die ewig, nich (lacht)

I: Haben Sie sie vergessen, oder was?

E: Nee, ich hab sie nicht, ich hab sie extra, also, ich hab gedacht, vielleicht brauchst sie nicht, laß die mal zu Hause, ne

I: Ja, ja

E: weil, wie gesagt, eh, weil mein Mann auch immer diesen Einfluß auf mich ausübt, also, so wenig wie möglich und dadurch ist das dann automatisch schon, daß man dann sagt, also, läßt sie jetzt mal hier, vielleicht geht's ja auch mal ohne

I: mh

E: und Urlaub, du hast ja dann die Möglichkeit, dich hinzulegen

I: mh

E: und es ja jemand für's Kind da, und so

I: ja

E: aber es hat dann doch ohne Tabletten, ich bin nachts, ich konnte nicht schlafen, und ich hab' aufrecht im Bett gesessen, von diesen Kopfschmerzen

I: ja

E: das hämmerte im Kopf, das war

I: ja, ja

E: nicht auszuhalten, ich also, am liebsten hätt' ich wirklich den Kopf so gegen die Wand geschlagen und

I: ja

E: also es war fürchterlich

I: ja

E: Ich bin da in dem, das war'n Apartment, immer hin und her gelaufen, also ... tierisch

I: hm

E: und dann morgens, also wie gesagt, dann los zur Apotheke, ja (da hab ich die genommen?) (lacht), da war's dann etwas besser geworden, aber das war

I: mit den 'Thomapyrin'

E: Ja, ja

I: mh

E: so'n bißchen, so das dieses Klopfen und Hämmern

I: ja

E: und diese Lichtempfindlichkeit war dann auch nicht mehr so da.

I: ja

E: Aber, na ja, hat nicht geklappt, mit Tabletten hierlassen und so (lacht)."



"Ja, das weiß ich noch, letztes Jahr im Urlaub, da hatte ich dann keine Tabletten mitgenommen, glaub ich."

Mit "ja, das weiß ich noch" leitet sie die Beschreibung einer erinnerten Erfahrung ein, die ihr durch den Charakter des Besonderen im Gedächtnis geblieben ist: "da hatte ich dann" verweist auf das Spezifische genau jener Situation zu jenem Zeitpunkt, an dem sie etwas Besonderes getan hat, nämlich: "keine Tabletten mitgenommen". Dem spontanen Erzählanfang, mit dem die Handlung "keine Tabletten mitnehmen" thematisiert und das Spezifische an dieser Situation hervorgehoben wird, folgt nun der Nachsatz "glaub ich". "Glaub ich" heißt soviel wie "ich bin mir nicht sicher" - eine Einschränkung, die an dieser Stelle irritiert, weil der Anfang ihrer Erzählung erwarten läßt, daß es ihr gerade um die Beschreibung genau jener Erfahrung geht: nämlich wie es war, als sie einmal keine Tabletten mitnahm. Dieser Eindruck ihrer Absicht bestätigt sich durch die nun folgende Schilderung des ganzen Hergangs quasi in geraffter Form (auf dessen Einzelheiten sie später ausführlich eingeht).

"und dann da in Italien, irgendwie in so 'nem kleinen Nest, da von einer Apotheke zur anderen, und die hatten dann nicht, logischerweise 'Contraneural' sowieso nicht, aber 'Thomapyrin', und die haben mir aber nicht geholfen."

Es erscheint ihr - zumindest im Nachhinein - logisch, daß das gewünschte Medikament nicht zu bekommen war, so, als sei dies gar nicht anders zu erwarten gewesen. Zu erwarten ist eher, daß die Beschaffung eines bestimmten Medikaments in einem italienischen "Nest" Schwierigkeiten macht. Die dramatische "Suchaktion" macht deutlich, wie stark die Schmerzen sind und wie dringend das Medikament dann doch gebraucht wird.

"Und da bin ich auch so durch die Gegend, ich mag den Kopf dann gar nicht heben, und bin so, oh, fürchterlich, und

bis die einen erst mal verstanden haben und dann das - oh das war ein Theater."

Wie ist es nun zu dieser Situation gekommen, die etwas "Theaterhaftes" zu haben schien, die sie aber offensichtlich selbst durchstehen mußte (zumindest erwähnt sie nicht, jemanden, z.B. ihren Mann, um Hilfe gebeten zu haben).

"na, normalerweise packt man die dann ja auch ein, wenn man weiß, man braucht die ewig, nicht?" (lacht)

Das, was "man normalerweise" tut - nämlich vorsorgen, wenn man etwas "ewig braucht" - dient hier zur Abgrenzung ihres eigenen Verhaltens von der Norm und verdeutlicht, daß sie sich gerade nicht gemäß den Erwartungen (eigener oder der anderen) verhielt.

Auf die Frage der Interviewerin, ob sie sie denn vergessen habe

"Nee, ich hab sie nicht, ich hab sie extra, also, ich hab gedacht, vielleicht brauchst sie nicht, laß die mal zu Hause, ne"

Die Tabletten wurden also "extra", d.h. absichtsvoll zu Hause gelassen; die zugrundeliegende Überlegung "vielleicht brauchst sie nicht" erklärt das Handlungsmotiv jedoch nicht - es wäre verständlicher, etwas mitzunehmen, was nur "vielleicht nicht" gebraucht wird.

Da sie mit dem Urlaub offenbar nicht die Erwartung verknüpfte, überhaupt keine Kopfschmerzen zu bekommen, sondern nur andere Bewältigungsmöglichkeiten zu haben ("und Urlaub, da hast du dann die Möglichkeit, dich hinzulegen und es ist jemand für's Kind da"), kann ihr "Ohne-Tabletten-Experiment" auch die Funktion gehabt haben, sich oder anderen etwas über die Notwendigkeit der Tabletteneinnahme zu beweisen. Der Einfluß des Mannes kommt nun auch als Begründung ins Spiel:

"Weil, wie gesagt, mein Mann auch immer diesen Einfluß auf mich ausübt, also, so wenig wie möglich und dadurch ist das dann automatisch schon, daß man sagt, also, läßt sie jetzt mal hier, vielleicht geht's ja auch mal ohne"

In dem Bemühen, den Bruch gegenüber ihrem sonstigen Verhalten zu erklären, erwägt sie im "Dialog mit sich selbst" ("brauchst (Du) sie nicht, laß (Du) die mal zu Hause") Argumente, die eher von ihrem Mann als von ihr selbst zu stammen scheinen und die durch die Realität schließlich entkräftet werden: "aber es hat dann doch ohne Tabletten" - nicht geklappt, könnte ergänzt werden, so wie sie den Satz auch an späterer Stelle zuende führt. "Automatisch schon, daß man dann sagt" entspringt hier der Argumentation des Mannes, die als Anforderung übernommen wurde, so daß "man" es sich schließlich selbst sagt. Dabei steht Frau D. selbst dem Tablettenkonsum ja nicht unkritisch gegenüber, hat Angst vor Nebenwirkungen und möchte die Medikamente keinesfalls "ewig brauchen". "So wenig wie möglich" nehmen zu wollen, ist in diesem Sinne eine verständliche und rationale Einstellung - die nur eben nicht erklärt, warum sie nicht wenig Tabletten, sondern überhaupt keine auf die Reise mitnahm. Der Versuch, gar nichts zu nehmen - als extreme Alternative zum "Ewig brauchen" - führt im Falle eines doch auftretenden Schmerzanfalls zu einem Zustand, der dann in der Tat so gravierend, nämlich "fürchterlich", "tierisch" und "nicht auszuhalten" ist, daß das Resümee eindeutig ist "na ja, hat nicht geklappt mit Tabletten hierlassen und so". Wir vermuten, daß diese Erfahrung deshalb so wichtig war, weil sie gezeigt hat, daß nicht allein die Umstände zu Hause (sich um das Kind kümmern müssen, sich nicht hinlegen können etc.) die Tabletteneinnahme notwendig machen. Vielmehr leidet sie selbst u.U. so stark unter den Schmerzen, daß sie sie einfach nicht aushalten kann. Ausgehend von der Bedeutung gerade dieser Schlußfolgerung für Frau D. wird das eingangs erwähnte "glaub ich" verständlicher: als Mitteilung, daß sie die Situation nicht absichtsvoll im Sinne bewußten Handelns herbeigeführt hat. Wir verstehen dies als Ausdruck eines unbewußten Konflikts, der durch

die - theoretische - Wahl zwischen negativen Alternativen gekennzeichnet ist. Den Schmerz ohne Tabletteneinnahme auszuhalten, bedeutet entweder, ihn auch gegenüber der Umwelt als unbedeutend zu relativieren, oder wie hier selbst so stark leiden zu müssen, daß es an Selbstzerstörung grenzt ("am liebsten hätte ich wirklich den Kopf so gegen die Wand geschlagen"). Ihn zu dämpfen dagegen bedeutet zum einen, die unerwünschte Schmerzmitteleinnahme fortzusetzen, vor allem aber, so denken wir, ein körperlich-seelisches Signal zu übergehen, ein Ausdrucksmittel für einen noch zu bestimmenden Konflikt zu unterdrücken, um in jeder Lebenslage funktionsfähig zu bleiben.

Frau D.'s Dilemma - frei von Schmerzen und damit auch von Medikamenten leben zu wollen und dennoch auf beides offenbar nicht verzichten zu können - ist in den Grundzügen das aller von Schmerzen und psychosomatischen Beschwerden geplagten Menschen. Die Sichtweise von Frau D.'s Kopfschmerz als psychosomatischen Ausdruck einer konflikthaften Lebenssituation, die an dieser Stelle eventuell als vorschnelle Übernahme der in der Fachliteratur meist vertretenen Theorie (siehe hierzu u.a. BRÄUTIGAM/CHRISTIAN 1973, HAUSMANN 1968) erscheint, wurde zunächst durch die Erzählweise von Frau D. selbst angeregt.

Alle ihre bisherigen Überlegungen über die Ursachen ihrer Kopfschmerzen scheinen in einer Sackgasse geendet zu sein, erhoffte Verbesserungen (etwa durch ärztliche Untersuchungen, veränderte Umgebung oder Ernährungsweise) blieben aus - Frau D. ist ratlos. Dennoch nutzt sie das erste Gespräch mit uns, um noch einmal alle Erklärungsversuche quasi Revue passieren und ihre Gedanken um das Problem kreisen zu lassen. Sicher ist sie sich allerdings in einem Punkt: daß die Schmerzen erst nach der Geburt ihres Sohnes aufgetreten sind. Hieran mißt sie auch die anderen Theorien (z.B. die der Vererbung) auf ihre mögliche Gültigkeit. Das zweite Gespräch ergibt dann, daß Frau D. ungewollt schwanger geworden war und die Geburt des Kindes als starken Einschnitt in ihr damaliges Leben empfand. Auf diesem Hintergrund ist eine genauere Betrachtung von Frau D.'s Berufs- und Familienbio-

graphie von Bedeutung, die wir im Folgenden zusammengefaßt darstellen wollen.

Zuvor jedoch noch eine Bemerkung zum Vorgehen: eine Schwierigkeit beim Nachvollziehen und Auswerten dieser Gespräche bestand für uns darin, daß Frau D. von sich aus kaum Bezüge herstellt zwischen geschilderten Lebensabschnitten oder Ereignissen und ihrer Befindlichkeit, dem Problem ihrer Kopfschmerzen und ihres Umgehens damit, welches sie ursprünglich ja zur Teilnahme an den Interviews motiviert hatte. Vielmehr scheint es zwei getrennte Geschichten und demzufolge auch Erzählstränge zu geben: die Schilderung ihrer Schmerzen, deren Auftreten, Dauer, Intensität und mögliche Ursachen, sowie der Wirkungsweise von Schmerzmitteln und anderen Bewältigungsformen wie Ausruhen, Schwimmen etc., die das erste Interview ausfüllt, sowie die - auf Nachfragen erzählten - Ausschnitte aus ihrer Biographie und jetziger Lebensweise im zweiten Interview. Oft ist auch hier der Zusammenhang der einzelnen Erzählinhalte oder deren Bedeutung für Frau D. zunächst schwer nachvollziehbar.

Wir mußten also bei der Interpretation weiter als bei anderen Gesprächen über das Gesagte hinausgehen und mögliche Verbindungen zwischen den einzelnen Inhalten sichtbar machen, die ja gerade für ein Verständnis des Schmerzproblems notwendig sind. Unser 'Leitfaden' hierfür ist das bei der ausführlichen Textanalyse entstandene Verständnis von Frau D.'s Ambivalenz zwischen ihrem Wunsch, dem Schmerz Ausdruck zu verleihen einerseits und dem, ihn mit Medikamenten zu dämpfen und sich damit aber die Möglichkeit zu nehmen, Leid auszudrücken andererseits.

BERUF UND/ODER KIND - "...DASS MAN JA EIN GANZ ANDERES LEBEN HAT,  
WENN MAN KEINE KINDER HAT"

Nach dem Realschulabschluß machte Frau D. eine Lehre als Bürokauffrau; mit 18 zog sie gegen den Willen der Eltern aus und lebte zwei

Jahre mit ihrem Freund zusammen. Als die Beziehung in die Brüche ging und sie von ihrem Lehrgeld keine eigene Wohnung finanzieren konnte, zog sie zu ihren Eltern zurück, was sie als demütigend empfand. Drei Jahre später, sie hatte inzwischen eine Vollzeit-Erwerbstätigkeit aufgenommen, bezog sie eine eigene Wohnung. 1972 lernte sie ihren Mann kennen, den sie vier Jahre später heiratete. Das Ehepaar lebte in der Wohnung von Frau D.; sie selbst wechselte zu ihrer heutigen Arbeitsstelle und begann sich beruflich weiterzuqualifizieren. Kinder wollten sie beide nicht. Als sie ihre Fachausbildung gerade abgeschlossen hatte, wurde Frau D. trotz Pilleneinnahme schwanger. Dies erfuhr sie jedoch erst im vierten Monat, da der Betriebsarzt sie ihrer ausbleibenden Periode wegen beruhigt hatte: dies sei dem Schilddrüsenhormon zuzuschreiben, mit dem er sie gegen eine Schilddrüsenüberfunktion behandelte. (Erst später sagte ihr ein anderer Arzt, daß eine solche Hormongabe u.U. die Wirkung hormonaler Kontrazeptiva aufheben könne.) Schließlich stellte Frau D. durch einen Apothekentest ihre Schwangerschaft fest: "das hat mich also getroffen wie so'n Hammer". Trotz der überschrittenen Frist versuchte sie noch eine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch zu bekommen, in dem sie ihrer Frauenärztin gegenüber sehr hohen Tablettenkonsum in den letzten Monaten angab, worauf die Ärztin jedoch nicht einging.

(2/875) E: aber, äh, tja, da hab' ich dann Mattias bekommen. Das war dann auch 'ne völlig neue Situation für uns. (...)

E: Also ich hab' jeden Abend wie ich, äh, Mattias, wie Mattias unterwegs war, hab' ich fast jeden Abend heulend im Bett gesessen. Aber mein Mann hat sich da eigentlich sehr gut verhalten, der hat immer gesagt, "das kriegen wir schon" und "das ist ja nicht so schlimm" und so - da hatt' ich ja damals solche Angst vor der Geburt - so'n Quatsch nich', na ja.

I: hm

E: Auf jeden Fall, äh, war Mattias dann nachher da. (...) Mein Mann war zuerst ein bißchen eifersüchtig auf das

Kind, äh

I: ah ja, hm

E: ( ? )

I: ( ? ) ja ja

E: Ja, Eifersucht, ja, da war's, es war eine, es war eine große Umstellung.

I: ja

E: Es ist so, daß man ja ein ganz anderes Leben hat, wenn man keine Kinder hat;

I: ja .

E: man muß plötzlich auf jemanden Rücksicht nehmen, man kann nich' mehr überall hin.

I: hm

E: Da haben wir auch noch da in F-Dorf gewohnt, äh, da war überhaupt

I: hm

E: keiner zum Aufpassen, (...) Und da war das dann natürlich, das war also für uns 'ne große Umstellung.

I: Ja, da war'n Sie sehr ( ? )

E: Mit Segeln fing das ja auch schon an, daß man nich' mehr so konnte wie man wollte.

I: Ja. Ah ja, dann mußten Sie das dann verkaufen.

E: hm. Das war, na ja, nicht ganz einfach.

I: Da haben Sie sich sicher auch sehr angebunden gefühlt?

E: (laut): Oah! Eingeengt!

I: eingeengt, ja

E: Ja, ja, aber's hat sich jetzt, na ja is' klar, der Junge is' sieben nich', kann man nich' vergleichen.

I: Ist besser jetzt?

E: Ja, also nie wieder ehrlich, ich hab' auch so'n richtigen Babyschock (lacht) weg (lacht).

I: Ja. Sie wollten dann auch kein zweites mehr?

E: Nein, nein, also, nein, nein

I: hm

E: das is' für mich jetzt gestrichen, nä,

I: hm, hm

E: das kommt nicht mehr in Frage, nä.

I: hm

E: Obwohl das so weit ja schön war und das ja auch ganz  
niedlich so mitzuerleben, wie die immer größer werden,  
aber es ist, äh, also mir

I: hm

E: reicht das wirklich.

Neben den anfänglichen Schwierigkeiten (Angst vor der Geburt, Eifersucht des Ehemanns) traten auch finanzielle Probleme auf, da das Ehepaar gerade ein Grundstück erworben und für den geplanten Hausbau Frau D.'s Verdienst fest eingeplant hatte. Nach der Geburt ihres Sohnes nahm Frau D. für eineinhalb Jahre, in denen auch das Haus gebaut wurde, ihre Vollzeitarbeit wieder auf. Erst danach reduzierte sie auf drei Tage.

Zu dieser Zeit kamen also nicht nur ihre Berufstätigkeit, der Hausbau und die Umstellung der Familie auf ein Leben mit Kind (das in Frau D.'s Arbeitszeit von deren Mutter versorgt wurde) zusammen, sondern Frau D. versorgte auch zeitweise den Sohn aus der ersten Ehe ihres Mannes, wenn dieser an Wochenenden zu Besuch kam. Belastend in diesem Zusammenhang war (und ist z.T. noch) für Frau D. der langanhaltende Streit ihres Mannes mit dessen geschiedener Frau über Besuchsregelungen und Unterhaltszahlungen.

Nachdem Frau D. im Gespräch rückblickend feststellt, daß sie all diese Schwierigkeiten ganz gut bewältigt und das Kind ihr Leben "irgendwo doch" bereichert habe, kommt sie auf ihren Beruf zu sprechen.

(2/1120) E: Nur, ich wär' sicherlich im Beruf weitergekommen, wenn ich das Kind jetzt nicht gehabt hätte, nä.

I: ja



E: Also das wär' mit Sicherheit so, weil ich eben, bei drei Tagen können Sie nich' viel erwarten,

I: hm

E: daß Sie da noch 'ne dolle, äh, Chance kriegen sich irgendwo weiterzuentwickeln, nä. Es ist doch irgendwo Teilzeit

I: hm

E: und das ist begrenzt.

Durch die (kurz vor ihrer Schwangerschaft abgeschlossene) Fachausbildung hätte sie damals die Möglichkeit gehabt, in eine andere Abteilung zu wechseln als die, in der sie heute arbeitet und in der die Aufstiegschancen insgesamt begrenzter und durch ihre Teilzeitarbeit noch weiter eingeschränkt sind. Heute sucht sie nach einer Möglichkeit, wieder ganze Tage arbeiten zu können, denn der Beruf gefällt ihr. Sie berichtet von der lockeren Arbeitsatmosphäre in ihrem Team, der Möglichkeit zum eigenständigen Arbeiten und von ihrem beruflichen Aufgaben, die nicht nur Schreibtischtätigkeit umfassen, sondern viel Kontakt zu Menschen beinhalten. Das macht ihr Spaß, bedeutet aber auch manchmal Streß und Überstunden.

(2/1415) E: Ja, weil das eben noch mit Menschen, ne. Das ist ja sehr viel

I: mh

E: und die kann man nun nicht einfach um halb fünf abstellen, ne.

I: mh

E: wenn die

I: mh

E: 'ne Frau, da weinend am Telefon ist, klar, dann bleiben Sie doch schon mal länger oder fahr'n da abends noch mal hin, oder so

I: mh, mh, das machen Sie

E: jaja, ja, mit, wie gesagt, mit einer Soziologin, und die ist als ABM-Kraft bei uns

I: ahm

E: und Architekten, ne. Wir haben noch vier Architekten bei uns, die dann auch, die machen das auch mit, also, wir sind 'ne ganz gute Truppe.

Trotz der Einschränkung durch ihre 'halbe' Tätigkeit scheint dieser Lebensbereich für Frau D.'s Bedürfnis nach Kontakt, Anregung und Bestätigung der Wesentliche zu sein. Auffällig ist ihre besonders flüssige und engagierte Sprache, wenn sie von ihrem Beruf erzählt. Wenn die Migräne im Büro auftritt, übergeht sie sie. Meist lassen sich die Schmerzen durch 'Contraneural' soweit dämpfen, daß sie weiterarbeiten kann.

(2/607) E: Wenn das auch nicht so flott dann mehr geht, aber...ich arbeite dann dabei weiter.

I: mh, mh

E: Das, aber es passiert mir meistens immer nur in den Tagen, das hab' ich allerdings auch schon beobachtet, entweder am Wochenende, insofern kann das hinkommen mit Streß, also man dann, was Sie vorhin sagten, daß man

I: ja

E: oder eben an den Tagen, wo ich zu Hause bin, das

I: ja

E: da ist es häufiger

I: ach so, da ist es häufiger als im Büro dann

E: Ja!

Ihre Erklärung für das häufigere Auftreten an den Tagen im Hause wird nicht zu Ende geführt. Vermutlich meint sie hier jedoch nicht, daß gerade die Wochenenden für sie Streß bedeuten könnten, sondern nimmt mit "was Sie vorhin sagten" auf eine Bemerkung der Interviewerin Bezug, Streß könne sich auch später auswirken als in der Belastungssituation selbst.

Im Hause bieten sich für Frau D. mehr Möglichkeiten des Rückzugs und der Entlastung (sich hinlegen, den Sohn zeitweise von der Mutter betreuen lassen). Auf weitere Aspekte der häuslichen Situation soll im nächsten Abschnitt eingegangen werden.

DIE FAMILIE - "ABER DA GIBT'S KEINE RICHTIG GRUNDLEGENDEN AUSEINANDERSETZUNGEN"

In Frau D.'s Beschreibung, wie sie Berufs- und Familienalltag bewältigt(e), nimmt die Unterstützung durch ihre Mutter großen Raum ein. In den ersten Jahren wurde das Kind häufig von ihr versorgt; auch heute noch übernimmt sie die Betreuung an Frau D.'s Arbeitstagen (halbtags, bevor es in den Kindergarten geht) und springt ein, wenn Frau D. mit ihrem Mann ausgehen will oder sich überlastet fühlt (so z.B. auch, wenn sie Migräne hat). Erleichtert wird dies durch die räumliche Nähe (die Eltern wohnen auf dem Nachbargrundstück). Die Hausarbeit teilt Frau D. sich mit ihrem Mann. So erscheint dieser Lebensbereich zunächst unproblematisch, wobei allerdings das häufige "eigentlich", "ziemlich", "recht", "aber sonst" in ihrer Schilderung auf Einschränkungen schließen läßt:

(2/21) E: Hm, nö, also zu Hause is' das hier eigentlich ziemlich unproblematisch, wie gesagt, äh, wir leben hier in einer Art Grad-, äh, Großfamilie,

I: ja

E: weil das alles die Grundstücke rundherum, äh,

I: is' alles Familie

E: alles Familie

I: Ihre Eltern

E: Wir haben zwar unser eigenes Reich, ja, meine Eltern und meine Tante nebenan (...) und das ist eigentlich alles recht harmonisch, nä. Sicher gibt es, das ist klar, äh, wenn man auf einem Grundstück, man hat so, man muß seine

Grenzen ziehen, sonst kann das ja doch mal sein,

I: hm

E: grade die Generation (lacht), daß die da einiges nicht versteht; aber sonst muß ich sagen, also ist das alles ganz prima.

Nur zögernd kommen im weiteren Verlauf des Gesprächs auch Nachteile dieser familiären Nähe zur Sprache, die Einmischung seitens der Eltern, gegen die Frau D. sich abgrenzen muß.

(2/416) E: Also mit meinen Eltern jetzt, nä, also man muß doch da Grenzen stecken, nä.

I: Ja

(...)

(2/421) E: Grad mit 'nem Kind, daß man dann, also, ich meine, ich, äh, bin da nicht auf'n Mund gefallen. Aber meine Mutter versucht denn sozusagen, so ungefähr, "das mußt Du so und so machen", nä. Also da bin ich sehr empfindlich.

I: sich so einzumischen (gleichzeitig)

E: Ja, ja, aber, na ja ...

I: Nee, aber Sie sind da, das mögen Sie nicht so gerne.

E: Nee, nee, da sag' ich auch ganz klar meine Meinung zu und dann ist sie vielleicht erstmal fünf Minuten beleidigt, aber denn (geht das wieder?).

Eine grundsätzliche Klarstellung scheint nicht möglich oder jedenfalls nicht auf Dauer wirksam zu sein, durch den häufigen Kontakt kommt es immer wieder zu Differenzen insbesondere über Erziehungsfragen, für die Frau D. im weiteren Beispiele nennt. Sie kommt dann auf die Zeit zu sprechen, in der sie (erst allein, später mit ihrem Mann) in einem anderen Stadtteil lebte.

(2/517) E: Und, also da war man doch schon manchmal freier, nä,

I: ja

E: das ist so hier schon manchmal so das Gefühl, also man ist immer wieder, oder man ist wieder Kind, teilweise

I: ja

E: und das ist auch grade das, was ich sagte, da kommt das dann, so bestimmen sie nicht, aber bei Mattias versuchen sie dann da irgendwie Einfluß zu nehmen, nä.

I: ja, ja

E: Und da fühlt man sich manchmal zurückgedrängt in die, die Kinderrolle,

I: ja

E: also, so, das is' schon da. Aber dagegen weiß ich mich zu wehren.

Differenzen wegen der Erziehung des Sohnes hat Frau D. auch manchmal mit ihrem Mann. Ein Grund sei, daß er, der zehn Jahre älter ist als sie, sehr konservativ erzogen worden sei und dies auch bei dem Kind fortsetzen wolle, während sie viel freiere Erziehungsvorstellungen habe. Frau D.:

(2/268) "da stoßen Welten aufeinander"

Auch in anderen Bereichen machten sich Differenzen, die sie hauptsächlich in dem Altersunterschied begründet sieht, zunehmend bemerkbar, etwa bei politischen Ansichten oder dem auseinandergehenden Bedürfnis nach Ruhe bzw. Abwechslung. Frau D. stellt auch eine gewisse Ähnlichkeit ihres Mannes mit ihrem Vater und dessen peniblen Ordnungssinn fest.

(2/665) E: Aber sonst ... hab' ich, also soweit mit mei'm Mann keine ( ? ). Ich überleg' jetzt, ach, so, denn ging es auch mit dem Anschnallen im Auto los. Ich meine, er hat ja nun mal Recht; das Kind soll sich anschnallen im Auto und wenn wir länger fahr'n, dann setz' ich mich lieber hinten mit hin, als daß ich das Kind so angurte, nä? Obwohl das

nich' verkehrt ist, nichts (bringt?)

I: hm

E: Aber, na ja, er sieht das eben alles mit den Augen eines älteren Herrn (lacht).

I: (lacht)

E: Aus Vernunft (lacht)

Und an anderer Stelle:

(2/590) E: Ja, also, es geht, äh, ich meine, da kann man mir, äh, wahrscheinlich gibt man mir da auch, äh, Unrecht, also es geht darum, daß Matthias z.B. Werbefernsehen sieht.

Während ihr Mann also reine Vernunftgründe für seine Auffassung geltend macht, zieht sie eine legerere, 'unvernünftige' Haltung vor, ohne seinen Argumenten im Einzelfall 'objektiv' begegnen zu können ("er hat ja nun mal recht"; "wahrscheinlich gibt man mir da auch Unrecht"). Der Konflikt zwischen den verschiedenen Auffassungen kann so nicht argumentativ ausgetragen werden.

(2/703) E: Aber da gibt's keine richtig grundlegenden Auseinandersetzungen oder sowas irgendwie, und

I: Also das stört die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Mann nich' so grundlegend irgendwie, so verschiedene Auffassungen?

E: Also, manchmal ärgert mich das schon.

I: ja

E: Ja, aber es ist jetzt kein, äh, Grund für mich, äh, die Ehe deswegen aufzugeben oder zu sagen, also

I: hm

E: "das mach' ich nich' mehr mit",

I: hm

E: das nun nicht, nä. Weil ich bisher da wohl auch immer noch gegen angekommen bin.

Die grundlegenden Auseinandersetzungen bleiben aus, über die Gründe hierfür ist Frau D. sich nicht ganz sicher: "weil ich bisher da wohl auch immer noch gegen angekommen bin." Eine wichtige Rolle scheint aber auch das Verhalten ihres Mannes zu spielen, der sich Konfrontationen lieber entzieht, statt sich mit ihren Argumenten auseinanderzusetzen.

(2/726) E: Ja, weil ich das merkte, nä, daß ich also, mein Mann ist ein stillerer, ruhigerer Typ,

I: ja

E: ich bin ja so (lacht) und er, glaub' ich, kapituliert, nich' weil er jetzt plötzlich der gleichen Ansicht is' sondern weil er einfach keine Lust hat, sich da weiter zu streiten oder ( ? ), nä,

I: ach so

E: hm, und das merk' ich natürlich auch ( ? )

I: ja

E: Wenn ich nun merke, ich hab' jemanden überzeugt davon, ist gut,

738 I: ja

E: aber wenn ich merk', er, äh, aus Bequemlichkeitsgründen kapituliert er davor, dann, na ja

I: Und sagt dann: "Du hast recht" oder so, aber er meint das dann nich' so.

E: Ja, nehm' ich dann an, ja

I: ja

E: ( ? )

I: ja

E: Und das ist ja unbefriedigend für mich, nä.

Da sie ihre Erfolge weniger ihrer Überzeugungskraft als seiner Bequemlichkeit zurechnet, werden sie zu unbefriedigenden Scheinerfolgen. Daß Frau D. sich "zu wehren weiß", "nicht auf den Mund gefallen" letztlich "immer noch gegenan gekommen" ist, nützt ihr nicht

wirklich zu einer für sie befriedigenden Konfliktlösung, da sie zwar gegenan, letztlich aber 'ins Leere' rennt.

#### KONFLIKTBEWÄLTIGUNG UND SCHMERZ(-TABLETTEN)

Eine auf die entscheidenden Übergänge komprimierte Darstellung von Frau D.'s Biographie, insbesondere der letzten sieben Jahre, soll als Grundlage zum Verständnis der Funktion von Schmerz und Schmerzmittelgebrauch dienen.

Zunächst scheint in ihrer - nach einem früheren, fehlgeschlagenen Lösungsversuch vom Elternhaus - mit Anfang 20 erworbenen räumlichen und finanziellen Unabhängigkeit, der auch nach der Heirat fortgesetzten Erwerbstätigkeit eine Kontinuität zu bestehen. Diese wird unterbrochen durch ihre Schwangerschaft im Alter von 26, in einer auf Weiterbildung und berufliches Engagement orientierten Lebensphase; es folgt die nur mühsame Gewöhnung an ein Leben als Mutter unter Verzicht auf weitergehende berufliche Ambitionen, der Umzug zurück in den 'Bannkreis' der Familie, wo sie sich z.T. in die Kindrolle zurückgedrängt fühlt und der hauptsächlich am Erziehungsstil deutlich werdende Konflikt mit den konservativen Auffassungen ihres Mannes.

Für die Einschränkung ihrer ursprünglichen beruflichen Pläne hat Frau D. sich nicht bewußt, zugunsten eines von ihr gewünschten Familienlebens entschieden. Sie hat sie in Kauf genommen, sich - wenn nicht endgültig, so doch für den Zeitraum der letzten sieben Jahre - so gut wie möglich mit den Gegebenheiten arrangiert. Häufig nennt sie Beispiele, wie sie zu den Veränderungen ihres Lebensstils, die sie zunächst als Verzicht empfand (darunter die Einschränkung der finanziellen und zeitlichen Unabhängigkeit) schließlich doch eine positive Einstellung gewann. Das spricht dafür, daß dies ein längerer und nicht ohne Widersprüche verlaufener Anpassungsprozeß war.



Dennoch bleiben am Ende dieser Rekonstruktion wichtige Fragen offen. Warum etwa hat ihre Mutterschaft die volle Rückkehr ins Berufsleben so nachhaltig verhindert? Wurde ihr dies von Seiten des Arbeitgebers unmöglich gemacht, wollte sie selbst mehr Zeit für ihren Sohn haben oder hielt vielleicht ihr Mann die Halbtagsbeschäftigung für die beste Lösung? Für die heutige Situation entscheidend ist wohl auch nicht so sehr der zu erwartende Unterschied zwischen Halb- und Ganztagsbeschäftigung als generell Frau D.'s Gefühl, festgelegt und eingeschränkt zu sein.

Der ursprüngliche Konflikt, die durch das Kind infrage gestellte Lebensplanung, der mit dem erstmaligen Auftreten des Kopfschmerzes zusammenfiel, konnte nicht wirklich, auf der Grundlage eigener Interessen und von Frau D. getroffener, eigenverantwortlicher Entscheidungen gelöst werden. Vielmehr scheint die "Lösung" ebenso kompromißhaft-unbefriedigend zustande gekommen zu sein wie Frau D. heute die Form der Konfliktlösung mit ihrem Mann beschreibt.

Nach HAUSMANN (1970, S. 143) wird die "Entstehung und Unterhaltung des Kopfschmerzes (...) vorwiegend durch ziel- und ausweglos erscheinende Spannungssituationen gefördert". Bei Frau D. kann der fortbestehende Konflikt zwischen verschiedenen Rollenanforderungen als Mutter, Ehefrau und Kind (in Bezug auf ihre Herkunftsfamilie), den beruflichen Aufgaben und ihren eigenen Wünschen nach Selbstbestimmung einen solchen ständigen Spannungszustand hervorgerufen haben, den wahrzunehmen schwerer zu ertragen wäre als der körperliche Schmerz.

Der Umstand, daß Migräne relativ verbreitet ist und überwiegend bei Frauen auftritt (ihr Anteil an Migränepatienten wird auf 60 bis 80 % geschätzt), läßt sie zu einer für Frauen 'sozial akzeptablen' Krankheit werden. Die teilweise erhebliche Beeinträchtigung durch Migräne wird als eine Art Behinderung in den Alltag integriert, sie ermöglicht einen vorübergehenden Rückzug auf die Krankenrolle, ohne jedoch zu einer dauerhaften Befreiung von Verpflichtungen zu führen.

So ist auch für Frau D. der Schmerz zu einem Bestandteil ihres Alltags geworden, er erlaubt ihr, sich hin und wieder für kurze Zeit zurückzuziehen. Daß sie grundsätzlich ihre Aufgaben weiter erfüllen kann, wird durch die Schmerztabletten sichergestellt. Gleichzeitig werden ihre Schmerzen jedoch nur unvollkommen gedämpft. Gerade hierin kann ein Charakteristikum des Zusammenhangs von Kopfschmerz und Analgetikagebrauch gesehen werden: "Kopfschmerzen, die durch unbewältigte Problemsituationen geschürt werden, sprechen auf Dauer kaum mehr auf Analgetika an. Nach gewisser Zeit vermögen sie das Kopfweh nur noch schwerlich zu dämpfen und schon gar nicht ganz zu beseitigen (...). Die Pharmaka werden geschluckt, ohne diesen "habituellen" Kopfschmerz also auf die Dauer beheben zu können, ohne dies aber eigentlich auch zu dürfen" (HAUSMANN, S. 170). Dazu kommt die Möglichkeit, daß auch bei Frau D. der Langzeitgebrauch von Analgetika seinerseits Kopfschmerz erzeugt hat, so daß sie mittlerweile zusätzlich unter pharmakologisch erzeugtem Schmerz leidet (der wiederum zu weiterem Schmerzmittelgebrauch führt). Die auf Dauer mangelnde, wenn nicht paradoxe Wirkung der Medikamente wird unterstützt durch die psychische Notwendigkeit zur Aufrechterhaltung des Symptoms: wenn der Schmerz ganz verschwände, würde er seine Funktion verlieren.

FRAU G.

Frau G. ist 59 Jahre alt und Schreibdienstleiterin. Sie hat zwei erwachsene Kinder. Als Frau G. 32 Jahre alt war, starb ihr Mann; seitdem lebt sie allein.

Vor ca. 30 Jahren wurden Frau G. die ersten Beruhigungsmittel verordnet, weil sie an Magenbeschwerden und Schlafstörungen, die im Zusammenhang mit Auseinandersetzungen mit ihrem Mann um die Erziehung der Kinder auftraten, litt. Zunächst verwendete sie diese Mittel sporadisch. Als sie 1959 anfang, als Arzthelferin zu arbeiten, hat sie die Beruhigungsmittel, für die sie von ihrem Chef die Rezepte erhielt, regelmäßig abends zum Einschlafen genommen. Aus Angst vor der Berufstätigkeit, sagt Frau G., habe sie sich im ersten Vierteljahr jeden Morgen übergeben müssen. 1964 bewarb sie sich u.a. aus finanziellen Gründen auf einen Arbeitsplatz als Schreibkraft. Sie bestand, wie sie sagt "leider", sofort die Eignungsprüfung; eigentlich hätte sie gerne ihre Kenntnisse in einem Kursus aufgefrischt. Da dazu dann keine Möglichkeit bestand, fühlte sie sich total "unbedarft", der Anfang wäre zu schwer für sie gewesen. Im folgenden Jahr fühlte sich Frau G. abgeschlagen und abgespannt, sie ging zu einem Arzt, der eine "vegetative Dystonie" diagnostizierte und ihr 'Valium' verordnete. Sie nahm das 'Valium' zuerst nur "krümelweise", dann halbe Tabletten, nach ca. einem Jahr regelmäßig.

Nach sechsjähriger Tätigkeit als Schreibkraft übernahm Frau G. die Leitung eines neu aufzubauenden Schreibdienstes.

Frau G. erhielt nach einer Unterleibs-Operation, einer schweren Enttäuschung in der Beziehung zu einem Mann und einem Nervenzusammenbruch 1971/72 - die genaue zeitliche Reihenfolge dieser Ereignisse kann sie nicht erinnern - "jede Menge" Beruhigungsmittel, die sie auch in großen Mengen konsumierte. Seit der Operation, die sie selbst im nachhinein als nicht so eindeutig notwendig beurteilt, leidet Frau G.

phasenweise unter starken Ängsten, die sie allerdings durch autogenes Training vermindern konnte. Ab 1976 verordneten Ärzte Frau G. 'Frisim' und 'Adumbran', die ihr aber nicht halfen. Seit ca. zwei Jahren bekommt Frau G. 'Lexotanil' und eine wöchentliche Injektion des Neuroleptikums 'Imap'. Zum gleichen Zeitpunkt wechselte sie auf einen ruhigeren, weniger anstrengenden Arbeitsplatz.

Frau G. schildert im Verlauf der Gespräche immer wieder Situationen aus ihrem Leben, in denen sie etwas tat, von dem sie sagt, daß sie es eigentlich nicht wollte. So habe sie bspw. ihren Mann "nicht aus großer Liebe geheiratet", sondern weil sie allein war

(2/838) E: "und das tat mir dann so'n bißchen leid, ich hab mich auch ein bißchen geschämt. Ich denk : du kannst doch nicht alles annehmen und...dann kannst du ihn dann nur so abschieben.

I: ahm

E: Das war eigentlich mehr oder weniger der Beweggrund, daß ich dann nicht nein gesagt hab, nich?"

In ähnlicher Weise hat Frau G. ihren Beruf bzw. ihre Berufstätigkeit, auch ihre Tätigkeit als Schreibdienstleiterin, eigentlich nicht gewünscht, sich dann aber - auch aufgrund finanzieller Sachzwänge - mit ihrer Situation abgefunden.

Im folgenden wollen wir zunächst auf eine Textstelle eingehen, die den Widerspruch zwischen äußerer Situation und Bedürfnissen in typischer Weise zum Ausdruck bringt. Zugleich beschreibt Frau G. in dieser Textsequenz ihre aktuellen Gefühle.

Frau G. spricht von ihrer Beziehung zu einem schwerbehinderten Kollegen und schildert, wie sie ihn vor etwa 15 Jahren kennengelernt hat. Da er verheiratet war, habe sie eine Beziehung zunächst abgelehnt; nachdem er sich aber scheiden lassen wollte und die Scheidung einge-

leitet hatte, zog er zu Frau G.. Als seine Frau sich gegen die Scheidung wehrte, ging er jedoch zu ihr zurück. Frau G. war damals sehr enttäuscht und erschüttert, sie erlitt einen psychischen Zusammenbruch. Nach einer längeren Trennung haben sie eine freundschaftliche Beziehung wieder aufgenommen, die mit Unterbrechungen bis heute besteht.

Frau G. berichtet, daß der schwerbehinderte Mann sich immer wieder bei ihr melde, worüber sie sich freue. Sie leide auch nicht mehr so wie früher, wenn er sich nicht melde, bspw. mit seiner Frau verreist sei.

(1/621) E: "...das hat mich also doch sehr mitgenommen und das dann viele Jahre, wenn ich dann da drüber nachdenke, daß ich also eigentlich ja 15 Jahre...eh, vergeudet habe und für mich eigentlich praktisch nichts hab tun können, nicht?

I: ahm

E: Dann ärgert mich das ein bißchen, nicht, weil ich jetzt 60 werde und steh vor'm Nichts,

I: mh

E: ne? Also es war eigentlich da diese Situation, die mich da ziemlich kaputt gemacht hat. Und...naja, nun hab ich mich aber wieder sehr gut gefangen, und dadurch, daß wir uns, eh, wieder näher gekommen sind, tat's ja nicht mehr so weh; er war ja da, ne?

I: ja

E: Na ja, und das ist jetzt die ganze Zeit gegangen, ne?...  
...Und wenn er nun irgendwo mal verreisen mußte, dann hab ich ihn begleitet, und dann sind wir zusammen gefahren. Hatt' ich ein bißchen Abwechslung, da kam ich raus,

I: ah mh

E: und mehr braucht ich nicht, nicht? Und dabei ist eben die Zeit vergangen, nicht? Ich hab immer gedacht: das machst du immer alles später, wenn du dann berentet bist, nicht? Und jetzt werd ich bald berentet und jetzt hab ich keine

Interessen mehr. Jetzt merk ich seit zwei Jahren, daß ich so abbaue."

### Interpretation

"Das hat mich also doch sehr mitgenommen und das dann viele Jahre, wenn ich dann da drüber nachdenke, daß ich also eigentlich ja 15 Jahre...eh, vergeudet habe und für mich eigentlich praktisch nichts hab tun können, nicht?"

Frau G. hat 15 Jahre - ihres Lebens ist zu ergänzen - "vergeudet". Die Totalität, 15 Jahre ihres Lebens, bringt zum Ausdruck, daß es sich nicht um einen Teil, bspw. die Freizeit, sondern um die Gesamtheit aller ihrer Lebensäußerungen, Ziele und Wünsche handelt, die sie vergeudet hat. Nur wenn man sein Leben, sich selbst total aufgibt, folgt so zwingend wie Frau G. es formuliert, daß man für sich selbst nichts tun kann. Frau G. hat also darauf verzichtet, für sich etwas zu tun; das Ziel eines gemeinsamen Lebens mit ihrem Freund, das sie damit verfolgt hat, hat sie jedoch nicht erreicht, daher das Gefühl von Vergeudung.

"Dann ärgert mich das ein bißchen, nicht, weil ich jetzt 60 werde und steh vor'm Nichts, ne?"

Wenn Frau G. mit 60 Jahren pensioniert wird, steht sie vor dem "Nichts". Fällt die Arbeit weg, bleibt nichts übrig. Weder ist es ihr gelungen, ihr Ziel zu verwirklichen, noch hat sie eigene Interessen verfolgt und andere soziale Kontakte aufgebaut. Daß Frau G. sich "ärgert" - und dazu nur "ein bißchen" - erscheint angesichts dieser Situation als zu moderater Ausdruck, als Verkleinerung ihrer Verzweiflung und Wut.

"also es war eigentlich da diese Situation, die mich da ziemlich kaputt gemacht hat. Und...na ja, nun hab ich mich aber wieder sehr gut gefangen und dadurch, daß wir uns, eh, wieder näher gekommen sind, tat's ja nicht mehr so weh, er war ja da, ne?"

Es bleibt unklar, welche Situation Frau G. meint. Zunächst hat man den Eindruck, sie bezeichnet mit "dieser Situation" die letzten 15 Jahre ihres Lebens, in denen sie nichts für sich tun konnte. Daß sie sich jedoch dadurch, daß sie und ihr Freund sich wieder nähergekommen sind "nun wieder gut gefangen habe" läßt darauf schließen, daß sie sich eigentlich auf die Trennung und ihre schwere Enttäuschung, die 13 Jahre zurückliegt, bezieht. Das "nun" deutet allerdings auf die aktuelle Gegenwart hin. Die Aussage bleibt uneindeutig, der genaue zeitliche Bezug scheint nicht von Bedeutung zu sein. Unverbunden und widersprüchlich stehen die folgenden Aussagen von Frau G. nebeneinander: es habe sie mitgenommen, daß sie 15 Jahre ihres Lebens vergeudet habe; es ärgere sie, weil sie jetzt vor dem Nichts stehe; sie habe sich aber wieder sehr gut gefangen.

"Na ja und das ist jetzt die ganze Zeit gegangen, ne?...  
...und wenn er nun mal verreisen mußte, dann hab ich ihn begleitet, und dann sind wir zusammen gefahren. Hatt ich ein bißchen Abwechslung, da kam ich raus, und mehr braucht ich nicht, nicht? Und dabei ist eben die Zeit vergangen."

Frau G. beschreibt, was sie in den 15 Jahren, bzw. in der Zeit nach der ersten Trennung bekommen hat: ein bißchen Abwechslung, mal rauskommen. Mehr habe sie nicht gebraucht. Daß dies so nicht stimmt, kommt im folgenden Satz zum Ausdruck:

"Ich habe immer gedacht: das machst du immer alles später, wenn du dann berentet bist, nicht?"

Frau G. hat also sehr wohl mehr gebraucht, sie hat es nur immer auf später verschoben und ihre Wünsche während dieser Zeit nicht wichtig genommen.

"Und jetzt werd ich bald berentet und jetzt hab ich keine Interessen mehr. Jetzt merke ich seit zwei Jahren, daß ich so abbaue."

Jetzt, wo die Zeit gekommen ist, auf die sie die Erfüllung aller Bedürfnisse und Wünsche geschoben hat, sind ihre Interessen verschwunden, sie "steht vor dem Nichts". Zusätzlich hat Frau G. das Gefühl, körperlich und geistig abzubauen.

PRIVATE BEZIEHUNGEN: "ICH KONNTE PRAKTISCH NICHTS ANFANGEN, WEIL DER IMMER DAZWISCHEN WAR."

Wir wollen im folgenden den Aspekt des Nicht-Wichtig-Nehmens eigener Interessen bei Frau G. und dessen Folgen anhand verschiedener Textstellen illustrieren.

Frau G. beschreibt, wie der Schwerbehinderte ihre Zeit - sie arbeiteten beide in derselben Firma - "voll beansprucht" hat.

(1/1069) E: "dienstlich" braucht ich mich nicht um ihn zu kümmern, da hatt ich auch keine Zeit. Aber in den Pausen! Die hat er ja natürlich voll beansprucht, nicht?

I: mh mh

E: Zum Mittagessen geh'n und ihn füttern und dann noch mal nen Rundgang machen und mit ihm vielleicht noch was einkaufen, weil das seine Frau ja nicht tat oder nur sehr selten und ungern. Also da haben wir dann noch Kleider gekauft und Krawatten gekauft und Schuhe gekauft."

Statt die Mittagspause zu ihrer eigenen Erholung zu verwenden, hat



Frau G. ihren Freund betreut und versorgt. Zur Erfüllung derjenigen Ansprüche und Wünsche, auf die seine Frau offenbar nicht einging, hat er sie "natürlich" - wie selbstverständlich - beansprucht. Aber für sie schien es auch selbstverständlich gewesen zu sein, auf diese Ansprüche einzugehen.

Frau G. war "irgendwie immer beschäftigt", während ihrer Arbeitszeit sowieso, aber auch in ihrer Freizeit.

(1/581) E: "Ich bin dann 12 Jahre lang mit ihm zum Essen gegangen und bin mit ihm mitgefahren und er kam hierher, und ich hab ihn nach Hause gefahren, also ich war irgendwie...immer beschäftigt.

I: mh mh

E: Ich hatte eigentlich nie Zeit, eh, für etwas anderes, für meine Interessen. Die hab ich einfach untergeordnet, nicht?

I: mh mh

E: Er war wichtiger, nicht? Er war da und dann haben wir uns unterhalten, und das war schön, war'n schöner Nachmittag. Ich hatte ja immer gleich...jemanden, der dafür sorgte, daß ich mich nicht langweilte, nicht?"

Für etwas anderes, als den Freund zu versorgen und zu betreuen, hatte sie keine Zeit. Sie hat ihre Interessen untergeordnet, sich nicht die Zeit genommen, ihnen nachzugehen. Wichtiger war ihr das Zusammensein mit ihm. Es bedeutet nicht allein sein, sich nicht langweilen.

Auf die Idee, eigenen Interessen nachzugehen, kam Frau G. nur dann, wenn sie sich über ihren Freund geärgert hat.

(2/1651) "Und dann kam ja da der Blinde, und der hat mich ja nun vollkommen mit Beschlag belegt. Da war sowieso nichts mehr drin. Immer, wenn ich mich über ihn geärgert hab, wollte

ich irgendwas anfangen. Und dann wollt ich ne Sprache lernen. Und dann kam er schon wieder an und dann war das wieder nichts, nicht? Und das ist die ganzen Jahre so gegangen, nicht? Ich konnte praktisch nichts anfangen, weil der immer dazwischen war. Und jetzt hab ich endlich bisschen Zeit, und jetzt hab ich keine Lust mehr. Ich kann nicht heute noch anfangen, Klavierspielen zu lernen. Dazu hab ich auch, ist das Interesse - es ist alles schon so verwaschen."

In Frau G.'s Erleben hat ihr Freund sie daran gehindert, ihre Wünsche zu verwirklichen, sie "konnte nichts anfangen, weil der immer dazwischen" war. Sie konnte sich nur kurzfristig distanzieren, wenn sie sich geärgert hatte; auf Dauer war es ihr von sich aus nicht möglich, Grenzen zu ziehen. Also hat sie ihre Bedürfnisse zurückgestellt, verleugnet und auf später verschoben, so lange, bis sie nicht mehr wahrnehmbar, sondern verwaschen bzw. nicht mehr vorhanden sind, sie vor dem "Nichts" steht.

ARBEIT: "ABER ICH SELBER MACHTE MICH KAPUTT, WEIL ICH DA SO SELBSTBEHERRSCHUNG ÜBEN MUSSTE UND TROTZDEM DER LADEN LAUFEN MUSSTE."

Ein weiterer wichtiger Themenkomplex bei Frau G. ist ihre Arbeit. Sie hat als zweites Element zentrale Bedeutung für Frau G.'s Gefühl, "vor dem Nichts" zu stehen.

Nachdem Frau G. vor zwei Jahren - nach 12 Jahren "sehr abwechslungsreicher" aber auch "sehr anstrengender" Tätigkeit als Leiterin einer "stressigen" Schreibdienst-Gruppe - die Leitung einer "wesentlich ruhigeren" Gruppe übernommen hat, fühlt sie sich fast überflüssig, das "Nichtstun" habe ihr sehr zu schaffen gemacht. Ihr Wechsel fiel zeitlich etwa mit dem Ausscheiden ihres Freundes aus dem Dienst zusammen, der sie ja in den Pausen "voll beansprucht" hatte (s.o.).

(1/1078) E: "Also da haben wir dann noch Kleider gekauft und Krawatten gekauft und Schuhe gekauft."

I: mh

E: in der Pause und dann wieder zurück, und dann ging der Dienst weiter.... Und naja, inzwischen ist er ja ausgeschieden, nicht? Und als ich dann rüber ging in diese leichtere Gruppe, da ist er ausgeschieden, und ich hatte also quasi nichts mehr zu tun, ne?"

Es fand ein Wechsel von völliger Beanspruchung im Privatleben und im Beruf zu Nichtstun und Leere, von Überforderung zu Unterforderung, statt. Wie sich schon zeigte, bedingen die Überbeanspruchung und das Verschieben und Verleugnen eigener Interessen und Bedürfnisse einerseits und die Leere, das "Nichts", andererseits, einander.

Frau G. hat die Möglichkeit, ihren Arbeitsplatz zu wechseln, wahrgenommen, weil sie die Belastungen, auf die wir im folgenden eingehen wollen, nach 12 Jahren nicht mehr bewältigen konnte.

(1/1128) E: "denn das ist ja die ganzen Jahre gut gegangen. Und nun fing ich an, also...doch bißchen die Nerven zu verlieren. Und da kam mir natürlich dieser Platzwechsel ganz gelegen. Ich bin jetzt wieder ruhiger geworden."

Schon der Einstieg in ihre Tätigkeit ist Frau G. schwer gefallen. Als ihr die Stelle als Leiterin einer neu aufzubauenden Textverarbeitungs-zentrale angeboten wurde, hat sie erst nach langem Zögern angenommen, da sie sich im Vergleich zu einigen ihrer Kolleginnen nicht kompetent genug fühlte. Die Anfangsschwierigkeiten in der Aufbauphase machten ihr auch sehr zu schaffen ("Und zuerst hab ich ein halbes Jahr gehault"), allerdings wäre es eine zwar "schwere", aber aufgrund der Solidarität unter den Kolleginnen auch "gute Zeit" gewesen.

Ihr Schreibdienst war zuständig für Schreibgut aus unterschiedlichen

Abteilungen, so daß Frau G. ihre Arbeit als sehr abwechslungsreich, aber dadurch auch sehr anstrengend schildert. Sie empfand sie "aufregend" dadurch, daß sie bei wenig voraussehbaren und immer eiligen Schreibaufträgen "immer wieder improvisieren" und das Schreibgut den Fähigkeiten der Kolleginnen entsprechend verteilen mußte.

(1/1014) I: "Und Sie sagten, daß man sich da aufregen kann. Warum muß man sich denn da aufregen?"

E: Weil Sie ja, Sie müssen immer, immer wieder improvisieren. Sie mach-, ich hab also jetzt 10 Schreibkräfte, nicht?

I: mh

E: Und jetzt kommt die Arbeit, und ich muß sie ja, eh, so, eh, einteilen...also am effektivsten.

I: mh

E: Also ich muß, also die Kolleginnen haben, ich, also wenn jetzt ein anspruchsvoller Text kommt, dann muß ich eine Kollegin frei haben, auf die ich mich ziemlich verlassen kann, die mir das so ziemlich einwandfrei schreibt, sonst - ich muß es nachlesen."

Die Aufgabe von Frau G. besteht in der möglichst effektiven Vermittlung zwischen Diktanten und Schreibkräften, wobei sie selbst sehr auf ihre Kolleginnen angewiesen ist.

Die Interessengegensätze zwischen Schreibkräften, deren Kapazität begrenzt ist und deren Fähigkeiten variieren, und Sachbearbeitern, die bei Frau G. auf sofortige Erledigung ihres Schreibgutes drängen, müssen gepuffert und ausgeglichen werden. Als besonders schwierig empfindet Frau G. dabei die Ansprüche der Sachbearbeiter.

(1/1102) E: "aber mir war das also doch immer wieder dieses Anrufen und Ankommen und, es war so schlimm, daß, wenn, eh, ich habe ja eigentlich keine Antipathien oder Sympathien, aber es war nachher eben so viel, eh, so schlimm, wenn die eine

oder die andre kam, da entwickelte ich ja schon Haßgefühle für die, nicht?

I: Weil das so schnell alles ging?

E: Ja, die kamen dann mit so einer - wie soll ich sagen - bornierten Höflichkeit, nicht?

I: mh

E: Kamen sie dann und: "Ach, ja könnten Sie denn nicht?", und ich merkte schon, das, das ist alles so gestellt und gespielt, in Wirklichkeit woll'n sie nur

I+E: ihren Vorteil

I+E: dalli, dalli

E: ja

I: mh

E: Und wenn ich dann also diese gewissen Leute schon kommen sah, dann stieg in mir so eine Wut auf,...

I: hm

E: und das konnte ich nicht, ne? Und ich wollte mich, wollte es denen ja auch nicht zeigen, daß sie mich ja, also zur Weißglut bringen, nicht

( ... )

E: und diese, diese Wut, die hat mich also dann doch gestört, ne? Und ich mochte mich dann mit denen auch nicht irgendwie anlegen, nicht?,

I: mh

E: und sagen, also daß das alles gelogen ist und daß das, also daß das - so eilig - man kann - kriegt mit der Zeit ein Blick dafür, was eilig ist und was nicht eilig ist.

I: ja

E: und was eilig gemacht wird. Und den hatte ich, und ich konnte, ich kannte sie alle schon aus dem FF. Ich hab sie alle durch-, quasi durchschaut, und das hat mich dann immer so wahnsinnig ärgerlich gemacht."

Den Druck, den die Auftraggeber auf Frau G. ausgeübt haben, indem sie

alles als eiliges Schreibgut deklarierten, hat sie zur "Weißglut" gebracht und Haßgefühle verursacht, die sie aber nicht nach außen hin gezeigt, sondern in ihr selbst ausgefochten hat.

(1/1554) E: "Ich hab das alles, ich hab alles im Griff gehabt, nicht? Aber ich, ich selber, eh, machte mich kaputt, nicht, weil ich mich also, da so Selbstbeherrschung üben mußte und trotzdem also der Laden laufen mußte."

Frau G. hat den Druck nicht zurückgewiesen, sondern ihre Gefühle kontrolliert, sich beherrscht, den "Laden am laufen" gehalten und hat sich damit verausgabt und kaputt gemacht.

Die von Frau G. in ihrer Aufgabe der effektiven Verteilung des Schreibgutes geforderten Kompetenzen liegen sehr stark im Persönlichen. Wie gut "der Laden läuft" hängt vor allem von ihrem Kontakt zu den Kolleginnen, ihren Fähigkeiten zu Kooperation, Flexibilität sowie zur Vermittlung und zum Ausgleich von Interessen ab.

Der Analyse von WELTZ et al. (1978, S. 372 ff.) zufolge, sind Schreibdienstleiterinnen generell zu niedrig in der Hierarchie eingestuft und können sich dementsprechend in ihrer Arbeit nicht ausreichend auf formale Kompetenzen bzw. Befugnisse stützen. Daher sind sie in großem Maße auf die o.g. persönlichen Fähigkeiten angewiesen. Frau G. stellt selbst keinen Zusammenhang zwischen den beschriebenen Belastungen bzw. ihren daraus resultierenden Gefühlen und körperlichen oder psychischen Symptomen her. Die Studie von WELTZ et al. ergab jedoch, daß Schreibdienstleiterinnen im Vergleich zu Schreibkräften sehr viel häufiger unter psychovegetativen Funktionsstörungen wie Nervosität, Kreislaufstörungen, Schlafstörungen und Herzbeschwerden (S. 417) leiden.

MEDIKAMENTENGEBRAUCH UND FOLGEN: "VEGETATIVE DYSTONIE - UND DAS BESTE DAGEGEN IST JA VALIUM."

Während beider Interviews ist für Frau G. ihr schlechtes Gedächtnis, ihre Antriebs- und Lustlosigkeit ein wichtiges Thema, das viel Raum einnimmt. Sie befürchtet, daß diese Beeinträchtigungen Folge ihres langjährigen Medikamentengebrauchs sein könnten.

(1/1487) E: "Was mir eben wieder Angst macht ist, daß ich irgendwo...vielleicht doch einen Zusammenhang sehe mit diesem ... Medikamentengebrauch und meinem Gedächtnis.

I: ahmh

E: Und diese Antriebsarmut, also ich meine, das kommt nicht so von ungefähr. Daß ich also erst, eh,...mich wahnsinnig auf die Berentung freue und dann plötzlich so...sitz dann hier, und das hab ich eigentlich wenig gehabt, ich hab's kaum gehabt, bis eben auf diese Zeiten, wo's mir so schlecht ging

I: mh mh

E: und eben diese Erschütterungen hatte. Daß ich da gesessen hab und nichts getan habe, das tu ich ja eigentlich nicht."

Die Antriebslosigkeit, die auch in Zeiten da ist, wo es ihr eigentlich gut geht, ist Frau G. selbst fremd. Sie schildert ausführlich an mehreren Stellen des Interviews, wie ihre "Spannkraft nachgelassen" habe und wie vergeblich sie geworden sei:

(1/1259) E: "Und da hab ich - also ich hab dann doch Sorge gehabt, mein Gott, was machste da mit deinem Gehirn, das merkt ich schon.

I: ah mh

E: Und das geht mir ja schon also mehrere Jahre so, daß ich also Gesprächen nicht so richtig folgen kann...wenn also

mehrere...

I+E: Leute miteinander sprechen (gleichzeitig)

E: miteinander sprechen, und dann bin ich so'n bißchen verwirrt: ich kann - kann da gar nicht - gar nicht dran teilnehmen, also ganz selten mal was sagen. Ich weiß zwar vieles, aber sie müssen mich drauf bringen.

(1/1454) E: Da merk ich eben, daß ich, meine Merkfähigkeit und meine Lernfähigkeit so abgenommen haben,

I: mh

E: daß ich mich fürchte. Ich wollte eigentlich noch mit 60 Englisch lernen, nicht? Aber ich glaube, das wird nichts,...weil ich nichts behalte.

(1/1374) E: Ich hab mit W. also wahnsinnig gern gelesen...und jetzt, eh, fällt es mir also wahnsinnig, also wirklich schwer..., eh, zu lesen und - das war früher noch viel schlimmer - ...das Behalten.

I: ah mh

E: Ich fang jetzt ein Buch an,...und ich hab's also jetzt drei Tage nicht gelesen oder vier Tage, und ich hab meinetwegen 20 Seiten gelesen. Ich weiß nicht mehr, was, eh, was da im Vorhergegangenen gewesen ist, was ich gelesen hab! Also, ich müßte praktisch wieder von vorne anfangen.

(2/1663) E: Vielleicht werd ich mich so ausruhn, daß ich dann doch noch irgendwas anfange. Wenn mein Gedächtnis so bleibt, dann wird es übel werden. Vielleicht erholt es sich wieder. Das kann sein also, daß ich mich ganz so erhole, daß es wieder einigermaßen...

I: funktioniert

E: funktioniert. Aber da hab ich so'n bißchen Angst. Also was vor zwei Jahren noch in Ordnung war, also wo ich mich



wahnsinnig auf meinen Ruhestand gefreut habe und tausend Ideen hatte, nich? Das ist alles so'n bißchen wie weggeblasen. Ich steh jetzt praktisch so, ich hab so das Gefühl, ich steh vor einem Nichts."

Alle drei Themenbereiche, die in den Gesprächen mit Frau G. im Vordergrund stehen, führen zu ihrem Gefühl, vor dem Nichts zu stehen. Zum einen hat sie ihre Bedürfnisse und Wünsche in der Beziehung zu ihrem Freund, der sie total in Anspruch genommen hat, zurückgestellt und auf später verschoben, ohne dafür das, was sie sich erhofft hat, zu bekommen. Zum zweiten bewirkte der Wechsel von ihrer sehr stark belastenden Tätigkeit, von der sie sich zuletzt überfordert fühlte, auf einen ruhigeren Arbeitsplatz Gefühle der Leere und des Überflüssigseins. Frau G. fürchtet, daß sich dies bei ihrer Pensionierung, wenn sie der Leere noch weniger entgegensetzen hat, noch verstärkt. Daß Frau G. das Nichts nicht füllen kann, liegt - wie wir sahen - daran, daß ihr aufgrund von beruflicher Überbeanspruchung und der Zurückstellung eigener Bedürfnisse auch in ihren privaten Beziehungen ihre Interessen abhanden gekommen sind.

In den vorangehenden Aussagen von Frau G. wird nun deutlich, daß auch die Medikamente, die sie gegen ihre Schlafstörungen und Ängste einnimmt, bewirken, daß sie diesen Wünschen und Interessen noch weniger nachgehen kann. Sie leidet unter Konzentrationsstörungen, Vergeßlichkeit und Antriebsarmut, Frau G. fällt es schwer, an Gesprächen teilzunehmen, ein Buch zu lesen usw. Die Medikamente verstärken also die zugrundeliegende Problematik, und dies scheinbar insbesondere, seitdem sie das Neuroleptikum "Imap" wöchentlich gespritzt bekommt. Es stellt sich die Frage, ob die Interessenlosigkeit von Frau G. nicht teilweise eine Wirkung dieses Arzneimittels und des Langzeitgebrauchs von Benzodiazepinen ist. Nach LANGBEIN et al. (1985) treten als Nebenwirkungen von 'Imap' unter anderem Depressionen, Angst, Unruhe, Hemmung der intellektuellen Leistungsfähigkeit auf.

Nach der Schilderung von Frau G. haben die sie behandelnden Ärzte den Sinn und die Angemessenheit der Medikation, die sie über 30 Jahre erhielt, nie in Zweifel gezogen. Deutlich wird dies in der folgenden Textsequenz, in der sie beschreibt, daß sie zum Arzt ging, weil ihr 'Valium' nicht mehr half und das Autogene Training, das sie durchführte, zwar etwas gegen ihre Angst bewirkte, nicht jedoch gegen die Schlafstörungen.

(1/1210) E: "Und dann bin ich wieder zum Arzt gegangen. Dann bekam ich eben das 'Frisium'. Der hatte mich noch erst zum Psychiater geschickt,...und der hat ein, dies Encephalogramm gemacht, nicht,

I: ah mh

E: dies Elektroencephalogramm. Und dann sagte er, ich hab nen Gehirn wie ne Großmutter...und verschreibt mir...na, eben hab ich's noch gewußt.... Ich wollte eigentlich so, mehr so ne Art ne psychotherapeutische Behandlung. Ich hab gedacht, das, das wäre...angebrachter.

I: mh mh

E: Und der verschreibt mir wieder so'n hartes Medikament.

I: Und haben Sie ihm das gesagt, daß Sie eigentlich ne psychotherapeutische Behandlung wollten?

E: Nein...das wollt ich (zaghaft), hab ich nicht gesagt. Er hat alles aufgeschrieben, hat sich alles aufge-, angehört und hat also so ne lange Karteikarte (zeigt es) ausgefüllt, hat sich - und dann: "Ach wie furchtbar, ach, wie schrecklich", nicht?, und, und, "was haben Sie alles durchgemacht, das ist ja schlimm!", und verschreibt mir...ach, nicht 'Librium', wie heißt das denn..., na, da komm ich noch drauf, das fällt mir noch ein. Ich hab das nicht vertragen.

I: ah mh

E: Und ich hab's also von selber weggelassen.

I: 'Tranxilium'?

- E: Nein, nein, nein, das ist noch leicht dagegen... 'Limbatriil'.
- I: aha
- E: 'Limbatriil', und das war alles!... Und dann war ich nochmal hin und nochmal hin, und da gab's immer 'Limbatriil' und ich hab das -
- I: Und am - beim ersten Gespräch hat er Ihnen gesagt, Sie hätten ein Gehirn wie ne Großmutter.
- E: Ja, und dann muß ich ja nochmal, ja, da muß ich nochmal kommen... zum Encephalogramm, nicht?
- I: ah mh
- E: Und da hat er das dann daraus... entnommen.
- I: Und hat er denn auch gesagt, was er damit meinte?
- E: Die Gehirnströme, die wären so... sehr verlangsamt.
- I: ah mh
- E: Aber er hat nichts dagegen getan. Im Gegenteil: er gab mir ja noch dies 'Limbatriil'. Ich mein, das verlangsamt ja noch mehr, nicht?"

Statt der Medikamente, die ihr nicht mehr halfen, wünschte sich Frau G. - wenn auch zaghaft - psychotherapeutische Hilfe und hoffte, sie von ihrem Arzt angeboten zu bekommen. Sie stieß damit jedoch offenbar auf Unverständnis, bekam eine organische Diagnose ("verlangsamte Gehirnströme") und wiederum ein Beruhigungsmittel bzw. ein Kombinationspräparat, das beruhigende und antidepressiv-wirkende Substanzen enthält, verschrieben. Die Arzneimittelverordnung steht damit nicht nur eventuell möglichen Veränderungen der Lebenssituation entgegen, im Gegenteil, sie verstärkt die Problematik auf der psychischen und somatischen Ebene.

Die Verminderung bzw. Verhinderung von Veränderungschancen durch derartige Diagnosen und entsprechende Verordnungen zeigt besonders eindrücklich die folgende Textpassage. Es wird sehr deutlich, wie überrascht Frau G. von der stimmungsverändernden Wirkung des 'Valiums'

ist. Gegenüber der Einnahme dieses "Teufelszeugs" ist die Auseinandersetzung mit Konflikten und Schmerz und die Veränderung der Situation nicht sehr verlockend.

(2/1813) E: "Da hab ich mein erstes 'Valium' gekriegt. Da bin ich zum Arzt gegangen, und ich fühlte mich immer so schlecht, so abgeschlagen und abgespannt und im Grunde war's warscheinlich der zu niedrige Blutdruck, nich?"

I: hm

E: Und da er so nichts fand, schrieb er da immer drauf: Vegetative Dystonie - und das Beste dagegen ist ja 'Valium', nich?"

I: hm

E: Und dann nahm ich immer erst ein kleines Krümelchen. Und ich war also von diesem kleinen Krümel 14 Tage so mobil und so lustig und ausgeglichen, daß ich dachte, "also das ist ja ein Teufelszeug", nich?"

I: hm

E: Naja und hab ich also erstmal krümelweise angefangen...und dann...das war aber lange, da hab ich ne halbe genommen, ich hab lange lange ne halbe 'Valium' genommen und...wann hab ich denn ne ganze genommen? ... Und dann hab ich auch ne Zeitlang wieder gar nichts genommen."

FRAU I.

Frau I. ist 53 Jahre alt, geschieden und hat eine Tochter; sie lebt allein. Frau I. hat eine handwerkliche Ausbildung, arbeitet jedoch seit 17 Jahren als Verwaltungsangestellte in einer Behörde.

Seit über 20 Jahren nimmt Frau I. täglich Beruhigungsmittel. Mit 30 war sie erstmals in nervenärztlicher Behandlung. Durch ihre damalige Situation - Trennung vom Ehemann nach einer schwierigen Ehe, Alleinsein mit dem erst eineinhalbjährigen Kind und finanzielle Sorgen bei gleichzeitig sehr anstrengender Erwerbsarbeit - war sie "nervlich am Ende" und bekam 'Valium' verordnet. Sie ist seitdem in nervenärztlicher Behandlung geblieben und bekam im Laufe der Jahre verschiedenste Beruhigungsmittel von verschiedenen Ärzten, darunter 'Frisium', 'Librium', 'Nobrium', 'Lexotanil', 'Adumbran'. Außerdem wurden ihr das Sedativum 'Vesperax', das Antidepressivum 'Limbatril' sowie die Neuroleptika 'Atosil' und 'Jatroneural' verordnet - "also die ganze Skala durch" wie Frau I. sagt. An die Einnahmedauer, Dosis und Reihenfolge der einzelnen Medikamente kann sie sich nicht erinnern; "sehr viel" und "immer wieder" habe sie jedenfalls 'Valium' genommen. Viele der Medikamente habe sie auch in geringerer als der verschriebenen Dosis eingenommen oder zeitweise abgesetzt, da sie sich der Gefahr abhängig zu werden immer bewußt gewesen sei. Hierdurch besaß sie stets eine Sammlung von Medikamenten"resten", die sie dann bei Bedarf einnahm. Auch durch das häufige Wechseln des Präparats wollte sie einer Abhängigkeit vorbeugen, "irgendetwas genommen" habe sie aber immer.

Frau I. leidet unter Folgeerscheinungen wie Gedächtnis- und Konzentrationsschwäche und Gliederzittern sowie unter anfallsartig auftretenden Herz- und Kreislaufstörungen, die mit Muskelverkrampfungen, Atemnot und Angstzuständen einhergehen. Lange Zeit hat sie Verdauungsstörungen, die sie u.a. auf die Einnahme von 'Valium' zurückführt, mit Abführtabletten bekämpft, die sie sich selbst

besorgte. Gegen ihre Gelenkschmerzen, die von Verschleißerscheinungen herrühren, bekam sie Schmerzmittel (u. a. das phenacetin- und barbiturathaltige 'Dolviran') und Muskelrelaxantien verordnet. Schließlich findet sich unter den von ihr erwähnten Medikamenten ein Mittel gegen cerebrale Durchblutungsstörungen. Seit einiger Zeit versucht sie ihre Beschwerden, unter denen sie nach wie vor leidet (v.a. Einschlafstörungen, Erregungs- und Angstzustände) auch mit homöopathischen Mitteln zu begegnen, kann auf stärkere Beruhigungsmittel aber nicht verzichten. Gegenwärtig nimmt sie das Benzodiazepinderivat 'Lexotanil' täglich zum Einschlafen, sowie zusätzlich bei besonderen Belastungen oder Aufregung. Solche Belastungen, die zu Ängsten und Aufregung führen, gab und gibt es viele im Leben von Frau I. Die Gesamtheit ihrer Probleme, geschildert aus der Perspektive ihrer Lebensgeschichte, sind für Frau I. das relevante Interviewthema. Der Gebrauch von Medikamenten erscheint dabei nicht als eigenes, erst recht nicht zentrales Thema, sondern eher als eine Art zwangsläufige Folge dieser Probleme.

Auf die einleitende Bitte der Interviewerin zu erzählen, was ihr im Zusammenhang mit dem Thema Medikamentengebrauch wichtig ist, nennt Frau I. gleich zu Beginn zwei aktuelle Problembereiche als Ursachen, interpretiert also die Eingangsfrage als Frage nach einer Begründung für die Einnahme von Medikamenten.

(1/1) E .. Ja, also ... die meisten Ursachen sind, in den letzten Jahren kann ich sagen, der oder ist der Anlaß, daß in mei- unter mir und - die Mieter, die unter mir wohnen, eh, sehr laut sind, sehr rücksichtsvo-, los sind, viel Krach machen, laut Radio, laut fernseh'n bis in die Nacht, ich muß immer früh aufstehn, ich bin sehr ruhebedürftig.

I hm

E Ich hab', ehm, einen Beruf, der mich sehr in Anspruch nimmt. Durch die Rationalisierung ist da auch wieder

eine Kollegin, mit der ich mir früher die Arbeit geteilt hatte, eh, plötzlich muß ich die jetzt - obwohl ich jetzt 53 bin - alleine machen

I hm

E und eh, bin auch durch meinen ganzen Lebenswe-, eh, -weg ziemlich dünnhäutig geworden und hab', wenn diese Leute unter mir abends um 10 Uhr oder sonntags nachmittags anfangen ihr Radio aufzudreh'n oder ihre bekannten Platten und dann so laut, daß ich mein eigenes Programm nicht mehr hören könnte,

I hm

E wenn ich Fernseh'n anhab' oder wenn ich - geschweige denn 'n Buch lesen möchte - ist einfach nicht möglich. Ja, dann nehm' ich Beruhigungstabletten, um nicht durchzudreh'n weil ich dann manchmal ... wirklich, eh, ja richtig durchdrehe

Der ersten Einschätzung - zunächst nur die "meisten" Ursachen - und zwar die der letzten Jahre - zu nennen, folgt eine weitere Korrektur, bis die richtige Einordnung der angekündigten Begründung als "Anlaß" gefunden ist. Die wiederholte Störung durch laute Nachbarn ist für Frau I. besonders belastend, weil sie durch ihre berufliche Anspannung sehr ruhebedürftig ist. Mit einer weiteren Begründung wird jedoch die anfängliche Begrenzung auf die Gegenwart verlassen und der aktuelle Anlaß in einen lebensgeschichtlichen Zusammenhang gestellt. Durch ihren "ganzen Lebensweg ziemlich dünnhäutig geworden" zu sein, beschreibt den Erfahrungshintergrund, auf dem die jetzigen Belastungen ihre gravierende Bedeutung erhalten. Wenn ihr die so nötig gebrauchte Entspannung und Ruhe selbst in der eigenen Wohnung "einfach nicht möglich" sind, bleiben nur Beruhigungstabletten, um nicht - denn das wäre die Alternative - "durchzudrehen".

Die Bedeutung ihres "ganzen Lebenswegs" für Frau I. als Kontinuum von Belastungen wird deutlich, wenn sie an anderer Stelle resümiert:

(1/2612) E Und wissen Sie, wenn ich - durch meinen roten - durch mein Leben geht nur der rote Faden: Angst, Schläge, Bedrückung, Einengung ... Ich konnte eigentlich nie mal da- dat machen, wat mir Freude macht, höchstens jetzt, wenn die mich in Ruhe lassen [bezieht sich auf ihre Nachbarn]

In dem Stellenwert ihrer Biographie der Erzählerin folgend, wird diese hier zusammengefaßt dargestellt. Insbesondere soll dabei der Zusammenhang von beruflichen und familiären Belastungskonstellationen und der Entstehung gesundheitlicher Störungen verdeutlicht werden.

BELASTUNGSBIOGRAPHIE - "IMMER WIEDER VON NEUEM ANFANGEN UND, NAJA, UND DIESE JAHRE ..., DIE BLEIBEN JA AN EINEM HÄNGEN, NICHT?"

Frau I. begann ihre Berufsausbildung mit vierzehn Jahren - aus Mangel an Alternativen und auf Drängen ihres Vaters eine handwerkliche Lehre, obwohl sie sich stets mehr für Bücher interessiert und sich eine bessere Ausbildung sehr gewünscht habe:

(2/044) E Ich wäre wirklich gerne Buchhändlerin oder sowas geworden, das wär' mein Traum immer gewesen. Und früher hab' ich natürlich auch immer gedacht: ach Lehrerin, das wär' ich auch zu gerne geworden. Aber da hatte ich ja nun auch gar nicht die Schulausbildung da beim Bauern [bezieht sich auf die Kinderlandverschickung während des Krieges]

Sie wechselte mehrmals die Lehrstelle, wurde nach bestandener Gesellenprüfung entlassen, fand schließlich Arbeit in einer Textilfabrik.



Die häusliche Situation war bedrückend; Frau I. lebte mit ihren Eltern und ihrem Bruder in einem Zimmer, es gab ständig Streit, der Vater schlug sie und die Mutter. Ihr Lehrgeld, das sie vollständig abgeben mußte, wurde für die höhere Schulbildung des Bruders verwandt. Dieser sei ihr in jeder Hinsicht vorgezogen worden. Nachdem sich die Hoffnung auf Heirat mit ihrem ersten Freund zerschlagen hatte, lernte sie mit 21 ihren späteren Mann durch eine Anzeige kennen. Nach vier Jahren, in denen sie sich überwiegend nur am Wochenende sahen, heirateten sie. Der Druck durch die häusliche Situation, aus der sie "mit Gewalt" herauswollte, der Widerstand ihrer Eltern gegen diese Heirat, der in ihr die Opposition verstärkt habe und die höhere Schulbildung ihres Mannes, die sie beeindruckte und ihrem "Hunger nach geistigem Futter" entgegenkam sowie mangelnde Menschenkenntnis hätten ihr dabei - so sieht sie es heute - den Blick auf seine charakterlichen Mängel verstellt. Nach der Heirat gab sie ihre Arbeit auf und folgte ihrem Mann in eine andere Stadt, in der er eine Stellung angenommen hatte. Die Ehe verschlechterte sich zunehmend, ihr Mann habe sie fortgesetzt betrogen und ausgenutzt, selbst während ihrer Schwangerschaft geschlagen. Ihre dennoch über lange Zeit aufrechterhaltene Hoffnung, daß "er sich noch bessern" könne und ihr durch die fortgesetzten Demütigungen zerstörtes Selbstbewußtsein erklären für Frau I., daß sie es trotz allem fünf Jahre lang aushielt. Schließlich unternahm sie einen Selbstmordversuch

(2/485) E ... weil ich gesagt hab': 'Ich halt das nicht mehr aus!' Er hat mich degradiert und gedemütigt und geschlagen, vor allen Dingen seelisch, der hat mich so ge-, zertreten, meine Seele so zertreten. Ich, ich wagte ja schon auf der Straße keinem Menschen mehr 'Guten Tag' zu sagen, ich hab gestottert, ich war überhaupt kein Mensch mehr.

Erst nach einem weiteren gravierenden Vorfall und dem dringendem Zureden von Bekannten habe sie schließlich doch den Mut zur Trennung aufgebracht. Mit ihrer damals eineinhalbjährigen Tochter stand sie

"ohne einen Pfennig Geld" da (den Kampf um Unterhaltszahlungen, denen ihr Mann sich entzog, habe sie später aufgegeben, auch um jede Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu der Tochter durch ihn zu unterbinden). Sie nahm wieder Arbeit in einer Fabrik auf, verlor jedoch mehrmals die Stellung durch Firmenkonkurs oder aufgrund zu langer Fehlzeiten wegen Krankheit des Kindes. Ihre letzte Arbeit als Zuschneiderin mußte sie wegen Sehstörungen aufgeben, in denen ihr Arzt die Folge nervlicher Überlastung sah.

(1/452) E Also bin ich zum Augenarzt und hab' gesagt: 'Ich brauch' 'ne Brille.' 'Da hat der gesagt: 'Nee, Sie brauchen keine Brille, Ihre Nerven sind kaputt. Sie müssen Ihre Arbeit wechseln!' Nu' stand ich da. Ja, wat mach' ich denn nu' wieder?

Durch fortdauernde Auseinandersetzungen mit ihrem Mann um die Scheidung zusätzlich belastet und "nervlich am Ende", wurde Frau I. in nervenärztliche Behandlung überwiesen. Von diesem Arzt, der sie damals und auch später hin und wieder krankschrieb, wenn sie "nicht mehr konnte" ("das war meine Rettung") bekam sie erstmals 'Valium' verordnet. Im Gegensatz zur Krankschreibung konnte das Beruhigungsmittel zu einer Dauerlösung für ihre "kaputten Nerven" werden: Frau I. nahm von da an regelmäßig 'Valium' ein und eine neue Arbeit auf. In ihrer Schilderung kommt dabei zum Ausdruck, wie sie innerhalb der fremdbestimmten Situation des unter allen Bedingungen Arbeiten-Müssens

(1/310) E Ich mußte jede Arbeit annehmen, und wenn's die, die häßlichste und, und dreckigste Arbeit war, ich mußte, ich mußte ja die Miete bezahlen

gleichzeitig Selbstbewußtsein bezieht aus dem Einsatz eigener Fähigkeiten. Sich selbst immer wieder einen Arbeitsplatz verschafft und auch in berufsfremdes Gebiet eingearbeitet zu haben, ist unter diesen Voraussetzungen ein Erfolg.

(2/20) E Und dann hab' ich mir die dicken Listen unter'n Arm geklemmt abends und hab' sämtliche Teile praktisch auswendig lernen müssen (...), und ich hab' alles gelernt. Und ich hab' mich so gut gemacht...

daß ihr nach einem halben Jahr eine Bürotätigkeit angeboten wurde. Ungelöst blieb das Problem, durch ihre Arbeit zuwenig Zeit für ihre Tochter zu haben. Ein Beispiel verdeutlicht, wie dieser Konflikt auch mit dem eigenen Körper ausgetragen wurde, wobei hier die Funktion von Krankheit ganz offen liegt: sie selbst "bringt es fertig", das Symptom zu produzieren, und zwar so lange, wie es funktional ist (das Zuhause bleiben ermöglicht), nicht aber darüber hinaus (drohender Arbeitsplatzverlust).

(2/35) E und da hab' ich mir immer gewünscht, so lange Fieber zu haben, daß ich noch möglichst 'n Alibi hatte und denn bei meiner Tochter bleiben konnte. Ich hab' nicht so sehr an K. gedacht, ich hab' mehr an mein Kind gedacht, nich. Und ich hatte, Sie glauben gar nicht, immer wenn ich zum Vertrauensarzt mußte, hatte ich immer hohes Fieber. Ich hab's fertig gebracht, Fieber zu haben, 39 Grad, und die haben konsterniert geguckt  
 (...)
 Und da wollten sie mich bei K. rausschmeißen. Da war fast das halbe Jahr rum und hier oben (neue Filiale) war fertig.  
 Und da hab ich gesagt: 'So, jetzt muß ich schnell wieder gesund werden.' Und da hatt' ich auf einmal kein Fieber mehr, und dann hab' ich meine Tochter seelisch drauf vorbereitet, daß ich jetzt da oben arbeite.

Für andere Symptome findet Frau K. erst im Nachhinein eine Erklärung, die sich jedoch auf das gleiche Problem bezieht. So habe ein jahrelanger Dauerschnupfen, für den weder eine Allergie noch eine

andere Ursache festgestellt werden konnte, sich erst gelegt, als ihre Tochter in einen Kindergarten überwechselte, in dem sie sich wohlfühlte.

(1/348) E auf einmal hab' ich festgestellt: ich hab' gar keinen Schnupfen mehr! Und heute weiß ich, aufgrund meiner Überlegungen und meiner Erfahrungen weiß ich, dat ich damals mit der Seele geweint hab'. Wenn ich dat Kind morgens aus'm Bett reißen mußte, und sie wollte nicht

Nach fünfjähriger Tätigkeit in dieser Firma - ihre Tochter war mittlerweile zehn Jahre alt und besuchte das Gymnasium - bewarb Frau I. sich beim öffentlichen Dienst, weil sie "noch weiterkommen" wollte. Nach bestandener Aufnahmeprüfung wurde sie in einer Behörde angestellt, zunächst jedoch wieder als Arbeiterin. Erneut habe sie sich mit großem Einsatz eingearbeitet ("und da hab ich dann Tag und Nacht geschuftet, da hab' ich alles gemacht, alles, was ich kriegte ... alles hab ich mir so angenommen, ... und dat war eben mein, mein Kapital später, nicht?, daß ich, eh, mich schnell irgendwo einarbeiten konnte und dat begreifen konnte"). Später wurde sie in ein Angestelltenverhältnis übernommen und erhielt ihre jetzige Stelle im Vorzimmer einer Verwaltungsabteilung - ein Aufstieg, auf den sie stolz ist, der aber auch das Verhältnis zu den Arbeitskollegen belastete ("Das hab' ich in kurzer Zeit gemacht, und da haben die immer geschrien: 'Sie verderben hier die Preise'"). Seit dieser Zeit arbeitet sie in der gleichen Vergütungsgruppe - für ihre heutige Tätigkeit sei sie damit unterbezahlt, da diese auch viele Aufgaben einer Sachgebietsbearbeiterin umfaßt. Überdies muß Frau I. die gleiche Arbeit, die sie sich früher mit einer Kollegin teilte, infolge der Personaleinsparungen im öffentlichen Dienst seit zwei Jahren allein bewältigen und ist seither überlastet. Als Hauptproblem ihrer heutigen Arbeitssituation empfindet sie das rücksichtslose Verhalten ihrer durchweg männlichen Kollegen, die sie von allen Seiten mit Arbeit eindeckten.

(1/60) E ... und mir immer die Arbeit auf'n Tisch schmeißen, und im Grunde könnten die manches selber machen. Aber die wimmeln sich die Arbeit ab, und Hauptsache, daß ich ausgelastet bin, daß sie immer seh'n, daß ich mein - die Nase auf meinem Schreibtisch habe.

Die Situation, "von allen Seiten" mit Arbeit überhäuft werden zu können, ohne die Möglichkeit, sich zu entziehen und zu unkontrollierten Zeitspielräumen, drückt sich auch räumlich aus. Sie arbeitet in einem Durchgangszimmer, das von drei Seiten begehbar und einsehbar ist und mehrere Telefone hat. Zu ihrer täglichen Arbeit gehört häufiges Tragen schwerer Aktenordner, von Poststapeln, Plänen etc., wovon ihr selten etwas abgenommen werde. Pausen würden ihr verweigert mit dem Hinweis, das Vorzimmer müsse immer besetzt sein. Mit dem Weggang ihrer Kollegin entfiel auch die Möglichkeit des Austausches über derartige Probleme und gegenseitiger Unterstützung. Als einzige Frau in einer Abteilung mit dreizehn Männern, dazu in untergeordneter Position gegenüber den Sachbearbeitern, könne sie sich nicht durchsetzen. Auch an den Personalrat mag Frau I. sich nicht wenden, da sie dort ähnliche Probleme vermutet.

(1/1664) E Und ich komm' gegen diese Meute Beamten nicht an. Die sind so frech und so dreist und so rücksichtslos, und von meinem Chef hab' ich keine Unterstützung, daß ich fassungslos war und hab' gedacht: Mensch, ich müßte eigentlich mal zum Personalrat geh'n. Aber ich weiß nicht, ob ich da Hilfe krieg', denn - ich denke immer: die Männer stecken doch alle unter einer Decke. Ich bin kein Männerhasser, also dat dürfen Sie nicht denken,

I hm

E aber ich hab' immer gedacht: da kommste wirklich nicht gegen an.

So bleiben als Möglichkeiten, sich zumindest zeitweise zu entziehen,

nur die des körperlichen Symptoms des Nicht-mehr-wahrnehmen-könnens,

(1/1792) E Wissen Sie, das ist ja auch so: wenn ich im Büro in Schwierigkeiten komme ..., oder ich mich aufrege, dann fängt sofort an das Gesicht, eh, taub zu werden, und dann kann ich nichts mehr hören. Und daß ich auch oft nix hören kann, nicht?

sowie der Krankschreibung durch den Arzt. Eine wichtige Funktion des Arztbesuches ist auch die der Bestätigung ihrer tatsächlichen Belastung, die ihr am Arbeitsplatz verweigert wird.

(1/1723) E Und der [ihr Chef] hat gesagt: 'Sie machen sich doch nicht hier kaputt.'! Ich sag': 'Und ob ich mich hier kaputt mache. Sie seh'n doch, wie ich immer rennen und springen muß.'

I hm

E Und deswegen, als der Nervenarzt mich, der mir jetzt im, im Januar gesagt hat, da hat er diese Sonographie gemacht und hat gesagt: 'Sie müssen mal an Ihre Frührente denken.' Da hab' ich ihm gesagt: 'Davon kann ich überhaupt nicht leben.' Da sagt er: 'Dann schreib' ich Sie erstmal krank. So geht's nicht mehr!' Und da ha- hat er mich erst 14 Tage krank geschrieben und nachher ging's mir immer noch nicht besser, ich leide ja auch so unter Schlafstörungen, ich kann nicht schlafen. Da hat er mich noch mal 14 Tage krank geschrieben, (...) der ist aber so, daß der zwar sich nicht lange Romane anhört, aber, er kann alles messen. Der hat mal früher 'ne Klinik geleitet, hat sich dann selbständig gemacht

I hm

E und ka- hat von, von seiner ... Art her kann er gut Diagnosen stellen und sieht nämlich auch, daß ich im

Grunde nur noch ... auf allen Vieren gehe.

Auch der Arzt hört ihr nicht lange zu, verfügt aber über das Instrumentarium, ihre subjektiven Beschwerden durch einen "meßbaren" Befund zu objektivieren. Indem er es buchstäblich sichtbar macht - und Kraft seiner Autorität - verleiht er ihrem Leiden Glaubhaftigkeit.

Auf verschiedensten Ebenen um ihre Rechte kämpfen zu müssen - ob es die Anerkennung von Krankheit, Bewilligung einer Kur, Entlastung am Arbeitsplatz oder Ruhe im Wohnhaus betrifft - und die Schwierigkeit, Ansprechpartner zu finden, die sie in ihrem Anliegen unterstützen, ist Frau I.'s zentrales Thema. Besonders deutlich wird dies im Zusammenhang mit ihrer Rente.

ALTERSVERSORGUNG - "ICH HAB IM GRUNDE GAR KEINE RECHTE. UND DAS IST DAS AUCH, WAS MICH SO, SO KRANK MACHT"

Frau I. wird mehr als 40 Jahre berufstätig gewesen sein, wenn sie das Rentenalter erreicht hat. Während ihrer Ehe hatte sie nicht "geklebt", damals habe sie dazu keine Notwendigkeit gesehen. Nach Wiederaufnahme ihrer Erwerbsarbeit war ihr Verdienst in den ersten Jahren gering. Durch ihre nunmehr siebzehnjährige Behördentätigkeit hat sie sich jedoch einen Rentenanspruch erworben, von dem sie sich eine finanzielle Absicherung im Alter erhoffte.

(1/82) E Da hab' ich gedacht: naja, Gott sei Dank, bis ich mal 60 bin, bin ich 24 Jahre dabei, und ich kann mich einrichten und dann sag' ich also: irgendwie werd' ich schon über die Runden kommen.

Über den voraussichtlichen Betrag jedoch, den sie sich hatte errechnen lassen, war Frau I. geschockt und glaubte zunächst an einen Irrtum, da er weit unter ihren Erwartungen lag.

ich überhaupt nicht leben! (...)  
 [an die Rentenstelle gewandt:]  
 'Sie haben sich verrechnet. Dat kann gar nicht möglich  
 sein!'

Die Aussicht, wieder mit wenig Geld leben zu müssen, bedeutet, den über Jahre mühsam erarbeiteten Lebensstandard und das damit verbundene Gefühl relativer Sicherheit gefährdet zu sehen. Die Armut, die schon ihre Kindheit und Jahrzehnte ihrer Lebens prägte, zieht erneut als reale Bedrohung auf.

(1/849) E Wissen Sie, ich möchte nicht gerne ... mal Sozialrentner werden. Ich hab' noch nie vom Staat nur eine Mark gekriegt, auch als mein Kind klein war und ich wirklich nichts zu biegen und zu beißen hatte. Da sah ich nämlich älter aus im Gesicht als heute, so von, vom, von den Sorgen und nur von der schlechten Ernährung, ich hab' praktisch nur, zeitweise nur von Brot und Marmelade gelebt.

Frau I.'s Empörung umfasst jedoch mehr als die Sorge, wieder in finanzielle Not zu geraten. Für sie, die noch "nie vom Staat nur eine Mark gekriegt" hat, also nicht geschenkt bekam, ist "Sozialrentner" zu werden die schlimmste Vorstellung. "Sozialrentner" (oder wie sie es an anderer Stelle noch krasser ausdrückt: ein "Sozialfall") zu sein heißt nicht nur, im sozialen Status wieder und diesmal für den Rest ihres Lebens nach 'ganz unten' verwiesen zu sein. Es hieße auch, nun doch von Zuwendung abhängig zu sein - als Ausdruck ihrer Bedürftigkeit und nicht eines durch eigene Leistung erworbenen Anrechts.

Verweigert wird ihr insbesondere die Anerkennung für ihre Leistung als alleinerziehende Mutter, die - angewiesen auf schlecht bezahlte und unsichere Arbeitsplätze - den Lebensunterhalt für sich und ihre Tochter stets selbst erarbeitet hat. Ihre Erziehungsarbeit war nie etwas "wert", weder in Form gesellschaftlicher Anerkennung nach Ent-



lohnung - im Gegenteil. Die Unmöglichkeit, einen Arbeitsplatz anzunehmen, wenn sich in der Nähe kein Kindergartenplatz fand, drohender Verlust der Arbeit, wenn das Kind krank war, fehlende Zeit für eigene Fortbildung führten zu einer permanenten Gefährdung ihrer Existenz. Daß ihr gerade aufgrund dieser schwierigen Lebenssituation heute erneut Verzicht abverlangt wird, indem sie sich mindernd auf ihre Rente auswirkt, erfüllt Frau I. mit Verbitterung.

(1/113) E Ich finde, ich hab' mein ganzes Leben lang nicht nur gearbeitet, sondern geschuftet, ich hab' alleine 'en Kind großgezogen, die heute studiert (...) Und, und das ist dann der Dank?, ... daß man, daß man alleine 'en Kind großgezogen hat?

Wenn dat nämlich - ich hätte mir ja auch - ich hätte ja Karriere machen können. Ich hätt' mich ja fortbilden können. Nun hab' ich aber dat Kind gehabt. Dat ist ein Steuerzahler für

I hm

E für die Leute (räuspert sich), die keine Kinder in die Welt gesetzt haben, die auf Grund dessen nämlich 'ne viel höhere Rente kriegen, die zu zweit gearbeitet haben, die mir 'en Vogel zeigen im Büro und sagen: 'Verrückt! Wir arbeiten beide, wir kaufen uns 'n paar Miethäuser, und da haben wir Rendite, und im übrigen verdienen wir jetzt auf's' - die haben keine Nächte neben 'nem Kinderbett gesessen, nicht immer die Arbeit verloren, wenn dat Kind krank war,

I hm, hm

E die konnten ja arbeiten,

I hm

E Und die haben heute ein sehr gutes Einkommen zu zweit, die fliegen vier mal im Jahr rund um die Welt, die haben wirklich ein dolles Ein-, die haben Eigentumswohnungen, die haben Häuser, die haben Autos. Ich hab' schon seit

1975 kein Urlaub mehr gemacht. Und die zeigen mir 'en Vogel und sagen: 'Ja, warum denn?' Nämlich für die muß meine Tochter später die höhere Rente ja mit erarbeiten.

I hm?

E Und ich krieg' 'ne kleine Rente, weil ich ... den, den ..., dat Kind großgezogen hab'. Dat ist doch irgendwie irre!

Einen besonderen Ausdruck für die Ungerechtigkeit, die ihr widerfährt, findet sie im Vergleich zu den Berufskollegen, die sich viel mehr leisten können als sie. Verschärft wird der Gegensatz zwischen ihr und den Kollegen, indem zu der biographischen Erfahrung sozialer Ungerechtigkeit das gegenwärtige Erleben - durch diese Kollegen auch persönlich herabgesetzt zu werden - hinzukommt. Diejenigen, denen es besser geht als ihr, drücken ihr noch den Stempel des Versagens auf, in dem sie ihr "den Vogel zeigen" und sie für verrückt erklären. Darin liegt gerade die Ungerechtigkeit - das, was anderen zu erreichen möglich war ("die konnten ja arbeiten"), stand ihr selbst nicht offen, sie hatte keine Wahl. (Daß in ihrer Schilderung der Lebensstandard der Kollegen - nicht nur im Vergleich zu ihrem eigenen - extrem hoch ausfällt, drückt aus, wie nachhaltig diese Diskrepanz erlebt wird.) Dabei kommt mit der Verbitterung über entgangene Lebenschancen gleichzeitig auch das Vertrauen in das eigene Potential zum Ausdruck: "Ich hätte ja Karriere machen können" heißt sowohl "die Umstände haben das nicht zugelassen" als auch "ich hätte es mir zugetraut". Obgleich ihre Benachteiligung im Arbeitsumfeld besonders krass und als persönlich herabsetzend erlebt wird, ist sie für Frau I. nicht Einzelschicksal, sondern kennzeichnend für die Lage vieler Frauen ihrer Generation, insbesondere der alleinstehenden. So hatte sie in Gesprächen mit einem Gewerkschaftsvertreter und einer Politikerin, von denen sie sich Unterstützung erhoffte, immer wieder auf diesen Punkt hingewiesen.

(1/883) E Gucken'se mal sich mal 'rum; die Leute, die alle in

meinem Alter sind, die in den Kaufhäusern steh'n, die aufgrund des Krieges keine, erstmal keinen Mann gefangen haben, weil die alle im Krieg geblieben sind oder die meisten. Die Frauen haben durch den Krieg keine vernünftige Ausbildung gekriegt, weil sie auch überall hin- und hergeschickt wurden,

I hm, hm

E und nach dem Krieg kriegten sie keine Ausbildung ..., nicht?

I hm, hm

E Ich hab' gesagt: 'Die Jahrgänge, Frau S., die werden dem Staat noch mal Sorgen machen!'

(1/1426) E Da kommen viele Frauen, die nicht diese Ausbildung haben, die sich nicht so hoch gerappelt haben. Die steh'n nämlich heute sich für 1000 Mark die Beine im Bauch im Kaufhof!

I hm

E Ich sag': Die, die, die sind heute schon schlecht dran, leben vielleicht mit 'ner Partnerschaft zusammen oder auch nicht und, und, und retten sich heute nur gerade so über die Runden, aber, ich sag', die Renten, die werden mal schlimm aussehen.

Auf verschiedenen Wegen versuchte Frau I., sich Gehör zu verschaffen und zu ihrem Recht zu kommen.

(1/1343) E Ich hab sogar die K. angesprochen, (...) - ich war so aktiv. Aber dat war praktisch so 'ne, 'ne, 'ne Not! (...) Keiner, keiner, eh hm, naja, ich fand keine Gleichgesinnten und wußte auch, hätt' auch nicht gewußt, wie ich das anfangen sollt'.

Not ist ein häufig wiederkehrendes Handlungsmotiv in ihrer Erzählung,

wobei sich eine schwierige ökonomische und soziale Lebenssituation für Frau I. unmittelbar in physisches und psychisches Erleben von existentieller Bedrohung umsetzt.

Nun könnte die Erkenntnis, von einem Problem nicht allein betroffen zu sein, der individuellen Entlastung dienen. Für Frau I. stehen dem sowohl die objektiv fehlende Lobby, die die Interessen älterer Frauen vertreten könnte, entgegen ("ich hab' immer gedacht: Mensch, sehen die Frauen gar nicht, wat auf sie zukommt? Warum solidarisieren die sich nicht?") wie auch die eigene Erlebnisperspektive. Aus Not heraus und "im Alleingang" aktiv geworden zu sein ist die Gemeinsamkeit, die alle Schilderungen ihres Umgangs mit kritischen Lebenssituationen durchzieht. Unterstützung durch den Kontakt mit ähnlich Betroffenen findet sie nicht ("hätt' auch nicht gewußt, wie ich das anfangen sollt'"), wobei ihre Erwartung an Unterstützung durch andere immer wieder anklingt. In dieser Erwartung jedoch enttäuscht zu werden, ist eine im Laufe der Zeit generalisierte (und möglicherweise vorweggenommene) Erfahrung. So resümiert sie an anderer Stelle (in Bezug auf - noch andauernde - Konflikte mit dem Wohnungsvermieter und am Arbeitsplatz, bei denen sie sich durch Nachbarn bzw. Kollegen im Stich gelassen findet):

(1/2100) E Und ich hab' nirgendwo Unterstützung ..., und wenn ich zehn mal im Recht bin.

Beispielhaft hierfür ist der erfolglose Versuch, Solidarität und konkrete Unterstützung bei ihrem Rentenproblem durch einflußreiche Personen zu erhalten. Auch diese Unternehmung reiht sich für sie in die Kette der "Fehlschläge" ein, führt schließlich zu völliger Resignation.

(1/1424) E ... da, da war ich auch wieder fehl. Ich sag: Vielleicht könnten Sie als Frau vielleicht für mich Verständnis haben und, und mal Mittel und Wege suchen. Nee, nee,

also da war ich auch fehl.

(...) Und da hab' ich die Flügel hängen lassen und hab' gedacht: dann nehm' ich mir 'n Strick und häng' mich auf. Ich hab' wirklich schon auch so mit, mit Selbstmord und ... und, und daß ich gesagt hab': Ich weiß gar nicht, wofür ich noch lebe. Ich weiß wirklich nicht, wofür ich lebe.

AUSWIRKUNGEN DER DAUERMEDIKATION - "SIE WOLLEN JETZT IMMER WAS VON MEDIKAMENTEN HÖREN, NE, ABER ICH MUß IHNEN JA MAL MEINEN GANZEN GESUNDHEITZUSTAND ERKLÄREN"

Neben Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen und Durchblutungsstörungen, die sich als Taubheitsgefühl im Gesicht und an Gliedmaßen äußern, leidet Frau I. unter erheblichen Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. In letzteren erkennt sie mögliche Folgewirkung der Medikamente, für andere gesundheitliche Beeinträchtigungen gilt dies jedoch nicht.

Mit dem Anliegen, einmal ihren "ganzen Gesundheitszustand" zu schildern, suchte Frau I. mehrere Neurologen auf. Für das Bedürfnis, umfassend von ihren Beschwerden zu erzählen, stellen die verschiedenen Arztpraxen jedoch kaum den geeigneten Ort dar. Im Gegenteil ist zu vermuten, daß gerade ihre wiederholt vorgebrachten Klagen dazu führen, daß man sich ihrer als sogenanntem "Problemfall" umso eher mit einer Verschreibung zu entledigen versucht.

(1/1187) E ... und kaum haste Luft geholt und willst jetzt mal sprechen, wie schlecht es dir geht, und waste alles hast, und daß dir manchmal dat Bein taub wird, ... dann kriegste schon 'en Rezept, dann geht irgenwo 'en Gong, dann wird er gleich unruhig,

I hm ·

E dann packt er gleich die Karteikarte zusammen, und dann

biste wieder draußen (...)

Also da warste kaum drin, und da kriegste nur 'en Rezept und Tabletten ... Tabletten!, da könnt' ich 'en Laden aufmachen!

Obwohl Frau I. über das schnelle 'Abgefertigtwerden' beim Arztbesuch immer wieder enttäuscht ist und auch Empörung darüber äußert, wie viel und leichtfertig ihr Medikamente verschrieben werden, bleibt der Arzt ein wichtiger Adressat. Durch medizinische Befunde ("und der Nervenarzt sagt auch: 'Ihre Nerven sind kaputt, ich kann's sehen!"; vergl. auch S. 130f) kann er ihr bestätigen, daß ihre Beschwerden real, nicht eingebildet sind. So erfüllen auch letztlich die Medikamente selbst diese Funktion: sie immer wieder verschrieben zu bekommen, beweist, daß sie sie braucht, d.h. ihr Leiden behandlungsbedürftig und damit ernstzunehmen ist. Mögliche Alternativen zum Medikamentengebrauch hätten zudem bei ihr keinen Erfolg gehabt: für autogenes Training sei sie (auch nach Einschätzung ihres Arztes) "viel zu nervös", eine Psychotherapie brach sie ab, weil sie auf Dauer nicht die Kraft dazu gehabt habe. Mit beiden Angeboten erst sehr spät in Berührung gekommen, konnte sie sie nicht (mehr) als Entlastung und Hilfe nutzen, sondern empfand sie nur als zusätzliche Anforderung, der sie nicht gewachsen war. Ihre Resignation und das Gefühl, auf die Tabletten angewiesen zu sein, wurden so noch verstärkt. Dabei muß davon ausgegangen werden, daß die Psychopharmaka im Laufe der Zeit gerade jene Symptome verschlimmert haben, gegen die sie eingesetzt wurden. Als besonders gravierende und beängstigende Störung kommen zu den genannten Symptomen Anfälle von Atemnot, Herzbeklemmung und Schmerzen, Schweißausbruch und Muskelkrämpfen hinzu; diese treten seit einigen Jahren mit zunehmender Häufigkeit, jedoch ohne erkennbare auslösende Situation auf. Sie selbst sieht diese Erregungszustände in vager Verbindung mit ihren tiefgreifenden Ängsten, die sie an mehreren Stellen beschreibt.

(1/1991) E ... diese Erregungszustände, ich weiß auch nicht, wa-

wieso die immer so kommen, aber ..., eh, hauptsächlich auch immer meine Ängste, meine, meine, meine Ängste immer vor ... vor diesen unberechenbaren Dingen ...

I Die Sie dann nicht so im Griff haben können, wo Sie dann hilflos sind.

E Ja, gegen die - wo ich auch keinen, eh, keinen Gleichgesinnten finde, der mir da hilft.

(1/385) E Diese ewigen Ängste, von der Kindheit angefangen, Angst, Angst, Angst! ... Eh, und Angst ist eigentlich heute auch noch ... das, was mich heute ... bis 52 - und das wird mich auch noch länger verfolgen - ich hab' eigentlich viel, viel Angst.

I weil ich immer alleine steh'

(1/778) E ... das sind doch überall Ängste, ich fühl' mich überall, ja, 'Ängste' kommt ja von 'eng', und ich fühl' mich überall eingeengt, nicht?

Frau I. erlebt in diesen Anfällen das generelle Gefühl von Beengung und Beklemmung - daß ihr weder in der eigenen Wohnung noch am Arbeitsplatz Raum zum Leben gelassen und Hilfe entgegengebracht wird - in zugespitzter Form und als existentielle Bedrohung. Diese Anfälle führten wiederholt zu Notarztbesuchen und Krankenhauseinweisungen, auch dort scheint jedoch einem möglichen Zusammenhang mit Medikamentengebrauch nicht nachgegangen worden zu sein (1). Im Gegenteil sei sie, nachdem der Verdacht auf Herzinfarkt sich nicht bestätigte, jeweils "nach einen paar Valiumspritzen" wieder entlassen worden. Nur einmal sei ihr eine Überweisung in die Psychiatrie

---

(1) Frau I. erwähnt auch mehrere Krankenhausaufenthalte aus anderen Gründen, u.a. einer Hysterektomie, die mit 45 Jahren durchgeführt wurde.

vorgeschlagen worden, die sie vor allem aus Angst vor einem Bekanntwerden am Arbeitsplatz abgelehnt habe.

Frau I. kann Einflußnahme, Dosierung und eventuelle Kombinationen der zahlreichen Medikamente nicht einmal annäherungsweise erinnern. Da sie über einen Zeitraum von mehr als zwanzig Jahren fast alle Sorten von Psychopharmaka durch verschiedene Ärzte sowie bei Krankenhausaufenthalten bekam (die sie, je nach Art der Beschwerden und des gerade vorhandenen Medikaments, zum Teil auch in Selbstmedikation einnahm) sind erhebliche (Spät-)schäden jedoch wahrscheinlich. Die möglichen Folge- und Nebenwirkungen der von ihr genannten Neuroleptika (Kreislauf labilität, Dyskinesien, Provokation epileptischer Anfälle), Antidepressiva (Krämpfe, beschleunigter Herzschlag, Zittern, vermehrtes Schwitzen) und Sedativa (Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Mißempfindungen) entsprechen den geschilderten Symptomen. Insbesondere kann auch der Langzeitgebrauch von Benzodiazepin-Derivaten, die Frau I. seit Jahren als Schlafmittel einnimmt, neben der bekannten Abhängigkeit zu paradoxen Reaktionen wie Schlaflosigkeit, Unruhe- und Angstzuständen führen. Es ist heute vermutlich zu einer so starken Überlagerung von Beanspruchung, Beschwerden und deren Chronifizierung und Verstärkung durch die Medikamente gekommen, daß Ursache und Wirkung kaum noch zu trennen sind. Als Beispiel können gerade Neuroleptika "wegen ihrer Wirkung auf Herz und Kreislauf eine Fixierung auf körperliche Symptome verfestigen" (SCHÖNHÖFER, SCHWABE 1982, S. 225) die ihrerseits zu immer weiteren Arztbesuchen und zu weiterer Medikalisierung führt. Auch die Erregungszustände, bei denen neben der körperlichen Symptomatik das gefühlsmäßige Erleben eine wichtige Rolle spielt, können von Frau I. nicht mit den Medikamenten als möglichen (Mit-)verursachern in Verbindung gebracht werden. Ein Grund hierfür ist vermutlich, daß sie nicht, wie etwa die Konzentrationsstörungen, als etwas Fremdes erlebt werden, sondern in der Art der Empfindungen - Angst und Bedrohung - Frau I. gerade sehr vertraut sind. Obwohl sie erlebt, daß die Medikamente sie zumindest nicht verhindern, ist die Angst vor eben diesen Zuständen ein Motiv



für die weitere Einnahme.

- (1/2446) I [bezogen auf das Nachlassen ihrer Merkfähigkeit]  
Würden Sie sich denn fähig fühlen, wenn Sie ohne  
Tabletten leben würden?  
E Nee, dann krieg' ich ja auch wieder diese, diese (...)  
Erregungszustände und diese, diese Ängste.

Frau I. sieht keinerlei Entscheidungsspielraum im Umgang mit ihrer Angst und ihren Beschwerden. Ihr "ganzer Lebensweg", erlebt vor allem als Mangel an Raum, Mangel an Entwicklungsmöglichkeit und Unterstützung, spiegelt sich in ihrem "ganzen Gesundheitszustand" wider. Die Medikamenteneinnahme ergibt sich hieraus für sie als zwingende Folge, da allein sie etwa Abstand zu dem zu schaffen scheint, was sonst nicht aushaltbar wäre.

- (1/2336) E ... ich bin nicht so, dat ich immer Tabletten nehmen will, aber manchmal denk' ich: ich halt' es nicht mehr aus.

FRAU H.

Frau H. ist 63 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder. Sie hat bis zu ihrer Pensionierung 15 Jahre als Sekretärin gearbeitet. Davor war sie 23 Jahre nicht erwerbstätig gewesen. Frau H. hatte ihre Berufstätigkeit als Stenotypistin mit ihrer Heirat aufgegeben.

Ihr eigentlicher Wunsch war es gewesen, Lehrerin oder Kindergärtnerin zu werden. Aufgrund der Familienverhältnisse - ihre Mutter war gestorben und ihren Vater empfand sie als unzuverlässig und haltlos - war es ihr dann aber wichtiger, möglichst schnell Geld zu verdienen, um unabhängig zu sein. Frau H. besuchte die Handelsschule und arbeitete in einem Büro. Diese Arbeit empfand sie jedoch als langweilig; sie war erleichtert und froh, als sie die Berufstätigkeit nach ihrer Heirat aufgab. Frau H. hat nach der Pensionierung ihres Mannes aus finanziellen Gründen wieder angefangen zu arbeiten. Zusätzlich spielte eine Rolle, daß das Zusammenleben mit ihrem Mann aufgrund ihrer im Laufe der Jahre durch seine häufige Abwesenheit erworbene Selbständigkeit konfliktreich geworden war. Nach einer Eingewöhnungszeit war Frau H. mit ihrer Berufstätigkeit zufrieden.

In beiden Interviews berichtet Frau H. relativ genau von den Medikamenten, die sie in ihrem Leben genommen hat; von den Symptome und Befindlichkeitsstörungen auslösenden oder verursachenden Belastungen und Konflikten erzählt sie dagegen vergleichsweise wenig ausführlich. Im folgenden wollen wir die Medikamentengeschichte von Frau H. nachzeichnen. Aus ihr geht zum einen die psychosoziale Funktion des Gebrauchs hervor; zum anderen wird anhand der sie aktuell belastenden Probleme deutlich, unter welchen Bedingungen die Medikamente in dieser Funktion versagen.

MEDIKAMENTENGESCHICHTE: "ICH HATTE IMMER SO'N BISSCHEN IM HINTERGRUND SO'N PAAR BERUHIGUNGSTABLETTEN"

Frau H.'s Krankheits- und Medikamentenbiographie ist bestimmt von einem Bündel der folgenden Symptome: Ängste und Schlafstörungen, Schilddrüsenüberfunktion bzw. -zysten sowie mit zunehmendem Alter Bluthochdruck. Entsprechend hat sie Beruhigungs- und Schlafmittel, Schilddrüsenpräparate und Hypertonika verordnet bekommen und genommen.

Die Symptomatik - Nervosität und Herzklopfen aufgrund einer Schilddrüsenüberfunktion - trat das erste Mal während des Krieges auf, kurz bevor Frau H. heiratete; sie war damals 20 Jahre alt. Leichte Beruhigungsmittel bekam sie verordnet als sie schwanger war und aufgrund der Bombenangriffe unter Ängsten und Schlafstörungen litt. Nach Kriegsende lebte Frau H. zunächst ohne ihren Mann, der zu See fuhr, in dessen Familie, wo sie sich jedoch nicht sehr wohl fühlte und wieder unter Nervosität und Schlafstörungen litt. Sie nahm barbiturat-haltige Beruhigungsmittel ('Luminaletten'), setzte sie aber nach kurzer Zeit wieder ab, weil sie sich besser fühlte.

Ein weiterer Schritt in der "Medikamentenkarriere" erfolgte etwa zehn Jahre später, nachdem Frau H.'s Mann wieder zur See fuhr und drei Nächte pro Woche nicht zu Hause war. Sie litt unter Ängsten vor Einbrechern, konnte nicht schlafen und hatte auch wieder Probleme mit ihrer Schilddrüse. Auseinandersetzungen und Konflikte mit ihrem Mann wegen seiner Abwesenheit erwähnt sie nicht, sondern betont mehrfach, daß die Seefahrt eben sein Beruf gewesen sei. Diese Hervorhebung der Fakten läßt vermuten, daß Frau H. ihre Situation als unveränderlich erlebt hat.

Sie begann regelmäßig 'Eusedon' (brom- und barbiturathaltigs Schlafmittel) zu nehmen, ("... tagsüber zur Beruhigung, abends ein bißchen mehr ..."), als ihr Mann wieder lange Fahrten machte und sie monatelang allein war. Nach ca. zwei Jahren bekam sie das Mittel nicht

mehr verordnet und sie verwendete in den folgenden 15 Jahren - unregelmäßig - verschiedene rezeptfreie Schlafmittel.

- (2/129) E tja, und da hab' ich dann auch immer ab und zu Beruhigungstabletten genommen, oder Schlaftabletten, aber immer so rezeptfreie, nicht. (...)  
Aber ich hatte immer so'n bißchen im Hintergrund so'n paar Beruhigungstabletten oder so, wenn ich mich mal aufgeregt fühlte oder nicht gut schlief, dann hab' ich die eigentlich immer so mal, und dann mal wieder nicht, und mal ...

Der Gebrauch der Schlafmittel war gebunden an bestimmte Ereignisse und Aufregungen, und insbesondere verknüpft mit der Abwesenheit ihres Mannes.

- (2/113) E Aber nicht mehr, also nicht immer, woll'n mal sagen, nicht gesteigert, nur mal so eine Tablette und dann auch mal wieder ausgesetzt, wenn ich mich so ganz ruhig fühlte, vor allem wenn mein Mann dann da war, dann brauchte ich das gar nicht.

Einerseits betont Frau H. hier also, daß sich ihr Schlafmittelgebrauch nicht verselbständigt hat, sie sie unregelmäßig und in geringen Dosen verwendete; andererseits kommt in dem folgenden Zitat zum Ausdruck, daß Frau H. an den Gebrauch von Schlafmitteln gewöhnt war, wobei sich die Gewöhnung weniger auf die Tabletten selbst als auf den Bewältigungscharakter ihrer Einnahme bezieht.

- (1/236) E daß mir das eigentlich immer so ganz vertraut war, nich', wenn man irgendwie aufgeregt war oder was Furchtbares hatte, daß man dann zur Beruhigungstablette griff.

Der Einstieg in einen regelmäßigen Beruhigungs- bzw. Schlafmittelge-

brauch erfolgte im Zusammenhang mit dem Konkurs ihres damaligen Arbeitgebers und vorangegangenen "Aufregungen". Es wurde wieder eine Schilddrüsenfunktion diagnostiziert und Frau H. bekam 'Favistan' (Schilddrüsenpräparat) sowie 'Adumbran' (Benzodiazepin-Derivat) und gegen ihren erhöhten Blutdruck 'Modenol' verordnet. 'Adumbran' hat Frau H. etwa sieben Jahre "eigentlich laufend", aber "höchstens eine Tablette" genommen. Zwischendurch hat sie wiederholt versucht, es durch langsame Dosisverminderung abzusetzen, jedoch immer wieder angefangen.

Ca. zwei Jahre nach der Diagnose der Überfunktion und der Medikation entwickelte sich bei Frau H. eine Schilddrüsenzyste, die operativ entfernt wurde. Sie selbst sieht einen Zusammenhang zwischen der Zystenbildung und Konflikten mit einer Arbeitskollegin aufgrund derer sie sich "aufgeregt und unglücklich" gefühlt hatte. Nach der Operation war dann die Schilddrüsenfunktion zunächst normal. Frau H. nahm weiterhin 'Adumbran' zum Schlafen. Etwa fünf Jahre später, kurz nach ihrer Pensionierung, entwickelte sich jedoch wiederum eine Zyste. Auch hier sieht sie als Ursache eine "Streßsituation", nämlich Konflikte zwischen ihrer Tochter und ihrem Schwiegersohn, die schließliche Trennung und Probleme der Versorgung der Enkelkinder. Gleichzeitig litt Frau H. unter hohem Blutdruck, sie konnte nicht schlafen, war zittrig und aufgeregt. Sie bekam, als selbst eineinhalb Tabletten 'Adumbran' nicht mehr halfen, erst 'Lexotanil', dann 'Dalmadorm' (Benzodiazepin-Derivate) und das barbiturathaltige 'Somnupan' verordnet. Außerdem bekam Frau H. verschiedene blutdrucksenkende Mittel, die sie jedoch nicht gut vertrug: das Clonidin-haltige 'Catapresan' verursachte Benommenheit, verschiedene Beta-Blocker wie 'Visken' und 'Betasemid' bewirkten Herzklopfen. Frau H.'s Zustand wurde immer schlechter: der Schilddrüsentumor wurde größer und trotz Blutdruck-, Beruhigungs- und Schlaftabletten konnte sie weder schlafen noch sank ihr Blutdruck. Da ihr behandelnder Arzt "nicht mehr weiter wußte", hat er Frau H. ins Krankenhaus überwiesen, wo der Tumor operiert wurde. Auch während ihres sechswöchigen Krankenhausaufenthaltes bekam Frau H. Beruhigungs- und Schlafmittel (u.a. 'Lexotanil')

und 'Luminaletten'). Nach ihrer Entlassung ging es ihr zwar aufgrund der Ruhe und der Pflege besser, sie fühlte sich jedoch apathisch, bedrückt und lustlos, wollte am liebsten nichts hören und sehen.

- (1/120) E Und hatte wohl eine Depression, das haben sie aber nicht erkannt, denn bei mir war eben, äh, das Zeichen oder die Anzeichen war, mein Blutdruck war sehr hoch und ging nich' runter, ne. (...) Es ging denen immer nur um den hohen Blutdruck und (das ?) meinten sie, es käme von der
- I Schilddrüse
- E Schilddrü-, von der Geschwulst, ne.
- I ja
- E Bin ich dann auch operiert worden ..., aber es hat überhaupt nichts geändert. Es war also gutartig, und es war auch keine Überfunktion und ..., na ja. Nun nahm ich 17 Tabletten pro Tag, nich',

Frau H. hält ihren hohen Blutdruck im Nachhinein für das Anzeichen einer Depression - so wie sie auch ihre Schilddrüsentumore als streß- bzw. konfliktbedingt ansieht-, die jedoch lange nicht als solche erkannt und behandelt worden ist. Vielmehr bekam sie für jedes Symptom eine bzw. mehrere Tabletten, fühlte sich jedoch psychisch zunehmend schlechter.

Zu diesem Zeitpunkt hatte Frau H. seit acht Jahren regelmäßig Benzodiazepin-Derivate und davor etwa 20 Jahre unregelmäßig barbiturathaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel genommen. Nach HOFFMANN, FAUST (1983, S. 27) können bei langfristiger Barbiturateinnahme neben einer Abhängigkeit u.a. Unruhe- und Erregungszustände, Reizbarkeit, depressive Verstimmungen und insbesondere durch die Unterdrückung des REM-Schlafs Schlafstörungen auftreten. Auch Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ haben häufig gerade bei langandauerndem Konsum ähnliche unerwünschte Wirkungen. Die

gleichzeitige Einnahme von clonidin- oder reserpinhaltigen Blutdruckmitteln führt dann zu nicht mehr übersehbaren Wirkungen und Wechselwirkungen, da auch sie depressive Verstimmungen und Schlaflosigkeit bewirken können (vgl. HOFFMANN, FAUST 1983, S. 70f). Es stellt sich daher die Frage, inwieweit Frau H.'s Apathie nicht auch Folge der Dauer-Sedierung sind.

Als sie ihrem Arzt ihre Befindlichkeit schilderte, diagnostizierte er eine Depression, verschrieb ihr das inzwischen vom Markt genommene Anti-Depressivum 'Psyton' sowie das Hypertonikum 'Dimapres'. Innerhalb von wenigen Monaten fühlte sich Frau H. sehr viel besser. Sie wandte sich an einen Neurologen mit dem sie Gespräche führte und lernte autogenes Training. Weil sich inzwischen auch die Situation ihrer Tochter "geglättet" hatte, wurde Frau H. ruhiger.

Das schwierigste war für sie, die Schlafmittel abzusetzen. Da sie sie zwar "nie so wahnsinnig viel", jedoch regelmäßig genommen habe, denkt Frau H., daß es eine "Art Sucht" war.

(2/286) E Ja, und das Schlimmste war natürlich, mich von den Schlaftabletten selber 'runterzukriegen. Als ich aus dem Krankenhaus kam, war ich ja immer noch voll auf Schlaftabletten, da nahm ich immer noch eine 'Rohypnol' (...) Das war dann auch nicht so leicht. Da hab' ich dann so richtig angefangen, erst eine dreivierteil Tablette zu nehmen 14 Tage lang, und 14 Tage lang eine halbe, und dann 14 Tage lang 'ne vierteil und dann gar keine mehr.

Frau H. bekam 'Kala' (Antidepressivum) verordnet, da die Schlafstörungen weiter bestanden. Etwa ein halbes bis dreivierteil Jahr später - zum Zeitpunkt des Interviews - nimmt Frau H. etwa alle 10 bis 12 Tage eine halbe 'Lexotanil' sowie alle fünf Tage eine halbe 'Dimapres'.

VERSAGEN DER MEDIKAMENTE "... DAB ICH DACHTE ICH WEIß ÜBERHAUPT NICHT MEHR WEITER, ICH KANN NICHT HELFEN UND NICHTS ..."

Ausgelöst durch Konflikt- und Belastungssituationen - wie Arbeitsplatzverlust, die Abwesenheit des Ehemanns, Probleme mit einer Arbeitskollegin - leidet Frau H. über Jahrzehnte unter immer den gleichen Symptomen: Ängste, Schlafstörungen, Schilddrüsenüberfunktion und -tumore, Bluthochdruck. Andere Formen des Umgangs als die von Ärzten verordneten bzw. von ihr selbst gekauften Beruhigungs- und Schlaftabletten erwähnt Frau H. nicht. Die Bewältigung mit Hilfe von Medikamenten wird vertraut und zur Gewohnheit, sie hat sie "immer so ein bißchen im Hintergrund"; sie werden zur "Beruhigung in der Dose" bzw. zum "Trostpflaster".

(1/37) E Weil ich das so schrecklich finde, wenn ich nachts wachliege und dann kommen mir eben unruhige Gedanken, weil ich oft unter Streß-, äh, -situationen gestanden habe, ne.

I hm

E Und das bedeutet mir denn einfach so (lacht) die Beruhigung, die ich immer hab' in der Dose, ne.

und

E Ich hab' es aber immer so als, äh, als Notnagel oder als Trostpflaster oder immer so genommen.

Mit zunehmendem Alter brauchte Frau H. die Medikamente jedoch weniger sporadisch, sondern regelmäßig. Sie versagten in ihrer Funktion des Trostpflasters ganz, als Frau H. durch die Eheprobleme ihrer Tochter, zu der sie immer eine enge Beziehung hatte, betroffen war. Sie schildert diese Situation verhältnismäßig ausführlich.

Ihr Schwiegersohn, der die vier Kinder versorgt hatte, begann zu trinken, war nur noch unregelmäßig zu Hause und verließ nach einigen Monaten die Familie ganz. Für Frau H. bestand das Hauptproblem in der



Versorgung der Kinder, da die Tochter ihren Beruf aus finanziellen Gründen nicht habe aufgeben können und auch eine schlechte Hausfrau sei. Sie betreute die Kinder so oft sie konnte, habe sie jedoch - aufgrund des hohen Alters ihres Mannes - nicht auf Dauer zu sich nehmen können. Die Betreuung durch eine Pflegerin sei wegen der hohen Kosten ausgeschieden. Als für die Kinder das Beste beurteilte Frau H. die Adoptionsfreigabe bzw. Heimunterbringung, die ihre Tochter zunächst ablehnte und zu der sie sie nicht überreden mochte. Sie sah diese Lösung jedoch offenbar als einzig mögliche Alternative zu ihrer eigenen totalen Zuständigkeit und Überbelastung an; die Erwägung anderer, weniger extremer Möglichkeiten auch ihrer eigenen Entlastung und Distanzierung erwähnt Frau H. nicht. Vielmehr fühlte sie sich in einer völlig ausweglosen Situation, sie hatte das Gefühl, ihrer Tochter überhaupt nicht helfen zu können.

(1/675) E immer bei mir so'n bißchen diese Angst gewesen o- oder die Angst vor der Angst oder vor ausweglosen Situationen. Das is' aber eigentlich nur gewesen bei I., bei meiner Tochter, nich'.

I hm, hm

E daß ich so war, daß ich dachte, so 'n ich weiß überhaupt nich' mehr weiter. Ich kann überhaupt nicht helfen und nichts.

Als einziger Ausweg - wie schon früher in ihrem Leben - blieb die Entwicklung von Symptomen. So wurden in dieser Zeit ihre Beschwerden immer stärker bis sie schließlich - wie Frau H. selbst sagt - "ausflüpfte" und ins Krankenhaus kam. Dort erfolgte jedoch nur eine somatische Behandlung, ihr psychischer Zustand wurde immer schlechter bis schließlich der Hausarzt eine Depression diagnostizierte (s.o., S. 146 ).

Im Rahmen der Medikamentengeschichte von Frau H. stellte sich die Frage, inwieweit diese Symptomverstärkungen auch auf die pharma-

kologischen Wirkungen und Wechselwirkungen der verschiedenen Arzneimittel bzw. die Dauermedikation zurückzuführen, also Folge des Medikamentengebrauchs waren. Betrachtet man die psychische Bedeutung dieser Konfliktsituation, wird deutlich, daß Frau H.'s bisherige Bewältigungsmöglichkeiten (Erkrankung und Medikation) überschritten waren und sie sich völlig der Situation ausgeliefert fühlte, weil sich in der Situation der Enkelkinder bzw. auch ihrer Tocher ihre eigenen lebensgeschichtlichen Erfahrungen aktualisierten. Sie selbst hatte als Kind bzw. Jugendliche mehrfach Verlust- und Trennungssituationen durch den Tod ihrer Mutter, Wiederheirat und Scheidung des Vaters und Übersiedlung in den Haushalt ihrer Tante erlebt. Auch das Auftreten von Ängsten bei Abwesenheit des Ehemanns unterstützt diese Interpretation. Vermutlich wirken also mehrere Faktoren bei dem Versagen der Bewältigungsfunktion der Medikamente zusammen: die Wiederholung spezifischer und sehr belastender biographischer Erfahrungen, pharmakologische Wirkungen und wahrscheinlich auch die Einschränkungen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter.

Frau K.

Frau K. ist 60 Jahre alt. Ca. ein halbes Jahr vor dem Interview ist sie in den Ruhestand getreten; sie war als Abteilungsleiterin in der Verwaltung einer Hochschule tätig. Sie ist seit mehr als 30 Jahren geschieden und hat ihre drei Kinder allein groß gezogen. Nach der Trennung von ihrem Mann, kurz nachdem das jüngste Kind geboren war, hat Frau K. zunächst im Büro ihres Vaters gearbeitet, dann für einige Jahre eine Stelle in der Privatwirtschaft angenommen und ist schließlich als Angestellte für Textverarbeitung in die öffentliche Verwaltung gegangen. Frau K. hat sich dort im Verlauf ihrer fast 30-jährigen Zugehörigkeit weiterqualifiziert bis zur Abteilungsleiterin. Gleichzeitig hat sie über lange Zeit - um finanziell über die Runden zu kommen, sie erhielt von ihrem geschiedenen Mann keine Unterhaltszahlungen - zusätzlich private Schreibarbeiten ausgeführt. Daneben hat Frau K. über zwanzig Jahre ihre Mutter und später ihren Vater sowie ihre Tochter bis zu deren Tod gepflegt.

Schmerzmittel hat Frau K. seit ihrer Pubertät genommen, da sie immer unter Menstruationsbeschwerden litt. Vor allem in den letzten 25 Jahren hat sie regelmäßig z.T. vom Arzt verordnete, z.T. selbst gekaufte Kreislaufmittel gegen zu niedrigen Blutdruck, Appetitzügler und Abführmittel sowie Schmerz- und Rheumamittel (wie 'Voltaren', 'Muskel Trancopal', 'Thomapyrin', 'Silentan', 'Aspirin') gegen Kopfschmerzen und Wirbelsäulenbeschwerden verwendet. Im Zusammenhang mit einer Hysterektomie erhielt Frau K. zwei oder drei Jahre Hormone verordnet. Außerdem wurden ihr eine Reihe von Beruhigungsmitteln wie 'Lexotanil', 'Frisium', und 'Valium' verordnet, die sie insbesondere zu Zeiten besonderer Belastungen - bspw. der Pflege ihrer Eltern - regelmäßig nahm. Zeitweise gebrauchte Frau K. auch das Anti-Depressivum 'Alival'. In den letzten fünf Jahren nahm sie 'Valium' und das Neuroleptikum 'Dogmatil' im Zusammenhang mit der Betreuung ihrer Tochter und beruflichen Belastungen. Gegen Ende ihrer Berufstätigkeit verzichtete Frau K. zunehmend auf diese Arzneimittel, seit ihrer

Pensionierung verwendete sie mit Ausnahme von leichten Hausmitteln wie bspw. Tees keine Medikamente.

Frau K. benennt zu Anfang des ersten Interviews überblickhaft die Gründe aus denen sie psychotrope Medikamente, wie sie selbst sagt, "wahnsinnig viel geschluckt" hat: sie war als Leiterin einer Verwaltungsabteilung einer Fachschule beruflich sehr stark belastet. Die strukturellen Veränderungen im Hochschulbereich in den vergangenen 15 bis 20 Jahren haben im Verwaltungsbereich viele Probleme aufgeworfen, bei deren Lösung Frau K. oft die Unterstützung ihrer Vorgesetzten vermißt hat. Dazu hatte sie, wie sie sagt "nebenbei", familiäre Belastungen: Frau K. erzog als geschiedene Frau drei Kinder allein; sie betreute und pflegte ihre kranke Mutter über 20 Jahre lang, anschließend ihren Vater drei Jahre und übernahm danach die Pflege ihrer erkrankten Tochter bis zu deren Tod sowie die Betreuung ihres Enkelkinds.

Frau K. sagt selbst:

(2/156) E Praktisch mein Leben hab' ich so, hat sich dann so abgespielt zwischen, also war voll ausgefüllt mit Beruf und, und, mit Familie, nicht.

Und:

(2/176) E Ja, ich mein', ich frag' mich heute immer selbst, wie ich das gemacht habe. (...)

E Also tatsächlich, ich frag' mich, wie hab' ich das heute gemacht, drei Kinder, zwei Eltern und ich hab' wenig verdient damals, ich bin mit BAT VIII angefangen.

Der Gebrauch von schmerzlindernden und beruhigenden Mitteln ist für Frau K. ganz deutlich mit diesen belastenden Situationen und Beanspruchungen verknüpft.

PFLEGE VON FAMILIENANGEHÖRIGEN - "FÜR MICH WAR DAS DANN SELBSTVERSTÄNDLICH, NUR DAS WAR 23 JAHRE , NICH?"

Die Übernahme der Pflege von Mutter, Vater und Tochter neben ihrem Beruf war für Frau K. selbstverständlich.

Schon als junges Mädchen war sie zuständig für ihre schon damals pflegebedürftige Mutter. Als kurz vor ihrer mittleren Reife bei Kriegsbeginn 1939 die Schule, die sie besuchte, aufgelöst wurde, sei sie nach dem Wunsch des Vaters zu Hause geblieben "weil dann immer eine für seine Frau da war". Sie ist jedes Jahr mit ihrer Mutter zur Kur gefahren. Während ihre ältere Schwester sich solchen Forderungen entzogen und studiert habe, hat Frau K. aus diesem Grund keine Berufsausbildung erhalten. Eigentlich hatte sie den Wunsch, Medizin zu studieren und hat sich aufgrund dieses Interesses während des Krieges zum Roten Kreuz gemeldet und eine Schwesternhelferinnenausbildung gemacht. Zuvor hatte sie noch ein Jahr die Höhere Handelsschule besucht, da sie befürchtete, ohne diese Ausbildung für den Fabrikdienst dienstverpflichtet zu werden. So wurde sie zu einer Bürotätigkeit dienstverpflichtet.

Obwohl ihre Schwester ein "sehr inniges Verhältnis" zu ihrer Mutter gehabt habe, und Frau K., da sie "etwas nüchterner" sei, nicht so, habe sie die Pflege der Mutter übernommen. Die Erwägung anderer Lösungen, bspw. die Unterbringung in einem Pflegeheim, erwähnt Frau K. nicht. Die Entscheidung, ihre Mutter zu pflegen hat sie offenbar nie in Frage gestellt, auch nicht, als die Pflegedauer unerwartet lang wurde und sie Medikamente nahm, um trotz der Belastung leistungsfähig zu sein.

(1/102) E Aber sie war lieb und hat das alles anerkannt und, und für mich war das dann selbstverständlich. Nur das war 23 Jahre, nicht? Und da hatt' man zunächst nicht dran gedacht, nicht?

I hm

E Und dann ... ehm, na ja, wenn man dann Kopfschmerzen hat, dann nimmt man schnell was, nicht? (lacht etwas) und,

I hm

E und um auch wieder im Dienst fit zu sein, nicht? Und wenn man müde ist, dann nimmt man was zum aufputschen,

I ja,

E wie das so ist. Und dann, ehm, nachdem meine Mutter gestorben war, war mein Vater, eh, der war sehr böse immer. Der, der - wie mitunter ja manche ältere Leute sie - werden,

I hm

E aber er, er war immer schon sehr patriarchalisch und, und bestimmte und beherrschte.

Die Pflege ihres Vaters hat Frau K. aufgrund seiner beherrschenden Art sehr belastet. Nachdem er gestorben war, hatte sie das Gefühl, daß ihr "nichts mehr passieren", es ihr "nie mehr schlechter" gehen könne. Ein paar Monate später jedoch stellte sich heraus, daß eine ihrer Töchter an Krebs erkrankt war. Auch in diesem Fall hat Frau K. selbstverständlich die Pflege und die Betreuung des Enkelkindes übernommen. Um diese psychische Belastung durchzustehen, hat sie dann das 'Dogmatil' verordnet bekommen.

(1/171) E Und, ehm, das hab' ich also geschluckt, um, um dann - meine Tochter hatte 'nen Jungen, der war damals elf. Und, eh, die hab' ich dann zeitweilig also bei mir gehabt oder wieder im Krankenhaus und dann mit dieser Scheiß-Chemotherapie, also die ist so elendig zugrunde gegangen,

I ja

E ehm, daß, ehm, ... man da einfach sonst gar nicht da drüber weggekommen wäre, nicht?

Kurz darauf sagt Frau K., daß sie die Beruhigungsmittel brauchte, um

für den Enkel "das Leben einigermaßen normal zu gestalten" und auch um vor ihrer Tochter, die selbst "unheimlich tapfer" war, ihre eigene Trauer und Verzweiflung nicht zu zeigen. Mit Hilfe der Mittel kontrollierte sie ihre Gefühle, um den Schein von Normalität aufrechtzuhalten und den Zusammenbruch von Tochter und Enkel zu verhindern.

Frau K. brauchte in der ganzen Zeit der Pflege jedoch nicht nur Beruhigungsmittel, sondern hat auch, da sie stark unter Rückenschmerzen gelitten hat, häufig Schmerzmittel verwendet.

(1/1032) E 'Trancopal' gibt's noch. Die hab' ich auch immer, das waren diese Zäpfchen. Die hab' ich

I hm

E bis zum Geht-nicht-mehr

I hm

E auch immer morgens, um in Gang zu kommen und abends, wenn man nicht schlafen konnte, diese, diese Zäpfchensachen, wegen der Wirbelsäule, nicht?

I Weil Sie solche Schmerzen hatten?

E Ja, das kam natürlich auch immer, mein Vater (der hat ?) zwei mal Schlaganfall gehabt, den (hab' ich da ? irgendwo sonstwo ausge- ?) ne? Meine Mutter immer gebettet,

I ja

E meine Tochter dann, nicht?

I ja

E und immer in dieser Haltung

I ja

E und, und so, nicht? Nehm' ich an, nicht?

ERWERBSTÄTIGKEIT UND FAMILIE - "FÜR MICH HAT NOCH NIE EINER 'NE TASSE KAFFEE GEKOCHT" ...

Nach der Scheidung von ihrem Mann war Frau K. in einer ökonomisch ungesicherten Situation. Ihr geschiedener Mann entzog sich Unterhaltszahlungen und staatliche Unterstützung wollte sie nicht in Anspruch nehmen. Frau K. lebte zunächst bei ihren Eltern und half ihrem Vater im Büro.

(2/405) E Na ja, und dann bin ich dann wieder nach G. gezogen zu meinen Eltern, und dann habe ich meinem Vater im Büro geholfen und, äh, dann habe ich gedacht, nee, das wollte ich auch nicht immer, der, mein Vater war nie irgendwie so nett. Da macht sich ja immer die Abhängigkeit so, so bemerkbar, so deutlich.

Diese Erfahrung und Gedanken an ihre Zukunft, wenn nämlich ihre Kinder sie nicht mehr brauchen würden,

(2/215) E ... hab' ich mir gedacht, was machst du, wenn die Kinder groß sind. Du hast nichts gelernt, nichts, dann hast du, verpaßt du den Anschluß.

haben zu der Entscheidung geführt, sich unabhängig zu machen und eine Arbeitsstelle zu suchen.

Frau K. war einige Jahre in der Privatwirtschaft tätig und trat dann als Angestellte für Textverarbeitung in den öffentlichen Dienst ein. Aus finanziellen Gründen hat sie mehrere Jahre zusätzlich private Schreibaarbeiten ausgeführt. Vor allem hat sie sich aber in ihrer beruflichen Tätigkeit engagiert und durch Fortbildungskurse weiter qualifiziert (" ... da habe ich mich dann reingekniet ..."), so daß sie zuletzt Abteilungsleiterin war.



Frau K. hat immer wieder über lange Zeit ihren Vorgesetzten vertreten. Durch diese zusätzlichen Aufgaben hat sie ein umfassendes Wissen und vielseitige Kompetenzen erworben, es bedeutete für sie allerdings auch doppelte Arbeit.

(1/1145) E Das war also 'ne ganz harte Zeit, und ich hab' wahnsinnig Überstunden, sonst hätt' ich das gar nicht geschafft.

und

(2/1314) E jetzt legst du dich 10 Jahre flach und du, hier willst du nicht stehenbleiben, nicht. Das war mein fester

I ja ( ? )

E Entschluß, auch die ein bißchen miese

I ( ? )

E Art von meinem Vater immer, nicht.

I hm

E Ja, das hat mich eigentlich dazu, hm, ... bewogen, nicht stehen-, also nicht, nicht irgendwie da so stehen-, stehenzubleiben, ...

Diese Vertretungstätigkeit war besonders zu Anfang sehr belastend für Frau K., da sie sich sehr verantwortlich für ihre Arbeit fühlte. Frau K. erzählt, daß sie "aufgegeben" habe, weil sie in ihrer eigentlichen Arbeit nicht ausreichend vertreten wurde und es zuviele neue Aufgaben waren. Außerdem spielte ihre besondere Situation als einzige Frau eine Rolle, d.h. als einzige, die zusätzlich häusliche Belastungen hatte und sich Lücken und Unsicherheiten - die sie eventuell auf dem Hintergrund, nicht über eine spezifische Berufsausbildung zu verfügen, besonders wahrgenommen hat - nicht leisten konnte.

(2/757) E ... da wollte ich nicht, und dann vor allen Dingen, ganz wichtig, 'ne Frau.

I hm

E Ich habe, glaube ich, auch schon mal gesagt, ich saß als einzige Frau immer

I ja

E oben an dem Tisch. Nachher, zu Anfang war ich auch die einzige Frau, hm, aber, hm, die Atmosphäre war im Grunde 'ne andere, 'ne nettere, ähm, aber ich hatte immer das Gefühl, ich hab' noch fürchterliche Lücken, ähm, und dann kommt wieder mal 'ne häusliche Belastung, ich weiß noch genau, meine

I hm

E Kinder, und meine beiden Mädchen wurden konfirmiert, und ich hatte das Dachgeschoß ausbauen lassen und jeden Abend, wenn ich nach Hause kam, lag der ganze Mörtel bis oben, die Wohnung runter. Dann dachte ich, das

I hm

E schaffst du nicht, nicht. Also, dann geh' ich lieber auf den anderen Arbeitsplatz zurück und dann wird sich schon mal was finden, wo du weiterkannst, nicht.

Da ihr die Anforderungen durch die Übernahme neuer und zusätzlicher beruflicher Aufgaben und häusliche Belastungen - zu dieser Zeit pflegte Frau K. schon ihre Mutter - zuviel wurden, stellte sie ihre beruflichen Interessen zurück. Trotz ihres Engagements im Beruf standen für Frau K. die familiären Aufgaben und Verpflichtungen immer und selbstverständlich an erster Stelle.

Das Ausgefülltsein mit Familie und Beruf hat andere Lebensbereiche und Bedürfnisse verdrängt, was sich eigentlich aber erst jetzt nach der Pensionierung, wo Frau K. mehr Zeit für sich hat, bemerkbar macht.

(2/228) E So und

I hm

E nun legst du dich zehn Jahre erstmal krumm, hab' ich mir gesagt, nicht, und das hab' ich auch gemacht und, und ich hab' das, ja, manchmal hab' ich wohl was vermißt und so, und, und, äh, eigentlich vermiß' ich das jetzt mehr, äh,

daß ich mir hab' kein, so Bekanntenkreis aufbauen können.

Der Preis der Entscheidung zur Selbständigkeit und finanzieller Unabhängigkeit, "sich krumm zu legen" ("... aus den zehn Jahren ackern sind dann natürlich zwanzig geworden ...") ist, wenig Freunde und Bekannte zu haben. Wie die folgende Textpassage zeigt, bedauert Frau K. vor allem die Einseitigkeit ihrer Entwicklung, hält aber beides gleichzeitig für ausgeschlossen.

(2/234) E ... so daß ich eigentlich ...

I hm

E ja eben nicht sagen kann, daß, daß ich das vermisse, sondern, daß ich es schade finde, daß es so extrem wenig, hm, zur einen Seite hin war, andererseits, hm, hätte ich mich wahrscheinlich gar nicht so entwickelt und, und meine Position aufgebaut, nicht, und mit IVA abgegangen und

I ja

E mit VIII angefangen, nicht, und da muß

I ja

E man ja auch Kurse machen und, und so weiter, das hätte ich sicher alles, äh,

I ja, ja

E dann hätte ich mich so verzettelt, nicht, und,

I ja

E und, ich mein', es hat sich ja gelohnt, und ich habe immer gesagt, Hauptsache, du bleibst gesund, nicht.

Frau K. scheint mit ihrer Entscheidung zu beruflichem Engagement und ihrem Erfolg, der sich auch ökonomisch an ihrem Gehalt bzw. Altersruhegeld bemißt, zufrieden. Dies wiegt die Belastungen und den Verzicht auf einen Freundeskreis auf, es hat sich gelohnt. Wichtig war ihr dabei immer, gesund zu bleiben. Angesichts der vielen Beschwerden unter denen Frau K. gelitten hat, muß "gesund bleiben" die Bedeutung

von nicht schwer erkrankt bzw. noch am Leben sein, haben. In diesem Sinn gesund zu sein ist die Voraussetzung dafür, den Lohn für Engagement und Verzicht, nämlich einen ökonomisch gut gesicherten Ruhestand, zu genießen.

Zur Einschätzung und Beurteilung der Vor- und Nachteile ihrer Entwicklung und ihrer jetzigen Situation vergleicht sich Frau K. häufig mit ihrer älteren Schwester, die im Gegensatz zu ihr nicht allein lebt, sondern verheiratet ist.

(1/1388) E ... und sie hat 'ne ganz gute Ehe und, und vor allen Dingen hat sie immer jemanden, der ihr alles mitmacht, nicht.

I hm

E Ich mach' ja alles alleine, nicht. Und "nee, das kann ich nicht", und "dies kann ich nicht", und "das kann ich nicht", und "mittags muß ich erstmal drei Stunden schlafen" und dieses und jenes. Bin ein ganz anderer Typ, nicht.

Im Gegensatz zu ihrer Schwester hat Frau K. zwar niemanden, der ihr hilft, ist aber deshalb auch viel selbständiger, kann und macht alles allein. In der folgenden Textsequenz kommt allerdings zum Ausdruck, daß ihr schon etwas gefehlt hat, da ihr nie jemand etwas abgenommen hat. Daß sie immer für andere da war, sieht Frau K. hier weniger in ihren Lebensumständen als alleinerziehende und alleinverdienende Frau, sondern in der Sozialisation durch die Hilfsbedürftigkeit ihrer Mutter begründet.

(2/1559) E Mein Schwager bügelt seine ganzen Hosen, nicht.

I hm, hm

E Mensch, also so, verstehen Sie, ich ich,

I hm

E für mich hat noch nie einer 'ne Tasse Kaffee gekocht,

sag' ich immer, und, und ich, das sagte meine älteste Tochter, "Mammi, wir haben das noch nie überlegt, daß du auch mal Hilfe brauchst oder auch mal", nicht. "Du bist immer die-

I hm

Ejenige, die, die, die das alles macht", nicht, und so. Aber so bin ich eben durch

I hm, hm

E meine Mutter, die immer Hilfe braucht, gekommen, nicht.

Das Motiv des Helfens spielt im übrigen nicht nur im familiären Bereich, sondern auch im Beruf eine Rolle. Gerade die Bereiche ihrer Arbeit, in denen sie mit anderen Menschen zu tun hatte und wo sie anderen helfen konnte, machten Frau K. besonders viel Freude. (Aus diesem Grund war Frau K., wie sie sagt, auch nicht besonders traurig, als sie die Stelle der Verwaltungsleiterin, für die sie vorgeschlagen war und die sie mehrfach über längere Zeit vertreten hatte, aus organisatorischen Gründen doch nicht bekam.)

Für Frau K.'s Leben war es bestimmend, sich aus schlechten Ausgangsbedingungen als alleinerziehende Frau mit drei Kindern und ohne Berufsausbildung herauszuarbeiten. Antrieb dabei waren der Wunsch nach Unabhängigkeit und das Motiv zu helfen. Durch starkes Engagement im Beruf und Einschränkungen im Privatleben konnte Frau K. sich in eine Leitungsposition hocharbeiten. Die Identifikation mit den beruflichen Aufgaben brachte einerseits Befriedigung, aber andererseits auch Konflikte. Einer der Konflikte kristallisierte sich in einer speziellen Situation - dem wöchentlichen Leitungsgespräch -, zu deren Bewältigung Frau K. über lange Zeit gezielt Beruhigungsmittel verwendet hat.

DAS LEITUNGSGESPRÄCH - "DANN SABEN SIE DA ALS EINZIGE FRAU UNTER LAUTER MÄNNERN UND DAS WAR WIE 'NE WAND" ...

Im Gegensatz zu bestimmten Teilbereichen ihrer Arbeit, die ihr viel Freude machten, weil sie Menschen helfen konnte, war das wöchentlich stattfindende Leitungsgespräch für Frau K. sehr belastend. Es war vor allem deshalb problematisch, weil sie dort häufig eine andere Meinung als ihre Kollegen und Vorgesetzten vertrat. Aus Engagement und Verantwortungsgefühl verwies sie als "treibende Kraft" auf die Probleme neuer Regelungen und Bestimmungen hin, fühlte sich damit jedoch nicht verstanden.

(1/1173) E Und ich hab das mit dem (Verwaltungsleiter) besprochen, und wenn aber, aber, eh, um auf irgendwas aufmerksam machen, nicht?, das, das war ich immer so die treibende Kraft dann

I ja

E oder zu sagen: "Guckt mal Kinder, da steht das und das! Das bedeutet das und das. Und wenn das so wird, dann hat das die und die Folgen ", nicht?

I ja

E Und dann konnte man das diskutieren mit - und mit der Gruppe. Hm, und ... wenn ich mit dem Verwaltungsleiter jetzt ein Problem besprach, eh, "Tja", sagt er, "das, das besp-, das lassen Sie uns mal Mittwoch (im Leitungsgespräch) besprechen", nicht?

I hm

E Und Mittwoch saß er ganz stur da und tat, als wenn er überhaupt noch nichts davon gehört hatte, nicht?

I hm

E Fies, nicht?

I hm

E Und genauso war das mit'm Präsidenten, nicht?

I ja

E Der, eh, so mit - unter vier Augen konnten Sie herrlich mit ihm sprechen, nicht,

I hm

E aber der hatte - der hat nie Stellung bezogen oder, oder mich mal unterstützt oder so, ne?

Frau K. fehlte es an Unterstützung und an Resonanz. Sie empfand, wie das folgende Zitat zeigt, ein geschlossenes Unverständnis durch ihre männlichen Kollegen und Vorgesetzten.

(1/200) E Und dann - sag' ich ja, dann saßen Sie da als einzige Frau

I hm

E zwischen acht Männern

E und das war wie 'ne Wand

An anderer Stelle spricht Frau K. auch davon, wie Regierung und Opposition "zwei verschiedene Sprachen" sprechen.

In dieser Situation erwarteter Ablehnung und fehlender Unterstützung nahm Frau K. gezielt eine Tablette, wenn etwas "Heikles" oder "Prekäres", eine Auseinandersetzung anstand. Dabei erscheint die Tablette als etwas, worauf Frau K. als letztes Kraftreservoir zurückgreifen kann und was sie in Auseinandersetzungen schützt.

(1/1615) E Das war immer, daß ich immer sagte: Ich hab' auch noch meine Tablette letztlich, ne?

I ja

E Aber ganz selten ..., nicht?

I Ah ja, wie oft denn so?

E Ja, wenn dann, wenn, wenn, wenn das anstand,

I hm

E nicht, und ich wußte: da ist irgendwas Prekäres oder Heikles,

I hm

E dann hab' ich immer, wie gesagt, 'ne Stunde vorher vor der Sitzung, nicht? Oder wenn ich mit dem Präsidenten 'en hartes Gespräch hab', dann hab' ich mir vorher so'n Ding genommen.

Heikel und prekär war etwas, wenn Frau K. sich mit ihrer Auffassung nicht durchsetzen konnte und für Dinge die Verantwortung trug, die sie eigentlich nicht verantworten konnte.

(1/279) E Da kann ich ja nicht irgendwelche Präzedenzfälle mir schaffen oder sonst was. Und, ehm, dann letztlich war ich dafür verantwortlich. Also hab' ich immer noch meine 'Dogmatil' geschluckt, nicht?

In diesem Konflikt zwischen Verantwortlichkeit einerseits und Machtlosigkeit bzw. Mangel an Unterstützung andererseits schluckt Frau K. ihren inhaltlichen Widerspruch mit den Tabletten. Eine weitere Funktion des Medikaments kommt in der folgenden Textpassage zum Ausdruck.

(1/235) E Und, ehm, dann im Leitungsgespräch, dann saßen (da?) die Referatsleiter da, und, und man ha-, ich hatte kaum Unterstützung, wir hatten 'n sehr schwachen Verwaltungsleiter, so daß ich da auch immer meine Tablette geschluckt hab' (lacht) (bis?) ich da rauf ging.

I ja

E Das klingt - wirklich!

Es, es, es, das hab' ich gemacht! } gleich-

I So auch, um da durch, eh, das durchzusteh'n } zeitig

E Son- sonst, ich hab' mich ein paar Mal mit dem Präsidenten angelegt und so, daß ich also, eh, noch grade seine Tür erreichte und heulend da rausging, nicht?



Was in einem solchen Gespräch bzw. einer Auseinandersetzung passieren würde, ohne die Tablette genommen zu haben, sagt Frau K. im letzten Satz: sie würde - eventuell ohne die Tür rechtzeitig zu erreichen - ihre Gefühle nicht kontrollieren können und vor Wut weinen. Dieser Kontrollverlust würde sehr stark mit dem Verhalten ihrer durchweg männlichen Kollegen ("das war wie 'ne Wand") und Vorgesetzten ("und Mittwoch saß er ganz stur da") kontrastieren und dazu führen, mit ihrer Meinung noch weniger ernst genommen zu werden.

Die speziellen Anforderungen im Leitungsgespräch, nämlich möglichst ohne Emotionen zu versuchen, die eigenen Standpunkte und Sichtweisen durchzusetzen bzw. wenn dies nicht möglich ist, sich davon zu distanzieren, kann Frau K. nur mit Hilfe ihres Beruhigungsmittels bewältigen. Die Tabletten haben in dieser Situation die Bedeutung eines Kraftreservoirs, mittels dessen sie Ohnmacht und Mangel an Unterstützung durch Vorgesetzte kompensiert. Sie haben die Funktion, Gefühle und Verhalten, dessen Äußerung in diesem Kontext als Ausdruck weiblicher Schwäche und Irrationalität diskriminiert würde, zu kontrollieren.

## 5. ZUSAMMENFASSUNG: BEDINGUNGEN UND FUNKTIONEN DES GEBRAUCHS PSYCHOAKTIVER MEDIKAMENTE VON FRAUEN

Wir wollen im folgenden zunächst die aus den Einzelfallauswertungen verallgemeinerbaren, für den Gebrauch psychoaktiver Medikamente bedeutsamen Belastungen bzw. Belastungsmuster der Pflege- und Verwaltungstätigkeit sowie der Familienarbeit zusammenstellen. Ausgeklammert bleiben, da wir den Strukturen der Arbeits- und Lebenssituation von Frauen an dieser Stelle Vorrang geben, andere in den Einzelfällen wichtige Faktoren wie bspw. das System der gesundheitlichen Versorgung, das u.a. mit seinen ökonomischen Gegebenheiten, den theoretischen Annahmen der (Schul-)Medizin und der entsprechenden Verordnungspraxis den problematischen Gebrauch von psychotropen Medikamenten in diesem Ausmaß erst ermöglicht.

Die Analyse der Struktur des Zusammenwirkens der situativen, institutionellen Anforderungen der Arbeit in Familie und Beruf mit individuellen, lebensgeschichtlich erworbenen Bereitschaften läßt die Bewältigungsfunktion psychotroper Medikamente auf der psychischen und sozialen Ebene erkennen. Im dritten Abschnitt wird untersucht, unter welchen Bedingungen die Medikamente ihre Bewältigungsfunktion erhalten und wann sie sie wieder verlieren, d.h. die Prozesse des Einstiegs und des Ausstiegs aus der Medikamenten'karriere' stehen im Vordergrund.

### 5.1. BELASTUNGEN

#### 5.1.1. FAMILIE / PRIVATE BEZIEHUNGEN

Im Bereich der Familie bzw. privater Beziehungen sind überwiegend Belastungen von Bedeutung, die dem Bereich der Gefühlsarbeit zuzuordnen sind. Die Pflege und Versorgung erkrankter bzw. betreuungsbedürftiger Familienangehöriger (Eltern, Kinder, Enkel) stellt eine häufig benannte sowohl körperliche als auch emotionale

Belastung dar, deren Auswirkungen - wie körperliche Schmerzen, Trauer, Schuldgefühl und Verzweiflung - mit Medikamenten unterdrückt und damit Leistungsfähigkeit und Normalität aufrechterhalten werden sollen (vgl. besonders Frau K., auch Frau H.).

Die einseitige Zuständigkeit für das Wohlbefinden und die Bedürfnisse von Partnern ist eine weitere relevante Anforderung. Auf der Grundlage emotionaler Abhängigkeit führt die selbstverständliche und z.T. totale Inanspruchnahme von Einfühlung und Unterstützung einerseits dazu, quasi als 'Müllschlucker' für alles verantwortlich zu sein (vgl. Frau R., Frau B.), andererseits eigene Bedürfnisse und Interessen unterzuordnen und zurückzustellen (vgl. Frau G., Frau E.). Die Folge sind Empfindungen von Leere, Depression, Angst. Die Einseitigkeit der Unterstützungsleistung läßt eine Lücke oder einen Mangel entstehen, der mit Hilfe von Psychopharmaka geschlossen wird. Insbesondere Beruhigungsmittel bekommen die Bedeutung eines verfügbaren "Beschützers".

Ein Mangel an emotionaler und auch praktischer Unterstützung im Privatbereich stellt eine häufig thematisierte Belastung dar. Aufgrund der Abwesenheit einer nahen Vertrauensperson oder eines bzw. des Partners fehlen Möglichkeiten des Austausches sowie Entlastung von Arbeit und Verantwortung bspw. für Kinder (vgl. Frau K., Frau I., Frau H., Frau E.).

Grundsätzlich erweisen sich ökonomische Ressourcen als bedeutsam für das Ausmaß an Beanspruchung und den Umgang mit Belastungen. Geschiedene Partner, die sich Unterhaltszahlungen für gemeinsame Kinder entzogen, setzten die betroffenen Frauen unter ökonomischen Druck (vgl. Frau K., Frau I.). Umgekehrt ermöglicht u.a. eine finanzielle Absicherung weniger belastende Arbeitssituationen aufzusuchen (vgl. Frau F.).

## 5.1.2. PFLEGE

Bei drei der vier interviewten Krankenschwestern bestand relativ früh der Wunsch, diesen Beruf zu erlernen. Aus der lebensgeschichtlich erworbenen Motivation anderen Menschen zu helfen, resultierte eine innere Beziehung zu der pflegerischen Tätigkeit und eine starke Identifikation mit dem Beruf.

Besondere Relevanz für den Gebrauch von Psychopharmaka hat die Pfllegetätigkeit im Rahmen der Institution Klinik. Eine wesentliche Anforderung der Pfllegetätigkeit, nämlich Gefühlsarbeit zu leisten, hat unter bestimmten strukturellen Bedingungen weitreichende Auswirkungen auf Befindlichkeit und Bewältigungsformen. Von den institutionellen Bedingungen ist an erster Stelle die Schicht- und Nachtarbeit zu nennen. Zum einen führen die Störungen des Tag-/Nacht-Rhythmus' zu Befindlichkeitsstörungen, die mit Hilfe von Schlaf- und Aufputschmitteln kompensiert werden. Zum anderen werden alle Aktivitäten im Privatbereich aufgrund der zeitlichen Restriktionen erheblich eingeschränkt, die Betroffenen sind vom "normalen Leben abgeschnitten" (vgl. Frau A.). Die Folge ist u.U. eine zunehmende Orientierung auf Arbeit und Beruf in dem man "aufgeht" (Frau E.) bzw. der zum Lebens"inhalt" wird (Frau A.). Dabei spielen individuelle Bereitschaften, vor allem das Motiv zu helfen, eine große Rolle. Es bestimmt sehr stark emotionales Engagement und Identifizierung mit dem Beruf. Die Gefahr, dem Sog institutioneller Anforderungen, zu dem auch ein ständiger Personalmangel beiträgt, zu erliegen und zunehmend auf Abgrenzung und Privatleben zu verzichten, ist umso größer, je ausgeprägter die Angewiesenheit ist, auf dem Weg der Gefühlsarbeit, des empatischen Eingehens auf die Bedürfnisse anderer, Anerkennung und Zufriedenheit zu erlangen. Die Dankbarkeit der Pflegebedürftigen und das Gefühl gebraucht zu werden, das besonders stark in Nachtdiensten auftritt, wo sozusagen "voller Einsatz" (Frau A.) verlangt wird, vermittelt ein hohes Maß an Gratifikation und Befriedigung. Die Kehrseite ist jedoch körperliche und psychische

Verausgabung, u.U. bis zum Zusammenbruch. Als emotional belastend wirkt sich die ständige Konfrontation mit dem Leiden von Patienten sowie die Verantwortung für ihr Wohlergehen aus. Innerlich oder äußerlich geringe Möglichkeiten zu Abgrenzung und Distanzierung führen zu permanenter Anspannung bzw. dazu, in "Mitleiden"schaft (vgl. Frau E.) gezogen zu werden. Psychopharmaka werden dann mit dem Ziel verwendet, abzuschalten, zu entspannen und Ruhe zu finden. Zum Wohle der Patienten für ein günstiges Stationsklima, wozu harmonische Beziehungen innerhalb des Pflegepersonals beitragen, zu sorgen, ist eine Anforderung, die an leitende Schwestern gestellt wird (Frau A.). Von den jüngeren bzw. untergebenen Schwestern (Frau F., Frau B.) werden Konflikte zwischen Kolleginnen und mit Vorgesetzten, als belastend empfunden. Insbesondere die hierarchische Struktur im Klinikbereich wird als Belastungsfaktor benannt, der im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Psychopharmaka steht. Beruhigungsmittel zu nehmen wird zu einer Form der Bewältigung, wenn die Alternative, sich zur Wehr oder durchzusetzen, nicht gegeben ist (vgl. Frau F.).

### 5.1.3. VERWALTUNG

Für die interviewten Frauen aus Verwaltungsberufen ist charakteristisch, daß sie - mit Ausnahme einer Jüngerer (Frau D.) - alle ursprünglich andere, vor allem sozial orientierte Berufswünsche (Ärztin, Lehrerin, Erzieherin) hatten, die sie aber aufgrund familiärer Einflüsse und äußerer Umstände (Kriegsereignisse) nicht verwirklichen konnten. Unter diesen Bedingungen war der einjährige Besuch der Handelsschule eine 'schnelle' Alternative zu den eigentlichen, aber nicht realisierbaren Zielen. Die folgende Berufstätigkeit bzw. Dienstverpflichtung (während des NS) wurde von allen bei der Heirat bzw. der Geburt des ersten Kindes aufgegeben. Drei der vier Frauen (vgl. Frau I., Frau K., Frau G.) nahmen ihre Berufstätigkeit wieder auf, als sie durch Verwitwung und Scheidung bzw. das Ausbleiben von Unterhaltszahlungen in ökonomischen Druck gerieten. Sie führten

verschiedene Tätigkeiten in der Privatwirtschaft (Fabrik, Büro, Arztpraxis) aus, bis sie in den öffentlichen Dienst als Schreiberkraft eintraten. Von diesen ungünstigen Ausgangsbedingungen haben sie sich z.T. mit viel Zusatzarbeit und unter hoher Beanspruchung fortgebildet und zur Sachbearbeiterin bzw. in leitende Positionen hochgearbeitet. Trotz des Aufstiegs, der auch Selbstbestätigung und Stolz schafft, bleibt jedoch Angst vor Lücken und Überforderung, ein Mangel an Selbstvertrauen. Dieser für einen Teil Frauen typische Werdegang hatte für sie jeweils einen erheblichen Einfluß auf Belastungen, Beanspruchung und den Umgang damit sowie auf Möglichkeiten, Anerkennung und Zufriedenheit aus der Tätigkeit zu ziehen.

Auf dem skizzierten Hintergrund sind neben der eigentlichen Gefühlsarbeit, die als Harmonisierungsarbeit und Interessenvermittlung geleistet wird, vor allem Handlungs- und Entscheidungsspielräume und -befugnisse von Bedeutung. Die folgenden verdichteten Beschreibungen charakterisieren die für den Gebrauch psychotroper Mittel relevanten Arbeitssituationen von drei Frauen:

- \* in - trotz Aufstieg - in der Abteilung untergeordneten Position und als einzige Frau von männlichen Kollegen mit Arbeit "eingedeckt" zu werden, ohne eigene Zeit- und Handlungsspielräume, ohne eigenen "Raum" (im doppelten Sinne) und ohne Unterstützung (aufgrund der Wegrationalisierung des Arbeitsplatzes einer Kollegin) (Frau I.)
- \* in einer Leitungsposition zwar Verantwortung tragen aber zugleich ohnmächtig sein, sich nicht durchsetzen können bei einem Mangel an Unterstützung durch männliche Vorgesetzte und Kollegen (Frau K.)
- \* in verantwortlicher Position, aber ohne ausreichende Weisungs- und Entscheidungsbefugnisse Interessengegensätze und -unterschiede effektiv vermitteln, ausgleichen und puffern (Frau G.).

Das strukturell Gleiche dieser Situationen ist zum einen die

Machtlosigkeit, zum anderen der Mangel an sozialer Unterstützung. Die Koordination von und Verantwortung für Arbeitsabläufe stellt bei geringen formalen bzw. sozial akzeptierten Handlungs- und Entscheidungsspielräumen hohe Anforderungen an persönliche Kompetenzen. Der Mangel an Befugnissen und formaler Absicherung muß mit der eigenen Person ausgefüllt werden, die Durchsetzung eigener Einschätzungen und Entscheidungen ist eine Frage persönlicher Stärke. Wird zusätzlich soziale Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten nicht gegeben, gehen derartige Auseinandersetzungen - auf der Grundlage eines leicht erschütterbaren Selbstvertrauens in die eigene fachliche Kompetenz (s.o.) - an die persönlichen Grenzen bzw. an die Substanz. Insbesondere beruhigende Medikamente stellen dann ein Mittel dar, die aus der Ohnmacht resultierenden Gefühle zu beherrschen. Außerdem haben sie die Funktion, die Folgen derartiger Arbeitssituationen die - u.a. aufgrund von Personaleinsparungen und Mangel an Vertretungen - immer auch mit Arbeitsüberlastung verbunden sind, Erschöpfungszustände und Verschleißsymptome, zu kompensieren.

Ein weiteres mit Beschwerden und entsprechendem Medikamentengebrauch verbundenes Problemfeld stellt der Mangel an qualifizierten Teilzeit-Arbeitsplätzen, die zugleich den Ansprüchen auf Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten einerseits und den Erfordernissen der Kinderbetreuung und -erziehung andererseits gerecht werden, dar. (1) Wenn die Unvereinbarkeit beider Bereiche zu einem Verzicht auf weitergehendes berufliches Engagement führt, können Unzufriedenheit und Beschwerden die Folge sein.

---

(1) Dies ist allerdings kein Spezifikum der Organisation und Inhalte von Verwaltungsarbeit; es wird jedoch an dieser Stelle aufgeführt, weil es der zentrale Konfliktpunkt bei einer der interviewten Verwaltungsangestellten ist (vgl. Frau D.).

## 5.2. FUNKTION DES GEBRAUCHS PSYCHOAKTIVER MEDIKAMENTE

Zusammenfassend - und von den konkreten Lebens- und Arbeitssituationen abstrahierend - lassen sich verschiedene Ebenen der Funktion des Gebrauchs psychoaktiver Medikamente unterscheiden.

Ganz allgemein liegt der Zweck ihres Konsums in der Beeinflussung der Befindlichkeit, also der Steuerung von Gefühlen und Affekten (Trauer, Verzweiflung, Wut), von psychischen (depressive und Angstzustände, Schlafstörungen) und physischen Symptomen (Schmerzen). Diese Manipulation psycho-somatischer Zustände hat das Ziel, die aufgrund der gestörten Befindlichkeit beeinträchtigte oder gefährdete Leistungsfähigkeit wiederherzustellen oder aufrecht zu erhalten.

Im Erleben der Konsumentinnen lassen sich zwei psychische Funktionen der Medikamente bzw. ihres Gebrauchs differenzieren, die auf der sozialen Ebene eine Entsprechung finden. Erstens dienen psychotrope Mittel der Distanzierung und Abgrenzung. Sie sollen ermöglichen, abzuschalten, zu entspannen, Ruhe zu finden, Abstand zu den Geschehnissen und sie auslösenden Gefühlen zu haben. Indem die Mittel nach außen abschirmen, dazu verhelfen eine Fassade aufrecht zu erhalten und sich selbst zu beherrschen, grenzen sie ab. Chemische Hilfsmittel sind immer dann erforderlich, wenn die (Lebens- und Arbeits)Situation im Zusammenspiel mit persönlichen Bereitschaften, Distanzierungsmöglichkeiten einschränkt. Dazu tragen zum einen die spezifischen Anforderungen der Gefühlsarbeit an Offenheit, Empathie etc., zum anderen geringe zeitliche und Handlungsspielräume bei. Die zweite psychische Bedeutung psychoaktiver Medikamente wird aus ihrer Beschreibung u.a. als "Beruhigung in der Dose", "Beschützer", und "Freund" deutlich. Sie geben Stärke und Kraft, wenn soziale Unterstützung durch Kollegen, Vorgesetzte, Freunde und (Ehe)Partner fehlt. Die durch die Einseitigkeit sozialer Unterstützungsleistungen, die in bestimmter Hinsicht auch als Gefühlsarbeit verstanden werden kann, entstehende Lücke wird durch Arzneimittel überbrückt.



Die Medikamente verhelfen also dazu, den sozialen und institutionellen Anforderungen durch Manipulation und Anpassung auf der individuellen psychischen Ebene, ohne Veränderungen der Situation, gerecht zu werden. Ihr Gebrauch ermöglicht den Konsumentinnen - in den meisten Fällen allerdings für eine begrenzte Zeitspanne und mit einem gewissen Preis - soziales und psychisches Überleben in für sie unerträglichen Lebens- und Arbeitssituationen. Unter welchen Bedingungen psychotrope Mittel diese Bewältigungsfunktion bekommen und wieder verlieren, wollen wir im folgenden Abschnitt unter dem Aspekt des zeitlichen Verlaufs betrachten.

### 5.3. GEBRAUCHSMUSTER IM ZEITLICHEN VERLAUF

Im Einzelfall unterliegt die Funktion psychotroper Mittel soziales und psychisches Überleben zu sichern, Veränderungen, die an zeitliche Verläufe gebunden sind. Insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Prävention interessieren zwei Prozesse in der "Medikamentenkarriere": erstens der Zeitpunkt und die Bedingungen, unter denen psychotrope Medikamente eine relativ unverzichtbare Bewältigungsfunktion erhalten und zweitens Zeitpunkt und Bedingungen unter denen sie in dieser Funktion versagen und/oder dysfunktional werden.

Aus den Medikamentengeschichten der interviewten Frauen (1) sollen im

---

(1) Es ist zu berücksichtigen, daß die Angaben der Interviewten bezüglich Dosierungen, Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Einnahme verschiedener Mittel im zeitlichen Verlauf - im Gegensatz zu den in den Einzelauswertungen rekonstruierten Bedeutungen, die als latente Sinnstrukturen vollständig in den Interviewtexten enthalten sind - nur eine Annäherung an die "wahren" Verläufe sein können. Der Medikamentengebrauch als alltägliche Handlung wird nicht über einen Zeitraum von 20 bis 40 Jahren in den Einzelheiten erinnert.

folgenden idealtypische Phasen des Ein- und Ausstiegs konstruiert und mit den tatsächlichen Verläufen illustriert bzw. kontrastiert werden.

### EINSTIEG

Der Phase eines gelegentlichen Gebrauchs, vor allem von Schmerzmitteln, folgt der Einstieg in einen zunächst sporadischen, später regelmäßigen Konsum von Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln. Ausgelöst wird er durch eine dauerhaft veränderte bzw. beeinträchtigte Lebenssituation aufgrund einzelner belastender Ereignisse oder chronischer Belastungen. Eine solche Abfolge und kontinuierliche Steigerung in der Menge und/oder Häufigkeit des Gebrauchs zeigt sich bei vier Frauen:

- \* der gelegentliche Gebrauch von Schlafmitteln aufgrund von Ehekonflikten wird regelmäßig bei Wiederaufnahme der Berufstätigkeit mit 33 Jahren (Frau G.);
- \* zum Gebrauch von Schmerzmitteln kommen Beruhigungsmittel hinzu aufgrund der Belastungen der Pflege von Familienangehörigen und der Berufstätigkeit (ca. 40 Jahre) (Frau K.);
- \* die gelegentliche Einnahme wegen nervöser Beschwerden (22/23 Jahre) wird regelmäßiger aufgrund von Schlafstörungen und Ängsten, die wegen der Abwesenheit des Ehemannes entstehen (33-44 Jahre); später regelmäßiger Gebrauch im Zusammenhang mit beruflichen Belastungen (ab 53 Jahren) (Frau H.);
- \* zur Einnahme von Schmerz- und Migränemitteln kommt die von Schlaf- und später auch von Beruhigungsmitteln hinzu, als ein Verlust an Selbstbewußtsein durch Ehe und Aufgabe der Berufstätigkeit (45 Jahre) zu Schlafstörungen und Depressionen führt. Der Beruhigungsmittelgebrauch verselbständigt sich und wird zur Abhängigkeit (Frau B.).

Abweichend von diesem Verlaufs-Typus zeigen sich in zwei Medikamentengeschichten nach einem berufsbedingten regelmäßigen

Gebrauch Zeiten eines seltenen Konsums, die wiederum von Phasen häufiger Einnahme abgelöst werden, entweder aufgrund chronischer Belastungen durch Schichtdienste und Pflege der Mutter (Frau A.) oder durch Krisen (Schwangerschaft, Fehlgeburt) ausgelöst (Frau E.). Allen sechs Verläufen ist jedoch gemeinsam, daß bei Eintritt der Belastung der Gebrauch von Medikamenten als Bewältigungsform schon über lange Zeit bekannt und vertraut war und die regelmäßige Verwendung frühestens ab etwa dem 35. Lebensjahr einsetzte. Regelmäßiger Gebrauch von Beruhigungsmitteln ohne vorangehende Gewöhnung durch gelegentlichen Konsum zeigt sich nur in zwei Fällen:

- \* Frau I. nimmt regelmäßig Tranquilizer seit der Trennung von ihrem Mann und Wiederaufnahme der Berufstätigkeit (30 Jahre);
- \* Frau R. begann, ausgelöst durch den Suizid ihrer Mutter, täglich Beruhigungsmittel zu konsumieren (ca. 40 Jahre).

#### AUSSTIEG

Bei den Frauen, die ihren regelmäßigen Gebrauch psychoaktiver Mittel aufgegeben oder reduziert haben, werden zwei Bedingungsmuster deutlich, unter denen die Mittel ihre Funktion verlieren. Zum einen können sie aufgrund der Veränderung der Lebenssituation überflüssig werden, zum anderen können sie in ihrer Funktion, psychisches und soziales Überleben zu sichern, versagen oder sogar dysfunktional werden.

Bei dieser zweiten Variante ist die krisenhafte Zuspitzung einer Belastungssituation mit einer Eskalation des Medikamentengebrauchs verbunden und führt zu einem physischen und psychischen Zusammenbruch. Ursachen der Krise liegen in der mit zunehmendem Alter und zunehmender Dauer des Medikamentengebrauchs eingeschränkten Leistungsfähigkeit, in der Aktualisierung grundlegender Konflikte sowie in unerwünschten pharmakologischen (Wechsel-)Wirkungen der Medikamente. Während ein

solcher Zusammenbruch, der vermutlich nicht selten auch eine Folge des Psychopharmakagebrauchs ist, zur verstärkten Verschreibung dieser Mittel führen kann (vgl. Frau A., Frau G.), kann er u.U. - mit Hilfe und Unterstützung - zu einer Veränderung der Lebenssituation genutzt werden:

- \* Frau E. nutzte die vierwöchige Krankschreibung um "aufzuräumen" und ihre Situation zu überdenken, in der Folge reduzierte sie ihre Arbeit und konnte einen Großteil der Medikamente absetzen;
- \* Frau H. bekam nach ihrem Zusammenbruch statt unzähliger Tranquilizer und Schlafmittel etc., die sie bis dahin täglich geschluckt hat, ein Anti-Depressivum, erlernte autogenes Training und konnte im Rahmen psychotherapeutischer Gespräche ihre aktuellen Konflikte abklären;
- \* Frau B. begab sich nach der zweieinhalbjährigen Dauerkrise ihrer Sucht, in der sie fast ausschließlich mit der Beschaffung von Tabletten beschäftigt war, in psychotherapeutische Behandlung und lernte, ihre problematische Lebenssituation auf andere Weise zu bewältigen bzw. zu verändern.

Das Überflüssigwerden des Gebrauchs von Medikamenten durch den Wegfall von Belastungen ist eine zweite Variante des Ausstiegs. Die Medikamente haben bei Frau K. und Frau A. ihre Funktion mit der Pensionierung verloren, weil gesundheitliche Beschwerden nicht mehr oder in geringerem Ausmaß entstehen und aufgrund größerer zeitlicher Handlungsspielräume auf andere Weise bewältigt werden.

Der Ausstieg von Frau R. aus einem Beruhigungsmittelkonsum auf der Basis einer Niedrig-Dosis-Abhängigkeit bildet einen dritten Typus. Nach zehn Jahren Gebrauch und fünf Jahren Auseinandersetzung mit ihrer Lebenssituation im Rahmen von Kuren und Gesprächsgruppen konnte sie ihre Abhängigkeit erkennen und setzte die Tabletten ab. Dies war ohne eine Veränderung der äußeren Situation, aber auch ohne akute Krise, sondern als Resultat der lange währenden Be- und Verarbeitung von Konflikten möglich. Daß die Einnahme der Tranquilizer aufgrund ihres

pharmakologischen Suchtpotentials dysfunktional geworden waren und zur Aufrechterhaltung der Symptome beitrugen, konnte sie - da sie die verschreibenden Ärzte darüber nicht informierten - erst im Nachhinein durch die eigene Erfahrung erkennen.

### III. TEILPROJEKT:

ENTWICKLUNG VON PRÄVENTIONSMABNAHMEN

## 6. KONZEPTUALISIERUNG, ERFAHRUNGEN UND MÖGLICHKEITEN DER INSTITUTIONELLEN ANBINDUNG EINES SEMINARS FÜR FRAUEN

### 6.1. EINLEITUNG

Grundlage der Entwicklung und Erprobung praktischer Präventionsmaßnahmen sind die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Auswertungen, die Bedingungen und Bedeutungen des Gebrauchs psychotroper Medikamente von Frauen ermitteln (vgl. Iu. II). Entsprechend grenzen wir unsere Überlegungen auf die Ebene der Konsumentinnen ein und wollen anderen möglichen Ansätzen wie bspw. die Entwicklung von Aus- und Fortbildungsangeboten für Ärzte und Apotheker als Verteiler der Mittel oder auch Überlegungen zu gesetzlichen Regelungen (zu Verfügbarkeit, Werbung etc.) nicht nachgehen.

Unsere Erfahrungen im Verlauf des Projekts, insbesondere die Tatsache, daß nur eine relativ geringe Anzahl von Frauen bereit war, über Gründe, Bedingungen und Bedeutungen ihres Medikamentenkonsums Auskunft zu geben (1), haben uns dazu veranlaßt, die Erkundung von Bedürfnissen, Motivationen und Bereitschaften, an denen Präventionsmaßnahmen ansetzen können, in den Vordergrund zu stellen.

Wesentlicher Bezugspunkt muß dabei die Funktion psychoaktiver Medikamente, psychisches und soziales Überleben zu sichern, indem Leistungsfähigkeit, Normalität und Unauffälligkeit aufrechterhalten werden, sein. Sie ist - das zeigen die Untersuchungsergebnisse - in der Lebens- und Arbeitssituation der Frauen begründet. Für die

---

(1) Über ähnliche Erfahrungen verfügen Beraterinnen und Therapeutinnen, die berichten, daß nur wenige Frauen wegen eines Medikamentenproblems eine Beratungsstelle aufsuchen.

regelmäßigen Konsumentinnen ist daher ihr Gebrauch zur Bewältigung von Befindensstörungen und zugrundeliegenden Belastungen mehr oder minder unverzichtbar. Solange die Mittel diese Bewältigungsfunktion erfüllen, wird ihr Gebrauch bzw. die Angewiesenheit auf ihn tendenziell dem Bewußtsein ferngehalten, vor allem dann, wenn die Chancen zur Veränderung der Lebenssituation als gering beurteilt werden.

Maßnahmen, die zum Ziel haben, einen problematischen, d.h. abhängig machenden Medikamentengebrauch zu verhindern, müssen an dem Bedürfnis der Konsumentinnen mit Beschwerden und Symptomen umzugehen, ansetzen und Alternativen bzw. deren Erarbeitung anbieten. Eine Alternative zur Medikalisierung psychosozialer Belastungen und Konflikte - das zeigt die Auswertung der Interviews - kann nur die Auseinandersetzung mit der Bedeutung und Funktion von Symptomen und Tabletten in der Lebenswelt der Frauen sein. Der thematische Rahmen dieser Auseinandersetzung ist weit, denn berufliche, institutionelle Anforderungen sind mit Belastungen im Reproduktionsbereich und individuellen lebensgeschichtlichen Erfahrungen unaufhebbar verwoben. Häufig ist eine Kumulation von beruflichen und privaten Belastungen der entscheidende Beweggrund für den Gebrauch von Medikamenten. Der äußere Rahmen einer solchen Reflexion scheint uns am ehesten in Gesprächskreisen bzw. Seminaren gegeben, die Frauen Möglichkeit und Raum geben, sich ausschließlich - quasi als Gegenpol zu den Verpflichtungen des alltäglichen Umfeldes in Beruf und Familie - mit ihren eigenen Bedürfnissen und ihrer Situation auseinanderzusetzen. In der praktischen Umsetzung unserer Untersuchungsergebnisse wollen wir daher überprüfen, inwieweit ein von uns modellhaft konzipiertes Seminar für Frauen dazu geeignet ist. Folgende Fragen sind dabei zu beantworten:

- Wer kommt mit welchem Interesse?
- In welchem Umfang und unter welchen Bedingungen ist die Thematisierung des eigenen Medikamentengebrauchs möglich?
- Wie groß ist der Bedarf an Informationen?



Ziel ist die Entwicklung eines Angebots, das Frauen im Vorfeld von bzw. als Ergänzung zu medizinischer Therapie und Beratung Informationen und Möglichkeiten der Auseinandersetzung bietet.

Im folgenden Abschnitt wollen wir Konzept, Erfahrungen und Schlußfolgerungen darstellen; daran schließt sich eine Darstellung von Anbindungsmöglichkeiten und deren Voraussetzungen in Institutionen, die im engeren und weiteren Sinne im Bereich der Erwachsenenbildung tätig sind, an.

## 6.2. SEMINAR

### 6.2.1. KONZEPT ZUM SEMINAR "GEBRAUCH PSYCHOTROPER MEDIKAMENTE ALS FRAUENTYPISCHE BEWÄLTIGUNGSFORM"

Das Seminar ist für zwei mal drei Stunden konzipiert. Da es aus einzelnen Bausteinen besteht, sind je nach Interessen der Teilnehmerinnen und Situationen Umstellungen möglich. Es enthält sowohl Teile mit informativ-abstrakten als auch Selbsterfahrungsanteile; mit Hilfe eines Rollenspiels soll versucht werden, Veränderungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

#### 1. Tag

##### I. - VORSTELLUNG DER VERANSTALTERINNEN UND DES SEMINARABLAUFS

- EINLEITUNG ZUM PROBLEM: Der Gebrauch schmerzlindernder und psychotroper Medikamente als frauentypische Form der Bewältigung alltäglicher Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen (nicht manifeste Erkrankungen)

##### II. VORSTELLUNG DER TEILNEHMERINNEN: Beruf; Interesse an der Veranstaltung; Erwartungen (eigener Gebrauch, Fortbildung ...)

### III. GESPRÄCH UND DISKUSSION:

Wie sieht die Situation aus, in der Sie Medikamente nehmen, bei welchen Beschwerden und welchen Belastungen?

Beschwerden: wie sind sie, Bewertung?

stimmungsbeeinflussend; lokalisierbar, abgegrenzt oder diffus; innen oder äußerlich/peripher; ernsthaft, beunruhigend oder nicht ernst zu nehmen; Bedeutung der Symptome, für was stehen sie?

Situation: Beschwerden-auslösende Situationen:

Unter welchen Bedingungen besteht die Bereitschaft, die Beschwerden ohne Medikamente auszuhalten?

Zeit - Zeitdruck; Anforderungen/Verpflichtungen - Freizeit

Welche anderen Bewältigungsformen bestehen dann?

- bestimmte Beeinträchtigungen sind "normal", werden nicht ernstgenommen
- Funktion der Beschwerden:
  - "Krankheitsgewinn" - Rücksicht, Entlastung
  - Somatisierung von Konflikten
- Funktion der Medikamente:
  - Symptomlinderung oder -beseitigung, wenn die Ursache nicht erkannt bzw. die auslösende Situation nicht verändert und Konflikte nicht gelöst werden können

Mittel/Medien: Sammlung der Situationen, Beschwerden, Motive für Medikamentengebrauch auf einer Wandzeitung

### IV. PHARMA-WERBUNG:

Anhand ausgewählter Pharma-Werbung soll aufgezeigt werden, welche Strategien die Pharmaindustrie gegenüber Verbrauchern und Ärzten anwendet.

An welchen Wünschen setzt die Werbung an, was suggeriert sie?

(Symptombeseitigung ohne unerwünschte Wirkungen und Folgeschäden: Isolierung des Symptoms).

Mit welchem Frauenbild wird bei Ärzten geworben?

Verschiedene Strategien der Pharmaindustrie:

1. Frau sein heißt leiden

'HYPOTONIN' "In der Regel machen viele Frauen schlapp"

'MENOSTRABIL' "Jede 2. Frau braucht ein Schmerzmittel"

Der Defekt kann aber mit Tabletten ausgeglichen werden.

2. Leistungsfähigkeit

'HYPOTONIN' "Die Emanzipation hört beim Kreislauf auf"

'EUNOVA' "Beruf, Haushalt, 2 Kinder - Na und?"

'FERRO-SANOL' erschöpfte junge Mutter

'DOLO-NEUROBION' Sekretärin mit Nackenschmerzen

Durchhalten von belastenden Situationen mit Hilfe von Tabletten. Situationen werden dadurch als weniger belastend definiert.

3. Schmerz

'IMADYL' rheumatischer Schmerz platzt bei Einnahme von 'Imadyl' wie eine äußere Schale ab,

'BOXAZIN' Lebensfreude, Vitalität durch 'Boxazin'

'SPALT' "spaltet Schmerz ab"

4. Psychische und soziale Probleme

'TAVOR' Einengung durch Angst

'LUDIOMIL' "Indikationslyrik"

'DOGMATIL' Integration statt Isolation

'IMAP' somatische Beschwerden; "kritischer" Arzt, der psychische Problematik durchschaut, aber nicht suchterzeugende Benzodiazepine sondern Neuroleptika verordnet.

2. Tag

## I. ÄNGSTE VOR UNERWÜNSCHTEN WIRKUNGEN UND FOLGESCHÄDEN

Am vorangegangenen Tag ist deutlich geworden, daß der Wunsch nach einer folgenlosen Beseitigung des Symptoms besteht und das genau daran die Pharma-Werbung anknüpft. Nun weiß ja aber eigentlich jede(r), daß Medikamente nicht nur die eine erwünschte Wirkung haben, sondern auch weitere unerwünschte Effekte auftreten.

Wie sieht es bei Ihnen aus, was haben Sie für Ängste und Befürchtungen in dieser Hinsicht?

Auflisten, Brain-storming. Nicht auf Realitätshaltigkeit der Bedenken und Ängste selber eingehen, sondern darauf, wie mit den Ängsten umgegangen wird. Das Eingehen auf Ängste dient der Vorbereitung des Informationsangebots. Die Aufnahme von Informationen über unerwünschte Wirkungen und Gefahren ist häufig durch das Gefühl, auf Medikamente zur Lebensbewältigung nicht verzichten zu können, blockiert. Diffuse Ängste aber verhindern Auseinandersetzung, Entscheidungsfreiheit und einen rationaleren Umgang mit Medikamenten.

## II. INFORMATION

- Medikament als Ware
- breite Anwendbarkeit und Anwendung von Medikamenten erhöht Absatz und Gewinn; Frauen und Alte sind besonders gute "Absatzmärkte"; Unübersichtlichkeit des Arzneimittelmarktes, Konkurrenzprodukte; Prävalenzen des Gebrauchs Frauen-Männer;
- Wo kann man sich informieren?  
Arzt, Beipackzettel, Literatur;  
Erklärung von Begriffen
- Wechselwirkungen von Medikamenten untereinander
- einzelne Arzneimittelgruppen werden hinsichtlich ihrer Wirkungen, Gefahren, Verwendungshäufigkeiten im Vortrag dargestellt und

jeweils anschließend auf Fragen etc. eingegangen

- einfache Schmerzmittel  
(Grippe-, Rheumamittel)
- Beruhigungs- und Schlafmittel  
(Tranquilizer, Hypnotika, Neuroleptika, Anti-Depressiva)
- Abführ- und Schlankheitsmittel/Appetitzügler

Zur Illustration und Verdeutlichung werden einzelne Pharma-Werbungen verwendet.

### III. ALS ABSCHLUß DES SEMINARS SOLL EIN ROLLENSPIEL DURCHGEFÜHRT WERDEN ZUM THEMA:

Wie ist es wenn ich krank bin, "mich nicht fühle"? Was wünsche ich mir? Wie müßte es sein, um nicht Medikamente nehmen zu müssen? Was hindert mich, Forderungen zu stellen?

Mögliche Situationen (werden genauer nach dem ersten Teil des Seminars festgelegt, wenn die Lebenssituationen der Teilnehmerinnen bekannt sind):

- Familie: bspw. Wer übernimmt Haushalt und Kinderbetreuung?
- Beruf: bspw. Nach Hause gehen oder warten bis die Beschwerden schlimmer geworden sind aus Angst, nicht glaubwürdig zu sein

1. Gruppe: Darstellung der realen Situation

2. Gruppe: Darstellung des idealen, gewünschten Ablaufs

Thematisierung von Vorstellungen und Erfahrungen bezüglich Alternativen zum Medikamentengebrauch.

Verteiltes Material:

- Verzeichnis der Medikamente mit Suchtpotential  
(aus: POSER, W. ROSCHER, O., POSER, S. 1983: Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre Angehörigen)
- Wechselwirkungen von Medikamenten  
(aus: KUNZE, FESER, BARTSCH 1983: Medikamentenkonsum und Mißbrauch. Ulm)
- Erklärung der in Beipackzetteln verwendeten medizinischen Begriffe

Hinweise auf Literatur:

- LANGBEIN et al. (1975) Bittere Pillen, Köln
- LÜTH, P. (1976) Das Medikamentenbuch für den kritischen Verbraucher, Reinbek
- SICHKOWSKY, P. (1984) Krankheit auf Rezept, Köln
- DHS (Hrsg.) (1983) Information für Ärzte. Hamm
- ZIEGLER, H. (Hrsg.) Jahrbuch gegen die Suchtgefahren 1976, Hamburg

## 6.2.2. AUSWERTUNG

Das Seminar wurde als eigenständiger Bestandteil einer fünftägigen Veranstaltung zum Thema "Frauenarbeit und Frauengesundheit" im Rahmen der 6. Hamburger Frauenwoche durchgeführt. Diese jährlich stattfindende Woche mit umfangreichem Veranstaltungsgebot richtet sich an Frauen in Hamburg und Umgebung und kann als Bildungsurlaub genutzt werden. Der thematische Rahmen der Gesamtveranstaltung umfasste Alltagsbelastungen von Frauen, Beschwerden und deren Bewältigung. Der erste Teil bot den Teilnehmerinnen Gelegenheit, sich ausführlich mit der Struktur alltäglicher Anforderungen in Erwerbs- und Hausarbeit auseinanderzusetzen. Von den eigenen Erfahrungen ausgehend wurden Probleme der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, beruflicher Belastung sowie der gesellschaftlichen Bewertung von Hausarbeit

erörtert. Auf dieser Grundlage sollte in unserer Veranstaltung der Medikamentengebrauch als eine Form der Bewältigung von Belastungen thematisiert werden, die in Bezug zu übergreifenden Bedingungen der eigenen Lebenssituation gesehen werden können.

#### 6.2.2.1. TEILNEHMERINNEN

Von den dreizehn Teilnehmerinnen im Alter zwischen 20 und 35 waren drei Berufstätige, eine davon mit Kind, eine Hausfrau mit Kindern, eine Auszubildende, sechs Studentinnen und zwei Erwerbslose. Zwei Frauen nannten Fortbildung für Beruf bzw. Studium als vorrangiges, aber nicht ausschließliches Interesse an der Veranstaltung. Die anderen erwarteten Anregung und Hilfe für den eigenen Umgang mit Beschwerden und Alltagsbelastungen. Ebenso deutlich wie das Interesse an Informationen über Medikamente wurde dabei der Wunsch nach Austausch mit und Kennenlernen von anderen Frauen. Bei der Einschätzung des eigenen Medikamentengebrauchs überwog die gelegentliche Einnahme insbesondere von Schmerz- und Schlafmitteln. Der Gebrauch auch stärkerer Psychopharmaka von einigen Teilnehmerinnen wurde im weiteren Verlauf des Seminars deutlich, jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht angesprochen.

#### 6.2.2.2. THEMENSCHWERPUNKTE

Die Sammlung jener Aspekte ihrer Lebenssituation, die für den Umgang mit Krankheit bzw. Befindlichkeitsstörungen von Bedeutung sind und den Griff zur Tablette fördern, nahm breiten Raum ein. Es sind dies sowohl dauerhafte und situative äußere Bedingungen wie Fragen der Einstellung zu und Bewertung von Symptomen, wobei sich beide Aspekte gegenseitig beeinflussen.

### - Leistungsfähigkeit

Die Notwendigkeit, ihre Leistungsfähigkeit als Arbeitende, Studierende, Mutter aufrechtzuerhalten, steht wie zu erwarten für alle Frauen im Vordergrund. Insbesondere für eine Frau in ungesichertem Arbeitsverhältnis sind wiederholte Fehlzeiten riskant, wegen ihrer Migräne zu Hause zu bleiben, ist ihr nur selten möglich. Die Angst, gegenüber Kollegen und Vorgesetzten als nicht belastbar zu gelten, hindert eine andere daran, sich ihrer Kopfschmerzen und andere Beschwerden (zu oft) anmerken zu lassen. Schmerzmittel helfen beiden, den Konflikt zu verhindern.

Die Mütter - ob erwerbstätig oder Hausfrau mit mehreren kleinen Kindern - leiden unter Hetze und Dauerbeanspruchung, durch die auch ihre knapp bemessene Freizeit oft einen Leistungscharakter erhält. Ein "freier" Abend erfordert Planung und Absprachen, kann nicht beliebig verschoben werden. Sich u.U. gerade dann nicht wohlfühlen und deshalb auf eine Unternehmung zu verzichten, käme außerdem einer Bestrafung gleich, so daß eine Störung - auch hier als häufigstes Beispiel der Kopfschmerz - lieber mit einem Medikament unterdrückt wird. Unter der Bedingung, daß die Zeit zu Entspannung und Schlaf ebenfalls knapp ist, werden Nervosität und Schlafstörungen als "Vergeudung" dieser notwendigen Ressourcen empfunden. Schlafmittel werden dann eingesetzt, um auch diese Zeit "optimal zu nutzen".

Gehört es in einem durchstrukturierten Alltag zur Normalität, Überlastungsanzeichen zu übergehen, kann der wachsende Entspannungswunsch bedrohliche Züge annehmen: So äußerte eine Frau die Angst "gar nicht mehr aufzustehen", wenn sie dem Drang nachgäbe, sich hinzulegen. Die Rolle der Versorgten statt der Versorgenden einzunehmen ist nicht nur ungewohnt, sondern häufig auch frustrierend: "Verwöhnung" durch die Familie erst auf ausdrückliche Bitten hin ist keine mehr. Schließlich können auch Schuldgefühle ein Grund sein, Beschwerden zu unterdrücken. Kopfschmerzen beispielsweise als Reaktion auf ihre anstrengenden Kinder kollidieren mit dem Anspruch einer Frau, als gute Mutter von



den Kindern nicht "genervt" sein zu dürfen.

- Bewertung von Befindlichkeitsstörungen

Die Bedeutung dieses Themas für die Teilnehmerinnen zeigte sich in der Ausführlichkeit, mit der über die Frage der Bewertung von Befindlichkeitsstörungen gesprochen wurde. Hierin drückt sich u.E. das jüngere Alter als wesentlicher Unterschied zu den von uns interviewten Frauen aus. Die Beschwerden sind nicht - wie bei einem Großteil der Älteren - bereits über Jahre als quasi "normal" hingenommen worden bzw. in manifeste und verselbständigte Formen gesundheitlicher Beeinträchtigung übergegangen. Übereinstimmung herrschte über das Ziel, auch leichte Beschwerden ernstzunehmen, statt sie zu übergehen oder mit einer Tablette zu unterdrücken. Dem stünde aber vielfach die Angst entgegen, in den Augen der Umwelt als wehleidig und unglaubwürdig zu erscheinen, wenn für Klagen, Rückzugsbedürfnis etc. kein "echter" Krankheitsgrund vorliege.

Die Einschätzung eines Symptoms als "nur psychisch" bedingt, habe oft einen abwertenden Beigeschmack und sei mit der Vorstellung verknüpft, an seiner Entstehung "selbst schuld" zu sein. So werde der Gedanke der Eigenverantwortlichkeit tendenziell als Vorwurf gegen sich selbst gekehrt, bei der Bewältigung von Problemen "versagt" und in der Folge auch kein Recht auf Hilfe von anderen zu haben.

Im Gegensatz dazu stehen die sogenannten "salonfähigen" Krankheiten, deren nachweisbare Anzeichen (beispielsweise Fieber) es sich selbst und der Umwelt gegenüber ermöglichen, sich von Verpflichtungen zurückzuziehen.

Die Thematik wurde im abschließenden Rollenspiel aufgegriffen. Anhand zweier von den Teilnehmerinnen gewählten und gestalteten Szenen aus dem Familienbereich wurden die vorangehend verbalisierten Situationen nochmals in anderer, auflockernder Form dargestellt.

### 6.2.2.3. INFORMATIONSTEIL

Die ursprüngliche Konzeption, zunächst auf die Erfahrung der Frauen im Umgang mit Medikamenten einzugehen, um im Anschluß daran über die wichtigsten Medikamentengruppen zu informieren, wurde infolge des starken Informationsbedürfnisses modifiziert, überwiegend verknüpften die Teilnehmerinnen die Schilderung ihrer Erfahrungen und Bedenken mit der Nachfrage nach konkreter Information. Dabei zeigte sich jedoch, daß sich das spontan geäußerte Informationsbedürfnis überwiegend auf Schmerzmittel als bereits häufiger besprochener und vergleichsweise wenig tabuisierter Medikamentengruppe bezog. So wurde über diesen Bereich ausführlich gesprochen und unter anderem auf folgende Fragen eingegangen:

- Wodurch unterscheiden sich leichte von starken und Schmerz- von Migränemitteln?
- Welchen Sinn haben Kombinationspräparate?
- Hängt die (Un-)Schädlichkeit eines Mittels eher von der Substanz, Dosis oder Einnahmedauer ab?
- (Wie) Wirken Vitaminzusätze?
- Wie kommen Preisunterschiede zustande?

Diejenigen, die sich bereits stärker mit ihrem Medikamentengebrauch auseinandergesetzt hatten, konnten von dem vermittelten Wissen profitieren und es durch gezielte Nachfragen auf die eigene Erfahrung beziehen. Dagegen stand die geringe Beteiligung der (auch zahlenmäßig kleineren) Gruppe von Psychopharmaka-Konsumentinnen, als über Beruhigungsmittel, Anti-Depressiva und Neuroleptika gesprochen wurde. Das weitaus stärkere Gefühl der Angewiesenheit auf diese Mittel trug vermutlich eher zur Verunsicherung durch die gegebenen Informationen bei.

Diese Erfahrung hat uns in unserer Auffassung bestätigt, daß es konzeptionell sinnvoller ist, Informationen "dosiert" und zu einem späteren Zeitpunkt einzubringen, nachdem zuvor ausreichend Gelegenheit

bestand, Ängste - insbesondere in Bezug auf stimmungsverändernde oder stark wirksame Medikamente - zu äußern.

Es bestand ein starkes Interesse an Alternativen zum Medikamentengebrauch. So wurden zahlreiche Fragen zu naturheilkundlichen Verfahren und der Wirkungsweise homöopatischer bzw. Mittel auf pflanzlicher Basis gestellt, über die Möglichkeiten von Entspannungstechniken und Selbsthilfegruppen gesprochen und Erfahrungen mit Ärzten ausgetauscht. Dabei zeigte sich zum einen ein großer Bedarf an hilfreichen Hinweisen auf konkreter Ebene; zum anderen wurde aber auch deutlich, daß ein wesentlicher Schritt - durch die Teilnahme an der Gruppe selbst aktiv zu werden - bereits vollzogen war. Die Frauen wollten sich weiterhin gegenseitig unterstützen und beschlossen am Ende des Seminars, als Selbsthilfegruppe zusammenzubleiben.

### 6.2.3. EINSCHÄTZUNG

#### - Konzeptveränderungen

Die Zusammenstellung unterschiedlicher Themenbereiche ermöglicht eine flexible Umgestaltung des Konzepts in Anpassung an die jeweiligen Rahmenbedingungen, Teilnehmerinnenstruktur und zur Verfügung stehende Zeit. Als Beispiel ist der Block "Pharma-Werbung", der in unserem Seminar aus Zeitknappheit infolge der großen Gesprächsbereitschaft zum Thema "Befindlichkeitsstörungen" nicht durchgeführt wurde, unter anderen Voraussetzungen ein sinnvolles Medium, das Gespräch auf einer zunächst weniger persönlichen Ebene zu führen. Die Strategien der Pharma-Industrie, sich Frauen als größten "Absatzmarkt" ihrer Produkte zu sichern, werden anhand von Werbebeispielen illustriert und diskutiert. Auf diese Weise den Konsum psychoaktiver Medikamente über die individuelle Perspektive hinaus, als Teil einer gesellschaftlich sanktionierten Bewältigungsform zu veranschaulichen, trägt - neben dem Informationswert - zum Abbau von Versagensgefühlen und Tabuisierung für die Einzelne bei.

#### - Stellenwert der Information

Trotz der genannten Einschränkung in Bezug auf die notwendige Voraussetzung einer ausführlichen Besprechung von Bedenken und Ängsten hat die insgesamt starke Nachfrage den wichtigen Stellenwert von Information bestätigt. Die Auseinandersetzung mit Ursachen von Beschwerden und Möglichkeiten zum Abbau von Belastungen erübrigt keineswegs die Aneignung von Wissen über Medikamente, da ein Anspruch auf "Nullkonsum" der Realität nicht gerecht würde. Vielmehr bedingen die Förderung eines gezielteren Umgangs mit den Pharmaka durch genauere Information über deren Wirkungsweise einerseits und die Entwicklung anderer Bewältigungsformen andererseits einander. Bei der Suche nach Alternativen ist eine Enttäuschung zunächst zwar unvermeidbar, da nur das Medikament ein Symptom unmittelbar beseitigen kann. Dennoch sollte dem großen Bedarf an entsprechenden Hinweisen bei der Durchführung eines solchen Seminars Rechnung getragen werden.

#### - Übertragbarkeit

Als günstige Bedingungen für den Seminarablauf erwiesen sich die Einbettung in einen Rahmen, der eine themenbezogene Auseinandersetzung mit Alltagsanforderungen und -belastungen ermöglichte sowie die hohe Motivation der Teilnehmerinnen, dies Angebot zur Beschäftigung mit den Ursachen eigener Beschwerden zu nutzen. Eine bestimmte Auswahl stellten die Frauen insofern dar, als sie sich aufgrund einer deutlich problembezogenen Seminarankündigung zur Teilnahme entschlossen hatten. Für einen entsprechend interessierten Teilnehmerkreis hat sich die Veranstaltungsform als sinnvoll erwiesen (1). Es zeigte sich allerdings, daß bei der großen Gesprächsbereitschaft die Dauer von zwei mal drei Stunden nicht für alle im Konzept vorgesehenen Themenkomplexe

---

(1) Überlegungen zu einem Angebot, das geeignet ist, auch andere motivierte Zielgruppen zu erreichen, sind in Abschnitt 6.4. dargestellt.

ausreichte. Gute Voraussetzungen für die Durchführung eines vergleichbaren Konzepts sehen wir daher in einer mehrtägigen oder über mehr als zwei Termine fortlaufenden (beispielsweise Abend-)Veranstaltung gegeben. Hier bestünde ebenso wie in dem durchgeführten Seminar ausreichend Gelegenheit zum gegenseitigen Kennenlernen in der Gruppe, das ein intensives Eingehen auf die dem Medikamentengebrauch zugrundeliegenden Probleme ermöglicht. Zusätzlich stände mehr Zeit zur Verfügung, um gemeinsam Ansätze zur Problemlösung und Alternativen zur bisherigen Praxis zu erarbeiten.

### 6.3. MÖGLICHKEITEN DER INSTITUTIONELLEN ANBINDUNG

Unsere Erfahrungen mit dem vorangehend beschriebenen Seminarkonzept haben gezeigt, daß der Gebrauch von Schmerzmitteln und Psychopharmaka als Mittel zur Bewältigung von Belastungen und Beschwerden thematisierbar ist. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Konzeption auf andere Zielgruppen übertragbar ist bzw. welche Modifikationen für eine Anbindung an bestehende Institutionen und Angebote erforderlich wären.

Bei der Auswahl der Institutionen haben wir uns bemüht, unterschiedliche Zielgruppen miteinzubeziehen. Neben Expertengesprächen mit Arbeitnehmerinnen-Vertreterinnen haben wir Gespräche geführt sowohl in Einrichtungen, die junge Mütter, als auch solche, die mittlere Altersgruppen ansprechen, u.a. auch in einer konfessionell orientierten Institution.

#### 6.3.1. EVANGELISCHE FAMILIENBILDUNGSSTÄTTE

Die in unsere Untersuchung einbezogene Familienbildungsstätte ist eine von neun in Hamburg bzw. von 19 im Bezirk Nordelbien bestehende Einrichtung der Evangelischen Kirche. Als konfessioneller Einrichtung

liegt der Arbeit der Familienbildungsstätte ein Konzept gegenseitiger Hilfe und Unterstützung durch Austauschmöglichkeiten in der Gemeinde zugrunde; sie versteht ihre Arbeit in diesem Sinne als präventiv.

Die Veranstaltungen bilden ein breites Spektrum an Themenbereichen ab: Kurse zu Schwangerschaft, Säuglingspflege, Erziehungsfragen, Haushaltsführung, Gesundheit etc. Im Kursplan 1986 findet sich eine Veranstaltung, die sich speziell an Frauen wendet und Möglichkeiten bieten soll, die eigene Situation, Wünsche und Veränderungsmöglichkeiten zu diskutieren.

Generell besteht an dem Thema Medikamentengebrauch Interesse. Ein direktes Kursangebot zu diesem Thema wird jedoch nicht als sinnvoll angesehen, da potentiell Interessierte und Betroffene dadurch abgeschreckt würden, daß sie sich durch die Teilnahme an einem solchen Kurs als problembehaftet zu erkennen geben müssten und die Erfahrung zeige, daß solche Angebote nicht genutzt würden. Demgegenüber wird ein Fortbildungsangebot für Kursleiter und -leiterinnen - insgesamt sind in der Familienbildungsstätte 25 hauptamtliche und Honorarkräfte beschäftigt - zu dem Thema als sinnvoller und effektiver eingeschätzt, da sie im Rahmen auch völlig themenfremder Kurse auf Fragen und Probleme im Zusammenhang mit Medikamenten eingehen könnten, wenn es sich ergäbe. Vorgeschlagen wurde, die in der Einrichtung bestehende monatliche Fortbildungsveranstaltung im Rahmen eines umfangreichen Themenkomplexes 'Abhängigkeit' für diesen Zweck zu nutzen. Dort sollen die Ergebnisse unseres Projektes vorgestellt, Erfahrungen ausgetauscht sowie Möglichkeiten der Einbeziehung in bestehende Kursangebote, dafür notwendige Materialien etc. diskutiert werden.

Als weitere Möglichkeit wurde auf Gesprächskreise, die nach Müttergenesungskuren angeboten werden, hingewiesen. Für diesen Bereich wird es als möglich angesehen, sowohl ein direktes Angebot in derartigen Gruppen zu machen als auch auf Multiplikatorenebene fortzubilden.

## 6.3.2. VOLKSHOCHSCHULE HAMBURG

Der Fachbereich Gesellschaft und Politik der Volkshochschule Hamburg bietet speziell für Frauen eine Reihe von Kursen an, die sich meist in offener Form, als Gesprächskreis, mit der Lebenssituation von Frauen beschäftigen, so bspw. (Wintersemester 1985/86):

- "Gesprächskreis für Frauen" (richtet sich an nicht erwerbstätige Frauen, die den Wunsch haben, eigene Bedürfnisse und Interessen wieder in den Mittelpunkt zu stellen)
- "Als Frau älter werden in unserer Gesellschaft" (Beschäftigung mit Sozialpolitik, Renten- und Scheidungsrecht und persönlichen Konflikten wie Wechseljahre, Krankheiten, Trennung sowie ihrer Bewältigung)
- "Frauen begegnen Frauen" (Besprechung typischer Konfliktsituationen, Suche nach Ursachen und Lösungsmöglichkeiten).

Daneben werden monatlich Abendveranstaltungen zu wechselnden frauenspezifischen Themen im Rahmen eines "Frauen-Forums" durchgeführt. Diese Angebote werden eher von jüngeren Frauen genutzt, ältere und alte Frauen sind unterrepräsentiert.

Informationsangebote und Aufklärung zum Thema Medikamentengebrauch werden für sinnvoll gehalten. Allerdings könne eine Bereitschaft zur Aufarbeitung der zugrundeliegenden Konflikte von den Teilnehmerinnen nicht unbedingt erwartet werden. Direkte Angebote zu heiklen Themen - bspw. zu Alkoholproblemen - werden erfahrungsgemäß nicht genutzt. Bevor ein Kurs zum Thema Medikamentengebrauch angeboten werden könnte, müßten Bereitschaften abgeklärt bzw. mögliche Interessentinnen gefunden werden. Eine Möglichkeit dazu besteht im Rahmen des "Frauen-Forums". Als weitere Möglichkeit wird die Integration des Themas in bestehende Kursangebote (wie bspw. die oben genannten) in Form eines Gastvortrages angesehen. In ähnlicher Weise könnte über Medikamentenfragen und -probleme auch als eine Form des Umgangs mit

Beschwerden in Kursen, die gesundheitsspezifische Fragen oder einzelne Erkrankungen (Beispiel Blasenentzündung) zum Thema haben, informiert werden.

Es besteht die Einschätzung, daß die Dozentinnen, die Kurse für Frauen anbieten, bereits für das Thema Medikamentengebrauch sensibilisiert sind. Einer sachfragenorientierten Fortbildung steht jedoch entgegen, daß bezahlte Möglichkeiten hierzu nicht existieren.

### 6.3.3. ELTERN SCHULE

Die 20 stadtteilorientierten Elternschulen in Hamburg bieten Kurse im Bereich der Themen Ehe und Familie, so bspw. zur Hauswirtschaft, Säuglingspflege und Erziehungsfragen, aber auch zu Themen wie Älterwerden und Gesundheitsfragen (Ernährung/EBprobleme, Entspannungsübungen) an.

Wie schon in den beiden vorangehend beschriebenen Institutionen wird auch von den Leiterinnen der Elternschule, die wir interviewt haben, ein Angebot für Konsumentinnen abgelehnt, da zu expliziten "Problemthemen" kaum Teilnehmer(innen) kämen. Die Erwartung an Kurse sei im allgemeinen (zunächst) eher auf Freizeitgestaltung, Austausch, Anregung und weniger auf die Beschäftigung mit Problemen gerichtet. Als möglich wird die Durchführung einer kürzeren Veranstaltung (zwei mal drei Stunden) mit deutlich informativer Ausrichtung angesehen. Dies wäre zum einen eine Möglichkeit zu erkunden, inwieweit Teilnehmerinnen ein weitergehendes Interesse an einem problemzentrierten längeren Kurs haben; zum anderen wäre es eine Gelegenheit zur Fortbildung von Mitarbeiterinnen, die großes Interesse haben, ihr Wissen über Wirkungsweisen und Gefahren von Medikamenten und einzelnen Substanzen zu vergrößern. Für eine solche Veranstaltung wird eine pharmakologisch-medizinische Kompetenz als wünschenswert angesehen. Eine Integration des Themas Medikamentengebrauch in Kurse wie "Wir



pflegen unsere Gesundheit" (Körper, Ernährung, Bewegung) oder "Entspannungsübungen und autogenes Training" bzw. in Gesprächskreise z.B. für ältere Frauen, setzen eine solche Fortbildung voraus, da dann bei sich ergebenden Gelegenheiten auf das Thema eingegangen werden könne. Allerdings besteht auf dezentraler Ebene keine bezahlte Fortbildungsmöglichkeit für Kursleiter(innen), es gibt jedoch zentrale Angebote.

Darüberhinaus wurde Interesse geäußert an Informationsmaterial sowie einer Infrastruktur (Adressen von Beratungsstellen und Ärzten, die sensibel und kompetent mit Medikamentenproblemen und -fragen umgehen, von Selbsthilfegruppen und Angeboten der alternativen Gesundheitsversorgung), die es möglich machen, ratsuchende Frauen kompetent weiterzuverweisen.

#### 6.3.4. GEWERKSCHAFTEN

Im Unterschied zu den drei vorangehend beschriebenen Institutionen der Erwachsenenbildung, liegen die Aufgaben der Gewerkschaften nur zu einem Teil und unter dem Schwerpunkt der Vertretung von Arbeitnehmer(innen)interessen, im Bereich der Erwachsenenbildung. Das Gespräch mit den Frauen-Referentinnen des DGB-Landesbezirks Nordmark sowie der ÖTV-Hamburg, hatte in stärkerem Ausmaß als in den anderen Institutionen die Aufgabe, über die Ergebnisse unserer Studie zu informieren, um damit auf das Medikamentenproblem aufmerksam zu machen und war in der Erkundung von Umsetzungsmöglichkeiten offener angelegt.

Die Relevanz des Themas wurde als hoch eingeschätzt. Breiteren Raum nahm die Diskussion ein, inwieweit neben den Bedingungen und Folgen der Frauen-Erwerbstätigkeit für ihren Medikamentengebrauch (also bspw. Schichtarbeit oder auch arbeitsbedingte Erkrankungen wie degeneratives Rheuma), an denen die Gewerkschaft vor allem interessiert ist, auch die außerberuflichen Probleme einbezogen werden sollten. Die

Arbeitssituation stehe im Vordergrund, es sei jedoch auch eine Aufgabe der gewerkschaftlichen Vertretung von Frauen, auf den Reproduktionsbereich einzugehen, da der Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten als individuelle Bewältigung von gesellschaftlich bedingten Problemen wie bspw. der Doppelbelastung zu verstehen sei. An diesen Prioritäten solle der Inhalt möglicher Veranstaltungen, Kurse oder Informationen ausgerichtet sein. Vorgeschlagen wurden Umsetzungsmöglichkeiten auf verschiedensten Ebenen:

- \* Vortrag und Diskussion im Rahmen des 'Frauentreffs' der ÖTV; das ist eine monatlich stattfindende Veranstaltung speziell zu Frauenthemen, die die Teilnehmerinnen selbst wählen;
- \* Teilnahme an einem einwöchigen Bildungsurlaubsseminar für Frauen mit Kindern zur besonderen Situation der Frauen im Arbeitsleben; dort kann das Thema Medikamentengebrauch eingebracht werden;
- \* Diskussion des Themas in verschiedenen Gremien, wie bspw. des Landesbezirksfrauenausschusses (Vertreterinnen der Bezirke der Einzelgewerkschaften), oder auf Arbeitstagungen mit frauenspezifischen Themen (bspw. zu Flexibilisierungsstrategien)
- \* Erstellung von Informationsmaterial:
  - (a) zwei- bis vierseitigen Infoblattes, das an Funktionäre verteilt wird;
  - (b) als u.U. längerer Beitrag in einer regelmäßigen Informationsschrift, die auf Bezirksebene (Nordmark) in den Kreisen verteilt wird.

Neben Seminaren wird also auch die schriftliche Information als sinnvoll angesehen; Zielgruppen wären dabei sowohl Konsumentinnen als auch auf Multiplikatorenebene Gewerkschaftsfunktionäre sowie Betriebs- und Personalräte.

Für das Angebot von Veranstaltungen im Rahmen der Institutionen, an denen Gewerkschaften beteiligt sind (DGB-Bildungswerk, Arbeit und Leben) existiert keine zentrale inhaltliche Koordination und

Fortbildung. Um Multiplikatoren auf das Thema aufmerksam zu machen, müßten daher die einzelnen Anbieter angesprochen werden.

#### 6.3.5. ZUSAMMENFASSUNG

Das Angebot eines längerfristigen Kurses für Frauen mit dem auch nach außen hin deutlichen Themenschwerpunkt Medikamentengebrauch - wie wir es nach unseren Erfahrungen mit einer allerdings spezifischen Zielgruppe für sinnvoll und durchführbar halten - wird von den befragten Vertreterinnen der Institutionen skeptisch beurteilt. Die Bereitschaft ihrer Klientel an problemorientierten Veranstaltungen teilzunehmen, insbesondere wenn es sich um tabuisierte und heikle Themenkomplexe handelt, wird als gering eingeschätzt, allerdings auch nicht ausgeschlossen. Die Motivation, ein solches Angebot anzunehmen müsste jedoch vorab erkundet werden. Eine von fast allen Vertreterinnen gesehene Möglichkeit besteht in der Durchführung von kürzeren Veranstaltungen (ein oder zwei mal zwei Stunden) mit informativem Charakter (1) Zugleich kann dies als Fortbildung für Mitarbeiter genutzt werden. Eine weitere Form der Berücksichtigung des Themas ist seine Integration in bestehende Angebote für Frauen. Möglich ist eine begleitende Teilnahme von Experten/innen an Wochen(end)seminaren für Frauen, Gastvorträge im Rahmen längerfristiger Kurse sowie die Behandlung des Themas durch die Kursleiter/innen selbst. Als Voraussetzung dafür wird von den drei der Institutionen der Erwachsenenbildung im engeren Sinn die Deckung eines themenspezifischen Fortbildungsbedarfes formuliert. Darüberhinaus besteht Interesse an schriftlicher Information für Multiplikatoren sowie an Informationen über eine themenbezogene Infrastruktur.

---

(1) Interesse an einer solchen Veranstaltung wurde auch von mehreren Frauenarbeitskreisen und -beratungsstellen geäußert.

#### 6.4. VERANSTALTUNGSFORMEN UND ZIELGRUPPEN

Die Erfahrungen mit dem von uns konzipierten Seminar sowie die Expertengespräch mit Vertreterinnen von Institutionen der Erwachsenenbildung sowie Arbeitnehmerinnen-Vertreterinnen zeigen, daß es ein einziges optimales Konzept für präventiv wirksame Veranstaltungen für Frauen nicht gibt. Der mehr oder weniger unverzichtbare Bewältigungscharakter von psychotropen Mitteln hat vielmehr unterschiedliche Bereitschaften zur Folge und macht ein differenzierteres Angebot, das unterschiedliche Zielgruppen berücksichtigt, erforderlich.

#### KONSUMENTINNEN

Eine Veranstaltung, die den Teilnehmerinnen eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Gebrauch von Psychopharmaka und Schmerzmitteln ermöglichen soll, setzt neben einem bestimmten äußeren Rahmen eine relativ hohe Bereitschaft und Motivation voraus, zugrundeliegende Probleme und Konflikte in die Gruppe einzubringen. Wenn dies gegeben ist, halten wir die Durchführung eines Seminars mit dem in den Abschnitten 6.2.1. und 6.2.3. beschriebenen Konzept für möglich und sinnvoll.

Konsumentinnen, die ein solches intensives Angebot aus verschiedensten Gründen nicht annehmen, könnten im Rahmen einer kürzeren, unverbindlicheren Veranstaltung, bei der der Informationscharakter im Vordergrund steht, angesprochen werden. In dem anonymen Rahmen eines bspw. mit aufbereiteten Falldarstellungen angereicherten Vortrags könnten nur Sachfragen erörtert werden. Auf hervorgerufene Verunsicherung und Ängste könnte nur begrenzt eingegangen werden. Da wir bisher keine Erfahrungen mit dieser Veranstaltungsform gesammelt haben, können wir ihre Vor- und Nachteile nicht abschließend beurteilen. Sie kann jedoch u.U. einen ersten Schritt in Richtung auf eine intensivere Auseinandersetzung ermöglichen, so daß wir diese Form

insbesondere dann für sinnvoll halten, wenn sie angebunden an eine bildende oder beratende Einrichtung durchgeführt wird und Hinweise auf weitere Informations- und Hilfsmöglichkeiten gegeben werden könnten. Ein Problem sehen wir darin, daß derartige Möglichkeiten zur Zeit nur sehr begrenzt existieren, die notwendige themenbezogene Infrastruktur (bspw. Adressenlisten) nicht vorhanden ist.

#### MULTIPLIKATOREN

Als dritte Veranstaltungsform sind Fortbildungsangebote für Multiplikatoren zu nennen. Interesse und Bedarf wird von allen Institutionen geäußert, die Durchführbarkeit ist jedoch teilweise durch den Mangel an bezahlten Fortbildungsmöglichkeiten eingeschränkt. Da Angebote mit dem Themenschwerpunkt 'Gebrauch psychotroper Medikamente' kaum bzw. nicht existieren, müssten die Möglichkeiten den Bedarf erstens innerhalb der Einrichtungen, zweitens im Rahmen zentraler Fortbildungsangebote und drittens außerhalb von Institutionen (bspw. in Form von Workshops) zu decken, weiter abgeklärt werden.

Das Ziel solcher Veranstaltungen läge darin, Multiplikatoren in die Lage zu versetzen, den Gebrauch und Probleme des Gebrauchs psychotroper Medikamente als Thema aufzugreifen, wenn es sich im Rahmen von (auch themenfremden) Angeboten ergibt. Auf diese Weise könnten Konsumentinnen angesprochen werden, die nicht an explizit problembezogenen oder auch informativen Veranstaltungen teilnehmen würden, also vermutlich jene Gruppe, der ein regelmäßiger Gebrauch als unverzichtbar zur Bewältigung von Befindlichkeitsstörungen und Belastungen erscheint. Im Rahmen derartiger Fortbildungsveranstaltungen bekäme die Vermittlung fundierter Kenntnisse über Wirkungen und Gefahren von Medikamenten- bzw. Substanzgruppen, also pharmakologisches Wissen - besonderes Gewicht. Notwendig wäre außerdem die Erarbeitung von Materialien, die regional bezogenen Multiplikatoren eine kompetente Vermittlung und Beratung von rat- bzw. hilfeschenden Teil-

nehmerinnen ermöglichen.

Wir verstehen die vorgeschlagenen Maßnahmen als Teil eines zur mehr oder minder dauerhaften Medikalisierung psychischer und sozialer Probleme alternativen und notwendigen Angebots. Als Gegengewicht zum System der medizinischen Versorgung (mit psychotropen Medikamenten) müßte u.E. zum einen die Laienkompetenz mit weiteren Maßnahmen gestärkt werden, zum anderen auch alternative, im Sinne nicht schulmedizinischer Bereiche der Gesundheitsversorgung und -beratung einbezogen werden. Eine weitere Aufgabe liegt u.E. in der Entwicklung von Möglichkeiten, die seltener an Bildungsveranstaltungen teilnehmenden Frauen der sozialen Unterschicht anzusprechen.

#### IV. ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNG

Der vorliegenden Studie zum Gebrauch psychotroper Medikamente von Frauen liegt erstens eine quantitative Auswertung von Befragungsdaten von drei Populationen berufstätiger Frauen, zweitens zehn an qualitativen Methoden der Sozialforschung orientierte Einzelfallrekonstruktionen sowie drittens Erfahrungen mit einem Konsumentinnen-orientierten Präventionsansatz zugrunde.

Die quantitativen und qualitativen Auswertungen stehen in einem Verhältnis wechselseitiger Ergänzung. Während die repräsentative, an der großen Zahl ausgerichtete Analyse das Ziel hatte, Bedingungen und Risiken des Medikamentengebrauchs zu identifizieren und entsprechende Zusammenhänge naturgemäß relativ unspezifisch ("blackbox") bleiben - obgleich wir sie als übergreifend bedeutsam und damit relevant beurteilen - sollten ausführliche, offene Interviews zu einer Vertiefung und Differenzierung beitragen und exemplarisch Aufschluß über subjektive Vermittlungen und Bedeutungen geben. Interpretative Verfahren sind zudem u.E. für die Untersuchung emotionaler Belastungen aufgrund ihrer spezifischen Subjektnähe die Methode der Wahl. Zugleich berücksichtigen sie - im Gegensatz zur quantitativen Querschnittsuntersuchung - die biographische Dimension und damit die zeitlichen Abfolgen der Medikamenten"karriere", was im Hinblick auf Einstiegs- und Ausstiegsphasen für Präventionsmaßnahmen interessant ist. Insofern war es günstig, daß sich für die Interviews überwiegend ältere Frauen (über 50 Jahre) zur Verfügung gestellt haben. Das höhere Lebensalter sowie die Offenheit der Interviews ermöglichte es außerdem, Hinweise auf zusätzlich relevante Aspekte des Medikamentengebrauchs wie bspw. psychische, somatische und soziale Folgen der Dauermedikation und ihre Beziehung zu den sogenannten typischen "Alterssymptomen" wie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen aufzunehmen (1).

---

(1) Anmerkung siehe nächste Seite



Es stellt sich jedoch die Frage, inwieweit die zwar an repräsentativen Stichproben gefundenen allgemeinen, aber an einer Gruppe von Frauen, die überwiegend einer älteren Kohorte mit spezifischen Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen angehören, differenzierten und z.T. auch gefundenen Zusammenhänge (dies betrifft vor allem die emotionalen Belastungen) verallgemeinerbar sind. Darüberhinaus haben die Analysen mit Ausnahme der Auswertung der Medikamenteneinnahme, Belastungen und Beschwerden bei berufstätigen Frauen allgemein (vgl. I 2.3.3.) - spezielle Berufsgruppen, nämlich Verwaltungsangestellte und Krankenschwestern, die allerdings typische Frauenarbeitsplätze repräsentieren, in den Vordergrund gestellt. Mögliche Einschränkungen der Übertragbarkeit auf Frauen mit anderen Berufen sowie auf jüngere Frauen hätten u.U. Konsequenzen für Präventionsmaßnahmen.

Im folgenden wollen wir zunächst die Bedingungen und Bedeutungen des Medikamentengebrauchs im Hinblick auf die zugrundegelegten theoretischen Konzepte zusammenfassend darstellen, wobei deren Gewichtung und Bewertung aus der Zusammenschau und Gesamtbeurteilung aller Teilprojekte und -auswertungen resultiert. Es werden dabei nicht alle Einzelergebnisse der Untersuchungen berücksichtigt. Insbesondere ist es nicht möglich, der Vielfalt der Einzelfälle gerecht zu werden (vgl. dazu Kapitel II 4 und II 5 des vorliegenden Berichtes, sowie zu Ergebnissen der quantitativen Auswertungen Abschnitt I).

Daran anschließend wird dann auf die Frage der allgemeinen Gültigkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse auf jüngere Frauen eingegangen.

---

(1) Dazu zählt auch das unerwartete Ausmaß an Hysterektomien. So hatten vier der sieben älteren Interviewten derartige gynäkologische Operationen hinter sich, wobei z.T. deren Notwendigkeit ungeklärt war. Wir vermuten, daß Medikamentenverordnungen und gynäkologische Operationen korrelativ als zwei medizinische Behandlungsformen verbunden sind.

KONZEPTE

Grundlegende Annahme der Studie ist, daß der Gebrauch psychoaktiver Medikamente von Frauen in ihrer spezifischen Lebens- und Arbeitssituation begründet ist. Die folgenden, diese Situation spezifizierenden Konzepte können erklären, warum so viel mehr Frauen als Männer zu Schmerz-, Rheuma-, Beruhigungs-, Schlafmitteln und Anti-Depressiva greifen (vgl. IMW/BZGA 1984):

- der Grad der Restriktivität der Arbeit, also des Ausmaßes an Belastungen und Handlungsspielräumen, hat Einfluß auf die Entstehung von gesundheitlichen Beschwerden und ihre Bewältigung; Arbeitsplätze von Frauen weisen in ihrer Mehrzahl restriktive Bedingungen auf, so bspw. im Bereich der Büroarbeit in der Textverarbeitung und Dateneingabe statisch und dynamisch einseitige Belastungen bei geringen Dispositionsspielräumen (vgl. u.a. WSI 1985);
- das Konzept der Gefühlsarbeit macht Annahmen über spezifische emotionale Belastungen insbesondere personenzentrierter Tätigkeiten. Eine besondere Rolle spielt dabei die Nähe - Distanz - Regulation: einerseits sind Anteilnahme, Empathie und bis zu einem gewissen Grad auch Identifikation mit dem zu betreuenden Klienten, Patienten, Kind oder auch dem (Ehe)Partner wichtig, andererseits ist Distanzierung und Abgrenzung erforderlich - zur Erfüllung der Arbeitsaufgabe wie zum Selbstschutz. Emotionale, auf das "Dasein für andere" (BECK-GERNSHEIM 1983) ausgerichtete Anforderungen werden im Beruf (bspw. in der Krankenpflege) ebenso wie im Privatleben, den (familiären) Beziehungen in erster Linie an Frauen gestellt;
- soziale Unterstützung wird als protektiver Einflußfaktor gedacht, der vor Überlastung, Verausgabung und Medikamentengebrauch schützt; Frauen sind jedoch diejenigen, die Unterstützung vor allem leisten und weniger bekommen.

Daneben spielen auch Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen eine Rolle, die überwiegend als notwendige Bedingung bzw. Anlass der Medikamenteneinnahme anzusehen sind (vgl. Abschnitt

I 1 sowie ELLINGER, KARMAUS, MISCHO-KELLING 1984, S. 91ff). Die drei

Konzepte weisen Überschneidungen und Wechselwirkungen auf, so daß im folgenden zwar versucht wird, die Ergebnisse anhand der Konzepte zu ordnen, jedoch sind Überschneidungen nicht zu vermeiden.

### RESTRIKTIVITÄT

Die quantitative Auswertung der Befragungsdaten der drei Teilpopulationen berufstätiger Frauen hat gezeigt, daß der Gebrauch von psychoaktiven Arzneimitteln immer dann häufig und vielfältig ist, wenn Belastungen (vor allem zeitliche Belastung, Konflikte mit Vorgesetzten und in der Familie, Umgebungsbelastungen (Lärm, Luft, Licht)) kumuliert auftreten und nicht durch Handlungsspielräume oder soziale Unterstützung gepuffert werden. Eine ähnliche vielfältige und ausgeprägte Belastungsstruktur wird auch bei den Vielfach-Konsumentinnen unter den interviewten Frauen deutlich. Als relevant erweist sich also eine unspezifische, d.h. nicht an einzelne Bedingungen, sondern an die Häufung von Anforderungen gebundene Überlastung.

Aus dem Bedingungsbandel sind übergreifend oder auch gruppenspezifisch einzelne Faktoren für den Medikamentengebrauch bedeutsam. Auf die Relevanz der Schichtarbeit (Nacht-, Wechselschicht) und ihre Folgen für Familienleben, Freizeitaktivitäten und Schlaf weisen übereinstimmend beide Untersuchungen im Pflegebereich hin. Von allgemeiner Bedeutung sind der Personalmangel bzw. Personaleinsparungen mit den Folgen der Arbeitsintensivierung und des Zeitdruckes. Sowohl im Pflege- wie im Verwaltungsbereich bewirken sie Überlastung und Verausgabung und ihre Kompensation mit Medikamenten oder auch anderen substanzgebundenen Bewältigungsformen (rauchen, essen, trinken).

Als zentral bedeutsam hat sich der Handlungs- und Entscheidungsspielraum der Arbeit erwiesen. Sowohl als einzelner Einflußfaktor als

auch in Interaktion mit anderen Bedingungen schützt er vor dem Gebrauch psychoaktiver Mittel. Ein geringer Handlungsspielraum erhöht dann den Konsum von Arzneimitteln, wenn gleichzeitig hohe Belastungen und insbesondere - das zeigt die quantitative Auswertung der Risiken bei den Verwaltungsangestellten (vgl. I 3.3.3 )- Anforderungen an die soziale Kompetenz im Umgang mit anderen und der Herstellung eines freundlichen Klimas gestellt, also Aspekte der Gefühlsarbeit gefordert werden. Diese komplexen Zusammenhänge werden durch die qualitativen Interviews bestätigt und verdeutlicht. Ohne zeitliche Spielräume ist der Umgang bzw. die Zusammenarbeit mit Kollegen, Vorgesetzten und Klienten belastend. Bei geringen formalen Befugnissen und Einflußmöglichkeiten stellt die Aufrechterhaltung möglichst reibungsloser Arbeitsabläufe - wie bspw. in der Position der Schreibdienstleiterin die Vermittlung und Pufferung unterschiedlicher Interessen - hohe Anforderungen an persönliche Kompetenzen (u.a. der Selbstbeherrschung), wenn zugleich ein freundliches, kooperatives Arbeitsklima gewahrt bleiben soll. Die Durchsetzung von Entscheidungen, aber auch die Wahrung eigener Belastbarkeitsgrenzen wird zu einer Frage persönlicher Stärke, die - wenn außerdem soziale Unterstützung gering ist - häufig nur mit Hilfe von Medikamenten gesichert werden kann. In ähnlicher Weise kann die Wirkung hierarchischer Strukturen innerhalb des Pflegepersonals im Klinikbetrieb verstanden werden. Gefühle von Ohnmacht und Wut werden mit Medikamenten beruhigt, wenn die Alternative sich zur Wehr oder durchzusetzen nicht gegeben ist.

#### GEFÜHLSARBEIT

Die vorangehend beschriebenen Zusammenhänge zeigen Interaktionen zwischen Restriktivität und Gefühlsarbeit in der Verwaltungsarbeit auf: unter restriktiven Bedingungen hat das Leisten von Gefühlsarbeit den Gebrauch von Beruhigungsmitteln zur Folge. Ähnliche Anforderungen der Harmonisierung und Klimapflege werden - zum Wohle der Patienten -

werden vielfältigere emotionale Anforderungen bei der Pfl egetätigkeit und in ähnlicher Weise auch bei der Reproduktionsarbeit in privaten Beziehungen und der Familie deutlich. Einen Hinweis auf die Bedeutung von emotionalen Belastungen, insbesondere von Konflikten sowie der Doppelbelastung, geben einzelne untergruppenspezifische Zusammenhänge der quantitativen Auswertung (vgl. I 2.3.3. und I 3.3.2). Genaueren Aufschluß geben jedoch die Einzelfallrekonstruktionen. Während die Pflege und Versorgung von Kranken und Betreuungsbedürftigen mit ihren emotionalen und körperlichen (Heben und Tragen) Belastungen für Krankenschwestern natürlich den Hauptteil ihrer beruflichen Tätigkeit darstellt, wird diese Arbeit jedoch auch im Privatbereich - zusätzlich zur Erwerbsarbeit - geleistet. Die Verantwortung für das Wohlergehen von Patienten in der Krankenpflege entspricht der Zuständigkeit für das Wohlbefinden von Partnern und Kindern im Familienbereich. Die Einseitigkeit der Inanspruchnahme von Empathie und Unterstützung durch private Interaktionspartner führt zu einem Mangel an emotionaler und praktischer Unterstützung und zum anderen dazu, eigene Interessen und Bedürfnisse zurückzustellen. Die in der Folge auftretenden Depressionen und Ängste werden mit Hilfe von Psychopharmaka überdeckt. Im Bereich der Krankenpflege wird die Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten, das Motiv anderen Menschen zu helfen, institutionell verwertet. Da beides zu emotionalem Engagement und Identifizierung mit dem Beruf führt, ist die Wahrung von Belastungsgrenzen unter dem Druck der Anforderungen (Personalmangel, Schichtarbeit) besonders schwierig.

#### SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Die Verwobenheit von Gefühlsarbeit und sozialer Unterstützung war bereits mehrfach erkennbar. Bestimmte Aspekte der Gefühlsarbeit können mit dem Leisten von sozialer bzw. emotionaler Unterstützung identifiziert werden. Die Ergebnisse der quantitativen Auswertung haben für den Index 'Soziale Unterstützung' für die berufstätigen Frauen - im Gegensatz zu den berufstätigen Männern (vgl. I 2.3.4.2.)

- keine eindeutige Wirkung auf den Gebrauch von schmerzlindernden und psychoaktiven Medikamenten gezeigt. Während er in Teilgruppen offenbar Belastungsauswirkungen bzw. Arzneimittelgebrauch puffern kann (vgl. I 2.3.3.1, Cluster BF II im Vergleich zu den Clustern BF V und VI), tritt hohe soziale Unterstützung in anderen Teilgruppen gemeinsam mit - u.U. als Folge - ausgeprägter Belastungen auf (vgl. I 3.3.2, Cluster V). Diese Uneindeutigkeit der Wirkung sozialer Unterstützung ist u.E. in ihrer Zwiespältigkeit für Frauen begründet, die in der vorliegenden standardisierten Form nicht erfasst wurde. So kann bspw. die Möglichkeit zur Aussprache in der Familie (Items mit diesem Inhalt gingen neben anderen in den Index 'soziale Unterstützung' ein, vgl. I 2.2.) für Männer als Nutznießer dieser Möglichkeiten entlastend wirken, aber für Frauen zusätzliche Belastung und Verpflichtung bedeuten. Im krassen Gegensatz zu der Uneindeutigkeit der quantitativen Ergebnisse steht die im Rahmen der qualitativen Interviews hervortretende Bedeutung des Mangels an emotionaler und sozialer Unterstützung im privaten wie im beruflichen Bereich durch Partner, Kollegen und Vorgesetzte für den Gebrauch psychoaktiver Mittel. Mangelnde Unterstützung und Hilfeleistungen tragen einerseits mit zu Überbelastung und Verausgabung bei und verringern andererseits die Bewältigungsmöglichkeiten. Mit Hilfe von Medikamenten, die die Bedeutung eines Kraft- und Stärkereservoirs bekommen (vgl. II 5.2), kann dies kompensiert werden werden.

#### ARBEITS- UND LEBENSITUATION VON FRAUEN

Die dargestellten, für den Medikamentengebrauch relevanten Bedingungen verweisen erneut auf die vielfach beschriebenen strukturell bedingten Belastungen von Frauen im weiblichen Lebenszusammenhang (vgl. u.a. SCHNEIDER 1981; BECK-GERNSHEIM 1976; BECKER-SCHMIDT et al. 1983;

OSTNER 1978; SEIBEL, LÖHRING 1984; KONTOS, WALSER 1979; MARTIN et al. 1980; RUMMEL 1982; WELTZ et al. 1978; ELLINGER, KARMAUS 1983). Damit bestätigt sich die Hypothese, daß psychoaktive Medikamente die Funktion haben, die strukturellen Mängel und Benachteiligungen in der Lebenssituation von Frauen auszugleichen. Sie sichern - zumindest für eine bestimmte Zeitspanne - das soziale und psychische Überleben, indem sie die Folgen der körperlichen und psychischen Überlastung ausgleichen, die Lücken mangelnder Unterstützung füllen und damit die Leistungsfähigkeit aufrechterhalten.

Besonderes Gewicht messen wir dabei den aus der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung resultierenden emotionalen Anforderungen und Aufgaben der Gefühlsarbeit zu. Das "weibliche Arbeitsvermögen" (BECKGERNSHEIM 1976), die Emotionalität von Frauen, ihre Fähigkeit zu Einfühlung und Orientierung an den Bedürfnissen anderer wird gesellschaftlich verwertet. Die Forderung derartiger Qualifikationen in bestimmten Berufen - wie in der Krankenpflege - führt über den Weg der Anerkennung und Zufriedenheit zu Engagement und Identifizierung, u.U. zu einem "Aufgehen im Beruf" - wenn nicht private und familiäre Anforderungen dem entgegenstehen. Die tendenzielle Unvereinbarkeit von Beruf und Familie ist nämlich ein weiteres strukturelles Element, das die Lebenssituation von Frauen kennzeichnet. Lösungsmöglichkeiten sind entweder völlige Überlastung oder aber die Reduktion beruflichen Engagements, zumal Teilzeit-Arbeitsplätze bei qualifizierten Tätigkeiten (von Frauen und Männern) kaum vorhanden sind. Eine Alternative zur Doppelbelastung ist also, die Berufstätigkeit aufzugeben oder gering qualifizierte und schlecht bezahlte bzw. nicht versicherungspflichtige Teil- oder Nebentätigkeiten anzunehmen. Als unentgeltlich zu leistende Arbeit ist auch die Hauspflege Kranker und Alter eine Aufgabe, die in der Zuständigkeit von Frauen liegt. So sind 75 Prozent der Hauptpfleger im häuslichen Bereich Frauen (vgl. BRÖG u.a. 1980, S. 252), in der Regel die Töchter und Schwiegertöchter (vgl. HEDTKE-BECKER, SCHMIDTKE 1984).

Die (kurz skizzierte) gesellschaftliche Verwertung der spezifischen Fähigkeiten und Qualifikationen von Frauen geht einher mit der Ausgrenzung und Individualisierung der für die Umwelt und für die Frauen selbst bedrohlichen und leidvollen Folgen wie burn-out-Symptome, psychosomatische Beschwerden etc. Als individuelle Störungen werden sie dann im Rahmen des Systems medizinischer Versorgung behandelt - und das heißt in der Regel medikalisiert.

#### VERALLGEMEINERBARKEIT DER ERGEBNISSE

Obwohl bereits erkennbar geworden ist, daß die Belastungen und Belastungskonstellationen, die für den Gebrauch von Schmerzmitteln und Psychopharmaka von in Verwaltungsberufen und dem Pflegebereich tätigen Frauen bedeutsam sind, die Struktur der Lebens- und Arbeitssituation von Frauen allgemein widerspiegelt und insofern von allgemeiner Bedeutung sind, wollen wir im folgenden kurz erörtern, welche Rolle ein Alters- bzw. Kohorteneffekt spielen kann, da ja die Ergebnisse der qualitativen Studie auf Interviews mit Frauen der älteren Generation beruhen.

Zunächst ist zu konstatieren, daß sich in den letzten zwei Jahrzehnten ein Wandel der gesellschaftlichen Situation von Frauen vollzogen hat. Die Entwicklung "Vom 'Dasein für andere' zum Anspruch auf ein Stück 'eigenes Leben'" (BECK-GERNSHEIM 1983) war verknüpft mit größeren Bildungschancen für Frauen und langsam sich verändernden Einstellungen gegenüber qua Geschlechterrolle Frauen zugewiesenen Zuständigkeiten für Haushalt und Kinder. So beschreibt BECK-GERNSHEIM (1983) die Ausdehnung der Zeiten der Erwerbstätigkeit und die Reduzierung der Zeiten, in denen Frauen ausschließlich Kindern und Familie zur Verfügung stehen, als Veränderung der weiblichen Normalbiographie. Der außerberufliche Lebensbereich hat - in Abhängigkeit von der Qualifikation und Bedingungen der Erwerbstätigkeit - als primärer Bezugspunkt an Bedeutung verloren, die Erwerbstätigkeit wurde zur



### Lebensperspektive.

Dieser positiven, allerdings noch nicht ausreichenden Entwicklung in Richtung auf ein "Stück eigenes Leben", also auf größere Autonomie und erweiterte Handlungsspielräume, stehen in den letzten Jahren - im Zeichen der ökonomischen Krise - jedoch verstärkt Bemühungen entgegen, Frauen wieder aus der Arbeitswelt herauszudrängen. Die Verschlechterung ihrer Chancen auf dem Arbeitsmarkt - u.a. aufgrund der ungeheuren Rationalisierungswelle in Büros und Verwaltungen, wo ca. zwei Drittel aller Frauen beschäftigt sind (BÖTTGER 1983) - führt dazu, daß Frauen zunehmend auf nicht sozialversicherungspflichtige Teilzeittätigkeiten (mit flexiblen Arbeitszeiten), befristete Arbeitsverhältnisse, Heimarbeit etc. angewiesen sind, oder ganz ihre Erwerbstätigkeit aufgeben müssen mit den bekannten Folgen der ökonomischen Abhängigkeit (40 Prozent der erwerbstätigen Frauen erhalten Nettoeinkommen von unter DM 1000 monatlich; vgl. STUTENBÄUMER-HÜBNER 1986, S. 5) und der Benachteiligungen in der Altersversorgung. Unterstützung finden solche Strategien durch Thesen von der "falschen Emanzipation" (vgl. KORNHUBER 1984) oder von der mangelnden Belastbarkeit und 'Streßresistenz' von Frauen - wie sie bspw. in der Zeitungsüberschrift "Frauen im Beruf anfälliger für Streß" (Hamburger Abendblatt, 7.6.1984) zum Ausdruck kommt. Auf biologisch begründete Grenzen der Erwerbstätigkeit von Frauen weist auch der Werbeslogan eines Pharma-Herstellers "Die Emanzipation hört beim Kreislauf auf" hin.

Die Entwicklung zu einer Beschränkung von Bildungs- und Berufschancen und der stärkeren Festlegung auf den Bereich der Familie schränkt auch die Möglichkeiten der Selbstbestimmung und der Verwirklichung der Ziele und Bedürfnisse von Frauen ein. Dies gilt insbesondere für Mädchen und junge Frauen, die sowohl von der Verknappung des Ausbildungsplatzangebots stärker als Jungen betroffen sind (von ihnen beginnen 55 Prozent eines Jahrgangs gegenüber 70 Prozent der Jungen eine duale Ausbildung (BÖTTGER 1983, S. 47), ca. die Hälfte von ihnen in nur sechs Berufen: Verkäuferin, Friseurin, Büro-, Industriekauffrau,

Arzthelferin (STUTENBAUMER-HÜBNER 1986, S. 4)), als auch von dem Mangel an Arbeitsplätzen (vgl. bspw. für Hamburg GOTTSCHALL, MÜLLER 1984, S. 35 ff). Gerade für diese Gruppe zeigt sich hier eine Ähnlichkeit zur Generation der älteren Frauen, bei denen familiäre Einfüsse und Kriegsereignisse Bildungs- und Berufschancen verhinderten, was bedeutsame Konsequenzen für ihr Selbstvertrauen und den Umgang mit Anforderungen zur Folge hatte (vgl. II 5.1.3).

### PRÄVENTION

Primärpräventive Maßnahmen zur Verhütung des Gebrauchs psychoaktiver und schmerzlindernder Medikamente und der Abhängigkeit von diesen Substanzen müssen Schritte in Richtung auf das langfristige Ziel einer Veränderung der Lebens- und Arbeitssituation von Frauen, d.h. der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, verkörpern. Die Erweiterung von Handlungsspielräumen am Arbeitsplatz und Förderung sozialer Netzwerke stellen solche Schritte dar. Die Entwicklung von Autonomie ist demgegenüber eine Aufgabe, die naturgemäß nur von den Handelnden selbst vollzogen werden kann. Wir sehen daher die Schaffung bzw. Unterstützung von Angeboten, die Frauen die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit sozialen und persönlichen Behinderungen einer eigenständigen Entwicklung geben, als Kern konsumentinnenorientierter Präventionsmaßnahmen an. Eine breite, öffentliche Diskussion der Bedingungen und Bedeutungen des Medikamentengebrauchs von Frauen sollte darüberhinaus die Problematik aus dem tabuisierten Bereich einer als individuell und privat erscheinenden Bewältigungsform herausheben und seine gesellschaftliche Funktion verdeutlichen.

## LITERATUR

- ALBRECHT, H., BÜCHNER, E., ENGELKE, D. (1981) Arbeitsmarkt- und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner Krankenhäusern. Analysen und Maßnahmenvorschläge. BASIG-Papier G 114, Berlin
- BALTER, M.B., LEVINE, J., MANHEIMER, D.J. (1974) Cross-national study of the extent of anti-anxiety sedative drug use. *New England Journal of Medicine* 290: 769-74
- BECKER, B., MOEBIUS, L. (1983) *Transparenz-telegram*. Berlin
- BECKER-SCHMIDT, R. et al. (1983) *Arbeitsleben - Lebensarbeit. Konflikte und Erfahrungen von Fabrikarbeiterinnen*. Bonn
- BECK-GERNSHEIM, E. (1976) *Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt. Zur Ideologie und Realität von Frauenberufen*. Frankfurt a. Main
- BECK-GERNSHEIM, E. (1979) Männerrolle, Frauenrolle - aber was steht dahinter? In: ECKERT, R. (Hrsg.) (1979) *Geschlechtsrollen und Arbeitsteilung*. München
- BECK-GERNSHEIM, E. (1983) Vom "Dasein für andere" zum Anspruch auf ein Stück "eigenes Leben": Individualisierungsprozesse im weiblichen Lebenszusammenhang. *Soziale Welt* 3: 307-340
- BECKMANN, D. (1976) Paardynamik und Gesundheitsverhalten - Einige Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung. In: RICHTER, H.E., STROTZKA, H., WILLI, J. (Hrsg.) (1976) *Familie und seelische Krankheiten*. Reinbek bei Hamburg
- BELLE, D. (1983) The Stress of Caring: Woman as Providers of Social Support. In: GOLDBERGER, L., BRESNITZ, S. (Eds.) *Handbook of stress*. New York, London: 496-505
- BÖTTGER, B. (1983) Steht die Vertreibung der Frauen aus Büro und Verwaltung bevor? In: *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis*, Heft 9/10

- BÜNNING, ., SCHRAPPE, O. (1984) Benzodiazepin-Abhängigkeit: Ätiologie und Pathogenese der Entzugs-Syndrome. / Benzodiazepin-Abhängigkeit: Klinik der Entzugs-Syndrome. Deutsches Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen, 81. Jahrg. Heft 4 und 5
- BRAUTIGAM, W., CHRISTIAN, P. (1973) Psychosomatische Medizin. Stuttgart
- BRÖG, W., HÄBERLE, G.F., METTLER-MEIBOM, B. SCHELLHAAS, U. (1980) Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Stuttgart
- BUDE, H. (1984) Rekonstruktion von Lebensbedingungen - eine Antwort auf die Frage, was die Biographieforschung bringt. In: KOHLI, M., ROBERT, G. (Hrsg.) Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart: 7-28
- BUNDESKANZLERAMT ÖSTERREICH (Hrsg.) (1975) Die Gesundheitliche Situation der Frau. In: Bericht über die Situation der Frau in Österreich. Heft 6, Wien
- COOPERSTOCK, R., PARNELL, P. (1982) Research on psychotropic drug use. Soc. Sci. Med. 16: 1179-1196
- DÖRNER, K., PLOG, U. (1978): Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychotherapie, Wunstorf
- DUBACH, U.C., GSELL, H.O. (1969): Analgetikakonsum: Sozialmedizinische Studie in Schweizerischen Uhrenbetrieben (1965), Zeitschrift für Präventivmedizin 14: 243-259
- ELLINGER, S., KARMAUS, W. (1983) Arbeitsbedingungen und degenerative Erkrankungen. Eine Untersuchung bei weiblichen Büroangestellten. Argument-Sonderband AS 107: 28-48
- ELLINGER, S., KARMAUS, W. (1984) Medikamentenkonsum und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als Folge von Arbeitsbedingungen, rheumatischen Erkrankungen und Bewältigungsformen. In: ELLINGER, S. et al. (Hrsg.) Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankungen. Hamburg

- ELLINGER, S., KARMAUS, W., KAUPEN-HAAS, H., SCHÄFER, K.-H., SCHIENSTOCK, G., SONN, E. (1985) Rheuma im Büro. Frankfurt
- ELLINGER, S., KARMAUS, W., MISCHO-KELLING, M. (1984) Frauen und Medikamente. Epidemiologie, Erklärungsansätze und Vorschläge zur Prävention. Hamburg
- FISCHBACH, R., ECKERT, R. (1979) Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung im Vergleich von fünf Ländern unterschiedlicher politischer und wirtschaftlicher Ordnung. In: ECKERT, R. (Hrsg.) Geschlechtsrollen und Arbeitsteilung. München
- FÜLGRAFF, G. (1979): Pharmakotherapie. Klinische Pharmakologie. Stuttgart
- GERHARDT, U. (1982): Probleme der Definition sozialer Risikofaktoren. In: ABHOLZ, H.H., BORGERS, D., KARMAUS, W., KORPORAL, J., Risikofaktorenmedizin, Berlin/New York
- GOTTSCHALL, K., MÜLLER, J. (1984) Arbeitsmarktsituation und Arbeitsmarktprobleme von Frauen in Hamburg. Untersuchung im Auftrag der Leitstelle Gleichstellung der Frau - Senatskanzlei - Freie und Hansestadt Hamburg, Göttingen
- GOVE, W.R., HUGHES, M. (1979) Possible causes of the apparent sex differences in physical health: An empirical investigation. American Sociological Review 44: 126-146
- HABERMAS, J. (1977) Stichworte zu einer Theorie der Sozialisation. In: ders., "Kultur und Kritik", Frankfurt/Main
- HAUSMANN, H. (1970) Psychologie des Schmerzes und Schmerzmittelmißbrauchs. Bern
- HEDTKE-BECKER, A., SCHMIDTKE, C. (1984) Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Altenpflege. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Oldenburg
- HOFFMANN, C., FAUST, V. (1983) Psychische Störungen durch Arzneimittel. Stuttgart, New York
- HOFFMANN-RIEM, C. (1980) Die Sozialforschung einer

- interpretativen Soziologie. - Der Datengewinn - KZfS Jg. 32, Nr. 2: 339-372
- HOLAHAN, C.J., MOOS, R.H. (1982) Social Support and Psychological Distress: A Longitudinal Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 90, No. 4: 365- 370
- HORN, K., BEIER, C., WOLF, M. (1983) Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen. Opladen
- IMW/BZGA (1981) Effizienzkontrolle 1980 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Teilband E Medikamentenkonsum. Köln
- IMW/BZGA (1981) Effizienzkontrolle 1980 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Bericht: Überprüfung planungsrelevanter Hypothesen. Köln
- IMW/BZGA (1982) Spezielle Problembelastungen und Problembewältigungen in der Gruppe der 20-60 jährigen Frauen. Zusammenhänge zwischen Merkmalen der sozialen Lage, dem eigenen Gesundheitsverhalten und dem Erziehungs- und Beziehungsverhalten in der Familie, Köln
- IMW/BZGA (1984) Aktionsgrundlagen der BZgA. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung (1984) der Bevölkerung ab 14 Jahren der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) Teilband: Medikamentenkonsum. Köln
- JACKALL, R. (1978): *Workers in a Labyrinth*. Montclair, N.Y.
- KARMAUS, W. (1981): Bewältigung von arbeitsbezogenen Belastungen und Beschwerden. Diss., Hamburg
- KEMPER, N., POSER, W., POSER, S. (1980) Benzodiazepin-Abhängigkeit. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 105:1707-1712
- KEUP, H. (1983) Depression bei Frauen. Arbeit, Frauen, Gesundheit. Jahrbuch für kritische Medizin 9, Argument-Sonderband AS 107, Berlin
- KLEINBAUM, D.G., KUPPERG, L.L., MORGENSTERN, H. (1982) *Epidemiologic Research. Principles and Quantitative*

- Methods. London, Singapore, Sidney, Toronto, Mexico City
- KONTOS, S., WALSER, U. (1979) ... Weil nur zählt, was Geld einbringt. Probleme der Hausfrauenarbeit. Gelnhausen
- KUNZE, M., SCHÖBERBERGER, R. (1982): Gesundheitserziehung zur Prävention von Mißbrauchverhalten einschließlich Rauchen, Alkoholkonsum, Medikamentenmißbrauch, Fehlernährung und Drogenkonsum. Referat anlässlich des internationalen Seminars: "Übertragbarkeit von Konzepten in der Gesundheitserziehung". Baden bei Wien 1982
- LADEWIG, D. (1979) Abusus und Abhängigkeit von nicht-narkotischen Analgetika und Sedativa. *Nervenarzt*, Nr. 4: 212-218
- LANGLIE, J.K. (1977) Social networks, health beliefs, and preventive health behavior. *Journal of Health & Social Behavior*, Vol. 18 (3): 244-260
- LAROCCO, J.H. HOUSE, J.S., FRENCH jr. R.P. (1980) Social Support, Occupational Stress and Health. *Journal of Health and Social Behavior* 21: 202-218
- LANGBEIN, K., MARTIN, H.-P., SICHROVSKY, P., WEISS, H. (1985) *Bittere Pillen*. Stuttgart
- LINN, L.S. (1971): The use of Psychotherapeutic Drugs by middle-aged woman. *Journal of Health and Social Behavior* 12: 331-347
- MARTIN, E., UDRIS, I., ACKERMANN, U., OEGERLI, U. (1980) gemeinsam mit: ALIOTH, A., BASCHERA, P., GRANDJEAN, E., RUPP, M., ULICH, E., WUNDERLI, R.: *Monotonie in der Industrie*. Bern
- MASCHEWSKY, W. (1984) Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitsklärung. *Jahrbuch für kritische Medizin* 10, Argument-Sonderband AS 119, Berlin
- MASLACH, C., (1978) *Job Burn Out. How People Cope*. I.S.C.
- MC QUEEN, D.V., CELENTANO, D.D. (1982) Social Factors in the Etiology of Multiple Outcomes: The Case of Blood Pressure and Alcohol Consumption Patterns. *Sci. Med.*, Vol. 16:397-

418

- MISCHO, M., LORENZ, R., KARMAUS, W. (1982) Projektantrag, Hamburg
- MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B. (1985) Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit. MMW 126, Nr. 42: 1210-1213
- NASCHOLD, F. TIETZE, B. (1977) Arbeitsgestaltungspolitik durch rechtliche Normierung. Zum Entwurf der DIN 33405: Psychische Belastung und Beanspruchung. Argument-Sonderband AS 14, Berlin
- NEUMANN-SCHÖNWETTER, M. (1975) Zur Geschlechtsrollenidentifikation. In: GOTTSCHALCH, W. u.a.: Sozialisationsforschung. Frankfurt/M.
- OEVERMANN, U. (1979) Sozialisationstheorie. Ansätze zu einer soziologischen Sozialisationstheorie und ihre Konsequenzen für die allgemeine soziologische Analyse. Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 21: 143-168
- OEVERMANN, U., ALLERT, T., et al. (1983) Die Methodologie einer "objektiven Hermeneutik". In: ZEDLER, P., MOSER, H. (Hrsg.) Aspekte qualitativer Sozialforschung. Opladen: 95-123
- OEVERMANN, U., ALLERT, T., KRONAU, E. (1980) Zur Logik der Interpretation von Interviewtexten. In: HEINZE, T., KLUSEMANN, H.W., SOEFFNER (Hrsg.) Interpretationen einer Bildungsgeschichte. Überlegungen zur sozialwissenschaftlichen Hermeneutik: 15-69
- OSTNER, I. (1979) Beruf und Hausarbeit. Die Arbeit der Frau in unserer Gesellschaft. Frankfurt, New York
- PFLANZ, M., BASLER, H.-D., SCHWOON, D. (1977): Use of tranquilizing drugs by a middle-aged population in a west german city. Journal of Health and Social Behavior 18: 194-205
- POSER, W. (1984) Tranquilizer-Mißbrauch und Abhängigkeit.



- MMW 126, Nr. 42: 1205-1209
- PRÖLL, U., STREICH, W. (1984) Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung mbH, Dortmund, Forschungsbericht Nr. 386
- RICHTER, H.E. (1973) Konflikte und Krankheiten der Frau. In: CLAESSENS, D., MILFOFFER, P. (Hrsg.) (1973) Familiensoziologie. Frankfurt/M
- RODENSTEIN, M. (1981) Zur Konzeption einer Präventionsforschung für Frauen. In: SCHNEIDER, U. (1981) Was macht Frauen krank? Frankfurt/M
- RUMMEL, M. (1982) Frauenarbeit - Merkmale, Auswirkungen. In: Mohr, E. et al. (Hrsg.) Frauen: 55-77
- SCHENK, H. (1979) Geschlechtsrollenwandel und Sexismus. Zur Sozialpsychologie geschlechtsspezifischen Verhaltens. Weinheim und Basel
- SCHMIDTBAUER, W. (1983) Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe. Reinbek b. Hamburg
- SCHNEIDER, U. (1981) Was macht Frauen krank. Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt New York
- SCHÖNHÖFER, P.S., KUSCHINSKY, G. (1982) Arzneimittelabhängigkeit. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 58: 651-657
- SCHÖNHÖFER, P.S., SCHWABE, U. (1982) Therapeutischer Einsatz von Psychopharmaka. In: FÜLLGRAFF, G. u.a. (Hrsg.) Pharmakotherapie, Klinische Pharmakologie, Stuttgart.
- SCHÜTZE, F. (1976) Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung. In: ARBEITSGRUPPE BIELEFELDER SOZIOLOGEN (Hrsg.) Kommunikative Sozialforschung. München: 259-260
- SEIBEL, H.D., LÜHRING, H. (1984) Arbeit und psychische Gesundheit. Göttingen
- SELTZER, C.C. FRIEDMANN, G.G., SIEGELAUB, A.B. (1974)

- Smoking and Drug onsumtion in White, Black and Oriental Men and Woman. AJPH. May, Vol.64, No.5: 466-473
- SMART, R.G.: Social policy and the prevention of drug abuse. Perspectives on the unimodal approach. Current problems and issues. In: GLATT, M.M. (Ed.) Drug Dependence, Lancaster, England
- STRAUSS, A., FAGERHAUGH, S., SUCZEK, B., WIENER, C. (1980) Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Jg. 32: 629-651
- STUTENBÄUMER-HÜBNER, a. (1986) Frauen im Beruf - Benachteiligungen mit System. In: ABTEILUNG FRAUEN, DGB-Landesbezirk Abt. Nordmark (Hrsg.) DGB-Frauen kämpfen für Mitbestimmung 1,86
- VALENTIN, H., KLOSTERKÖTTER, W., LEHNERT, G., PETRY, H., RUTENFRANZ, J., WEBER, G., WENZEL, H.G., WITTGENS, H. (1979) Arbeitsmedizin Bd. 1, Grundlagen für Prävention und Begutachtung. Stuttgart
- VERBRUGGE, L.M. (1976) Females and illness: Recent trends in sex differences in the United States. Journal of Health and Social Behavior 17: 387-403
- VOGEL, F. (1975) Probleme und Verfahren der numerischen Klassifikation. Göttingen
- WEISS, W. (1980) Beruf, Arbeitssituation und exzessiver Konsum von Alkohol. Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme. Lausanne
- WELTZ, F., JACOBI, U., LULLIES, V., BECKER, W. (1978) Menschengerechte Arbeitsgestaltung in der Textverarbeitung. BMFT (Hrsg.) Forschungsbericht HA 79-06, Bd. 2 München
- WELTZ, F., DIEZINGER, A., LULLIES, V., MARQUARD, R. (1979) Junge Frauen zwischen Beruf und Familie. Frankfurt, New York
- WISHARDT, D. (1982) Clustan User Manual. Edinburgh

- WSI (Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB) (Hrsg.) STAHN-WILLIG, B., MÜLLER, M. (1985) Hetze, Monotonie und Streß. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Frauen. Düsseldorf
- ZAHLMANN-WILLENBACHER, B. (1979) Kritik des funktionalistischen Konzepts geschlechtstypischer Arbeitsteilung. In: ECKERT, R. (Hrsg.) Geschlechtsrollen und Arbeitsteilung. München