

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 22/2011

Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven *

Hass, W., Petzold, H.G. (1999) Neueinstellung 2011

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>). Aus: *Petzold, H.G., Märtens, M. (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272.*

0. Einleitung

Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung erfreuen sich seit den 70er Jahren eines gewachsenen Interesses in den verschiedenen Teilgebieten der Psychologie, wie an einem exponentiellen Anstieg der Veröffentlichungen abzulesen ist (vgl. z.B. Klusmann 1989). In der Entwicklungspsychologie etwa wird die soziale, emotionale und kognitive Entwicklung nicht nur von bestimmten Erziehungsformen abhängig gesehen, sondern auch von sozialen Interaktionen im sozialen Umfeld, wodurch Symbole, Bedeutungen, Normen und Werte vermittelt und damit der Enkulturations- und Sozialisierungsprozeß vorangetrieben wird (Hurrelmann 1995, Fend 1970). In der Persönlichkeitspsychologie wurden enge Beziehungen zwischen persönlichen und sozialen Ressourcen gefunden und damit auf die Bedeutung interindividuell verschiedener Wahrnehmungen sozialer Netzwerke und auf die Fähigkeiten, Beziehungen zu knüpfen und zu unterhalten, verwiesen (Becker 1995). Sozialpsychologische Ansätze schließlich fanden Beziehungen bspw. zwischen der Kontinuität und Homogenität individueller Einstellungen und Einflüssen aus der sozialen Primärumgebung.

In verschiedenen Verfahren der Psychotherapie hat es sich von großem Nutzen erwiesen, das soziale Umfeld der Klienten, seine Strukturen, Inhalte und Wertsysteme für eine Bewertung der Problemsituation, deren mögliche Ursachen, Wirkungen und Interdependenzen heranzuziehen sowie die im Netzwerk schlummernden Potentiale für eine bessere Therapie gewinnbringend einzubeziehen. Pionier war hier J.L. Moreno (1934), der schon 1917 im Flüchtlingslager Mitterndorf Netzwerke soziometrisch untersuchte und in der Behandlung berücksichtigte (ders. 1953, Petzold 1984a), um in seinem späteren Werk differenzierte Netzwerkanalysen zur Grundlage für psychodramatische, soziodramatische und netzwerktherapeutische Interventionen zu machen (Moreno 1951, Petzold 1979a, b). Wenn Klienten bei Kontroll- und Veränderungsmöglichkeiten ihres Verhaltens an Grenzen stoßen, liegt es insofern nahe, den Blick sowohl auf die aktuell (oder ehemals) verfügbaren sozialen Ressourcen wie auch Belastungspotentiale zu lenken. Die Erkenntnis, daß lediglich auf das Individuum bezogene Erklärungsmuster der Bewältigung von Krisen zu kurz greifen, wurde zum Teil auch in der Psychotherapieforschung rezipiert. Da sich in vielen Studien Defizite in den Netzwerken psychiatrischer Patienten nachweisen ließen, die als Indikatoren resp. Korrelate und zunehmend auch als Ursachen psychischer Störungen interpretiert wurden (Anto-

nucci und Depner 1982, Cohen und Syme 1985, Israel 1982, Liebermann 1986, Petrucci und Targ 1982, Sarason und Sarason 1985, Veiel et al. 1989), erschließt sich hier ein zusätzliches *diagnostisches* wie auch *prognostisches* Potential.

Im Zuge von „Auslagerungstendenzen“ in der jüngeren Psychiatrie wurde das primäre soziale Umfeld von Patienten zudem als patientennahe aktivierbare Ressource entdeckt (Röhrlé 1989: 249f.), woraufhin vor allem in der klinischen und der Gemeindepshologie eine ganze Reihe von Ansatzpunkten für Netzwerkinterventionen entwickelt wurden, um Entstehung, Prävention und Behandlung psychischer Störungen in einen breiteren sozialen Kontext zu bringen (Röhrlé, Sommer, Nestmann 1998).

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit den verschiedenen Implikationen des Netzwerkkonzeptes bzw. von Netzwerkkonzepten in der Psychotherapie. Ein *soziales Netzwerk wird dabei als Matrix in einem sozioökologischen Kontext betrachtet, in der sich soziale Prozesse abspielen und die Ansatzmöglichkeiten für Interventionen bietet*. Um solche Möglichkeiten zu verdeutlichen, erfolgt zunächst eine begriffliche Abgrenzung des Netzwerkbegriffes von dem der *sozialen Integration* und der *sozialen Unterstützung*. Die Konzepte sind durch die Entwicklung verschiedener netzwerkanalytischer Verfahren eng miteinander verwoben. Daran anschließend wird kurz der Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung einerseits und psychischem Wohlbefinden andererseits skizziert. Im dritten Abschnitt wird der Forschungsstand zu sozialen Netzwerken im Kontext der Psychotherapie beleuchtet. Im vierten Abschnitt werden Erhebungsverfahren sozialer Netzwerke und Möglichkeiten zur Netzwerkdiagnostik thematisiert, um im fünften Teil anhand eines von Hass im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Integrativen Therapie entwickelten Instruments und verschiedener von Petzold in der klinischen Praxis entwickelten netzwerkdiagnostischen und -therapeutischen Methoden (Petzold 1979b, Petzold, Hass, Märtens, Steffan 1999) exemplarisch auf systematische Anwendung des *Netzwerkkonzeptes* und *netzwerktherapeutischer Interventionen* in der *Integrativen Therapie* (Petzold 1999a) einzugehen. Netzwerkinterventionen schließlich sind das Thema des sechsten Abschnittes und des kritischen Resümees, zu den Verwendungsmöglichkeiten des Netzwerkkonzeptes in der Psychotherapie, mit dem der Artikel schließt.

1. Soziale Netzwerke, soziale Integration und soziale Unterstützung

Lange Zeit wurde der Netzwerkbegriff — auch durch die Forschung selbst bedingt, z.B. die Sozialepidemiologie = mit dem Unterstützungsbegriff unkritisch vermengt und ist erst aufgrund der wiederholten Forderung nach einer exakteren theoretischen Formulierung und empirischen Differenzierung der Begriffe aus dessen Schatten herausgetreten.

Ein *soziales Netzwerk* lässt sich von einer *egozentrierten Netzwerkperspektive*, d.h. dem Blick des Einzelindividuums (so schon Moreno 1936 mit seinem Konzept des „sozialen Atoms“; Petzold 1982b), in Anlehnung an die wohl bekannteste Definition von Mitchell (1969) auffassen als *ein unter einem spezifischen Erkenntnisinteresse vorgenommener Ausschnitt der sozialen Beziehungen eines Individuums zu anderen Personen unter Einbeziehung der Beziehungen dieser Personen untereinander*. Es ist aber auch eine *sozialstrukturelle Netzwerkperspektive* möglich, die auf größere gesellschaftliche Zusammenhänge schaut. Dann ist ein *„soziales Netzwerk das für exzentri-*

sche Beobachter eines sozioökologischen Kontextes mit Mikro- oder Mesoformat vorfindliche und umschreibbare multizentrische Geflecht differentieller Relationen in der Zeit zwischen Menschen (und ges. Institutionen), die zueinander in unterschiedlichen Bezügen stehen (Kontakte, Begegnungen, Beziehungen, Bindungen, Abhängigkeiten in Konvois), und sich in konkreten oder virtuellen Austauschverhältnissen befinden (z.B. wechselseitige Identitätsattributionen, Hilfeleistungen, Teilen von Informationen, Interessen, Ressourcen, Supportsystemen). Dabei können sich durch das Vorhandensein konkordanter und diskordanter kollektiver Kognitionen (z.B. Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationsfolien, Werte, Nonnen) in dem vorfindlichen Netzwerk unterschiedliche ‚soziale Welten‘ mit unterschiedlichen ‚sozialen Repräsentationen‘ konstituieren“ (Petzold 1979a). Eine solche Betrachtungsweise in sozialstruktureller Sicht vermag über die Multizentrität die egozentrierte Netzwerkkonzeption einzubeziehen (jedes Individuum oder jede Institution des Netzwerkes kann Zentrum werden), gewinnt aber weitere Dimensionen durch die konzeptuellen Referenzen zu sozialökologischen Theorien (Bronfenbrenner 1990, Petzold, v. Beek, v.d. Hoek 1994a, Saup 1993), zu Moscovicis (1961, 1984) Theorie der „*représentations sociales*“ als kollektiven kognitiven Regelwerken und der symbolisch-interaktionistischen Idee der „*social worlds*“ (Strauss 1978; Petzold, Petzold 1991b) als „geteilten Perspektiven auf die Welt“, was dem Faktum Rechnung trägt, dass in einem sozialen Netzwerk — etwa einer Nachbarschaft — Menschen unterschiedlichen Wirklichkeitskonstruktionen, Sinn- und Handlungssystemen verpflichtet sein können (z.B. durch Ethnie-, Bildungsschicht-, Konfessions-, Partei-, Gender- oder Altersgruppenzugehörigkeit). Soziale Netzwerke in dieser eingefassten Sicht verbinden individuelle und gruppale Perspektiven und können damit — werden sie mit dem Konvoikzept (Kahn, Antonucci 1980) in eine Zeit- und Entwicklungsperspektive gestellt — als Matrizen der Sozialisation und persönlicher und kollektiver Identität gesehen werden — mit supportiver, konstruktiver, evolutiver, aber auch mit beschädigender, destruktiver, devolutiver Qualität etwa im Sinne von Stigmatisierung (Goffman 1967) oder Desozialisation (Woll-Schumacher 1979). Für die moderne Psychotherapie in schulenbergreifender, integrativer Ausrichtung (Petzold 1974k, 285-404, 1988n, 1999a; Chambon, MarieCardine 1999; Grawe 1998; Norcross, Goldfried 1992) — besonders wenn sie sich an dem innovativen Paradigma longitudinal ausgerichteter klinischer Entwicklungspsychologie mit ihren sozialpsychologischen Perspektiven orientiert (Petzold 1992d, idem, Goffin, Oudhof 1993, Oerter et al. 1999), sind das äußerst interessante Perspektiven.

Sehr allgemein kann man definieren. *Netzwerke sind Strukturen, die eine soziale Matrix für verschiedene Inhalte, wie etwa soziale Unterstützung und soziale Sinnsysteme, bereitstellen.*

Die Betrachtung und Untersuchung solcher Netzwerke kann man dann als *Netzwerkanalyse* bezeichnen, verstanden als eine *Methode zur Untersuchung sozialer Gefüge, sozialer Sinn-, Handlungs- und Unterstützungssysteme und der in ihnen ablaufenden materiellen, interaktiven und kognitiven Prozesse*. Diese Sichtweise bringt verschiedene entscheidende Vorteile mit sich: Sie konnektiviert soziologische, sozialpsychologische und ökologische Zugeweisen. Zum einen erfolgt durch die Verbindung unterschiedlicher Analyseebenen (soziale Beziehungen und Individuum) eine erhebliche Erweiterung der herkömmlichen, auf das Individuum beschränkten Daten, womit sich diese Methode als Mehrebenen-Ansatz erweist. Zum anderen werden durch die Fokussierung der vielfältigen Verbindungen zwischen Akteuren herkömmliche

Konzepte wie Gruppe, Clique, Schicht etc. überwunden und diese durch die Vorstellung einer Zugehörigkeit zu verschiedenen interaktiven und kommunikativen Netzwerken ersetzt. Dies hatte bereits Georg Simmel (1908) in seiner weitsichtigen gesellschaftlichen Analyse als die „Kreuzung sozialer Kreise“ thematisiert, womit sich vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Individualisierungstendenzen (Sennett 1997, Berlin 1998) ein viel realistischeres Abbild sozialer Wirklichkeiten eröffnet (Beck 1986, Hall und Wellman 1985, Keupp und Röhrle 1987, Laireiter 1993) als etwa in der individuumszentrierten Perspektive der meisten traditionellen Psychotherapieverfahren, in Sonderheit auch der gegenwärtig durch das bundesdeutsche Psychotherapiegesetz festgeschriebenen „Richtlinienverfahren“.

Daß Menschen andere Menschen für das Aufrechterhalten von physischer und psychischer Gesundheit sowie für die Bewältigung von Krankheiten brauchen, ist eine gleichermaßen anerkannte wie alte „soziale Tatsache“, wurde jedoch erst zu einem überraschend späten Zeitpunkt explizit als *soziale Unterstützung* (social support) Gegenstand der Forschung. Im Gegensatz zum Netzwerkkonzept besteht es im Grunde aus verschiedenen Einzelkomponenten und unterschiedlichen und voneinander weitgehend unabhängigen theoretischen Konstrukten. Eine Fülle von Definitionen und Taxonomien sowie das Vorliegen einer Reihe mittlerweile sehr komplexer und mehrdimensionaler Modelle sind ein Spiegelbild dieser Entwicklung¹. In den letzten Jahren hat sich jedoch zunehmend die Sichtweise von sozialer Unterstützung als Ressource, d.h., als Verfügbarkeit im Bedarfsfall, resp. als Unterstützungserwartung durchgesetzt (z.B. Levitt 1991, Lin 1986, Vaux 1988, Veiel und Baumann 1992). Soziale Unterstützung verweist immer auf den funktionalen Aspekt resp. die Inhalte einer Beziehung. Meistens wird dabei auf die bereits zusammenfassende Housesche (1981) Kleeblatt-Taxonomie zurückgegriffen, die vier zum Teil nicht ganz klar voneinander abzugrenzende Unterstützungsarten unterscheidet: Unter ‚*Emotional Support*‘ kann ein Bündel konkreter Verhaltensweisen verstanden werden, welche allesamt darauf gerichtet sind, ein

- 1 Das Konzept der sozialen Unterstützung (synonym auch sozialer Rückhalt — Schwarzer und Leppin 1991, Siegrist 1987) entwickelte sich erst in den 50er Jahren aus verschiedenen Forschungstraditionen, als die unterschiedliche Anfälligkeit für Krankheit mit dem Ausmaß verfügbarer sozialer Unterstützung durch Familienangehörige, Verwandte und Freunde in Verbindung gebracht wurde. Der älteren Belastungsforschung wurde damit nach Badura (1981, 156ff.) quasi eine ‚Ressourcenforschung‘ an die Seite gestellt. Der Forschungsstand findet sich im wesentlichen in einigen Sammelbänden (Cohen und Syme 1985, Duck und Cohen 1990, Gottlieb 1978, 1981, 1983, Sarason und Sarason 1985, Schwarzer 1994) sowie einigen Reviews (Broadhead et al. 1983, Cassel 1974, Cohen und McKay 1984, Cohen und Wills 1985, Heller 1979, Heller und Swindle 1983, Shumaker und Brownell 1984, Thoits 1982).
- 2 Insofern wird treffend von „umbrella term“ (Knipscheer und Antonucci 1990) oder „Meta-Konstrukt“ (Röhrle 1994) gesprochen. Dies hat zu umfangreicher Kritik an dem Konzept geführt. Obwohl einige Ansätze hierzu vorliegen (Bowlby 1969, 1973, 1980, Weiss 1974), wird vor allem das Fehlen eines kohärenten theoretischen Überbaus, ein Mangel an methodischen Ansätzen zur empirischen Differenzierung verschiedener Unterstützungskategorien sowie eine anhaltende Unschärfe des Begriffes kritisiert.
- 3 So ist bspw. ‚informational support‘ häufig eng mit emotionaler Zuwendung, Aufmerksamkeit und Wertschätzung verbunden, d.h., die Motive der Informationsgewährung liegen letztlich in der persönlichen Beziehung zwischen support-gewährender und empfangender Person. Auch zwischen materiellen Hilfeformen und emotionaler Unterstützung wurden Zusammenhänge gefunden (House 1981, Schaefer, Coyne und Lazarus 1981).

Gefühl des Geliebtwerdens zu vermitteln und auf diese Weise eine emotionale Stabilisierung einer Person zu erreichen. Beispiele sind aufmerksames Zuhören, das Spenden von Trost, Sympathiekundgebungen oder die bloße Signalisierung von Anteilnahme. Emotionale Unterstützung stellte die häufigste Konzeptualisierungsvariante in der ‚Support‘-Forschung dar resp. wird häufig als deren Kernkonzept angesehen (Kahn und Antonucci 1980, Sarason et al. 1987). ‚*Instrumental Support*‘ umfaßt die Bereitstellung oder den Austausch von Gütern oder Dienstleistungen, finanzielle Hilfen sowie das Spektrum praktischer Hilfen im Alltag. Bei ‚*Informational Support*‘ handelt es sich um alle Formen der Kommunikation, die der Information, Beratung oder Vermittlung dienen. Unter ‚*Appraisal Support*‘ schließlich lassen sich alle Transaktionen der Wertschätzung, Anerkennung und Bestätigung einer Person fassen.

Als ein *Unterstützungsnetzwerk* kann dann in Anlehnung an Thoits (1982) der Ausschnitt aus dem persönlichen Netzwerk betrachtet werden, von dem eine Person die genannten Unterstützungsleistungen (oder eines Teils davon) in der Vergangenheit erhalten hat oder im Bedarfsfall potentiell erhalten würde.

Ein weiterer in diesem Feld oft verwendeter Begriff ist der der *sozialen Integration*. Damit ist zumeist die Anzahl sozialer Beziehungen gemeint, aber auch Merkmale wie das Vorhandensein intimer Beziehungen, die Zahl der sozialen Rollen, deren Träger man ist, die Kontakthäufigkeit mit Freunden und Verwandten oder Mitgliedschaften in Gruppen und Organisationen wurden als Kriterien herangezogen (Berkman und Syme 1979, Blazer 1983, House et al. 1982, Thoits 1982). Damit ist dieser Begriff eher einer strukturellen Perspektive verbunden. Häufig wird soziale Integration als Index konzipiert, der verschiedene Variablen in der einen oder anderen Gewichtung berücksichtigt.

Die sich aus dieser Gegenüberstellung der Konzepte für eine Analyse sozialer Beziehungen ergebenden Implikationen können wie folgt zusammengefaßt werden:

1) *Soziale Unterstützung* läßt sich, wie Wellman (1981) in seinem programmatischen Aufsatz dargelegt hat, am besten im Rahmen von Netzwerkanalysen untersuchen: Der Netzwerkansatz ist dabei Subjekt, soziale Unterstützung Objekt der Untersuchung. Durch diese Differenzierung kann soziale Unterstützung als Ressource, d.h., als in sozialen Netzwerken latent vorhandenes und aktivierbares Potential verschiedener Arten von Hilfsangeboten in alltäglichen Problemsituationen, in Stresssituationen oder bei kritischen Lebensereignissen angesehen werden: „By treating the content of ... ties as flows of resources, it transforms the study of support into the study of supportive resources“ (Wellman 1981, 179).

2) *Soziales Netzwerk* und *soziale Unterstützung* sind damit zwei verschiedene Konzepte, die gleichwohl nicht unabhängig voneinander sind: So beeinflusst ähnlich der Metapher des Flusses und des Flußbettes die Struktur von Netzwerken die in ihnen fließenden Inhalte und umgekehrt.

3) *Unterstützungsnetzwerke* werden nicht mehr durch Sozialkategorien wie Familie oder Verwandtschaft bestimmt, sondern durch funktionale und interaktionale Netzwerkmerkmale. Erst damit wird die tatsächliche Involvierung und Bedeutung dieser Kategorien überprüfbar, was zu einer Abkehr vom dem Begriff ‚soziale Unterstützung‘ inhärenten Dilemma, bereits eine positive Konnotation zu besitzen und damit auch der implizit vertretenen Annahme geführt hat, die Anzahl von Netzwerk-Kontakten sei gleichbedeutend mit der Zahl unterstützender Beziehungen. Zudem fand sich in mehreren Untersuchungen, daß der Anteil unterstützender Beziehungen in persönlichen Netzwerken begrenzt ist (z.B. Wellman 1979) und deshalb auf Beziehungen im Konvoi mit „supportiver Valenz“ (Petzold 1979b, 1994e, 1995a), d.h. von besonderer Tragfähigkeit und Ressourcenfülle zentriert werden sollte.

4) Das lange Zeit vorherrschende Erkenntnisinteresse lediglich an den fördernden Wirkungen sozialer Netzwerke hatte die Option für die ebenso erwartbare wie auch reale Alternative und im

Grunde überraschend späte Einsicht, daß Beziehungsgeflechte nicht notwendigerweise „nice things“ (Wellman 1982, 79) sind, bis dahin verstellt. Schwarzer (1994) schlug daher vor, soziale Unterstützung als einen Spezialfall von sozialer Interaktion zu sehen, der sowohl positive als auch negative Wirkungen hervorrufen kann.

5) Soziale Netzwerke erbringen unterschiedliche Unterstützungsfunktionen tendenziell arbeitsteilig („different strokes from different folks“ — Wellman und Wortley 1990). Während nahe Verwandte am wahrscheinlichsten kontinuierliche instrumentelle Unterstützung leisten und sich als einzige verlässliche Instanz in Krisensituationen (z.B. Pflege) bewährt haben⁴, scheinen Freunde und Bekannte eher für aktuelle kognitive Unterstützung und Informationen zuständig zu sein, sind aber auch Vertrauenspersonen für persönliche Gespräche (McFarlane et al. 1984, Pearlin 1985, Walker et al. 1977).

2. Soziale Netzwerke und Gesundheit: Ein Forschungsüberblick

2.1. Gesundheitsfördernde und -erhaltende Effekte

In der Netzwerkanalyse ist eine Fülle struktureller Merkmale entwickelt worden, von denen in diesem Kontext vor allem der Umfang, die Zusammensetzung und die Dichte (Anteil der Personen, die miteinander Kontakt haben, an allen Netzwerkmitgliedern) Relevanz erlangt haben. Die Zusammenhänge zwischen diesen Maßen ergeben sich zunächst wie folgt: Umfang und Dichte stehen in einem inversen Verhältnis, d.h., je größer ein Netzwerk, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, daß sich die Mitglieder untereinander kennen. Die Netzwerkzusammensetzung findet sich in der Literatur einmal auf einer interaktionalen Ebene als Dichotomie „starke vs. schwache Beziehungen“ und einmal auf einer Netzwerkebene als „offene vs. geschlossene Netzwerke“. Ein hoher Anteil starker (d.h., solchen, die einem nahestehen und die man häufig sieht) Beziehungen konstituiert weitgehend „geschlossene“ Netzwerke (Laumann 1973) hoher Dichte. Diese zeichnen sich i.d.R. dadurch aus, daß sie lokal zentriert sind, relativ homogen in den Einstellungen und Werten und eine hohe Kontakthäufigkeit aufweisen¹. Ein hoher Anteil schwacher (d.h. eher flüchtiger und eher instrumenteller) Beziehungen dagegen konstituiert locker verbundene, „offene“ Netzwerke, die sich durch größere Heterogenität, einen geringen Verwandtschaftsanteil sowie eine größere regionale Ausdehnung mit entsprechend geringerer Kontakthäufigkeit auszeichnen.

Eine Reihe von Studien hat einen positiven Effekt zwischen der Netzwerkgröße und Variablen physischer und psychischer Gesundheit gefunden (z.B. Berkman und Syme 1979). Jedoch zeigte sich, daß dieser Effekt stark von Drittvariablen wie Alter, Geschlecht, sozialintegrativen Faktoren und vor allem — nach den Ausführungen im vorigen Abschnitt nicht überraschend — von der Qualität und der jeweiligen Wahrnehmung der geleisteten Unterstützung abhängen. Zum anderen hat sich eine Zusammensetzung des Netzwerkes aus sowohl *starken* als auch *schwachen* Beziehungen als günstig für das gesundheitliche Wohlbefinden erwiesen. Während erstere die Einbindung in ein stabiles soziales Kernnetzwerk gewähren, welches dem Individuum eine soziale

⁴ Allerdings geht dies nahezu ausschließlich zu Lasten von Frauen, mit der Konsequenz, ständig von Überforderung bedroht zu sein (Belle 1982, Brody 1985, Gerhardt und Friedrich 1982).

⁵ Bis in die 80er Jahre hinein wird dieser Netzwerktypus in der sozialwissenschaftlichen Literatur als ein stärker in unteren Sozialschichten verbreitetes Muster diskutiert (z.B. Strohmeier 1983).

Verortung (Identität, Zugehörigkeitsgefühl, Routinen) verleiht sowie die grundsätzlichen Unterstützungsbedürfnisse erfüllt, haben sich letztere als vorteilhaft für neue Kontakte über Netzwerkgrenzen hinweg und damit ressourcengenerierend erwiesen. Darüber hinaus kommt ihnen ein Flexibilitätspotential zu, als dass sie es dem Individuum ermöglichen, sich veränderten Situationen besser anzupassen. Ergebnisse einer Studie von Cohen et al. (1997) bspw. wiesen eine geringere Anfälligkeit gegenüber Viruserkrankungen nach, wenn die Netzwerke heterogen zusammengesetzt waren (vs. homogene Netzwerke).

Wesentlich umfassendere Bedeutung in der wissenschaftlichen Diskussion haben soziale Netzwerke als Matrix für Unterstützungsleistungen und damit in der ‚Social Support‘-Forschung erhalten. Hier zum einen hinsichtlich ihrer präventiven, gesundheitserhaltenden resp. krankheits- oder krisenvermeidenden Wirkung⁶. Menschen mit hohen Unterstützungsressourcen scheinen ein geringeres Erkrankungsrisiko aufzuweisen, sei es im somatischen, psychischen oder psychosomatischen Bereich (Blazer 1983, Brown und Harris 1978, Cohen und Wills 1985, House et al. 1982, Raspe 1982), in ihrem Leben besser sozial integriert zu sein (Antonucci und Depner 1982, Buchmann et al. 1985), mehr positiv bewertete Lebensereignisse aufzuweisen (resp. mehr als solche wahrzunehmen), ein höheres Maß an *Selbstwertgefühl* zu besitzen und eine optimistischere Grundhaltung einzunehmen als solche mit geringen (Brücker 1992, House 1981, Röhrle 1994: 88 f., Schwarzer und Leppin 1991). Zum anderen ist die positive Wirkung sozialer Unterstützung im Kontext der Bewältigung akuter oder dauerhafter Krisen, Belastungssituationen und Krankheiten⁷ herausgestellt worden.

Den beiden Varianten entsprechend haben zwei alternierende Thesen zur positiven Wirkung sozialer Unterstützung empirische Evidenz erfahren. Vertreter der sogenannten Haupteffekt-These sehen schon in der reinen Verfügbarkeit sozialer Unterstützung - also unabhängig vom Auftreten belastender Situationen - einen gesundheitsfördernden Effekt, also günstig für die Genese, Erhaltung und Wiederherstellung des Wohlbefindens, indem sie die Exponiertheit gegenüber streßerzeugenden Events oder deren

6 Die Schutzschildfunktion sozialer Unterstützung wurde bspw. nachgewiesen hinsichtlich eines geringeren Ausmaßes von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, höherem Geburtsgewicht sowie längeren Phasen des Stillens (Nuckolls et al. 1972), hinsichtlich eines geringeren Medikamentenbedarfs, Schutz vor viralen Erkrankungen (z.B. Tuberkulose - Cohen et al. 1997) sowie Schutz vor Neurosen (Henderson et al. 1981).

Dabei ist die Einsicht sozialer Netzwerke als Ressourcen keineswegs neu: Schon einer der *bekanntesten* frühen ‚Social Support‘-Forscher, Gerald Caplan (1974), hatte, analog des Durkheimschen Konstruktes der ‚organischen Solidarität‘, soziale Stützsysteme und hier insbesondere die Familie und die Partnerschaft als das wesentlichste Moment einer präventiv orientierten Psychiatrie bezeichnet (vgl. Brown und Harris 1978, Gottlieb 1983).

7 Nennen lassen sich hier bspw. psychische Störungen resp. Verhaltensauffälligkeiten (Eaton 1978, Hammer 1981, Henderson 1980, Tolsdorf 1976), akute Belastungssituationen wie Trennung (Wilcox 1981, Rands 1988), Verwitwung (Walker et al. 1977) oder am Arbeitsplatz (Brücker 1992, House 1981), länger andauernde Belastungen wie körperliche Behinderung (Badura 1981, Berkman 1984, Broadhead et al. 1983, Eraker et al. 1984, Keupp 1985, Patrick et al. 1986, Wallston et al. 1983) und verschiedene chronische Krankheiten (Badura 1981, Berkman 1984, Broadhead et al. 1983, Beutel 1988, de Ruiter et al. 1993, DiMatteo und Hays 1981, Dunkel-Schetter et al. 1987, Funch und Marshall 1983, Gulick 1994, Leimkühler 1988, Manne und Zautra 1992, Raspe 1982, Wortman und Dunkel-Schetter 1987, Zink et al. 1985).

Auftretenswahrscheinlichkeit reduziert (Gottlieb 1983). Vertreter der sogenannten Puffereffekt-These hingegen sehen die Effekte sozialer Unterstützung vorwiegend in einer Abschwächung dysfunktionaler Stressoreinflüsse (durch Aufrechterhaltung einer positiven Selbstwertschätzung, Stärkung individueller Coping-Fähigkeiten, etc.). Ein Mangel an sozialer Unterstützung hat nach dieser Modellvorstellung keine unmittelbaren gesundheitlichen Auswirkungen. Empirisch wurde die Puffer-Effekt-These zwar häufiger untersucht und entsprechend häufiger bestätigt gefunden, wohl aber auch aufgrund der engen Verknüpfung der Unterstützungs- mit der Streßforschung. Nach Veiel (1987b) sollten diese Zusammenhänge daher nicht überbewertet werden. Beide Effekte scheinen vielmehr unabhängig voneinander zu wirken resp. sich zu ergänzen, funktionieren jedoch vermutlich nicht komplementär: Überschreiten nämlich die Belastungen ein bestimmtes Limit, so werden auch die besten sozialen Ressourcen keinen (dauerhaften) Schutz vor physischen und/oder psychischen Beeinträchtigungen bieten. Zudem sind auch Interaktionseffekte wie bspw. das Fehlen sozialer Unterstützung bei gleichzeitigem Auftreten von Streß zu berücksichtigen.

Obwohl die Forschungsliteratur mittlerweile einen Umfang erreicht hat, daß praktisch alle Unterstützungsaspekte „von der Wiege bis zur Bahre“ (Klusmann 1989, 17) untersucht worden sind, ist bis heute nicht genau geklärt, *wie* soziale Unterstützung auf das gesundheitliche Wohlbefinden eines Individuums resp. dessen Umgang mit Streß wirkt. Entsprechend heterogen sind die gefundenen Effekte. Während bspw. einige Forscher emotionaler Unterstützung den stärksten Einfluß auf physisches und psychisches Wohlbefinden zuschrieben (Henderson et al. 1981, Lin et al. 1979, LaRocco et al. 1980), fanden andere diese Zusammenhänge insbesondere bei materiellen Hilfeleistungen (Schaefer et al. 1981). Vaux (1988) bemängelt zudem, daß die Forschung sich mehr auf das Vorhandensein als auf die Stärke des Effektes sozialer Unterstützung auf Gesundheit konzentriert hat. Von einer allgemeinen salutogenen Wirkung sozialer Unterstützung kann, wie Röhrlé (1994, 95) resumierte, somit nicht gesprochen werden.

Insgesamt scheinen eher die subjektive Wahrnehmung (*perceived support*) sowie qualitative Aspekte von Unterstützung — wie etwa die Zufriedenheit mit erhaltener Unterstützung oder deren Verfügbarkeit im Sinne einer generalisierten Erfahrung — Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden zu haben und weniger tatsächlich erhaltene Unterstützungsleistungen (*received support* — Brown und Harris 1978, Cutrona 1986, Gottlieb 1978, Heller und Swindle 1983, Henderson et al. 1981, Israel et al. 1983, Procidano und Heller 1983). Weitgehend Einigkeit besteht zumindest darüber, daß es kein unterstützendes Verhalten an sich gibt, sondern daß die angebotene Unterstützung auch zu den spezifischen Bedürfnissen und der Situation eines Individuums passen muß (Sommer und Fydrich 1989). Dies verweist auf die nötige Kontextualisierung des Gegenstandes resp. des *Settings*, in dem Unterstützung stattfindet (z.B. Arbeit, Freizeit, Nachbarschaft, Alltag vs. Krisen, etc.). Es gilt, die relevanten Hintergrundvariablen, Umfang, Zusammensetzung und Adäquatheit (Verwundbarkeit) des sozialen Netzwerkes als Mesostrukturen mit einzubeziehen. Im Sinne einer Verknüpfung von Binnen- und Außenperspektive, eines „person-environment-fits“⁸, wird zudem ein komplexes, dynamisches Zusammenspiel zwischen den Bedürfnissen und individuellen Handlungsressourcen (auch: „persönliche“, „psychologische“, „interne“ Ressourcen, vgl. Petzold 1997p) des Individuums und der Umgebung angenommen. Zu den persönlichen Ressourcen werden bspw. die Fähigkeit gerechnet, Netz-

⁸ Einige Forscher sprechen auch von einem „relationalen Unterstützungsbegriff“ (Veiel 1987a) oder „matching“ (Cutrona und Russell 1990, Shinn et al. 1984).

werke managen resp. Ressourcen im Netzwerk mobilisieren zu können (Keupp und Röhrle 1987)⁹. So fanden bspw. Angermeyer und Bock (1984) bei Alkoholkranken Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Nutzung sozialer Ressourcen, die durchaus verallgemeinerbar sind: In einer Zweierbeziehung lebende Männer wendeten sich hier zur Befriedigung emotionaler Bedürfnisse fast ausschließlich an ihre Partnerin, während Frauen auf ein breiter gestreutes Verwandten- und Freundesnetzwerk zurückgriffen. Desweiteren spielt die Offenheit resp. Bereitschaft, (angebotene) Hilfe auch anzunehmen, Erfahrungen mit Unterstützung in der Vergangenheit, Bewältigungsstrategien, dispositionale Konstrukten wie bspw. Netzwerk- oder Hilfesuchorientierung (Tolsdorf 1976, Vaux et al. 1986), Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen, Bereitschaft von Netzwerkmitgliedern zur Hilfe und deren Hilfeintention und das Bemühen um eine ausgeglichene Hilfebilanz eine Rolle (de Ruiter et al. 1993, Sarason et al. 1987, Shumaker und Brownell 1984, Uehara 1990).

Zusammenfassend stellte Schwarzer (1994, 144) in den letzten Jahren eine „vielversprechende Konvergenz“ unterschiedlicher Forschungsrichtungen wie der ‚Support‘-Forschung, der Netzwerkforschung, der Hilfesuchforschung und der Forschung über enge Sozialbeziehungen fest, womit sich auch mehr und mehr die Konturen eines einheitlichen *theoretischen Bezugsrahmens* herausgebildet haben, der gesundheitliche Störungen als Resultat eines suboptimalen Copings mit Stresssituationen auffaßt und zusammenfassend als „Stress/Coping Paradigma“ bezeichnet werden könne (vergl. auch Badura und Pfaff 1989, Brücker 1992, Kessler und Wortmann 1989, Pearlin 1989, Shumaker und Brownell 1984).

2.2. Belastende Aspekte sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung

Das lange Zeit vorherrschende Erkenntnisinteresse lediglich an den positiven Wirkungen sozialer Netzwerke und Unterstützung hat erst relativ spät zu Forschungsaktivitäten über belastende Auswirkungen durch das soziale Umfeld, der „Kehrseite der Medaille“ (Lehmann et al. 1986) geführt, obwohl viele empirische Befunde darauf hindeuten, daß einerseits die Abwesenheit schädlicher ‚support‘-Beziehungen u. U. als günstiger für das individuelle Wohlbefinden eingeschätzt wurde als das Vorhandensein unterstützender Beziehungen, andererseits Belastungen möglicherweise einen größeren gesundheitsbezogenen Effekt aufweisen als die positiven Auswirkungen¹⁰. Auch dieser Kehrseite sollte im psychotherapeutischen Kontext daher — auch unter Bezug auf Forschung zu protektiven, risikoreichen und belastenden Faktoren (Petzold, Goffin, Oudhof 1993) — größte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Da der Forschungsbereich zu interpersonalen Belastungen relativ unsystematisch und über verschiedene Disziplinen wie etwa die Stress- und Belastungs-, die Netzwerk- und Unterstützungs-, die Psychotherapieforschung, die longitudinale Entwicklungs- und die Sozialpsychologie verteilt ist, erscheint eine Übersicht von Laireiter und Lett-

9 Die Abnahme des normativen Einflusses vorgefundener Sozialbeziehungen und damit korrespondierende Individualisierungstendenzen bieten einerseits Freiräume für die Gestaltbarkeit von Sozialbeziehungen, erfordern andererseits aber auch ein höheres Maß an Eigenleistungen des Individuums. Nunmehr weniger selbstverständlich verfügbare und ihres Verpflichtungscharakters teilweise entledigte Beziehungen müssen verstärkt hergestellt, aufrechterhalten und im Bedarfsfall auch aktiviert werden, womit das Individuum zum „Netzwerkmanager“ wird (Keupp 1976).

10 Siehe hierzu Barrera 1981, Barrera und Baca 1990, Dunkel-Schetter und Bennett 1990, Kanner et al. 1981, Kessler und McLeod 1985, Knipscheer und Antonucci 1990, Laireiter und Lettner 1992, Milardo und Lewis 1985, Rook 1984, 1990, Rook und Pietromonaco 1987, Schmidt et al. 1992.

ner (1992) hilfreich, die zwischen durch strukturelle Netzwerkparameter bedingten Belastungen, belastenden Aspekten sozialer Beziehungen und solchen sozialer Unterstützung unterschieden haben.

Strukturelle Netzwerkmerkmale und Belastungen:

Defizitäre Netzwerkstrukturen können in einem weitgehenden oder gar völligen Fehlen sozialer Beziehungen (soziale Isolation) bestehen (Petzold 1979b, 1982v, 1994e), aber auch in einem Zuviel an Beziehungen, die nicht mehr handhabbar sind. Ferner kann die Zusammensetzung eines Netzwerkes ungünstig sein, etwa hinsichtlich des Anteils starker und schwacher Beziehungen, mit der Folge bspw. zu dichten Netzwerken und der damit häufig korrespondierenden hohen sozialen Kontrolle und Abschirmung von der weiteren sozialen Umgebung. *Netzwerkgröße*: Kleine Netzwerke wurden in Verbindung gebracht mit Beeinträchtigungen der Befindlichkeit und belastenden physischen und psychischen Symptomen (Cohen und Wills 1985, Henderson et al. 1981, Schwarzer und Leppin 1989)¹. Dies gilt insbesondere für das Fehlen enger Beziehungen, aber auch für „social companionship“, also regelmäßige Kontakte mit nicht unbedingt nahestehenden Personen (Rook 1984). Bspw. konnte bei alleinstehenden Medikamenten-abhängigen Patienten eine hohe Wahrscheinlichkeit der Institutionalisation festgestellt werden (Wan und Weissert 1981). Andererseits können natürlich auch zu große Netzwerke das persönliche Wohlbefinden beeinträchtigen, da von den meisten Menschen nur eine begrenzte Anzahl an Kontakten überhaupt managebar ist. Empirische Befunde weisen allerdings auf einen moderierenden Einfluß soziodemographischer Variablen wie Alter und Geschlecht hin. So haben Frauen und Menschen mittleren Alters größere Netzwerke als Männer und Alte. Hintergrundereignisse wie der Verlust einer nahestehenden Person spielen eine entscheidende Rolle (z.B. Lin et al. 1986). Auch die Beziehungen zwischen der *Dichte* eines Netzwerkes und psychischer Gesundheit sind heterogen. Netzwerke hoher Dichte korrelierten zum einen mit einer positiven psychischen Befindlichkeit und haben offenbar eine streßreduzierende Wirkung (Fischer und Phillips 1982, Hall und Wellman 1985, Hirsch 1979, Kadushin 1982, Tolsdorf 1976, Walker et al. 1977). Erklärt wird dies sowohl mit einer das Individuum entlastenden Eindeutigkeit sozialer Normen, Rollenverteilungen und Erfahrungen als auch damit, daß hier vielfältige Unterstützungsleistungen verfügbar sind. Dichte Netzwerke haben aber auch negative Implikationen wie die Ausübung einer hohen normativen Kontrolle oder eine relative Abschottung gegenüber der weiteren sozialen Umgebung (Hirsch 1981, Pattison et al. 1975). Gerade familiäre (Selbst)hilfe erweist sich, insbesondere im intergenerationalen Kontext, als ein ambivalenter Komplex, da instrumentelle Unterstützung häufig auch mit psychologischen Belastungen verbunden ist, d.h., oft ist das eine nicht ohne das andere zu haben, zumal man letztlich aufeinander angewiesen ist“. Wilcox (1981) beobachtete, daß geschiedene Frauen von den Mitgliedern der Familie einerseits zwar ein hohes Maß an Unterstützung enthielten, diese Kontakte aber auch am stärksten belasteten. Maguire (1983) fand bei Individuen in dichten Netzwerken ein Widerstreben, sich mit seinen Problemen an andere zu wen-

11 Der Extremfall der sozialen Isolation (das Fehlen sozialer Beziehungen) wird hier nicht betrachtet.

12 Gottlieb (1983) bezeichnete daher verwandtschaftliche Unterstützungsbeziehungen als „most critical psychological resources“.

den aus Angst, sich abhängig zu machen. Denn ist die Möglichkeit des Austausches mit der weiteren sozialen Umgebung infolge von Abschottungstendenzen eingeschränkt, so kann es im Fall von familiären Konflikten und Problemen zu destruktiven Entwicklungen wie Vermeidungsverhalten, verdeckter Feindseligkeit, emotionaler Anspannung, negativen Abhängigkeiten und Anpassungsdruck kommen. Ergebnisse einer Studie von Walker et al. (1977) weisen darauf hin, daß kleine Netze hoher Dichte wohl die *soziale Identität* am stabilsten, aber eben auch am unverändertsten lassen, d.h., daß sie Unterstützung und Hilfe nur in „bewährten“ Alltagssituationen bieten können. In Situationen, die Veränderungen mit sich bringen wie sie bei psychischer oder chronischer Erkrankung entstehen, kann es daher an adäquater Unterstützung, die es dem von einer Krankheit Betroffenen ermöglicht, der neuen Situation angemessene Wege zu gehen, mangeln. Identitäts- und gendertheoretische Perspektiven (Petzold 1998h) sind hier zu berücksichtigen. Netzwerke geringer Dichte bestehen aus vielen unverbundenen Einzelpersonen aber auch Verdichtungszonen. Solche Netzwerksegmente können als *Schutzschild* (Petzold 1995a,b) gegen Streß und Probleme in anderen Segmenten dienen (Hirsch 1979). Segregierte Netzwerke weisen darüber hinaus eine größere Variationsbreite an Normen und Werten auf, was ihre Anpassungsfähigkeit bei „life events“ oder bei einer veränderten Bedürfnisstruktur erhöht. Zudem scheint auch die Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung höher zu sein, wenn sie aus verschiedenen Quellen entstammt (Hirsch 1981). Andererseits können solche Netzwerke auch negative Auswirkungen haben, etwa durch wahrgenommene Inkongruenzen emotionaler, kognitiver oder emotionaler Art zwischen verschiedenen Netzwerksegmenten, die zu chronischen Belastungen werden können und darüber die Anfälligkeit gegenüber Krankheiten steigern.

Werden Netzwerke als „pathogen“ bezeichnet, so können damit Netzwerke gemeint sein,

- in denen bestimmte Normen und Werte herrschen, die das Individuum in ein strukturelles Spannungsverhältnis mit der Gesellschaft versetzen (z.B. Gewaltanwendung, Drogenkonsum) etc.,
- in denen Individuen an ihrer freien Entfaltung gehindert werden: dies kann durch eine hohe Dichte mit entsprechend hoher sozialer Kontrolle, durch Mangel an Alternativen in den Sozialbeziehungen, etc. bedingt sein,
- in denen Werte sich als ambivalent oder verändernd erweisen (z.B. in der Eltern-Kindbeziehung: Aussagen der Eltern widersprechen sich, angekündigte Versprechungen oder Sanktionen werden nicht gehalten resp. durchgesetzt, etc.),
- die eine sehr geringe Zahl sozialer Beziehungen aufweisen, z.B. wenn weggebrochene Beziehungen (z.B. durch Tod, Trennung, etc.) nicht kompensiert werden können. Seltener Extremfall ist soziale Isolation¹.

13 Gleichwohl behalten enge Beziehungen natürlich, wie es auch die „social support“-Forschung umfassend nachgewiesen hat, ihre wichtige soziale Bedeutung.

14 Hirsch (1979: 275) nannte hierfür drei Gründe: Einzelne Dyaden sind i.d.R. Veränderungen gegenüber zugänglicher als Gruppenrollen und -normen. Bei einer veränderten Bedürfnisstruktur ist die Wahrscheinlichkeit, passende Kontakte im Netzwerk zu finden, größer. Schließlich mag auch die Verfügbarkeit ganz unterschiedlicher Personen die eigenen Fähigkeiten, mit Veränderungen umzugehen, stärken (siehe auch Coser 1975).

15 Eine Beurteilung sozialer Isolation sollte sich allerdings nicht von absoluten Werten leiten lassen, sondern Schwellenwerte bestimmen, die sich bspw. am Durchschnittswert einer untersuchten

- ein Vorherrschen von Beziehungen, die sich durch fehlende Reziprozität von Unterstützungsleistungen auszeichnen, was zu teilweiser oder vollkommener Abhängigkeit einer Person führen kann,
- Randpositionen im sozialen Netzwerk, so daß Kontakt nur über *eine* Person zum weiteren Netzwerk besteht, was ebenfalls zu einer erhöhten Abhängigkeit von dieser Person führt;

Diese Aspekte können wiederum zu Unzufriedenheit mit sozialen Beziehungen (z.B. Einsamkeit) führen. Einsamkeit wird dabei in der Literatur zumeist als subjektive Wahrnehmung aufgefaßt, wobei nur eine geringe Korrelation mit sozialer Isolation gefunden wurde: Weder fühlen sich Individuen ohne soziale Beziehungen notwendigerweise einsam, noch schützt das Vorhandensein sozialer Beziehungen vor Gefühlen der Einsamkeit (Fischer und Phillips 1982, Perlman 1988).

Belastungen sozialer Beziehungen:

Gegen Versuche, eine Typologie *belastender Beziehungen* zu erstellen (z.B. Barrera 1981, Baumann et al. 1987b), ist zum einen eingewendet worden, daß Beziehungen primär auf Austausch und Harmonie (und nicht auf Feindschaft) ausgerichtet und Belastungen damit eher Folge denn eigentlicher Inhalt einer Beziehung sind, zum anderen hauptsächlich an unfreiwillig bestehende Beziehungen geknüpft sind; unangenehme resp. belastende Beziehungen, die frei gestaltbar sind, werden hingegen i.d.R. abgebrochen. Laireiter und Lettner (1992) sehen wenig empirische Hinweise für die Existenz spezifisch belastender Beziehungsrollen und schlagen daher eine Untersuchung *belastender Interaktionsmuster* wie bspw. Ambivalenzen, unausgeglichene Unterstützungsbilanzen (z.B. Überforderung), Kontrolle, Abwertung, Angst oder Sorge. Diese könnte sich an dem bereits in den frühen achtziger Jahren von Lazarus und Folkman (1984) vorgelegten Quartett (Bedrohung, Verlust, Kränkung/Verletzung und Herausforderung) orientieren. Als ein weiteres Beispiel eines solchen Musters können die alltäglichen Streßerfahrungen, die ‚daily hassles‘ aufgefaßt werden (z.B. Kanner et al. 1981). Ihnen kommt möglicherweise eine bessere Prediktorfunktion für die psychosomatische Gesundheit zu als unspezifischem Streß oder „stressful life events“.

Belastungen durch soziale Unterstützung:

Belastungen sozialer Unterstützung sind nach „normaler“ Unterstützung, für die spezifische Bedarfssituation des Hilfenachfragenden nicht (mehr) adäquater oder fehlgeschlagener Unterstützung, enttäuschten Unterstützungserwartungen, einem Über- oder Mindermaß an Unterstützung und „belastungsbedingter Ineffektivität“ differenziert worden (Baumann et al. 1987b, Laireiter und Lettner 1992, Suls 1982)¹⁶. Auf die mit normaler Unterstützung verbundenen Begleiterscheinungen wie etwa Bedrohungen des Selbstwertgefühls (z. B durch Gefühle der Abhängigkeit) hat die Sozialpsychologie

Population bestimmen lassen. So sprechen bspw. Fischer und Phillips (1982) von „schwer oder moderat isolierten“ Personen.

16 Natürlich gibt es auch auf seiten des Hilfgewährenden Entsprechungen wie bspw. nicht-intendierte Unterstützungswirkungen, fehlgeschlagene Unterstützungsversuche etc. (Dunkel-Schetter 1984). Klusmann (1989, 37) stellte in diesem Zusammenhang einem gutem Rat den schlechten gegenüber, richtigem Feed-Back das falsche, der Wertschätzung die Geringschätzung, dem einführendem Verständnis Verständnislosigkeit, einem umsorgendem Verhältnis ein Ausnutzen, etc.

hingewiesen (und Fisher 1986). Diese Gefühle scheinen dabei eher bei Hilfeleistungen entfernter als nahestehender Personen zuzutreffen. Inadäquate Unterstützung kann bspw. in Überredungsversuchen, Vermeiden von problematischen Diskussionen, gutgemeinten Versuchen der Problemreduzierung oder Hilfestereotypen, also nicht wirklich hilfreichen Angeboten bestehen. Dabei sind die Effekte weitgehend unabhängig davon, ob Hilfeleistungen gut gemeint sind oder nicht (Shinn et al. 1984, Dunkel-Schetter und Wortman 1981, DiMatteo und Hays 1981, Rook 1984). Enttäuschte Unterstützungserwartungen sind häufig die Folge unterbliebender Hilfe, was zu Kränkungen führen und insbesondere bei aktuell belasteten Personen zu psychischen Beeinträchtigungen führen kann (z.B. Pagel et al. 1987). Ein Übermaß an Unterstützung wurde vor allem in Netzwerken großer Dichte gefunden (Coyne et al. 1990). Eng hiermit verbunden sind häufig Einmischungstendenzen, das Absprechen von Kompetenzen, etc. Ein als unangenehm empfundenes Ungleichgewicht in der Unterstützungsbilanz kann auch Ursache für eine zukünftiger Zurückhaltung bei der Annahme von Hilfe sein. Schließlich kann angebotene Unterstützung ineffizient oder nicht adäquat sein. Dies Gefahr besteht, wenn Netzwerkmitglieder in Belastungssituationen involviert sind. Beispiele sind die (zumeist weiblichen) Familienangehörigen in der Pflege chronisch Kranker oder eine Subkultur bspw. Drogenabhängiger, die zur Aufrechterhaltung problematischen Verhaltens oder Krisen beitragen. Der damit aufgeworfenen Frage, wann eine soziale Interaktion als Unterstützung und wann als Belastung zu werten ist, ist mit einer Reihe von mehr oder weniger problematischen Vorschlägen begegnet worden. Dunkel-Schetter et al. (1990) regen an, drei Perspektiven zu unterscheiden, nämlich die Helfer-, die Empfänger- und die Beobachterperspektive (die natürlich nie übereinstimmen). Ähnlich plädieren auch Shumaker und Brownell (1984) dafür, die Hilfeintention des Support-Gewährenden sowie deren Wahrnehmung durch den Empfänger bei der Analyse sozialer Interaktionen einzubeziehen. Handelt ein Unterstützer demnach aus altruistischen Motiven, kann dies als ein Unterstützungsversuch interpretiert werden, ohne daß der Empfänger einen Vorteil verspüren muß, während eine *effektive* Unterstützungshandlung auf der Wahrnehmung und Interpretation einer positiven Wirkung seitens des Empfängers beruht.

2.3. Veränderungen von Netzwerken im Zeitverlauf

Soziale Netzwerke sind keine statischen Gebilde, sondern in einem ständigen Fluß der Veränderung. Zum einen weisen sie eine natürliche inhärente Dynamik im Lebenslauf auf, die i.d.R. durch einen u-förmigen Verlauf gekennzeichnet ist. Eine Reihe von Studien hat gezeigt, daß Netzwerke im Lebenslauf zunächst größer werden — so kommen engere Freunde, aber auch Bekannte an den charakteristischen Wendepunkten wie Berufseintritt und -wechsel, Heirat, Geburt des ersten Kindes etc. hinzu -, um im letzten Lebensdrittel wieder zu schrumpfen, d.h., Kontaktverluste werden nur noch in abnehmendem Maße und schließlich gar nicht mehr kompensiert (Fischer 1982, Petzold 1994e). Im mittleren Alter findet sich i.d.R. eine relative Konstanz des Netzwerkumfangs bei jedoch sich verändernder Zusammensetzung in Abhängigkeit vor allem des Familienzyklus' (Stueve und Gerson 1977). Ähnlich wird auch bei einem neueren Konzept in der Forschung und in der interventiven Praxis der Karrierebegleitung als Weggeleit (Petzold, Hentschel 1991), das Unterstützungsnetzwerke als Geleitschutz,

als ‚convoy‘ im Sinne eines „protektiven Faktors“ bzw. Prozesses über die gesamte Lebensspanne ansieht (Petzold 1995 a, idem, Goffin, Oudhof 1993), von einer Stabilität zumindest grundsätzlicher Unterstützungsfunktionen auch bei deren wechselnder Zusammensetzung ausgegangen (Antonucci 1985, Antonucci und Akiyama 1994, Kahn und Antonucci 1980, Levitt 1991, Udris et al. 1992, Petzold 1995a).

Zum anderen können Veränderungen im sozialen Netzwerk als Folge einschneidender Life-Events auftreten wie Verlust des Partners, Ausscheiden aus dem Arbeitsleben, chronischer Erkrankungen und den damit korrespondierenden Folgen wie physische Mobilitätseinschränkungen, Schmerzen, etc., also Ereignissen, die von den betroffenen Personen erhebliche Anpassungsleistungen verlangen, Auswirkungen einer veränderten Zusammensetzung des Netzwerkes oder einer veränderten Funktion einer Beziehung, deren Auswirkungen auf das Individuum erst ansatzweise geklärt und die empirischen Befunde hierzu inkonsistent sind (Eckenrode und Gore 1981, Hays und Oxley 1986, Minor 1983, Röhrle 1994, Stueve und Gerson 1977, Thoits 1982). Soziale und psychologische Bedürfnisse eines Individuums können sich im Zeitverlauf ändern, und Bedürfnisse nach adäquaterer Unterstützung passen dann oft nicht mehr mit den im Netzwerk vorhandenen Ressourcen zusammen. Durch Neuentstehung oder Verschärfung von Problemlagen wie bspw. bei Ausbruch einer chronischen Erkrankung kann es etwa zu einem akut erweiterten Informationsbedarf kommen (Finlayson und Mc Ewen 1977). De Ruiter et al. (1993) beobachteten bei Krebskranken eine quantitative Ausdehnung der Netzwerke, um aus balancetaktischen Gründen einzelne Beziehungen nicht zu überlasten. Minor (1983) untersuchte über drei Meßzeitpunkte im halbjährigen Abstand hinweg die Veränderung von Netzwerken Heroinabhängiger. Während die Zusammensetzung der Netzwerke über die Meßzeitpunkte relativ konstant blieb (nahe Verwandte knapp 40%, Freunde ca. ein Drittel, professionelle Kontakte knapp 20% — bestanden die Netzwerke am letzten Erhebungszeitpunkt nur noch zu einem Drittel aus identischen Personen. 75% dieses stabilen Netzwerkanteils waren nahe Verwandte. Schmidt et al. (1992) untersuchten die Netzwerke HIV-Kranker und fanden im Beobachtungszeitraum der Studie (18 Monate) keine Abnahme der Beziehungen. Weitere Ergebnisse liegen aus Untersuchungen von Netzwerken Geschiedener vor. Bankoff (1983) bspw. fand bei Witwen in der ersten Trauerphase eine klare Preferierung der Eltern als emotionale Unterstützer, während diese Rolle in einer späteren Phase von Freunden (mit auch anderen Formen der Unterstützung) übernommen wurde. Wilcox (1981) untersuchte bei geschiedenen Frauen die Bewältigung ihrer Scheidung und fand größere psychische Probleme in den Fällen, in denen kleine, dichte Netzwerke mit vielen (mit dem Ehemann) gemeinsamen Personen (nahe Verwandte und Freunde) bestanden hatten, die in der Situation auch der Scheidung nicht mehr für emotionale Unterstützung zur Verfügung standen resp. gemieden wurden. Rands (1988) fand in den Netzwerken Geschiedener nach knapp zwei Jahren nur zu etwa der Hälfte noch identische Personen vor. Insbesondere die Kontakte zu Verwandten des Expartners wurden abgebrochen und die Kontakte zu Paaren reduziert, während die Zahl der Freunde konstant blieb. Diese Veränderungen spielten sich dabei zum Großteil direkt nach der Scheidung ab.

Eine Reihe von Autoren konnte zwar einen Zusammenhang zwischen zunehmender Chronizität einer Erkrankung und einer Tendenz zur Verarmung des Netzwerkes bei psychisch Erkrankten beobachten (Ratcliffe 1978, Angermeyer und Lammers 1986, Müller et al. 1986), jedoch sind auch hier die Ergebnisse heterogen. Ibes und Klusmann (1989) bspw. fanden bei chronisch psychisch Kranken zwar weniger emotional enge Beziehungen und eine geringere Anzahl von Funktionen der wichtigsten Person im Netzwerk im Vergleich zu Neuerkrankten, jedoch waren die Netzwerke insgesamt nicht kleiner, und es wurden auch nicht weniger Quellen sozialer Unterstützung genannt. Da die meisten Studien als Querschnittstudien angelegt sind, lassen sich jedoch keine Aussagen über die Kausalität der Beziehung zwischen der Dauer der psychiatrischen Erkrankung und dem Zustand der sozialen Netzwerke machen. Die wenigen existierenden Längsschnittstudien weisen allerdings auf eine (schwache) Tendenz hin, defizitäre Netzwerkstrukturen eher

als Folge denn als Ursache psychischer Störungen zu betrachten (z.B. Billings und Moos 1982, 1985). Letztendlich erscheint eine Wechselbeziehung plausibel: Wenn soziale Netzwerke bereits Erosionen aufweisen, können sich in der Folge belastende Einflüsse möglicherweise durchschlagender auswirken als bei „normal“ belastbaren Netzwerken. Verfügenden psychisch Erkrankte zudem nur in geringem Ausmaß über die notwendigen sozialen Kompetenzen, bestehende Netzwerkkontakte aufrechtzuerhalten resp. neue zu knüpfen, kann eine soziale Isolierungsspirale in Gang gesetzt werden.

3. Soziale Netzwerke im Kontext von Psychotherapie

Ergebnisse zu den Auswirkungen soziale Netzwerke und sozialer Unterstützung liegen zu einigen großen Störungsbildern in der Psychotherapie wie depressiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen, Alkoholproblematik und Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises vor. Bei depressiven Störungen etwa wurde eine höhere Wahrscheinlichkeit der Erst- und Wiedererkrankung sowie vermehrte Remissions- und Rückfallraten festgestellt, wenn Unterstützung durch Netzwerkmitglieder, insbesondere durch den Partner, fehlt (Brown und Harris 1978, Gotlib und Hammen 1992).

Mehrere Studien haben sich mit den Netzwerken psychisch kranker Patientenpopulationen befaßt, wobei die Ergebnislage hier heterogen ist. Während in einer Übersichtsarbeit von Beeis et al. (1984) die Netzwerke schizophrener Erkrankter als relativ klein, instabil und nur locker verbunden beschrieben wurden (vergl. auch Angermeyer 1989, Pattison et al. 1975, Pattison und Pattison 1981, Tolsdorf 1976), fanden sich in anderen Studien stärker verwandtschaftszentrierte Netzwerke mit entsprechend höherer Dichte sowie höheren Kontaktfrequenzen, allerdings auch weitgehend unverbundenen Nicht-Verwandtschafts-Subgruppen (Hammer 1981, Mueller 1980, Veiel et al. 1989). In den verhältnismäßig dichten Netzwerken wurde zudem ein höheres Stressorpotential gefunden (Pattison et al. 1975). Veiel (1989) fand bei Suizidalen kleinere Netzwerke und Schmid et al. (1992) bei HIV-Kranken. Unterschiedlich fallen die Ergebnisse hinsichtlich interaktionaler Merkmale wie Multifunktionalität und Reziprozität aus. Die meisten Autoren fanden hier einen höheren Anteil asymmetrischer und multifunktionaler Beziehungen bei Personen mit verschiedenen psychischen Belastungen als in verschiedenen Vergleichsgruppen (Hammer 1981, Tolsdorf 1976, Veiel et al. 1989).

Die vorliegenden empirischen und theoretischen Arbeiten der Psychotherapieforschung lassen sich drei verschiedenen Phasen des therapeutischen Kontaktes zuordnen (vergl. Herrle 1998):

- 1) der Phase im Vorfeld therapeutischer Interventionen,
- 2) der Phase im Verlauf therapeutischer Interventionen,
- 3) bezogen auf den Therapieerfolg.

Zu 1) Mit zunehmender Komplexität und Unüberschaubarkeit des Therapiesektors steigt die Gefahr individuell suboptimaler Lösungen bei der Hilfesuche, so daß informelle Netzwerke als Zuweisungssysteme, d.h. als Vermittlungs- und Beratungsinstanzen („screening and referral agents“ — Booth und Babchuk 1972) zu professioneller (psychotherapeutischer) Hilfe entscheidenden Wert erlangen. Fragekomplexe wie „Welcher Therapeut arbeitet wie gut mit welchen Methoden und wurde von wem wie hilfreich und wie sympathisch empfunden?“ eröffnen damit Entscheidungs- und Kalkulationshilfen und effektivieren die Suche nach einem geeigneten Angebot.

Dieser Bereich ist insbesondere Gegenstand der medizinsoziologischen Hilfesuchforschung, die soziale Netzwerke und die darin vorherrschenden Wertesysteme mit dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens im präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereich resp. ob diese überhaupt in Anspruch genommen werden, in Verbindung brachte (siehe zur Übersicht Gourash 1978, McKinlay 1981, Pescosolido 1991). Hier wurden Prozeßmodelle entwickelt, die einen gewissenmaßen spiralförmigen Hilfesuchprozeß aus den primären Netzwerken heraus zu immer weiter entfernten und kompetenten Personen skizzieren, bis professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. In einer Reihe von Netzwerk-Studien wurden die Zugangswege zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen untersucht. Kadushin (1966) konnte in einer Ende der fünfziger Jahre an verschiedenen psychiatrischen Kliniken in New York durchgeführten Studie zeigen, daß die Psychotherapieinteressenten dann beschleunigt einen Psychotherapieplatz erhielten, wenn indirekte Verbindungsketten zu Personen bestanden, die der psychotherapeutischen ‚Szene‘ zuordbar waren, also deren Ideen teilten und unterstützen und Erfahrung mit diesem Metier hatten und somit eine Quelle von Information und Beratung darstellten¹⁷. Auch Horwitz (1977a, 1977b, 1978) konnte bei psychiatrischen Patienten einen Einfluß von Psychotherapieerfahrenen auf die Vermittlung nachweisen. Zudem wurden bei Patienten mit Netzwerken ohne enge Verwandten- aber vielen Freundeskontakten in höherem Ausmaß informelle Zugänge nachgewiesen als bei solchen, deren Netzwerke durch enge Verwandtenkontakte bei gleichzeitigem Fehlen von Freunden charakterisiert waren; in diesem Fall wurde die Inanspruchnahme durch das relativ hohe Ausmaß an sozialer Kontrolle auch eher verzögert. Hammer (1981) fand bei Schizophrenen einen Zusammenhang zwischen Netzwerk-Variablen und der Zeitspanne zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der Kontaktaufnahme mit der Klinik.

Damit spielen zum einen bestimmte Beziehungstypen, in erster Linie Freunde und Verwandte, zum zweiten Personen mit ‚first hand experiences resp. einer Aufgeschlossenheit gegenüber einer Psychotherapie und zum dritten die Struktur der jeweiligen persönlichen Netzwerke eine Rolle bei der Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Defizitäre Netzwerke bspw. können ein Indiz für Motive des Hilfesuchenden sein, fehlende oder unzufriedenstellende Sozialkontakte mit einer Psychotherapie zu kompensieren (z.B. Mitchell 1989). Netzwerke hoher Dichte tragen einerseits aufgrund eines „abgeschotteten“, weitgehend redundanten Informationsstandes vermutlich wenig zu adäquaten Informationen über eine Therapie bei. Andererseits spielt aufgrund der hohen sozialen Kontrollfunktion die hier vorherrschende Einstellung gegenüber einer Psychotherapie eine große Rolle: Ist diese kritisch, etwa, wenn eine Therapie als Konkurrenz zu vorhandenen Unterstützungsressourcen empfunden wird oder sich nicht mit der weithin verbreiteten Selbsthilfeideologie verträgt, so kann die Kontaktaufnahme mit einem Therapeuten verhindert oder zumindest hinauszögert werden. Offene Netzwerke dagegen ermöglichen es aufgrund des größeren verfügbaren Informationspools differenzierte Meinungen zu hören, frühzeitiger adäquatere Hilfe zu finden und letztlich auf unterstützende Kontakte bei der Entscheidungsfindung für eine Psychotherapie bauen zu können, wie eine Studie von Bankoff (1994) und auch die erwähnte Kadushins (1966) zeigt.

17 Diese Funktionalität war natürlich auch für die Therapeuten von Nutzen, da die Freundes- und Bekanntenkreise eine elegante, weil kostenneutrale Form der Werbung für eine Psychotherapie betrieben.

Zu 2) Phase im Verlauf therapeutischer Interventionen:

Wie die neuere Hilfesuchforschung gezeigt hat, endet der Einfluß sozialer Netzwerke keineswegs mit dem Eintritt ins professionelle System. Vielmehr ist von einer Einbettung professioneller Inanspruchnahmen in begleitende Prozesse der Information und Ratsuche im informellen Netzwerk auszugehen, in dem somit *kontinuierlich* Feedback erfolgt, Diagnosen abgeglichen werden, etc. und das damit zur „Therapy Managing Group“ wird (Pescosolido 1992). Entsprechend kann davon ausgegangen werden, daß informelle Netzwerke auch Einfluß auf das therapeutische Geschehen, d.h., auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, auf die Therapiedauer und evtl. Therapieabbrüche haben. Wie im Abschnitt zuvor spielen auch in dieser Phase die vorhandenen Ressourcen im Netzwerk eine Rolle. So konnte bspw. Hammer (1963) in einer Studie über psychiatrisch betreute Patienten in New York nachweisen, daß diejenigen mit Beratungsressourcen in ihren sozialen Netzwerken in geringerem Ausmaß stationäre Aufenthalte benötigten. Horvath und Luborsky (1993) gaben einen Überblick über die Bedeutung des (aktuellen und vergangenen) Beziehungskontextes des Patienten für die Gestaltung des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Eine günstige Bewertung der Unterstützungsbeziehungen durch den Patienten scheint sich danach positiv auf das Engagement in der Therapie auszuwirken und umgekehrt. Die Beziehungen zwischen Netzwerken und Therapieabbruch sind weniger klar, allerdings zeichnet sich hier ein Zusammenhang zwischen vermehrten Belastungen und einer Tendenz zum Therapieabbruch ab. Hierbei scheinen jedoch möglicherweise Hintergrundvariablen wie der therapeutische Kontext (ambulant vs. stationär), die Art des therapeutischen Verfahrens und auch, *welche* Beziehungen im informellen Netzwerk Relevanz in positiver oder negativer Hinsicht erlangen, eine Rolle zu spielen. Eine herausragende Rolle kommt jedenfalls dem Partner zu. Einer Studie von MacNair und Corazzini (1994) zufolge wiesen Abbrecher von Gruppentherapien vermehrt Konflikte insbesondere mit dem Partner auf. Dagegen fand Bankoff (1987), daß emotionale Unterstützung durch den Partner sich eher ungünstig auf den Verbleib in einer ambulanten Psychotherapie auswirkte, nicht aber die der Eltern oder Freunde. Moos (1990) konnte einen positiven Einfluß vieler intimer Bindungen ohne familiäre Konfliktpotentiale zeigen. In einer Studie von Cross et al. (1980), in der Personen, die eine Psychotherapie machten mit einer Wartekontrollgruppe verglichen wurden, suchten und erhielten erstere mehr informelle Hilfen aus einer größeren Anzahl verschiedener Netzwerk-,Sektoren`. Die Unterstützung durch die vorwiegend genannten Familienmitglieder, Verwandte und Freunde wurde nach Beginn der Behandlung nicht nur aufrechterhalten, sondern im Ausmaß sogar noch gesteigert.

Zu 3) Netzwerke und Therapieerfolg:

Auch in der Psychotherapie-Forschung werden mit wachsender Tendenz Informationen über das soziale Umfeld herangezogen¹⁸. Die in diesem Kontext vorliegenden Studien lassen sich differenzieren nach solchen, die Netzwerke als moderierende Variable und solche, die Netzwerke als Indikatoren des Therapieerfolgs untersucht haben. Erstere zeichnen eine insgesamt positive Beziehung zwischen der Verfügbarkeit und insbesondere der

18 Siehe z.B. Angermeyer und Klusmann 1989, Bastille et al. 1989, Brehm und Smith 1986, Herrle 1998, Pfingstmann und Baumann 1987, Röhrle 1989, 1994.

subjektiven Bewertung ihrer Unterstützungsressourcen (zur Übersicht: Herrle 1998), ein Effekt mithin, der auch in der Unterstützungsforschung als dominierend für Gesundheit angesehen wurde. Umgekehrt weisen Ergebnisse aus der klinischen Psychologie darauf hin, daß depressive Störungen durch Belastungen im sozialen Umfeld aufrechterhalten werden können (Coyne 1976). Bei dem auf den ersten Blick negativ erscheinenden gefundenen Zusammenhang zwischen dem Abbruch der Partnerbeziehung und einem günstigen Therapieoutcome (z.B. Corney 1987) ist zu berücksichtigen, inwieweit die Partnerbeziehung auch Ursache für die in der Therapie behandelten Belastungen ist. Werden Netzwerke als Indikatoren des Therapieerfolgs betrachtet, so ist natürlich in Betracht zu ziehen, ob diese selbst Gegenstand der Intervention wurden, sei es primär oder beiläufig, oder ob das Netzwerk als zusätzliche Informationsquelle herangezogen, also gewissermaßen als Spiegel therapeutischer Bemühungen betrachtet wurde. Zudem sollte, ein banaler Hinweis, natürlich auch ein meßbarer, individueller Veränderungseffekt vorliegen. Hier zeigen eine Reihe zu verschiedenen Therapiemethoden vorliegender Studien überraschend geringe (subjektiv wahrgenommene oder objektiv meßbare) Veränderungseffekte im Netzwerk (z.B. Kühner und Angermeyer 1994, Dadds und McHugh 1992). Ähnlich geringe Effekte im Netzwerk zeigten sich auch in einer Studie zu Integrativen Verfahren (Petzold et al. 1999), wo die Auswirkungen von *einzeltherapeutischen* Behandlungen mit Integrativer Therapie untersucht wurden. Ganz anders stellt sich die Situation bei spezifisch intendierten gruppen- und netzwerktherapeutischen Interventionen des Integrativen Ansatzes dar, wo in der Behandlung von drogenabhängigen Jugendlichen und von Alterspatienten eine quantitative Zunahme der Netzwerke durch die Therapie und eine Verbesserung der Beziehungsqualitäten gefunden werden konnte (Petzold 1979a, 1982v). Offenbar müssen die Interventionen gezielt netzwerkgerichtet sein und mit einer spezifischen netzwerktherapeutischen Interventionsmethodik ausgeführt werden, und es ist zu fragen, ob die einzeltherapeutisch arbeitenden Behandler in der Studie der Netzwerkperspektive nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt und sie methodisch nicht spezifisch genug angegangen haben, oder ob in der Tat gruppentherapeutische und netzwerktherapeutische Methoden (Petzold, Zander 1985) und die Einzelarbeit ergänzende Interventionen *in situ* (Petzold 1995a,b) erforderlich sind, um positive Effekte zu erzielen. Möglicherweise benötigen auch, wie etwa Moos (1990) resumierte, Veränderungen im sozialen Umfeld eine längere Reaktionszeit als solche individueller Symptomatiken, womit sich die Frage nach dem adäquaten Zeitpunkt der Erfassung sozialer Effekte stellt. In diese Richtung von *sleepers effects* weisen Ergebnisse von Sims et al. (1993), die erst 18 Monate nach Beendigung, nicht aber bei Therapieende eines Interventionsprogrammes zur Behandlung von schweren neurotischen Störungen eine Erweiterung sozialer Unterstützungspotentiale feststellten.

Resümierend bleibt festzustellen, daß die vorliegenden Ergebnisse der hier erwähnten (und vieler weiterer) Studien sich auf eine sehr heterogene Datenlage beziehen, etwa hinsichtlich spezifischer Störungen, bestimmter Settings, der verwendeten therapeutischen Verfahren, deren Dauer, der Höhe des jeweiligen Outcomes, der Verfahren zur Erfassung sozialer Effekte, der jeweils berücksichtigten Art sozialer Unterstützung und deren Wahrnehmung, so daß eine ähnlich unbefriedigende Situation wie in der übrigen Unterstützungsforschung besteht und allgemein geltende Schlußfolgerungen in diesem Kontext noch verfrüht erscheinen.

4. Erhebungsverfahren sozialer Netzwerke

Für die Untersuchung eines sozialen Beziehungssystems hat sich die *egozentrierte* Netzwerkanalyse als die einfachste und praktikabelste Form erwiesen und ist deshalb wohl auch die verbreitetste Methode in der gesundheitsbezogenen Sozialforschung. Hier wird ein Netzwerk um eine fokale Person herum bestehend gedacht, von der konkret erfolgte wie auch hypothetische Unterstützungssituationen abgefragt und die von ihr genannten Personen dann notiert werden (Burt 1984). Die grundsätzliche Problematik der Erfassung von sozialer Unterstützung kennzeichnete Lieberman (1986, 462): „To try to capture relationships that are fluid and that change over time with even a well designed questionnaire that is static and represents one point (or at best several points) in time in order to build a model of interpersonal relationships is challenging. Building a framework that will be sufficiently suitable to provide us with a differentiated understanding of the nature of social supports may be unachievable“.

Es ist an dieser Stelle daher wichtig zu betonen, daß der erhaltene Ausschnitt aus der Menge der Sozialbeziehungen letztlich immer ein soziales Artefakt ist, und zwar in mehrerer Hinsicht: Zum einen ist er abhängig von der Wahl der eingesetzten Namensgeneratoree. Hier gilt es, eine Kombination zu finden, die den Gegenstand der jeweiligen Fragestellung möglichst adäquat und sparsam abbildet, wobei in der Praxis fast immer Kompromisse hinsichtlich einer ökonomischen Beschränkung des Erhebungsaufwandes und etwa Reliabilitätsabwägungen zu machen sind. Zum zweiten basiert er immer auf der subjektiven Wahrnehmung der Befragten, womit Faktoren wie Reliabilität und Validität der Angaben²⁰, die aktuelle (psychische) Verfassung oder der aktuelle Status der Beziehung zu einer bestimmten Person Einfluß nehmen. Zum dritten erfolgen Netzwerkuntersuchungen i.d.R. mit Querschnittsdesigns, d.h., Person werden nur einmal (i.d.R.) retrospektiv zu ihrem sozialen Netzwerk befragt, womit nur ein Momentausschnitt aus den sozialen Strukturen, gleichsam einem angehaltenen Film, erhascht wird. Dies bedeutet, daß zu einem bestimmten Zeitpunkt eine sehr spezifische und wahrscheinlich einmalige Personenkonstellation erfaßt wird. Veränderungen können strukturelle, interaktionale und funktionale Aspekte des Netzwerkes betreffen, zudem kann interessiereren, inwieweit ein Netzwerk zu einem späteren Erhebungszeitpunkt identische oder neue Personen beinhaltet resp. welche Personen nicht mehr als Mitglied betrachtet werden. Ferner können Transformation sozialer Beziehungen erfolgen (z.B. schwache in starke Beziehungen und damit von ein- zu multifunktionalen

19 Hierbei handelt es sich um Stimulusfragen, auf die hin die Befragten Personen ihres sozialen Netzwerkes nennen, die ein bestimmtes, mit dem Generator vorgegebenes Wahlkriterium erfüllen (Burt 1984, 296). Wird nur ein Generator eingesetzt, besteht die Gefahr, daß u. U. für die jeweilige Fragestellung relevante Netzwerkmitglieder vom Befragten vergessen werden. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, daß diese Beschränkung auf Kosten von selten oder längere Zeit nicht gesehenen geht, während Verwandte und Nachbarn eher überproportional Berücksichtigung finden (Hammer 1983, 1984, McCallister und Fischer 1983).

20 Verschiedenen Untersuchungen in den Sozialwissenschaften zufolge haben sich die Angaben der Netzwerkmitglieder als ausreichend valide und reliabel erwiesen (Baumann 1987, Bernard et al. 1982, Pfenning und Pfenning 1987, Pfenning 1988). Zu berücksichtigen sind allerdings sozialpsychologische Phänomene wie soziale Beliebtheit, z.B. in der Form, mehr Kontakte oder Unterstützungsleistungen zu nennen als tatsächlich vorhanden (Höllinger 1989).

Unterstützungsleistungen, Veränderung einer sozialen Rolle, usw. Zur Erfassung von *Netzwerkveränderungen* sind daher mehrere Erhebungszeitpunkte, zu deren Beurteilung zudem Vergleichsangaben aus anderen Studien unentbehrlich. Schließlich ist auch der Einfluß von Drittvariablen zu berücksichtigen: Frauen scheinen stringenter Kriterien anzulegen, welche Qualität eine Beziehung haben muß, um als dem eigenen Netzwerk zugehörig definiert zu werden (Hammer 1984)²¹ und scheinen auch in geringerem Ausmaß emotionale Zuneigung, Bestätigung oder instrumentelle Unterstützung wahrzunehmen als Männer (Gulick 1994). Im folgenden soll eine kurze Übersicht über bestehende Erhebungsverfahren gegeben werden und hieraus einige Anhaltspunkte für eine in der Praxis durchführbare Netzwerk-Diagnostik abgeleitet werden.

Grob lassen sich unter den existierenden Verfahren, je nach Forschungsinteresse, zwei Vorgehensweisen unterscheiden:

Zum einen die von Personenmerkmalen abstrahierte, rein quantitative Erfassung von Unterstützungspersonen, die mit einfachen Summen-Scores das Unterstützungspotential mißt²². Angermeyer und Klusmann (1989) haben diesen Versuch mit einem Breitbandmedikament verglichen, dessen Zusammensetzung nicht nur unbekannt, sondern auch von Packung zu Packung verschieden ist. Entsprechend stellte auch Veiel (1989) fest, daß die Erfassung sozialer Unterstützung mit Hilfe von Summenwerten „... eine Homogenität vor[täuscht], die der tatsächlichen Vielfalt sozialer Interaktionsformen nicht entspricht“, wodurch differenziertere resp. feinere Wirkmechanismen verdeckt werden. Die in verschiedenen Forschungsarbeiten auf diese Weise erhaltenen Ergebnisse waren insofern widersprüchlich, daß es sinnvoll erscheint, verschiedene Unterstützungsleistungen auch separat zu untersuchen. Zum zweiten solche Verfahren, die soziale Unterstützung im Kontext des jeweiligen sozialen Netzwerkes verorten und somit auch Personen- und Beziehungsmerkmale erfassen. Bei diesem Verfahren finden sich wiederum zwei Varianten: Die Beschränkung auf die reine Erfassung von Unterstützungspersonen und ein quasi zweistufiges Verfahren, in dem zuerst z.B. nach für den Interviewten wichtigen Personen oder nach Verwandten gefragt wird und dann erst nach unterstützenden Leistungen von diesen, womit sich auch nicht unterstützende Beziehungen erfassen lassen²³.

Auch innerhalb dieser grob skizzierten Richtungen sind natürlich zahlreiche weitere Differenzierungen möglich und natürlich auch erfolgt.

Als Spiegelbild der uneinheitlichen Konzeptualisierungen sozialer Unterstützung sind auch die Schwerpunkte möglicher Operationalisierungen unterschiedlich gesetzt worden. So wird soziale Unterstützung mal als tatsächlich erfolgte^m, mal als wahrgenommene, potentiell verfügbare (Heller und Swindle 1983, Sarason et al. 1991), als subjektive Zufriedenheit (House 1981, Turner 1983) oder als Bewertung deren Adäquatheit oder Effektivität (Barrera 1981, Dunkel-Schetter und Bennett 1990, Eckenrode 1983, Henderson et al. 1981, House et al. 1988, Schwarzer und Leppin 1989, Schwarzer 1994, Vaux 1988) aufgefaßt. Turner (1983, 127) schätzte diese Variante als „the most central and significant and objective“ ein. Die meisten Studien haben soziale Unterstützungsleistungen in der psychologisch-kognitivistischen Tradition Lewins, Kellys oder Cobbs oder im Gefolge phänomenologi-

21 Hammer (1984) bietet für dieses Phänomen drei Erklärungen an: Entweder sind Frauen zurückhaltener, weniger gut bekannte Personen zu nennen, oder Männer sind zurückhaltener, enge Beziehungen auch als solche zu bezeichnen. Eine dritte Erklärung ergibt sich schließlich aus der Überlegung, daß Männer weniger enge Beziehungen haben, und daher die so offenbar werden den Lücken in ihrem Netzwerk mit weniger engen Beziehungen aufzufüllen trachten.

22 Vergl. Schaefer et al. 1981, Sommer und Fydrich 1989.

23 Ein Beispiel für die erste Variante ist das MISU (Veiel 1987a), für die zweite das SONET und das MUSSIS, das auch dispositionale Konstrukte einbezieht.

24 Aus Gründen der Validität wurden Fragen nach tatsächlicher Unterstützung in vielen Studien auf meist relativ eng umgrenzt zurückliegende Zeiträume (z.B. die letzten 4 Wochen) bezogen.

scher Ansätze als eine Kognition resp. subjektive Überzeugung, im Notfall über die entsprechenden Ressourcen zu verfügen und damit aus der deutenden Perspektive der Hilferesipienten konzipiert. Damit besteht allerdings ein Konfundierungsproblem, da zum einen nahezu alle Maße wahrgenommener Unterstützung relativ hoch untereinander als auch mit Persönlichkeitsvariablen wie Selbstwertgefühl, Extraversion, etc. korrelieren (Sarason et al. 1987). Daraus erwächst die Gefahr, daß die Qualität sozialer Unterstützung als Zufriedenheit des Hilfeempfängers und damit letztlich als Persönlichkeitsmerkmal operationalisiert wird, was von einigen Autoren als Kernproblem der Unterstützungsforschung angesehen wird (Veiel 1987a). Zum anderen hat sich wahrgenommene Unterstützung als von mehreren Faktoren abhängig erwiesen: So ist es bspw. an Unterstützungserfahrungen in der Vergangenheit gekoppelt (Laireiter und Baumann 1992). Zudem sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen: Männer scheinen in höherem Ausmaß emotionale Zuneigung, Bestätigung oder instrumentelle Unterstützung wahrzunehmen als Frauen (Gulick 1994). Zu beachten ist auch, daß von anderen Personen unaufgefordert angebotene Hilfe nicht erfaßt wird (Brown 1978). Generell spielen in dieser Erhebungsvariante Wunschvorstellungen, Einsaffkeitsgefühle, Scham und ähnliche eine größere Rolle und können daher die Validität der Angaben beeinflussen. Optimal sind Verfahren, die zwischen im Netzwerk latent vorhandenen, aktivierbaren sozialen Ressourcen und in Bedarfssituationen tatsächlich aktivierten Unterstützern unterscheiden (Eckenrode 1983, Lin 1982, 1986)²⁵. Letztere Variante ist jedoch, vermutlich aufgrund des methodischen und zeitlichen Aufwands, zumeist vernachlässigt worden. Eine Reihe von Autoren forderte zudem, bei der Bemessung sozialer Unterstützung nach Alltags- und Belastungs- resp. Krisensituationen zu differenzieren und hierfür getrennte Taxonomien zu entwickeln (Laireiter 1993, Schwarzer und Leppin 1989, Veiel 1985), was aufgrund relativ hoher methodischer Anforderungen und der Spezifität unterschiedlicher Belastungssituationen bisher jedoch kaum umgesetzt wurde.

Mittlerweile steht auch in der deutschsprachigen Psychologie eine große Auswahl an teils validierten, teils auch übersetzten Verfahren zur Diagnostik von ‚Social Support‘ zur Verfügung, die sich in Inhalt, Aufbau, Methodik und Elaboriertheit jedoch z. T. erheblich unterscheiden und daher kaum miteinander vergleichbar sind²⁶. Sommer und

25 Wahrgenommene und tatsächlich erhaltene Unterstützung haben sich aus Sicht der meisten Autoren als voneinander unabhängige Konstrukte erwiesen (Dunkel-Schetter und Bennett 1990, Henderson et al. 1981, Sarason et al. 1983, 1987, 1991, Procidano und Heller 1983, Cohen et al. 1985, Wethington und Kessler 1986).

Wahrgenommene Unterstützung hat sich empirisch als bedeutsamer für das gesundheitliche Wohlergehen erwiesen (Wethington und Kessler 1986). Forschungsarbeiten zur Validierung des wahrgenommenen Hilfeumfangs haben allerdings auch gezeigt, daß dieser um bis zum doppelten überschätzt wird (Schubert 1990).

26 Zu nennen wären hier etwa das ‚Interview Schedule for Social Interaction‘ von Henderson, Byrne und Duncan-Jones (1981), der ‚Social Support Questionnaire‘ von Schaefer, Coyne und Lazarus (1981), der ‚Perceived Social Support‘-Fragebogen von Procidano und Heller (1983), das ‚Social Support Questionnaire‘ von Sarason et al. (1983), das ‚Perceived Support Network Inventory‘ von Oritt, Paul und Behrmann (1985, zitiert nach Sommer und Fydrich 1989, 33), die ‚Social Relationship Scale‘ von McFarlane et al. (1981), das ‚Arizona Social Support Interview‘ oder das ‚Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)‘ von Barrera (1981) sowie im deutschsprachigen Raum, das ‚Interview zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung‘ (SONET - Baumann et al. 1987b), das Interview zu sozialem Rückhalt von Siegrist (1987), das Mannheimer Interview zur Sozialen Unterstützung von Veiel (1989), das ‚Munich Social Support Interview Schedule for Psychiatric Patients (Mussis)‘ von Ludwig-Mayerhofer (1989). Für das ISSB liegt zudem eine deutsche Übersetzung von Laireiter (in Westhoff 1993) vor. (Vergl. auch Baumann 1987, Baumann et al. 1987, Pfingstmann und Baumann 1987, Klusmann 1989, Laireiter 1995, Röhrle 1994, Veiel und Baumann 1992 sowie die Übersichten von Heitzmann und Kaplan 1988, Sommer und Fydrich 1989, Tardy 1985).

Fydrich (1989, 39) machen aus dieser Not eine Tugend, wenn sie dafür plädieren, daß es beim derzeitigen Stand der Forschung eben sinnvoll erscheint, weiter Erfahrungen mit unterschiedlichen Verfahren zu sammeln.

Belastungsinduzierende Merkmale sozialer Netzwerke und Unterstützung wurden in der Psychotherapieforschung nur selten erfaßt. Vorschläge einer Taxonomie belastender Interaktionen (Laireiter und Lettner 1992) oder Belastungsgrundtypen wie die bereits erwähnten von Lazarus und Folkman (1984) sind bisher nicht empirisch validiert, aufwendig in der Umsetzung und daher allenfalls als Orientierung hilfreich. Entsprechend haben sich nur wenige ‚Support‘-Meßinstrumente explizit belastenden Beziehungen (Barrera 1981, Baumann et al. 1987b, Frankel 1990) oder alltäglichen Belastungen (Brown und Harris 1978, Kanner et al. 1981) zugewandt. Die *Social Milieu Scales* von Frankel²⁷, in denen Unterstützungszufriedenheit anhand enttäuschter Unterstützungserwartungen sowie problematische Beziehungen erfaßt werden sind ein Beispiel für die erstgenannte Variante. Sternbach entwickelte eine ‚hassles scale‘, die „irritable, frustrating, distressing demands that to some degree characterize everyday transactions with the environment“) erfaßt.

5. Netzwerkdiagnostik und Netzwerktherapie in der Integrativen Therapie

Im Unterschied zum amerikanischen Bereich, wo die „Praxis des ‚networking und des ‚support marshalling [...] mittlerweile zum verbreiteten Handwerkszeug von Beraterinnen, Therapeutinnen ... oder anderen sozialen Berufsgruppen“ gehört (Röhrle et al. 1998, 7), haben Netzwerkinterventionen im deutschsprachigen Bereich leider immer noch wenig Verwendung gefunden. „Viel wird auch bei uns über Netzwerkarbeit geredet und geschrieben, aber offenbar recht wenig praktisch versucht und getan ... Noch seltener wird das wenige Getane angemessen evaluiert und in seinen Auswirkungen methodisch kontrolliert“ (ibid.). Die ideologische Festgelegtheit der Mehrzahl der psychotherapeutischen Schulen, die dominante Orientierung am psychoanalytischen und am medizinisierten Modell (Petzold, Orth 1999) ist hier als ein wichtiger dysfunktionaler Hintergrund zu sehen. Hinzu kommt die Forschungsfeindlichkeit (Grawe 1992) eines gewissen humanistisch-psychologischen und tiefenpsychologischen Feldes, das die Ergebnisse des „social network research“ nicht rezipiert hat und damit nicht über interessante Fakten informiert ist, wie sie z.B. die Metaanalyse von 33 auswertbaren Studien (aus 227) durch Röhrle und Sommer (1998) herausgearbeitet hat, daß nämlich

- Netzwerkinterventionen sich in ihrer Effektivität nicht von vergleichbaren Behandlungsansätzen (z.B. kognitiv-behavioralen) unterscheiden,
- in Studien sich vielfach hohe mittlere Effektstärken im Vergleich zu Kontrollgruppen nachweisen lassen,
- der Vergleich mit herkömmlichen Behandlungsgruppen unmittelbar und im follow-up eine (zwar nur geringe) Überlegenheit von netzwerkorientierten Interventionen deutlich macht,
- in Nachuntersuchungen mindestens 3 Monate nach Abschluß noch eine moderate mittlere Effektstärke bei inhomogener Datenbasis feststellbar ist,

27 Zitiert nach Laireiter und Lettner 1992, 110.

- bestimmte Risikogruppen besonders von netzwerkorientierten Interventionen profitieren,
- Frauen gleichfalls von solchen Interventionen besonderen Nutzen haben, wie auch bestimmte Zielgruppen (z.B. Psychosomatik-, Drogen-, AdipositaspatientInnen),
- und Netzwerkinterventionen auch schädigende Effekte haben können.

Die Schlußfolgerung der Autoren: „Annehmbare Effektstärken wurden vor allem im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne Behandlung deutlich. Die dabei erreichten Effektstärken sind psychotherapeutischen oder präventiven Maßnahmen ebenbürtig oder aber überlegen" (Röhrle, Sommer 1998, 39), wobei durch die Vermischung von herkömmlichen mit Netzwerkinterventionen in vielen Studien, der eigentliche Netzwerkeffekt oft unklar bleibt. Es liegt hier eine ähnliche Situation vor, wie man sie von den Vergleichen zwischen Selbsthilfe bzw. Lientherapien und professionell durchgeführten Psychotherapien kennt: die Effekte unterscheiden sich nicht sehr (Dprlak 1979, Gunzelmann et al. 1987, Berman, Norton 1985), wobei man, wie die Nachfolgediskussion zeigt (gerade auch zur Frage der unspezifischen Wirkfaktoren, Märtens, Petzold 1998) Feinstrukturen diskutieren und weiter untersuchen muß (Petzold 1992g, 986ff). Aber gerade mit Blick auf Synergieeffekte und Anreicherungs Momente spricht vieles dafür, psychotherapeutische Maßnahmen durch sozialpsychologisch fundierte, z.B. Netzwerkinterventionen, zu ergänzen (Brehm, Smith 1986) oder — wie in der Integrativen Therapie — mit Netzwerkperspektiven durchzuführen (Petzold 1995a, 1993p). Bei bestimmten Patientengruppen (schwere Depressions- und Angststörungen, Borderline-Persönlichkeits- und posttraumatische Belastungsstörungen, Alters- und Drogenpatienten) besteht aufgrund der starken Erosion von Netzwerken (Gotlib, Hammen 1992, Nestmann, Wehner 1998, Baumann et al. 1987, Feineis 1998) eine klare Indikation für Netzwerkarbeit, besonders da fehlende soziale Unterstützung aufgrund von defizienten, toxischen und ressourcenarmen Netzwerken das Risiko ungünstiger Behandlungsverläufe, von Rückfallgefährdung und Krisen erhöht (Brugha et al. 1990, Sherbourne et al. 1995). Kenntnis der Netzwerksituation hat auf jeden Fall auch Auswirkungen auf Voraussagen für die Therapiestratifikation, Therapieprozesse und -effekte (Bankoff, Howard 1992). Supportarme Netzwerke verringern Abbruchraten. Kooperative Netzwerke begünstigen Therapiefortschritte. Positive Therapieerläufe fördern die Bereitschaft und Fähigkeit, soziale Unterstützung zu suchen und zu nutzen (Avery, Thiessen 1982, Cross et al. 1980). Besonders eindrucksvoll sind die Ergebnisse der bekannten Longitudinaluntersuchung von Billings und Moos (1985) bei unipolar depressiven Patienten (N=424), deren Symptomatik und Selbstwertgefühl, aber auch deren Kontakthäufigkeit in ihren Netzwerken sich durch die Therapie verbesserten (ohne daß netzwerktherapeutisch interveniert wurde). In der Nachuntersuchung erwies sich die familiäre Unterstützung und die Netzwerksituation bei Behandlungsende als der wichtigste Prädiktor für die Stabilität der Patienten bzw. positiver Behandlungsergebnisse. Das muß zu der Konklusion führen, daß man nicht nur auf „adjunktive" bzw. „beiläufige Netzwerkinterventionen" (Röhrle, Sommer 1998, 17) setzen und auf Zufallseffekte hoffen sollte, sondern aktiv „network compliance" suchen und die Netzwerke adäquat beraten, stützen, einbeziehen muß. Dafür ist es für Psychotherapeutinnen wichtig, auch therapierelevante Ergebnisse der Netzwerkforschung kritisch/selbstkritisch zu befragen, da die Artefaktgefahr erheblich ist. Wird z.B. gesagt, daß emotionale Unterstützung durch den Partner oder durch die Familie sich für die Aufnahme oder Durchführung von Therapien abträglich erweisen (vgl. in Röhrle et al. 1998, 20, 54f), so muß

man neben der Reserviertheit durch Uninformiertheit und (z. T. berechtigten) Stigmatisierungsbefürchtungen doch auch Psychotherapieideologien in Rechnung stellen, die Partnern, Eltern, den Herkunftsfamilien gegenüber Vorurteile haben (toxic parents, borderlinogene Mütter, dominante Partnerinnen, Koabhängige, vgl. Petzold, Orth 1999, Rennert 1990). Derartige Vorbehalte können sich dann auch in Untersuchungen widerspiegeln. Bankoff (1994) konnte mit ihrer sehr differenzierten Untersuchung bei erwachsenen Psychotherapiepatienten zeigen, daß diese sehr wohl gut sozial eingebettet sind und von ihrem Netzwerk in ihrer Entscheidung unterstützt wurden.

Grundlage von adjunktiven oder integrierten Netzwerkiterventionen durch Psychotherapeutinnen ist eine positive Einstellung zum Netzwerk, ein Interesse an seinen Belastungen und seinem Leiden (auch durch den Patienten), ein Wissen um seine Ressourcen und Potentiale, eine Bereitschaft es virtuell und real einzubeziehen. — Auch in einer „Einzeltherapie, die eigentlich ja eine „dyadische“ Behandlungssituation ist, ist man immer ein „Netzwerktherapeut“, denn man wirkt über den Patienten in das Netzwerk hinein und man wird als Therapeut selbst Teil des Patientennetzwerkes. Für dieses sollte man nicht anonym bleiben -etwa durch Schweigegebote: Freud (Zur Einleitung der Behandlung 1913, StAG S. 196) vertritt: es sei „dem Patienten anzuraten, daß er seine analytische Kur als eine Angelegenheit zwischen seinem Arzt und ihm selbst behandle und alle anderen Personen, mögen sie ihm noch so nahe stehen oder noch so neugierig sein [andere Motivationen kommen nicht in den Blick sc.], von der Mitwisserschaft ausschließe“. Sonst habe „die Kur ... dann ein Leck, durch das gerade das Beste verrinnt“ (ibid.). Offene oder verdeckte Haltungen solcher Art verhindern „network compliance“, die aktive Mitarbeit des ganzen Netzwerkes oder von Teilnetzwerken (z.B. des familialen, des amicalen oder kollegialen) bei den Bemühungen des Patienten oder von Patient und Therapeut, Probleme zu bewältigen oder Lösungen zu finden.

Die Berücksichtigung von Netzwerkperspektiven, Netzwerkdiagnostik und Netzwerktherapie — zunächst in der Tradition Morenos (1934, Petzold, Schulwitz 1972, Petzold 1973d, g, 1982b), bald aber schon mit eigenständigen Entwicklungen — ist seit jeher Bestandteil des Integrativen Therapieverfahrens (idem 1979a, 1994e). Dabei wurde stets der Anschluß an sozialwissenschaftliche Forschung gesucht, eine theoretische Kompatibilität zwischen den verfahrensspezifischen und sozialpsychologischen Konzepten angestrebt und eine konsistente methodische Umsetzung für die klinische psychotherapeutische und soziotherapeutische Praxis erarbeitet (Petzold 1979k, 1985a, b, 1997p). Das hatte zwei Entwicklungen zur Folge: einerseits z.B. die Erarbeitung eines eigenständigen Konzeptes von „lebensweltorientierter Psychotherapie“ (idem 1993a, p) u n d „Soziotherapie“ (idem 1997c, Petzold, Petzold 1993a) mit einer integrativen netzwerkmethodischen Praxeologie und andererseits die Erarbeitung von netzwerkbezogenen Forschungsinstrumenten. Beide Entwicklungen sollen für die Umsetzung von Netzwerktheorie und -forschung in der Psychotherapie exemplarisch dargestellt werden.

5.1 Klinisch-praxeologische Perspektiven von netzwerktherapeutischen Interventionen in der Integrativen Therapie

In der *Integrativen Therapie* wird unter evolutionsbiologischer Perspektive der Mensch als eine in Gruppen lebende und durch wechselseitige Unterstützung (vgl. Darwin 1872, Kropotkin 1902, Gehlen 1986) überlebende Spezies gesehen. Von ihren *anthropologischen* Grundlagen her wird er — genderspezifisch Mann und Frau — als ein in soziale Beziehungen und ökologische Kontexte eingebundenes Wesen betrachtet. Er ist also wesensmäßig ein Koexistierender (Petzold 1992a, 494ff), ein „personales Sy-

stem", daß - so die *persönlichkeitstheoretischen* Ausführungen in komplexen Sozialisationsprozessen - „aus der Interaktion mit anderen Systemen seine Identität gewinnt" (vgl. idem 1998a, 265, 1992a, 528ff).

Diese Position wird in einer differenzierten, forschungsgestützten entwicklungspsychologischen Konzeptualisierung untermauert (ibid. 649-700), die schon für die Säuglingszeit über die Mutter-Kind-Dyade hinausgehende Netzwerkeinflüsse als grundlegend für die Persönlichkeitsentwicklung betrachtet (ibid. 668ff, 728f, Petzold, van Beek, van der Hoek 1994a). Entwicklung wird als lebenslanger komplexer Enkulturations- und Sozialisationsprozeß (idem 1992a, 536ff., Dubar 1998, Hurrelmann 1995, Fend 1970, Rutter, Rutter 1992) durch ökologische Einflüsse und Interaktionen des sozialen Rollenspiels (Bronfenbrenner 1979, 1986, Mead 1934, Petzold, Mathias 1983) in ressourcenreichen, protektiven und/oder defizienten, schädigenden sozioökologischen Kontexten/Netzwerken gesehen (Petzold, Goffin, Oudhof 1993), in denen sich auf der biologischen Grundlage des Organismus aus einem archaischen „Leibselbst" aufgrund von *Fremdätributionen*, ihren emotionalen und kognitiven *Bewertungen* (valuation, appraisal) durch ein heranreifendes Ich und durch seine *Selbstätributionen* bei einem guten Lebensverlauf ein reifes Selbst mit einer flexiblen, transversalen und sich zunehmend gegenüber sozialisatorischen Determinierungen emanzipierenden Identität herausbildet (idem 1992a, 534, 1998a, 275ff): Lebenslange „identitätsstiftende Prozesse vollziehen sich im Interaktions-/Kommunikationsgeschehen von sozialen Netzwerken als Konvois mit ihren kollektiven sozialen Welten (cognitive social worlds) über die Zeit als Identitätsarbeit..." (ibid. 265, 19910), unterstützt durch die materiellen, informational und personalen Ressourcen im sozioökologischen Kontext/Netzwerk, d.h. durch seine „*supportive Valenz*" (idem 1993a, 1279).

Mit einem solchen metatheoretischen und theoretischen Hintergrund ist es evident, daß ein Bezug zu netzwerktheoretischen Konzepten und Praxeologien unerlässlich ist, und durch die Psychodramausbildung von Petzold bei Jacob L. Moreno und Zerka T. Moreno u.a. 1968-1972 war dieser Bezug auch gegeben. Deshalb waren stets netzwerkdiagnostische und netzwerktherapeutische Momente in der Entwicklung der „Integrativen Therapie" bedeutsam, zunächst im Sinne der *Soziometrie* (Moreno 1934, 1953, Petzold 1979a) und der *ökologischen Feldtheorie* (Lewin 1963, Bronfenbrenner 1979, Petzold 1974k, 314f, Saup 1991) - später unter Einbezug der *ökologischen Wahrnehmungstheorie* und *sozialökologischer Konzepte* (Gibson 1979, Valenti, Pitteneger 1993, Petzold, van Beek, van der Hoek 1994a) - dann mit Referenzen zu Modellen der *Gemeindepsychologie*, *Gemeinwesenarbeit* (Caplan, Killiea 1976, Petzold, Zander 1985), Selbsthilfebewegung und Arbeit in therapeutischen Gemeinschaften (Petzold, Vormann 1980, Petzold, Schobert 1991) sowie zur *Gesundheitspsychologie* (Antonovsky 1979, Becker 1995, Petzold et al. 1993), Soziotherapie und zum „social support research" (idem 1993a, 1263ff, 1998a, 432ff, Röhrle 1994, Nestmann 1989). Die Psychotherapie mit Zielgruppen, für die aus integrativtherapeutischer Sicht und aufgrund der Netzwerkforschung (Röhrle 1994) Netzwerkarbeit besonders wesentlich ist: Kinder (Petzold, Schulwitz 1972, idem 1995a,b), drogenabhängige Jugendliche (idem 1974b, 1982v), alte Menschen (idem, Bublitz 1976, 1979, idem 1994e), hat über die Jahre hin zu elaborierten Konzepten für Theorie und Praxis geführt und zu einem *sozialstrukturellen Netzwerkverständnis*, wie er zu Eingang dieser Arbeit (1.) erläutert wurde. Er umfaßt nicht nur quantitative Parameter (Zahl der Netzwerkmitglieder), die Ressourcenlage, sondern auch die *kognitive (appraisal)* und *emotionale (valuation)* Bewertung von wahrgenommenen Ressourcen, Identitätsattributionen und Akten sozialer Unterstützung.

Will man die Theorie sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung in der Psychotherapie und ihre Praxeologie als Psychotherapie verwenden, ist es erforderlich, daß die therapeutische Konzeption mit diesen Ansätzen kompatibel ist. *"Bei der psychoanalytischen Behandlung ist die Dazwischenkunft der Angehörigen geradezu eine Gefahr ... Den Angehörigen des Patienten kann man durch keine Aufklärung beikommen"* (Freud, Vorlesungen 1915/17 StAG, S. 441ff). Diese Haltung gilt bei vielen psychoanalytisch arbeitenden Therapeuten bis heute oder wirkt verdeckt nach. Anders motivierte Vorbehalte finden sich aber auch in der personenzentrierten Dialogik mancher humanistischer Therapiekonzepte, die das „I and Thou in the Here and Now" (Perls 1969) in das Zentrum der Behandlung stellen. Solche Einstellungen führen eher zu Problemen für die Implementierung von Netzwerkan-

zen als etwa die psychodramatische Gruppenbehandlung, für die Moreno (1934) affirmiert: Psychotherapie geschieht, „wo ein Mensch zum therapeutischen Agens des anderen wird“, oder in der Integrativen Therapie, wo der Mensch als „Mitmensch“, als „Koexistierender“, als „personales System unter Systemen“ (Petzold 1988n, 66) gesehen wird.

Bei systematischem Einbezug von *Netzwerkarbeit* in die *Psychotherapie* sollte man ein Gesamtkonzept entwickeln. In der Integrativen Therapie wird dieses auf ein komplexes Konzept der *Lebenswelt* gegründet (idem 1992a, 478f, Abb.1, Kiwitz 1991) und auf ein Konzept der *komplexen Sozialisation* und *Konstitution transversaler Identität im sozioökologischen Feld*, wobei der Feldbegriff in der Tradition Lewins (1963) steht und damit eine ähnliche Ausrichtung hat wie der Ansatz Bronfenbrenners (1979), wenngleich er unabhängig von ihm konzipiert wurde und dem Moment des Zeitkontinuums sowie der Wirksamkeit kollektiver Kognitionen größere Bedeutung beimißt, als dies in der Tradition Lewins der Fall ist:

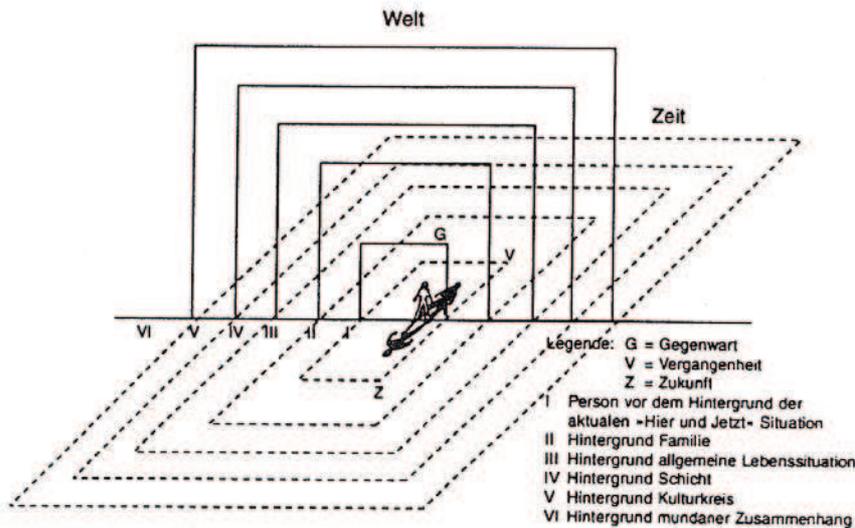
„**Feld** — wir sprechen auch von Kontext/-Kontinuum — ist aus sozioökologischer Perspektive ein von gesellschaftlichen Gruppen, die sich wechselseitig beeinflussen, wahrgenommener, definierter, interpretierter, bewerteter und mit Handlung erfüllter Raum (physikalisch, temporal und metaphorisch), der ein dynamisches Ganzes darstellt. Ein Feld ist damit als ein umgrenzter Lebens- und Aufgabenbereich im Gesamtkontext der Gesellschaft zu sehen, der durch unspezifische und spezifische, in multiplen Kausalbeziehungen stehende Feldkräfte (*affordances* und *constraints*, vgl. Gibson 1979; Warren 1988) gekennzeichnet ist. Es wird *external* bestimmt durch die Attribution von spezifischen und unspezifischen Identitätsmerkmalen (von Territorialmarkierungen, Werten und Normen, von Problemen, Ressourcen und Potentialen, von Informationen und Diskursen) aus angrenzenden oder übergeordneten Feldern. Es wird weiterhin *internal* betimmt durch Territorialorientierung, durch Werte und Normen, durch Probleme, Ressourcen und Potentiale, Informationen und Diskurse, die im Feld selbst vorhanden und wirksam sind und mit dem Ziel seiner Stabilisierung (durch Kommunikations- und Aufgabenspezifität, Ressourcenvorrat und Produktangebot) genutzt werden oder zum Tragen kommen. Die Synergie der externalen und internalen Einflüsse, ihre differentielle und integrierende Verarbeitung in diskursiven, reflexiven und metareflexiven Prozessen konstituieren Feldidentität. Gelingende, selbstorganisierende Feldprozesse und ihre kokreative Interaktion mit Einwirkungen aus umliegenden und übergeordneten Feldern bestimmen die Feldentwicklung. Diese ist damit auch als ‚Kulturarbeit‘ zu sehen, indem durch kollektive kognitive Prozesse die Gegebenheiten des Feldes selbst betrachtet, bewertet und interpretiert werden, was zu einer permanenten und nicht vollauf antizitierbaren — evolutiven, vielleicht aber auch devolutiven (Lorenz 1983, Petzold 1986h) — Veränderung führt“ (Petzold 1990g, vgl. Petzold, Lemke, Rodriguez-Petzold 1994b, 321).

„**Komplexe Sozialisation** wird im integrativen Ansatz verstanden als die wechselseitige Beeinflussung von Systemen entlang des Zeitkontinuums“ (Petzold, Bubolz 1976) in Prozessen der Ko-responsion (d.h. Diskursivität, Narrativität, Interpretationsarbeit), Kooperation und Kokreation mit Bezug auf die materielle, ökologische und soziale Wirklichkeit und deren gemeinschaftliche Interpretation und Gestaltung, durch welche sich Persönlichkeit, relevante ökologische und soziale Mikrowelt und Gesellschaft beständig verändern und mit ihren Kompetenzen und Performanzen entwickeln. Dies geschieht in einer Dialektik von *Vergesellschaftung* (Generierung kollektiver Kognitionen, Emotionen und Praxen) und *Individuation* (Generierung subjektiver Theorien und Praxen in pluralen Lebenswelten), deren Ergebnis eine je spezifische, in beständigen „*balancierenden* Konstitutionsprozessen“ stehende und in „Weltkomplexität *navigierende*“, *flexible* und *transversale Identität* des Individuums ist in einer globalen und transkulturellen Gesellschaft mit ihren Makro-, Meso- und Mikrostrukturen, *social worlds* und *lifestyles* sowie ihrem ökologischen Kontext (Müller, Petzold 1998, 1999; idem 1998a, 173, 26f; Petzold, Steffan 1999; idem, Ebert, Sieper 1999).

Hier wird in der für die Integrative Therapie charakteristischen Traditionslinie von G.H. Mead konzeptualisiert und auf eine identitätstheroetische Folie (Petzold 1993d; Krappmann 1969) Bezug

genommen sowie auf eine kompetenz-/performanztheoretische, d.h. Kognitions-, Emotions- und Handlungsebene verbindende Folie (idem 1994a) sowie auf eine sozioökologische Folie. Die Ausrichtung an einem „life span developmental approach“, einer Lebenslaufperspektive der Sozialisation, führt dabei zu einem dynamischen Identitätsbegriff, der keine starre Selbigkeit vertritt und auch keine unbestimmbare „patchwork identity“ (Beck 1986), sondern einen Prozeß permanenter „*frans-versaler Identitätskonstitution*“ betont als Aushandeln von Identitätsformen und —qualitäten mit wechselnden *lifestyles* (Müller, Petzold 1998) in komplexen Lebens- und Sozialwelten *navigierend* mit dem Ziel einer *emanzipierten* bzw. sich *ständig emanzipierenden Identität* (Petzold 1993a, 530ff). Dabei wird das Moment der Wirkungsmöglichkeiten zum Anderen und auf den gesellschaftlichen Kontext hin, d.h. die veränderungswirksame Kraft des Individuums zum Kontext hin und für ihn (Berlin 1998) unterstrichen — Therapeuten müssen diese akzeptieren, zulassen und fördern, was immer auch Einschätzung der eigenen Macht bedeutet. Außerdem werden die Rückwirkungen von Attributionen auf die Attribuierenden, die *Reziprozitätseffekte* (idem 1996j, 42; 1998, 267, 285) in Identitätsprozessen beachtet: Stigmatisierungen haben nicht nur Negativwirkungen auf die Stigmatisierten, sondern auch auf die Stigmatisierenden!“ (vgl. Petzold, Orth 1999, S. 202f)

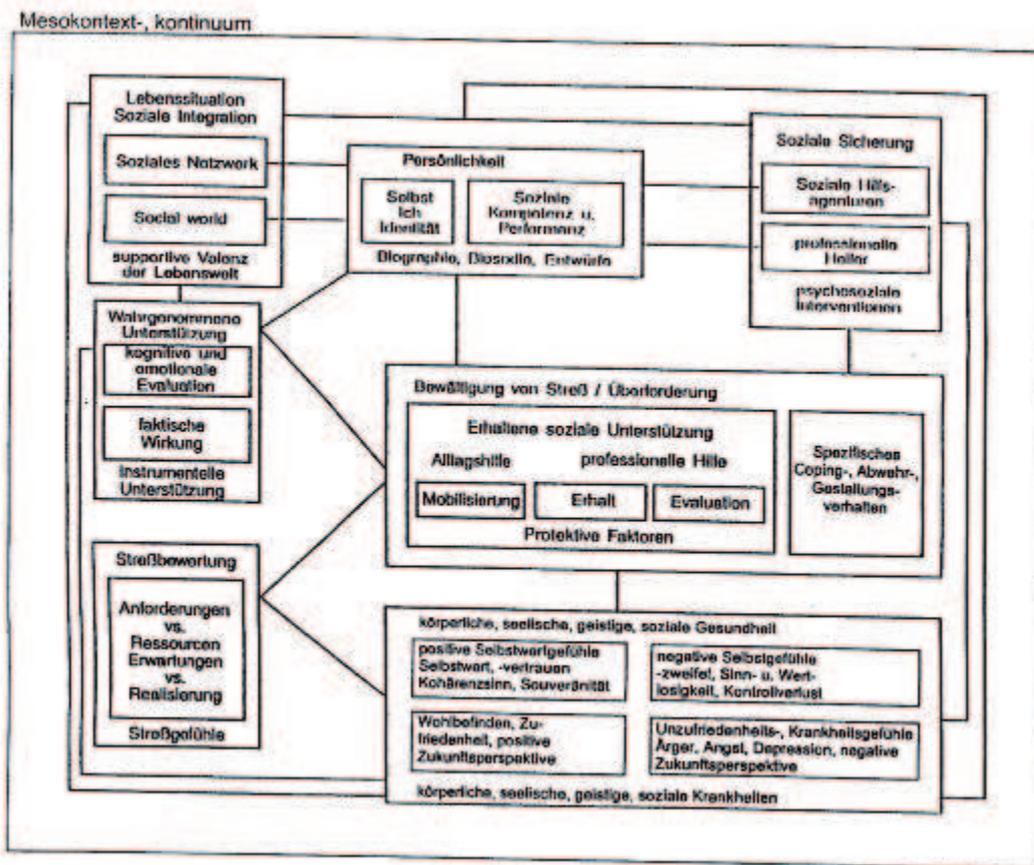
Abb. 1: Die Person und ihr Umfeld als räumlich und zeitlich gestaffelte Figur/Hintergrund-Relation (=Kontext/Kontinuum)



Legende: Der Klient trägt in jedem Moment seiner Gegenwart die Ereignisse seiner Vergangenheit und die Möglichkeiten seiner Zukunft in sich. Er ist als Person nur in diesem zeitlichen *Kontinuum* zu begreifen. In gleicher Weise steht er in einem sozio-kulturellen (Volks- und Schichtzugehörigkeit) und in einem sozio-physikalischen bzw. ökologischen (Land, geographische Region) *Kontext*, der sich als als gestaffelte Figur/Grund-Relation erweist und als Bezugsrahmen in eine *Mikro*, *Meso*, *Makro* und *Supraebene* differenziert werden kann: die aktuelle „Hier- und-Jetzt-Situation“, die Familie (*Mikroebene*), die allgemeine Lebenssituation mit Beruf, Freundeskreis, Nachbarschaft etc. bis zur sozialen Schicht (*Mesoebene*), die den Kulturkreis (*Makroebene*) und mundanen sozialen Zusammenhang (*Megaebene*) emfaßt. Die gleiche Differenzierung läßt sich für den ökologischen Kontext machen: Wohnung, Haus (*Mikroebene*), Quartier, Dorf, Stadt (*Mesoebene*), Region, Land (*Makroebene*), mundaner ökologischer Zusammenhang (*Megaebene*). Für jeden dieser Bezugsrahmen findet sich wiederum ein Zeit-Kontinuum; denn jedes aktuelle Geschehen, jede Familie, jede Lebenssituation, jede Kultur hat *Geschichte*, *Gegenwart* und *Zukunftsperspektiven*. Ohne dieses Zeitkontinuum ist ein Verständnis von Struktur und Verhalten der genannten Systeme (Person, Familie, Schicht usw.) nicht möglich. Insgesamt ist also ein mehrperspektivischer Zugang erforderlich (vgl. Petzold 1974k, 314, 1988n, 85).

In der Mikro- und Mesoebene des Feldes finden sich die „sozialen Situationen“ der miteinander vernetzten Individuen mit ihren *Problemen, Ressourcen* und *Potentialen* (Petzold 1998a, 366f) und vollziehen sich *Ereignisse* (kritische oder aufbauende „life events“, Filipp 1990), die Individuen und ihre Situationen bestimmen, Zusammenhänge, die wir in einer differenzierten Ressourcentheorie und Praxeologie der Ressourcenförderung und -beratung ausgearbeitet haben (Petzold 1997p), welche wiederum in einer integrativen Sicht „sozialer Unterstützung im Lebenskontext“ (Petzold 1993a, 1280f) zusammengefaßt ist.

Abb. 2: Prozesse „sozialer Unterstützung“ der Person in „sozialen Situationen“ von Mikro- und Mesokontexten — psychosoziale Intervention und Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden



Legende: Ausgegangen wird von der allgemeinen Lebenssituation des Menschen, bei der das Maß seiner Integration, d.h. die Stabilität seines „sozialen Netzwerks“ in qualitativer und quantitativer Hinsicht (Petzold 1979c; House et al. 1988) und die Konsistenz seiner „social world“, seiner Wertewelt und -gemeinschaft (Petzold, Petzold 1991b), die von Bedeutung für die allgemeine „supportive Valenz“ seiner Lebenswelt ist, aber — nicht zuletzt unter biographischer (Vergangenheit), biosodischer (Gegenwart) und prospektiver Sicht (Zukunftsentwürfe) — auch für die Stabilität seiner *Persönlichkeit* (von *Selbst, Ich, Identität*) und für deren soziale Fähigkeiten (*Kompetenzen*) und Fertigkeiten (*Performanzen*). Interventionen werden deshalb immer auf eine Förderung der sozialen Integration durch Stabilisierung der Lebenssituation und auf eine Stützung der Persönlichkeit, ihrer historisch gewachsenen Identität und ihrer Zukunftsentwürfe gerichtet sein. Ein weiterer Faktor für supportive

psychosoziale Intervention ist das Netz *sozialer Sicherungen*, das z.B. das öffentliche Gesundheitswesen mit seinen *sozialen Hilfsagenturen* (Beratungsstellen, Kliniken, Diensten usw.) und *helfenden Berufen* bereitstellt. Hier liegen die wesentlichen Bedingungen für interventive Erfolge und Mißerfolge bei Hilfen zur *Bewältigung von Krisen*, Streß bzw. Überforderungserlebnissen. Das Vorhandensein sozialer Sicherungen und das Wissen um diese wird für die Betroffenen im Hinblick auf ihre Kontrollüberzeugungen, ihre Erwartungen und ihre persönliche Stabilität von Einfluß sein. Neben das Wissen um *Alltagshilfen* von Familie und Freunden tritt das Wissen um die Möglichkeiten *professioneller Hilfe* als „informationeller Support“, der zu den Dimensionen instrumentellen/materiellen und emotionalen Supports hinzutritt (Schwarzer, Leppin 1989) und im Verein mit protektiven Faktoren (Petzold et al. 1993) die Copingbemühungen oder das Abwehrverhalten (Haan 1977) der Betroffenen unterstützt. Supportive Angebote werden in Krisensituationen genauso wahrgenommen und bewertet wie die Stressoren. Wahrscheinlich wird man in der Soziotherapie vermehrt auf die Spezifität in der *Relation von Streßereignis und Supportform* zu achten haben bzw. auf die Angemessenheit in der Kombination *emotionalen, materiellen und informativen Supports*. Die *Streßbewertung* etwa einer Diskrepanz von *Anforderungen* (z.B. finanzieller und emotionaler Art bei einer Alleinerziehenden) und *zuhandenen Ressourcen*, von Erwartungen auf Hilfeleistungen, werden wiederum *bewertet* und mit vorhandenen Copingmöglichkeiten aufgrund vorgängiger Krisenerfahrungen abgeglichen, was zum Wiedergewinn von *Kontrolle* und *Beruhigung* oder aber zu Streßemotionen, Überforderungsgefühlen führt und die Wahrnehmung und emotionale *Evaluation* von supportiven Maßnahmen beeinflusst, dies zuweilen derart, daß instrumentelle Unterstützung, etwa in Form von Geld oder Sachmitteln, gar nicht erst bewertet werden kann, keine emotionale Entlastung bringt oder daß die faktische Wirkung — z.B. Fortfall von Schuldendruck durch Schuldenregulierung — geschmälert werden. Emotionalen und kognitiven Bewertungen kommt deshalb beim Bereitstellen von Support durch psychosoziale Intervention ganz erhebliche Bedeutung zu, ja die Ermöglichung einer positiven Sicht der Hilfsmaßnahme wird zu ihrer Akzeptanz und ihrem Gelingen wesentlich beitragen. Das „*emotional management*“ von Streßemotionen durch entlastende Interventionen aus dem Repertoire der Integrativen Therapie (Petzold 1992a, 835) wird hier eine wichtige Funktion haben. Gelingen die supportiven Interventionen, werden *Gesundheit* und *Wohlbefinden* gefördert, wird *Krankheit* vermieden oder bewältigt, treten positive Selbstgefühle vermehrt auf und werden negative Selbstgefühle verhindert (ibid.). Die Rückwirkung auf die *allgemeine Lebenssituation* und *soziale Integration* einerseits und auf die *Stabilität der Person* andererseits erweist sich gleichfalls je nach Gelingen oder Mißlingen der Maßnahmen und Hilfeleistungen zur Unterstützung der Bewältigungsleistungen als positiv oder negativ (vgl. Petzold 1993a, 12810).

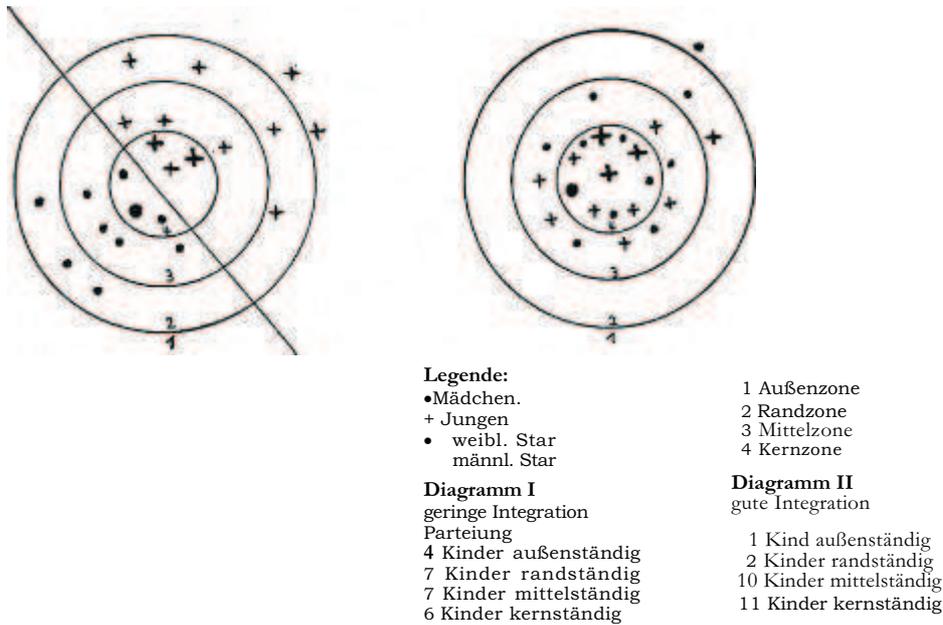
In diesem Gesamtrahmen werden Netzwerkdiagnostik und Netzwerkintervention differenziell eingesetzt und zwar in einer Art und Weise, daß die Theoriekonzeptionen und die Forschungsergebnisse praxeologisch konkretisiert werden.

5.1.1 Diagnostik von „sozialen Netzwerken“ und „social worlds“

Praxisrelevante Netzwerkdiagnostik, die im unmittelbaren Patientenkontakt eingesetzt werden kann und für die klinische psychotherapeutische und sozialtherapeutische Strategienbildung Informationen und Materialien bietet, wurde zuerst von J.L. Moreno entwickelt und zwar schon in einer recht elaborierten Form. Leider wurden diese Ansätze und die in ihrer Folge ausgearbeiteten Instrumente und Verfahren (Moreno 1953, Petzold 1979c) in der sich neu entwickelnden Szene von „Netzwerkarbeitern“ nur sehr unzureichend rezipiert, so daß zuweilen das „Rad zweimal erfunden“ wurde, und das auch noch mit schwächeren Konzepten und Methodologien (so Straus, Höfer 1998).

28 Der knappe Verweis auf die Morenotradition von Straus und Höfer (1998, 83) nimmt sich eigenartig aus, wenn in ihrer Arbeit dann das „räumliche Darstellen“ von Netzwerken und die Netzwerkkarten gleichsam als eigene Weiterentwicklungen beansprucht werden. Das Darstellen von

Abb. 3: Zonenprofil einer Schulklasse (N 24, ml 12 Durchschnittsalter 15.1, wl. 12, 14.8) von (I) und nach (II) sechsmonatiger psychodramatischer Arbeit. Aus: Petzold, Schulwitz 1972, 409.



Im Sinne *egozentrierter* Netzwerke hat Moreno im „Psychodrama“ und für *multizentrische* Netzwerke im „Soziodrama“ (Moreno 1953, Petzold 1973d) durch die Interaktionen des Spiels soziale Netzwerke prozessual sichtbar gemacht. Seine Definition eines „sozialen Atoms“ verbindet beide Perspektiven: „Das soziale Atom ist der Kern aller Individuen, mit denen eine Person in bedeutungsvoller Weise verbunden ist, oder sie mit ihm zur gleichen Zeit verbunden sind. Diese Verbindung kann dabei emotionaler, sozialer oder kultureller Art sein.“ (Moreno 1953). Petzold (1969b) hat solche Netzwerke dann aufstellen lassen, wobei der Protagonist die einzelnen Personen modellierte wie bei einer Skulptur. Er hat diese Technik auch durch Modellierung von Tonfiguren eingesetzt oder durch die „Skulpturierung“ von Personen, indem sie in bestimmten Distanzen und bestimmten Haltungen aufgebaut wurden. Dabei versuchte er, die Möglichkeiten des mimisch-gestischen Ausdrucks, wie er für die Pantomimearbeit charak-

Familien in ihren Rollen/Funktionen bzw. von Netzwerken mit Münzen, Sitzkissen, „Hilfsstühlen“ (Blatner 1970, Ancelin-Schützenberger 1970) etc. wurde von Moreno seit den dreißiger Jahren in einer aktionalen Soziometrie praktiziert und von seinen Schülern technisch ausgearbeitet (Fantel 1951, Hollander 1975, van der May 1975, Kuhlenkampff 1982, 1986; Petzold 1971g, 1985a, 244ff). Wir haben seit den sechziger Jahren Familienskulpturen in Ton fertigen lassen oder in pantomimischer *Aufstellungsarbeit* Skulpturierungen gestellt (Petzold 1969b, 12, 26/1988n, 466, 480) — also keineswegs eine Straus- oder Hellingererfindung — und als Diagnose- und Interventioninstrument in Therapie und Supervision eingesetzt (ibid. 1988n, 568ff, 1998a, 340ff).

teristisch ist, zu nutzen. Diese Technik ist auch im Rahmen der Supervision und von arbeitspsychologischen Kontexten ein ausgezeichnetes Instrument. Wir haben dies verschiedentlich beschrieben (Petzold, Orth, 1988a; Petzold 1971g). Familienmitglieder, Freunde, Kolleginnen können auf diese Weise mit ihren Rollen und Funktionen im „Konvoi“ (mit Rekurs auf rollentheoretische Konzepte wie Inter- und Intrarollenkonflikte, vgl. Petzold, Mathias 1983) in sehr plastischer Weise erfaßt werden, wobei unmittelbar auch mit potentiellen Modifikationen der Relationen im Netzwerk therapeutisch experimentiert werden kann. Netzwerke können *multizentrisch* durch ein Zonenprofil erfaßt werden, das auf verschiedene Kriterien gerichtet sein kann, z.B. „Zusammengehörigkeitsgefühl, Kohäsion, Kooperation“ in einer Arbeitssituation, einer Klinikstation, einer Sonderschulklasse etc. Eine solche Kartierung kann dann bei netzwerkgerichteten Interventionen (z.B. Psychodrama, Soziodrama, Familien- oder Klassenkonferenzen, Netzwerkcoaching etc.) als Möglichkeit des Feststellens von Veränderungen mit den Beteiligten (selfratings) oder vermittels Fremdbeurteilungen verwandt werden, wie wir es in verschiedenen Projekten praktiziert haben (Petzold, Schulwitz 1972).

Exkurs: Die mentale Dimension der Netzwerke — „social worlds“ und „lifestyles“ als kollektive Kognitionen, geteilte Weltansichten: *Orte der Kokreativität*

Natürlich muß man immer davon ausgehen, daß ein soziales Netzwerk vor allem in der *egozentrierten* Version des „sozialen Atoms“ nicht nur eine Zahl ausgewählter numerisch auflistbarer Personen ist. Es ist auch eine „mentale Realität“, eine kognitive und emotionale *Repräsentation*, geht es doch um die Menschen, „die mir am Herzen liegen und die mir im Sinn sind“. Das bedeutet auch, daß die Mitglieder eines sozialen Netzwerkes von jedem Mitglied in Form von inneren Bildern repräsentiert sind — „Ich habe mir ein Bild von ihm gemacht“ —, daß die Art und die Qualität der Beziehungen im Netzwerk repräsentational verankert sind — „Ich habe eine Vorstellung von unserer Beziehung“. Die realen Interaktionen werden also kognitiv (*appraisal*) und emotional (*valuation*) bewertet und interpretiert, so daß Beziehungsqualitäten, „Netzwerkqualitäten“ entstehen. Reale Transaktionen, Kommunikations- und Interaktionsvorgänge, die ein Therapeut, Netzwerkarbeiter, -berater, beobachtet und miterlebt, müssen deshalb immer auch die „subjektiven Theorien“ (Flick 1991) über spezifische Beziehungen im Netzwerk und das Netzwerk insgesamt im Blick haben. Nur so sind Interaktion, Kommunikation, Netzwerkverhältnisse (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994a, 508) in der Feinstruktur richtig einzuschätzen. Dieser Aspekt ist in der Familientherapie sehr vernachlässigt worden, in der Netzwerktherapie kommt er insoweit etwas zu Tragen, als daß das Konzept der „sozialen Unterstützung“ den Aspekten der „wahrgenommenen“ Unterstützung und der „kognitiven Bewertung“ von Unterstützung Rechnung trägt. In psychoanalytischen Ansätzen wird ganz im Kontrast dazu den „Repräsentanzen von Objektbeziehungen“ große Bedeutung beigemessen unter Vernachlässigung realer Netzwerkinteraktionen. Beide Dimensionen müssen aber sorgfältig in Diagnostik und Therapie beachtet werden. Wenn das Netzwerk als *Konvoi*, als Wegeleit und Ort der *Kokreativität* (idem 1998, 264) über die Lebensstrecke, auch im Gedächtnis archiviert wird, so hat man es in der Therapie auch mit *Erinnerungen an Netzwerke* (an frühere Familienkonstellationen, an Freunde aus Kindertagen, an Klassengemeinschaften, an Berufskontexte) und Netzwerkleistungen zu tun (Abb. 7). Daß diese Kontexte für Menschen eine große Wichtigkeit haben, zeigt sich an den verschiedensten Formen von „Ehemaligentreffen“ (z.B. Klassentreffen, Vereinstreffen etc.). Dabei sind es speziell Menschen aus „Netzwerkausschnitten“, mit denen man in besonders intensiver Weise *kollektive* Kognitionen und Emotionen (*représentations sociales*, Moscovici 1984) teilt, Weltansichten, Werte, Interessen, Lifestyles, also eine oder mehrere „social worlds“ (Strauss 1978, Unruh 1983): „Wir sind da einer Meinung und eines Sinnes!“ — „Wir machen das auch so und teilen diese Sicht!“. In der gerontotherapeutischen Arbeit kann man das Aufkommen solch alter „archivierter“ sozialer Welten beeindruckend beobachten und ihren Einfluß für das aktuelle Netzwerk feststellen (Petzold, Petzold

1991b), z.T. auch die Schwierigkeiten beobachten, die dadurch entstehen, daß jüngere Helfer frühere Weltsichten bzw. die „social worlds“ der alten Menschen nicht kennen (idem 1994e). Archaische Netzwerke wirken in gegenwärtigen Netzwerken und Sozialwelten in Form von *benignen Narrativen* und *Skripts*, welche Verhaltenssicherheit geben, aber auch in Form von *malignen Narrativen/ Mustern* (Petzold, 1992a 386ff, 533f, 6920, bewußten oder unbewußten, verdrängten oder dissoziierten Netzwerken, Repräsentationen (wir vermeiden bewußt den psychoanalytischen Terminus „Repräsentanz“ aufgrund seiner theoretischen Probleme, vgl. Petzold 1995a, 531ff; Perrig et al. 1993). Sie müssen deshalb auch Gegenstand der Therapie sein. Familientherapeutische Interventionen z.B. können nicht nur aktuelle Kommunikationsmuster in der Blick nehmen, sondern müssen auch die individuellen Vorstellungen über das Familiensystem bei jedem einzelnen Familienmitglied und die kollektiven Vorstellungen der Familie über sich, d.h. ihre „social words“ und „lifestyles“ betrachten, sonst greift man diagnostisch und therapeutisch zu kurz. Für die Netzwerkarbeit gilt dies in gleicher Weise. Zum größten Teil sind vergangene Netzwerke und die mit ihnen verbundenen kollektiven Kognitionen und Emotionen „integriert verarbeitet“. Durch eine fortlaufende „fungierende Interpretationsarbeit“ bei wachsender „Sinnfassungskapazität“ (Petzold 1992a, 489f, 700f0 und „Kokreativität“ (idem 1998a, 272ff) werden sie für das gegenwärtige Handeln nutzbar gemacht. Ihr Weiterwirken ist deshalb „unauffällig“. Zuweilen hat aber eine solche Integrationsarbeit nicht stattgefunden, so daß alte Relationsverhältnisse weiterwirken, die in der Gegenwart dysfunktional werden können, z.B. in Form von dysfunktionalen Narrativen, welche sich in Übertragungen oder unangemessenen Abwehrformen, in „Fixierungen“ zeigen. Diese „Fixierung hat nicht etwa nur die Bedeutung einer Erinnerung, sie schließt im Gegenteil die Erinnerung aus, insofern eine solche das einst Erfahrene einem Bilde gleich vor uns entfaltet, die Vergangenheit aber, die unsere eigentliche Gegenwart bleibt, gerade nicht von uns Abstand gewinnt, sich ständig gleichsam hinter unserem Blick verbirgt, anstatt sich vor ihm zu entfalten“ (Merleau-Ponty 1966, 108). So schließt sich die verfließende Zeit etwa „nicht über der Trauma- Erfahrung ... sie überschiebt sich jeder anderen Gegenwart und beraubt diese ihres Sinnes als echter Gegenwart. Ich bleibe der, der eines fernen Tages jener Jugendliebe verfiel oder der, der einst in jener Welt der Eltern lebte.“ (ibid, 107). Es werden hier differenzierte zeittheoretische und gedächtnistheoretische Überlegungen notwendig zum individuellen, wie zum kollektiven Gedächtnis (Petzold 1991o, 362ff, 1992a, 700ff, 883ff; Assmann, Hölscher 1988; Assmann 1988). *Soziale Netzwerke* mit ihren *sozialen Welten*, als „Matrizen“ der Selbstentwicklung, Identitätskonstitution und kokreativer Netzwerkgestaltung werden im Integrativen Ansatz deshalb unter longitudinaler Betrachtung retrospektiv und prospektiv in den Blick genommen. Ihre emotionalen Besetzungen, kognitiven Einschätzungen, Lifestylezugehörigkeiten werden durch projektive und semiprojektive Methoden (Müller, Petzold 1998, 1999) angegangen, die auch unbewußte, dissoziierte, verdrängte, archaische und gegenwärtige Netzwerkaspekte erschließen. Arbeit mit Ton, Farben, Collagen etc. macht über die Wahl von Formen, Tönungen, Symbolen durch die „projektive Produktion“ diese Dimensionen zugänglich. Auch in die Sozialwelten kann auf verschiedenen Ebenen Einblick gewonnen werden. Aspekte aus dem Makrokontext (macro socials worlds) können sichtbar werden, denn sie haben immer auch konkrete Auswirkungen auf Meso- und Mikrokontexte — z.B. ein spezifischer Zeitgeist (Petzold 1989f), makrostrukturelle Veränderungen wie der Balkankrieg, die Wege ins vereinte Europa (Havel 1999, Hollande et al. 1999, Peugeot 1999), die Globalisierungs- und Modernisierungsprozesse (Beck et al. 1995, Giddens 1991). Sie können bis in ein einzelnes „soziales Atom“ wirken. Außerdem ist auch auf die Qualität der sozialen Welt, ihre *Kultur* (Petzold 1998a, 312-326) zu blicken: Handelt es sich um eine relativ *geschlossene* Sozialwelt (z.B. bei Subkulturen), eine hermetische gar (bei extremistischen politischen oder religiösen Gemeinschaften, Sekten) mit sehr gesicherten, kontrollierten „gates“ oder handelt es sich um offene, vielfach *konnektierte* Sozialwelten mit pluralen Lifestyles und einem hohen *Emergenzpotential* (ibid. 312, 41, 240). Sind die *social worlds* „hart“ mit starren Regeln und Normen, was Lernen und Veränderung einschränkt, oder sind sie „weich und plastisch“, was Lernen, Veränderung, Kokreativität durch das Zusammenfließen (*Konflux*, ibid. 318) aller *Ressourcen* und *Potentiale* fördert. Sind sie aktuell bedroht, was immer auch eine Identitätsbedrohung für die partizipierenden Individuen und Gruppen ist, und damit defensiv, oder sind sie gesichert und ressourcenreich und deshalb innovationsbereit, indem sie dem Individuum wie

seinem Netzwerk Chancen zur *Kokreativität* bieten (vgl. z.B. die Netzwerke von Goethe und Brecht, Unsel'd 1997, 82ff; Klebir 1997). Diese und andere Fragen, besonders die nach der Ressourcenlage stehen am Beginn einer mittelbaren bzw. indirekten Intervention, und erfordern deshalb schon eine sorgfältige Diagnostik der Netzwerke und ihrer *social worlds* im Rahmen prozessdiagnostischen Vorgehens (Petzold, Orth 1994; Müller, Petzold 1998; Petzold, Osten 1998, 1999), für das im folgenden werden einige Beispiele gegeben werden.

In der Linie *egozentrierter* Netzwerkkarten („soziale Atome“) — und als eine der ersten Arbeiten in diesem Bereich — wurde von Petzold eine Gliederung in drei konzentrische Kreise vorgenommen, mit der eine Kernzone (nahe Verwandte und enge Freunde), Mittelzone (Kolleginnen, gute Nachbarn und Bekannte, oberflächliche Freundschaften) und Randzone (oberflächliche Bekanntschaften und Kontakte, „bekannte Gesichter“ im Quartier) im Netzwerk unterschieden wurden, und damit eine differenziertere Erfassung von Netzwerken und Netzwerkqualitäten in der praktischen Diagnostik möglich wird, besonders wenn man dabei „kreative Medien“, z.B. Puppen, Tonerde, Collagen einsetzt (Petzold 1971k, Petzold, Orth 1990a, 632, Abb.10). Den Patienten wird die Zonenstruktur erklärt und dann werden sie ermutigt, das Netzwerk mit dem entsprechenden Medium zu gestalten. Verwendet man dabei Tonskulpturen oder Collagen, wie wir es seit 1965 in der Geronto-, dann in der Kindertherapie praktiziert haben (Petzold, Kirchmann 1990, Petzold 1985a, b, 24, 46), wird das hohe projektive Potential dieser Medien für die Netzwerkdiagnose erschließbar. Die *atmosphärische Qualität* und *Interaktions-/Kommunikationskultur* eines Netzwerkes (Familienatmosphären und -kommunikation, aber auch Atmosphären und kommunikative Stile am Arbeitsplatz, vgl 1998a, 290ff) — so wesentlich für die Diagnose von Belastungen, aber auch für therapeutische Veränderungsstrategien — werden auf diese Weise zugänglich, wie die Abbildungen einer Familien- und einer Netzwerkkulptur (vgl. Abb. 4 und 5) zeigen.

Abb. 4: Familiales soziales Netzwerk als Tonskulptur aus einer psychotherapeutischen Arbeit über die aktuelle Familie



Abb. 5: Soziales (familiales und amicales) Netzwerk, „Ressourcen und Trümmer“ als Tonskulptur



Für Diagnose- und Forschungszwecke wurde die Technik der Netzwerkkartierung mit Zonenprofilen von Therapeuten aus der Morenotradition (Petzold 1979d) verfeinert, bis hin zu einem praktischen Test (Kuhlenkampff 1986). Unter der Perspektive von Morenos Konzept des „sozialen Atoms“ können wir diese spezifische Form des sozialen Netzwerks durch folgende Dimensionen kennzeichnen:

- 1) *Quantität*; d.i. das Volumen bzw. die Zahl der Relationen zwischen dem Kernindividuum und dem kern-, mittel- und randständigen Individuen des sozialen Atoms.
- 2) *Qualität*; d.i. die Zahl der positiven, negativen und indifferenten Relationen des Kernindividuums zu den umgebenden Individuen gemäß seiner subjektiven Einschätzung.
- 3) *Distanz*; d.i. der Abstand der Individuen vom Kernindividuum entsprechend der Einteilung des Zonenprofils in eine Kern-, Mittel- und Randzone. Diese Dimension gibt Aufschluß über die Intensität der Kontakte im sozialen Netzwerk und über die Handhabung von Nähe und Distanz.
- 4) *Kohäsion*; d.i. die Verbindung, die die ein Individuum umgebenden Personen untereinander haben.
- 5) *Konnektierung*; d.i. die Stellung des sozialen Atoms zu anderen sozialen Atomen und übergeordneten Netzwerken, d.h. auch die Verbindung zu verschiedenen *Lebenswelten* und *social worlds* (gemeinsame Weltansichten als kollektive Kognitionen, die ihrerseits in und durch Gesprächs-, Erzähl- und Interpretationsgemeinschaften entstehen, Petzold, Petzold 1991).
- 6) *Supportive Valenz*; d.i. die Tragfähigkeit eines Netzwerkes aufgrund seiner *Ressourcenvorräte* (idem 1997p) und der *Unterstützungsbereitschaft* seiner Mitglieder.
- 7) *Kokreative Valenz*; d.i. die Innovations- und Gestaltungskraft des Netzwerkes, die gemeinschaftliche Nutzung von *Ressourcen* und *Potentialen* (idem 1998a, 272ff, 367) in Konfluxprozessen (ibid. 267).

Ein soziales Atom von *guter Konsistenz* ist gekennzeichnet durch eine hohe Zahl von positiven und eine geringe Zahl von negativen Relationen zwischen dem Kernindividuum und den umgebenden Individuen, durch zahlreiche Relationen der umgebenden Individuen (sie bilden dadurch ein auffangendes und tragfähiges soziales Netz), eine

ausgewogene Verteilung von Nähe und Distanz im Gesamtvolumen der Relationen sowie eine vielseitige *Konnektierung* zu anderen Atomen. Es ist hiermit eine sehr komplexe Beschreibung eines sozialen Netzwerkes gegeben (Kulenkampff 1982), in der mit der Dimension „Qualität“ der subjektiven Einschätzung Rechnung getragen wird. An die Theorien und Konzepte der „sozialen Unterstützung“ (Röhrlé 1994, Nestmann 1989) schließt die Dimension der *supportiven Valenz* an. Unter diesem Konzept verstehen wir die *Möglichkeiten* und *Fähigkeiten* emotionaler, sozialer, materieller und spiritueller (Wertebereich) Stützung von den Mitgliedern eines sozialen Atoms gegenüber dem Kernindividuum. Man könnte auch von der *coping capacity* des sozialen Netzes sprechen. Die *Möglichkeiten* liegen in der Verfügbarkeit von Eigen- und Fremd-Ressourcen. Die *Fähigkeiten* liegen in der Bereitschaft, diese Ressourcen zur Unterstützung für das Mitglied des sozialen Netzwerkes einzusetzen.

Metrische „soziale Atome“

In einer empirischen Untersuchung von sozialen Atomen alter Menschen — einer Gruppe bei der Netzwerkperspektiven von besonderer Bedeutung sind (Gelfand, Olsen 1980, Nestmann, Wehner 1998, Petzold 1994e) — konnten wir feststellen (Petzold 1979a, b), daß es einen dramatischen Abfall der Konsistenz, d.h. der Gesundheit und Leistungsfähigkeit und der *coping capacity* der sozialen Atome vom 40. zum 70 Lebensjahr gibt (vgl. Abb. 6).

Die Konsistenzwerte der sozialen Atome fielen erheblich ab. Durch Wegsterben der eigenen Alterskohorte, Einschränkungen der Mobilität kommt es zu einer progredierenden Erosion der sozialen Netzwerke und häufig auch ihrer *supportiven Valenz*.

In unserer Untersuchung ging z.B. die Zahl der *Relationen*, die die untersuchten *Personen* mit 40 Jahren hatten, gegenüber den Relationen, die sie im Alter hatten, in 39 von 40 Fällen zurück, und zwar im Schnitt um 51,8 %, bezogen auf den Mittelwert und die gesamte Population, wobei die Frauen mit 36,8 % gegenüber den Männern mit durchschnittlich 60,4 % wesentlich besser dastehen. Der *Konsistenzwert* des sozialen Atoms sank im Mittel um 29 % (bei den Frauen um 18,4 %, bei den Männern um 37,1 %). Auch im Hinblick auf die *Qualität* der Relationen ist ein erheblicher Rückgang positiver Beziehungen kennzeichnend. Im Hinblick auf die *Distanz nimmt* die Kernständigkeit zu, die Menschen im Alter und in Bedrängnis „rücken näher zusammen“. Es findet aber auch eine Verödung der Kernzone statt. Insbesondere verödet die Mittelzone, in der früher die Berufskontakte und die Beziehungen, die über den engeren Familien- und Freundeskreis als Ausdruck von Lebensvielfalt hinausgingen, angesiedelt waren. Nur die Dimension *Kohäsion nimmt* zu. Das stärkere Aufeinander-angewiesen-Sein mag diesen Effekt bewirken. Bei der Dimension *Konnektierung* zeigt sich ein Rückzug von den anderen Bereichen, ein Verlust von Lebensvielfalt und Horizont (Petzold 1979b, 67f). Ein weiteres Problem ist die „*Überalterung*“ von sozialen Atomen. Eine große Anzahl alter Menschen der gleichen Kohorte erhöht die Verwundbarkeit des Netzwerkes: wichtige Stützpersonen können plötzlich wegfallen, Verlustereignisse können es erschüttern. Außerdem ist die Zahl der Hilfsbedürftigen innerhalb eines solchen Netzwerkes groß. Zwar wachsen auch die Möglichkeiten des Verständnisses — man steht ja in der gleichen Situation -, auf der anderen Seite nehmen die Ressourcen ab.

Die Leistungsfähigkeit eines sozialen Atoms als *agency of coping and cocreating* ist von der materiellen, emotionalen und sozialen Leistungsfähigkeit seiner Mitglieder abhängig. Damit kann es bei der Population alter Menschen zu sehr unterschiedlichen Situationen kommen, die bei Interventionen psycho- und soziotherapeutischer Art berücksichtigt werden müssen (Beispiele in Petzold, Zander 1985, idem 1994e).

Abb. 6: Soziales Atom im Zeitkontinuum — Konvoi-Erosion im Alter

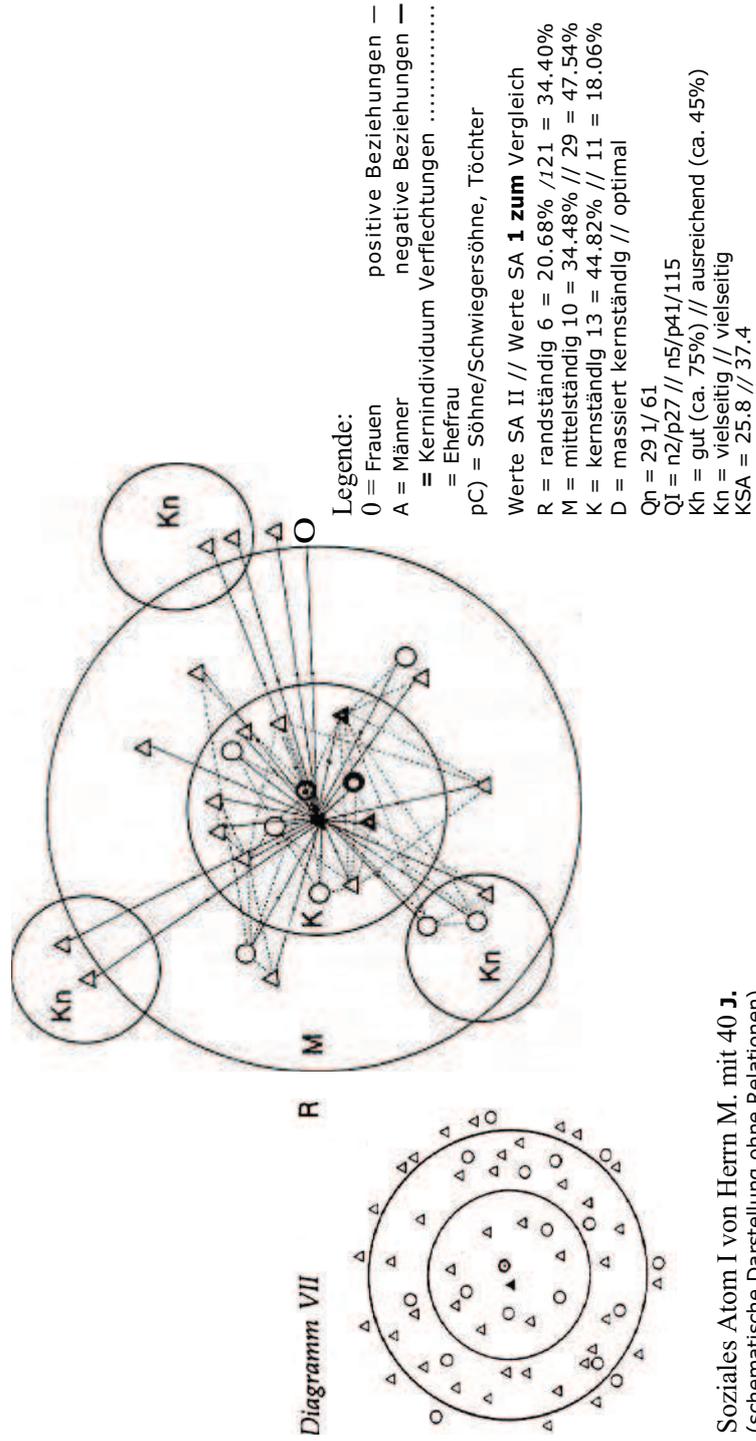
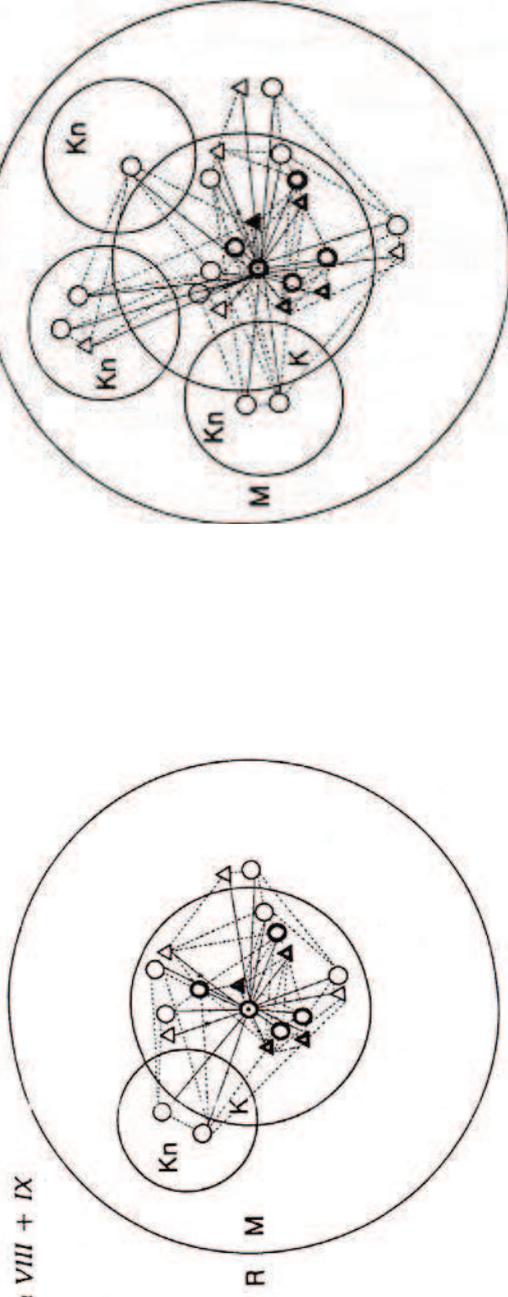


Abb. 8: Veränderung eines sozialen Netzwerkes nach neun Monaten netzwerkorientierter Gruppentherapie bei wöchendlicher Sitzungsfrequenz (aus Petzold 1979c1, 74)

Diagramm VIII + IX



Soziales Atom von Hedi 75 J.
vor der Therapie KSA 22.8

R = randständig 0
M = mittelständig 4
K = kernständig 15
Qn = Quantität der Relationen 19
01 = Qualität der Relationen 17 positiv 2 negativ
D = Distanzen im SA massiert kernständig
Kh = Kohäsion gut
Kn = Konnektivierung einseitig

Soziales Atom von Hedi 76 J.
nach der Therapie KSA 29,2

R = 0 M = 10
K = 14 Qn = 24
01 = 22 pos. 2 neg.
D = optimal
Kh = gut
Kn = velseitig

Legende:

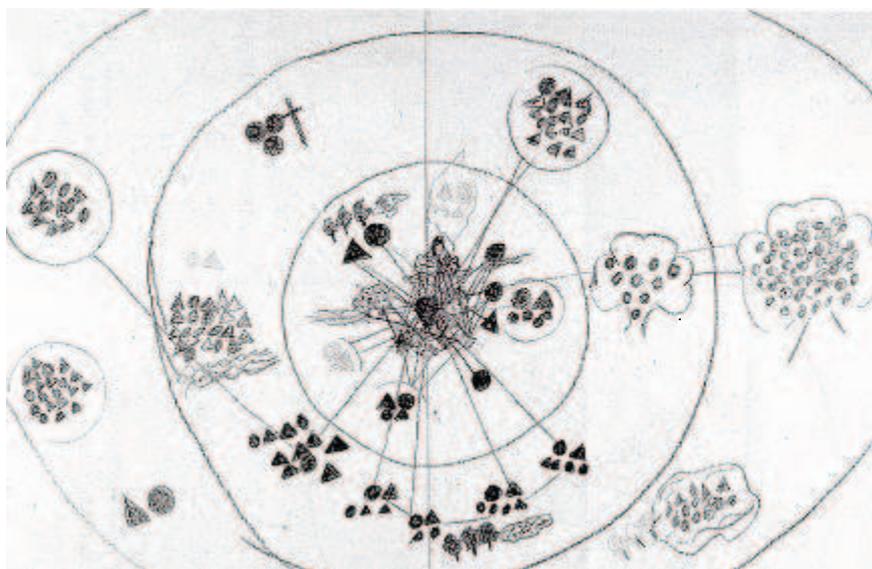
A = Männer
O = Frauen
A = Söhne, Schwiegersöhne, Enkel
= Töchter, Schwiegertöchter
O = Kernindividuum
A = Ehemann
- = positive Beziehungen
• = negative Beziehungen
..... = Verflechtungen

Soziale Netzwerke verändern sich über die Lebensspanne (vgl. Abb. 6, 7) und sie können durch netzwerkorientierte Psychotherapie (Petzold 1982v, 1979d) verändert werden (vgl. Abb. 8). Projektive und semiprojektive „Soziale Atome“

Projektive und semiprojektive „soziale Atome“

Neben seiner metrischen quantifizierenden Form, die das Geflecht der Bezugspersonen eines Menschen exakt *kartiert* (Petzold 1979b; Kuhlenkampff 1982), wird die von Petzold entwickelte Technik des „projektiven bzw. semiprojektiven sozialen Atoms“ verwandt. Die Teilnehmer werden aufgefordert, ihr soziales Netzwerk so darzustellen, wie sie es erleben. Für Beziehungen und Beziehungsqualitäten sollen Farben verwendet werden, für Menschen sollen sie Symbole finden, die für sie charakteristisch sein könnten (Blumen, Tiere, Gegenstände usw.) — ein ähnliches Vorgehen wie in der Kindertherapie die „Familie in Tieren“. Manche Patienten behalten beim projektiven sozialen Atom die Form des metrischen Modells bei (vgl. Abb.9).

Abb. 9: Semiprojektives Dreizonendiagramm eines egozentrierten sozialen Netzwerkes



Andere finden vielfältigste Formen: einen Baum mit verzweigter Krone und verschiedenen Blüten, einen illustrierten Stammbaum, der mittelalterlichen Darstellung der „Wurzel Jesse“ ähnlich, einen Flußlauf mit vielen Armen oder auch ein „freies Bild“ (vgl. Abb.10), dessen Elemente Personen und Beziehungen darstellen. Durch Farb- und Symbolwahl werden nicht nur die bewußten Beziehungsqualitäten deutlich, auch unbewußte Beziehungsdynamik kommt — oft für den Zeichner überraschend — zum Vorschein. Die Bearbeitung erfolgt in gestalttherapeutischem Vorgehen mit den Techniken der „Identifikation“, des „Dialogs“ mit der Person bzw. ihrem Symbol, des „Dialoges“ zweier oder mehrerer Personen (Symbole) auf dem Bild untereinander oder

durch Dramatisierung im „szenischen Spiel“ des Therapeutischen Theaters nach Iljine oder des Psycho- oder Soziodramas nach Moreno (Petzold 1982a). Eine biographische Perspektive wird durch das Aufgreifen der „Geschichten von Beziehungen“ möglich. Prägnanz kann hier gewonnen werden, wenn man neben dem gegenwärtigen „sozialen Atom“ die Beziehungen vergangener Zeiten in projektiver oder metrischer Form darstellen läßt. Aus explorativen Gründen legen wir auf eine Rekonstruktion des SA aus dem Alter von fünf Jahren (triangulierende Prozesse im Sozialisationsfeld) und 15 Jahren (Sozialisationsfeld der Adoleszenz) Wert (vgl. Abb. 7), weil sich hier oft pathogene Beziehungskonstellationen finden, die Beziehungsschwierigkeiten in späteren sozialen Atomen erklärbar machen. Interessanterweise finden sich in den Beziehungsmustern von sozialen Atomen des Seniums des öfteren Muster aus der frühen SA-Konstellationen, die offenbar in involutiven Prozessen reproduziert werden (vgl. Petzold 1985a, b, 237ff.).

Man erhält durch ein solches Bild, besonders wenn man durch eine Reihung in longitudinaler Folge den „convoy“, das Netzwerk in der Zeit, erfaßt, einen ausgezeichneten (aspektiven) Einblick in die gegenwärtige Verfassung des Netzwerkes, in die Netzwerkgeschichte (retrospektiv) und Netzwerkentwicklung (prospektiv) auf die potentielle Netzwerkentwicklung. Man kann auf dieser Grundlage Ziele mit dem Patienten für eine Netzwerkamelioration erarbeiten und ihn — was auch Therapeuten nicht schlecht anstünde — zu einer bewußten und aktiven „Netzwerkpflege“ ermutigen: denn Beziehungen und Freundschaften (Sardegna, Blin 1997) wollen gepflegt sein. Eine gemeinsame Exploration des Konvois unter longitudinaler Perspektive vermittelt dem Patienten auch Einsichten über die salutogene Qualität gesunder Netzwerke, über protektive Faktoren, nützliche Ressourcen, gute Beistände (significant caring others) und die identitätsstiftende Funktion von Beziehungen im Netzwerk (Petzold et al. 1993, 1994a). Außerdem lassen sich die *social world*, die verschiedenen Sinn- und Wertewelten erfassen, die in sozialen Netzwerken (auch egozentrischen) vorhanden sein können und oftmals Ursachen schwerer Konflikte sind (wenn der adoleszente Sohn mit der Diskoszene als *background social world* mit seinem Vater, Zweigstellenleiter der Stadtparkasse, in Konflikte gerät, dann „treffen Welten aufeinander“). Das Dreizonenprofilnetzwerk wurde zum Erfassen von „social worlds“ durch eine „Sprechblasentechnik“ ergänzt, die im Sinne „semiprojektiver Diagnostik“ (Müller, Petzold 1998) projektives Material und faktische Informationen verbindet. Hierfür sei ein Beispiel aus der Therapie eines Jugendlichen und der Beratung seiner alleinerziehenden Mutter als Netzwerkexploration und Intervention (Müller, Petzold 1998) gegeben (siehe Abb. 11 mit Legende).

Netzwerkanalyse (Röhrlé et al. 1998) ist immer auch *Convoyanalyse*, und damit kommt die Entwicklung des Netzwerkes in den Blick, die verbal, wie in dem vorliegenden Beispiel, erhoben werden kann oder durch die bildnerische Darstellung von Netzwerken zu verschiedenen Zeitpunkten aus der Erinnerung oder die im Rahmen longitudinaler Netzwerkanalysen durch systematische Erhebungen exploriert werden kann (vgl. für alte Menschen Petzold 1979c; 1994e, für jugendliche Drogenabhängige idem 1982v). Mit der „Sprechblasentechnik“ wird nun versucht, Aufschluß über die „social worlds“ (= units of shared perspectives, Unruh 1983), d.h. die im Netzwerk von *Frederik* vorfindlichen Weltansichten der verschiedenen Subgruppen bzw. „lifestyle communities“ (Müller, Petzold 1999) zu erhalten.

T: „Wenn wir zu den einzelnen Leuten oder Gruppen mal eine Sprechblase machen und da was reinzeichnen oder reinschreiben, oder wenn Du mehr Platz brauchst, auch auf das Blatt da was schreiben kannst, was die über die Welt und das Leben denken ...“ — Nach einigen Nachfragen kommt *Frederik* mit der Fragestellung klar. Er zeichnet zu einigen Gruppen Sprechblasen, koloriert einige und erzählt dann zu den einzelnen Blasen oder schreibt einen Satz oder ein Wort dazu. Die Sprechblase der Familie (Mutter *blau*, Patentante *braun*, Onkel *rot*): „Wir gegen alle, wir können uns nur auf uns selbst verlassen. Das Leben ist nicht einfach!“ — Bei Henk und Mara: „Muß Liebe schön sein. Wir zwei auf der Welt und sonst nix.“ — Die Fußballgruppe: „Macht die Türken alle. Saufen ist geil!“ (koloriert mit den deutschen Nationalfarben, die die ideologische Orientierung der Jugendlichen aufweist) — Die Gruppe der ehemaligen Freunde: „Wir sind gut drauf. Wir kaufen uns Spaß“. Die Lehrer: „Lernen, Lernen, Lernen, biste blöd bist!“ — Die Klasse: „Leere, die ham nix im Kopf, öde, die Schule irgendwie hinter sich bringen, 'ne geile Party, Streber, öde.“ — Die Ausländer (Farbe der türkischen Flagge): „Scheiß Deutsche, wir sahen hier ab ...“ Kommentar: „Die sollen doch nach Hause gehn, die nehmen uns die Arbeit weg, die Scheiß Türken.“

Insgesamt zeigt das *Netzwerk* eine düstere, depressive Charakteristik. Es dokumentiert die fortschreitende Isolation, d.h. der *convoy* verliert für *Frederik* an Ressourcen und an *supportiver Valenz*. Die *social worlds* sind überwiegend mit negativ getönten Kognitionen und Emotionen gefüllt, d.h. das Netzwerk generiert negative Atmosphären, die einerseits aus seinen faktischen Qualitäten eines belasteten und belastenden sozioökologischen und emotionalen Feldes (Petzold 1992b, 810) herrühren, wesentlich aber in der emotionalen Bewertung (*valuation*) und der kognitiven Einschätzung (*appraisal*) des Netzwerks und seiner Ressourcen (Petzold 1997p) durch *Frederik* resultieren. Hier muß in der Therapie die Möglichkeit von Umwertungen, positiveren Attribuierungen erschlossen werden und durch konkrete Interventionen „ins Netz“ mit den Freunden und Bekannten — z.B. durch ein „event“ (Party, Fußballspiel, Outdoor-Aktion) — eine Umorientierung angebahnt werden (Müller, Petzold 1998).

5.1.2 Psychotherapeutische Netzwerktherapie, Netzwerkinterventionen in der Psychotherapie

Eine gute Netzwerkdiagnostik kann sich verschiedener Instrumente bedienen (vgl. 5.2) und sie sollte, was leider noch allzu selten geschieht, vor jeder Sozialintervention erfolgen (Gaudin et al. 1991, Page, Badgett 1984) und Standard für die psychotherapeutische Eingangs- und Prozeßdiagnostik sein (Petzold, Osten 1998, idem 1993p).

Es kann an dieser Stelle nicht darum gehen, einen Überblick über die ganze Vielfalt von Netzwerkinterventionen zu geben (vgl. hierzu das Typisierungsschema von Röhrle und Sommer 1998, 17f), sondern es sei auf solche zentriert, die im Rahmen von Psychotherapie und für die Psychotherapie Relevanz haben.

Grundsätzlich muß davon ausgegangen werden, daß *jede Form von Psychotherapie eine Form direkter und indirekter Netzwerkintervention ist*. Diese fundamentale Aussage ist von der Mehrzahl der überwiegend „einzeltherapeutisch“ ausgerichteten, ja z.T. von den gruppenpsychoanalytisch ausgerichteten Ansätzen, die die Gruppe wie ein Einzelindividuum behandeln (vgl. Petzold, Frühmann 1986, 322ff), nicht verstanden worden. Am konsequentesten hat dies der Morenosche Ansatz mit seiner Triade „Gruppenpsychotherapie, Soziometrie, Psychodrama (Moreno 1959; Leutz 1974) rea-

lisiert, gegründet auf Morenos (1953) genialer Erkenntnis: Der Mensch *hat* kein Soziales Atom, er *ist* ein Soziales Atom (Petzold 1982b).

Mit einer solchen Sicht ist klar, daß Psychotherapie sich prinzipiell als Netzwerktherapie verstehen sollte und deshalb auch theoretische Konzepte und praktische Interventionsmethodologien zur Verfügung haben sollte, um auf der *Mikro-* und ggfls. *Mesoebene* in Netzwerken und mit Netzwerken nebst den in ihnen präsenten „micro- and meso- social worlds“ (d.h. Geltungsbereichen kollektiver Kognitionen) arbeiten zu können. Ein Beispiel aus einer Kontrollanalyse zur Verdeutlichung:

Von einer Psychotherapieausbildungskandidation wird in der Kontrollanalyse (bei Petzold) die Therapie mit einer rußlanddeutschen Spätaussiedlerin (41 J.) vorgestellt, die wegen Angstzustände und Panikattacken von ihrem Hausarzt in die Therapie überwiesen wird. Die präsentierten klinischen Daten zentrieren nur auf die Angststörungen, deshalb wurde eine netzwerkanalytische Perspektive angeraten, und in der Tat, die ursprüngliche Therapiekonzeption mußte zu kurz greifen, wenn die Daten, die die Netzwerkdiagnostik ergab, nicht mitberücksichtigt worden wären: Ihr Mann (44 J.), der im Unterschied zur ihr nur sehr schlecht deutsch spricht, ist arbeitslos und hat praktisch keine Bezugspersonen, was zu Spannungen in der Beziehung führt. Ihre beiden Kinder (12 m, 9 w) haben erhebliche Schwierigkeiten in der Schule. Sie hat — ursprünglich als Lehrerin ausgebildet und tätig — nur eine Abendarbeit bei einer Gebäudereinigungsfirma gefunden in einer Putzkolonne von überwiegend türkischen Frauen, mit denen sie sich kaum verständigen kann und von denen sie nicht akzeptiert wird, aber sie ist froh, überhaupt einen Job zu haben. Sie wohnt in einem mäßigen Quartier in Duisburg und in einem Block mit zahlreichen Ausländerfamilien, ohne daß eine Nachbarschaftsstruktur vorhanden oder im Entstehen ist. Die Familie ihrer Schwester lebt vierhundert Kilometer entfernt in Süddeutschland. Nur eine engere Freundin aus der alten Heimat, die in der Nachbarstadt wohnt, ist ihr geblieben. Ihr Netzwerk ist ausgedünnt und ressourcenarm. Sie fühlt sich isoliert, hat kaum Menschen, die sie verstehen und denen sie sich nahe und verbunden fühlt, mit denen sie „Auffassungen und Ansichten“, d.h. eine „social world“ teilt. Ihre alten Sozialwelten bestehen nicht mehr bzw. sind nicht mehr zugänglich, neue sind noch nicht vorhanden. Sie ist depressiv, wird von Ängsten und Panikattacken geplagt. Sie grübelt viel. Der Balkankrieg belastet sie. Ihre anfängliche Euphorie für den Westen sei verfliegen. Sie bedauert — allerdings mit sehr zwiespältigen Gefühlen —, daß Rußland keine stärkere Politik machen kann und die Amerikaner die Welt so dominieren, die Europäer seien ja „nur noch Lakaien“!

Jenseits aller biographischen Belastungen ist die Patientin allein aufgrund ihrer vorfindlichen Netzwerksituation „at risk“. Die Frage ist, ob die Therapeutin die *soziale Welt* einer Rußlanddeutschen, die stark religiös gebunden in einer ländlichen Kleinstadt in Kasachstan aufgewachsen ist, hinlänglich verstehen kann, z.B. die von ihr als sehr belastend und zwiespältig erlebte makropolitische Lage. Hier wird wiederum deutlich, wie Aspekte aus dem Makrokontext in Netzwerke und Sozialwelten auf der Meso- und Mikroebene wirken. Hat also die Therapeutin kognitive Folien, um hinreichend *soziales Sinnverstehen und soziales Intuieren* (zu diesen zentralen Konzepten vgl. Petzold 1998a, 91, 111) zu gewährleisten? Hat sie diagnostische Instrumente, um solche soziale Welten zu erfassen (z.B. „mind maps“, vgl. Abb.11 und Petzold, Schneider, Veal 1998, 287ff), sich über verlorene bzw. zerstörte soziale Netzwerke der Patientin ein Bild zu machen — z.B. durch ein *sequentielles Netzwerkdiagramm, eine Konvoikarte* (vgl. Abb. 7) und sich über die gegenwärtige Netzwerksituation zu orientieren, damit sie netzwerkbezogene *Ziele* in den Zielkatalog der Behandlung einplanen kann. Die Frage ist auch, ob sie über netzwerktherapeutische Strategien und Methoden verfügt, um diese Situation anzugehen, und schließlich ist zu sehen, ob sie diese Situation überhaupt als eine im Rahmen der Psychotherapie von ihr als Psychotherapeutin zu *behandelnde* Störung ansieht, sie gar — in Pointierung der Achse IV „Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme“ des DSM-IV — als eine „soziale Erkrankung“ einstuft, für die eine klare Indikation zur *psychotherapeutischen Netzwerktherapie* gegeben ist, weil sie als *Komorbidität* zu der diagnostizierten Angststörung und den Panikattacken aufgefaßt werden muß (Wittchen, Vossen 1996). All diese Fragen werden in der Kontrollanalyse aufgeworfen und führen zu einer Behandlungskonzeption, die neben einem Fokus bei einem traumatischen biographischen Ereignis einen zweiten Fokus setzt (Petzold 1993p), nämlich einem *netzwerkorientierten*, der supervisorisch begleitet wird, denn die

sikzierte Situation erfordert natürlich netzwerktherapeutische Maßnahmen, will man die Patientin mit der schwierigen Gesamtsituation und nicht nur eine „Angststörung“ behandeln.

Anhand dieses kurz umrissenen Beispiels können einige für die Integrative Therapie spezifische Netzwerkinterventionen (Petzold, Petzold 1999) im Rahmen von Psychotherapie bzw. netzwerkorientierter Psychotherapie aufgezeigt werden.

Unmittelbare und mittelbare Netzwerkinterventionen

„Netzwerkorientierte Interventionen ... beziehen sich auf Maßnahmen, die eines oder mehrere der bekannten Netzwerkmerkmale modifizieren“ (Röhrle, Sommer 1998, 160. Wir stimmen dem zu, nicht aber der Auffassung, daß dies „vornehmlich Interventionen im natürlichen sozialen Umfeld sein müssen“ (ibid.). Wenn mit einem Klienten in einem *dyadischen Setting* (sogen. „Einzeltherapie“) gearbeitet wird, im Rahmen einer Beratungsbeziehung (Nestmann 1997) oder einer Psychotherapie, sind der Klient/Patient und der Therapeut/Berater im faktischen Netzwerk anwesend und ggf. die Institution, in der dies alles stattfindet. Der übrige Teil des Netzwerkes ist, wenn er angesprochen wird, bewußt *virtuell* präsent und ansonsten nicht bewußt, *implizit* anwesend. Wird ein Mitglied des Netzwerkes, hier der Patient, absichtsvoll mit Blick auf das Netzwerk oder unbeabsichtigt in einer Art und Weise beeinflußt, daß er sich in seiner Alltagswelt und seinen Sozialbeziehungen verändert, kann dies auch Veränderungen im Netzwerk bewirken, sofern er in diesem in seiner Stellung *salient* ist (Stroebe et al. 1997, 190) und die übrigen Kräfte im Netzwerk nicht zu stark sind, um den Veränderungseinfluß durch Isolation des „Fremdkörpers“ oder durch seine „Rekalibrierung“ zu neutralisieren. Da dies häufig der Fall ist, die Umwelt veränderungsverhindernd wirkt (Petzold 1995a,b), werden Interventionen in das Netzwerk bzw. in relevante Teile und in bedeutsame „social worlds“ mittelbar oder unmittelbar notwendig. Unmittelbare Interventionen bestehen in der konkreten Kontaktaufnahme mit Netzwerkmitgliedern durch Hausbesuche, Familienkonferenzen, Einladungen von Fachkräften oder Freunden in die Therapiesituation, Netzwerkevents, Freundesmeeting, Kollegenkonferenz etc.). Weil man dabei immer wieder auf spezifische „social worlds“ trifft, ist ihre Qualität im Vorfeld zu eruieren (siehe oben „Exkurs“, S. 223).

Bei der Patientin liegt Ressourcenmangel vor, eine identitätsbedrohte Situation, eine gewisse Defensivität ist die Folge. In einem Gespräch über „Familienbande“, Freundschaften, soziale Kontakte macht die Therapeutin einen Anfang, für die Netzwerkperspektive zu sensibilisieren. Mit einer von Petzold eingeführten Technik der Verwendung farbiger Plastikchips von unterschiedlicher Größe wird in der Behandlung ein erstes soziales Netzwerk auf die Tischplatte gelegt. Weiße Chips werden dann hinzugenommen für wichtige Personen, die nicht mehr anwesend sind. Der Patientin wird deutlich, wie schmal ihr einstmaliges großes Netzwerk geworden ist und sie kann Gedanken und Gefühle zulassen: „Ich spüre jetzt, wie es schmerzt ... die vielen Menschen, die mir einfach fehlen.“ Es wird auch deutlich, daß damit auch *Ressourcen* und *Unterstützung*, konkrete Hilfen gemindert sind. Die *Einsicht*, daß ein größeres Netzwerk wünschenswert und „gesund“ wäre, kommt unmittelbar auf. Im Sinne unserer Konzeption „Theorie als Intervention“ (Petzold, Orth 1994), werden der Patientin wichtige Ergebnisse der Netzwerk- und Unterstützungsforschung kurz vermittelt. Ihr leuchtet das alles sehr ein und sie hat einige „Aha-Erlebnisse“, als es um das Thema der Überlastung und des Verbrauchs („Erosion“) von Netzwerken geht. Aber: „Wie soll es anders gehen?“ und natürlich die Skepsis: „Kann das gelingen, wieder mehr Kontakte und Beziehungen zu finden?“, zumal ihr Mann sich immer weiter zurückzieht, isoliert und mit anderen Menschen nichts mehr zu tun haben will. Als „Hausaufgabe“ erhält die Patientin den Auftrag, mit Farben und nach dem Konzept des „Drei-Zonen-

Profils" ihr soziales Netzwerk vor der und nach der Umsiedlung zu zeichnen und in die nächste Stunde mitzubringen. Wenn Sie Lust habe, könne sie das auch zusammen mit ihren Kindern und ihrem Mann tun, sofern bei diesen ein Interesse an dieser Aufgabe vorhanden sei.

Gelingt eine solche Intervention, wird damit ein wichtiger Schritt in die Richtung einer direkten Netzwerkmaßnahme gemacht.

Mittelbare Strategien sind nicht nur diagnostisch ausgerichtet, sie können auch die Form einer *netzwerkorientierten Beratung* in der Psychotherapie gewinnen, wenn man einen Klienten oder Patienten in einer gemeinsamen Netzwerkanalyse Hilfen gibt, wie er seine *Netzwerkstruktur* verbessern und zu einer systematischen „*Netzwerkpflege*“, einer konstruktiven, kokreativen „*Netzwerkkultur*“ kommen kann, und eine Bereitschaft wächst, unterschiedliche Unterstützungsquellen (Avery, Thiessen 1982, Cross et al. 1980) auch zu nutzen oder daran zu arbeiten, wie Netzwerkkonflikte vielleicht aufgelöst werden könnten. Handelt es sich um belastende Situationen in kollegialen Netzwerken und professionellen Kontexten (z.B. Jobstreß, Mobbing, Bournout, häufige und bislang noch weitgehend unterschätzte Krankheitsursachen im Erwachsenenleben, Petzold 1996) kann die Intervention auf eine Verbesserung des Handelns im beruflichen Feld sprechen und man kann von *netzwerkorientiertem Coaching* in der Psychotherapie sprechen (im Unterschied zum einem *Netzwerkcoaching* [Kliman, Trimble 1983], bei dem ein Netzwerk oder Teilnetzwerk *in situ* ge-coached wird, etwa bei einem Freundestreffen [partial network assembly, *ibid.*], um einen in Not geratenen Freund zu unterstützen). Mittelbare bzw. indirekte Interventionen sind angezeigt, wenn keine „*Netzwerkcompliance*“, d.h. eine *Kooperation des Netzwerkes* — auf die ein Therapeut hinarbeiten sollte — erreicht werden kann (der Mann will eben nicht in die Familientherapie oder -beratung und keine „family conference“, die Kollegen kein „Team problem solving“ oder Freunde wollen kein „friendship meeting“, Nachbarn keine „Nachbarschaftskonferenz“).

Die Patientin aus dem mitgeteilten Beispiel kann tatsächlich das Interesse und die Kooperation ihrer Familie gewinnen. Alle haben sich an der Kartierung des Netzwerkes beteiligt und dadurch sind Aspekte hineingekommen, die sonst vielleicht nicht erfaßt worden wären: SchulkameradInnen der Kinder, Lehrer, mit denen auch die Eltern zu tun haben, sind eine *Konnektierung* zu anderen Netzwerkarealen und sozialen Welten. Auch sind weitaus mehr Kontakte zu anderen Aussiedlern aus Rußland und Polen im gleichen Quartier vorhanden, als zunächst in der verbalen Exploration mitgeteilt wurde. Diese Menschen bzw. Familien wurden nicht als Ressource gesehen. („Die haben die gleichen Probleme wie wir.“) Zwei deutsche Arbeitslose, die der Mann der Patientin vom Arbeitsamt her kennt, tauchen im Netzwerk auf — mutlos wie er selbst. „Ich kann diese Resignation nicht mehr ertragen!“ Ein *Familiengespräch* wird vorgeschlagen. Ein *Paargespräch* kommt zustande. Der Mann will „vor den Kindern“ nicht über die Probleme sprechen („Er schämt sich, weil er keine Arbeit hat!“). Das Treffen mit dem Paar gestaltet sich sehr bald als vertiefende *Netzwerkanalyse*, ausgerichtet an dem von uns entwickelten Modell (Petzold 1979c, vgl. ein ähnliches bei Straus, Höfer 1998) mit gleichzeitiger *Netzwerkberatung*: es werden die kartierten Beziehungen in ihrer Zahl und Qualität besprochen, die Art der Beziehungserfahrungen werden thematisiert, die Beziehungswünsche (sie sind bei dem Mann der Patientin stärker, als sie dies eingeschätzt hatte, was für beide eine positive, motivierende Feststellung war, jeder hatte dem anderen Rückzug und Resignation unterstellt). Weiterhin erfolgt eine Bestandsaufnahme und Analyse der Ressourcen vor dem theoretischen Hintergrund des integrativen *Ressourcenmodells* (Petzold 1997p), wobei die Erstellung einer „*Ressourcenkarte*“ (idem 1998a, 388ff, dort Abb. 1 u. 2) als neue Hausaufgabe vorgeschlagen wurde, um die „supportive Valenz“, das *Unterstützungspotential* des Netzwerkes zu erkunden. In dem folgenden Gespräch wird dann die Verfügbarkeit von Ressourcen und sozialer Unterstützung — formelle und informelle — besprochen, das Hilfesuchverhalten, die Wahrnehmung von erhaltener Unterstützung (perceived support) und von vorhandenen Ressourcen und ihre kognitive und emotionale Bewertung (appraisal, valuation, *ibid.* 367f, 382f) exploriert. Hier werden bei beiden

Klienten eine Unterschätzung vorhandener Möglichkeiten und dysfunktionale Attributionsprozesse (Försterling 1988, Snyder & Forsyth 1991, Stroebe et al. 1997, 184ff) erkennbar, die offenbar kennzeichnend für das weitere Netzwerk waren: eine *erlernte Hilflosigkeit* des Netzwerkes. In einem weiteren Gespräch, zu dem der Kontrollanalytiker/Supervisor (Petzold) — selbst mit einem russischen Familienhintergrund und deshalb mit problemloser Zustimmung der behandelten Familie) — als „Experte“ hinzugezogen wird. Es wird über die Möglichkeiten von Selbsthilfe (Petzold, Schobert 1991) und Netzwerkarbeit informiert, über Möglichkeiten der „wechselseitigen Hilfeleistung“ (ibid. 212) — eine gute Tradition (Kropotkin 1902). Interessanterweise kommt von Seiten des Mannes der Vorschlag, sich für eine Netzwerkkonferenz mit Leuten aus seinem Quartier und anderen Betroffenen stark zu machen, was seine Frau offenbar verwundert und erfreut. Die über viele Jahre der Arbeit in der und mit der Selbsthilfebewegung, in der Kooperation zwischen Psychotherapeut und Selbsthelfern entwickelte integrative Methodologie des Anstoßens und Begleitens von Exchange Learning-/Exchange Helping-Projekten (Petzold, Schobert 1991, 223ff) wird hier fruchtbar. Das Projekt wird nun extensiv (monatlich einen Kontakt) durch den Kontrollanalytiker begleitet — jetzt in der Funktion des Beraters, Supervisors, und, was die kollektive „erlernte Hilflosigkeit“ anbelangt, als Therapeut eines Netzwerk- und Selbsthilfeprojektes. Es laufen also nun zwei Therapieprozesse: der der Patientin und der des Netzwerkes. Die Patientin wirkt in dem Projekt mit. In ihrer Therapie wird dies allerdings zu einem *Nebenfokus* (Petzold 1993p, 294ff). Sie arbeitet mit ihrer Therapeutin nun im *Hauptfokus* an der Angststörung, ihrem biographischen (traumatischen) Hintergrund und — ganz in der Linie des Integrativen Ansatzes (idem 1993a) — in einer Kombination mit übenden behavioralen Behandlungsmethoden der Angsttherapie (vgl. jetzt Butollo et al. 1999), wobei die Mitwirkung im Projekt und die netzwerktherapeutische Entwicklung des Projektes sich sehr positiv auf die Symptomatik auswirkt: Sie gewinnt zunehmend *Kontrolle* (Hammer 1990) über ihre Lebenssituation zurück, erlebt mit vielen anderen im Projekt, daß es Möglichkeiten der „eigenen Wirksamkeit“ gibt und daß die gemeinsamen Treffen und die kokreative Zusammenarbeit für den Einzelnen wie auch für die Gruppe identitätsstärkende Auswirkungen hat (z.B. durch wechselseitige Identitätsattributionen, Petzold, Mathias 1983, idem 1998h, 268ff, Keupp, Höfer 1997): *Netzwerkarbeit ist Identitätsarbeit* (Petzold 1991o; Müller, Petzold 1999).

Es dürfte trotz des begrenzten Raumes deutlich geworden sein, daß auch psychotherapeutische Netzwerkinterventionen an den allgemeinen Fundus der Sozialpsychologie anschließen sollten und ihn mit klinischen Perspektiven verbinden können (Snyder, Forsyth 1991). Die Einbeziehung *sozialökologischer* Konzepte in der Linie von Gibson (1979, Valenti, Pittenege 1993) und der *dynamic systems theory* (Vallacher, Nowak 1997) für die psychotherapeutische Netzwerkarbeit mit Kindern wurde an anderer Stelle ausführlich theoretisch und methodisch dargestellt (Petzold 1995a,b) und bietet für die Praxis der Netzwerktherapie interessante Möglichkeiten. Vieles spricht dafür, daß zielgruppenspezifische Zupassungen (etwa für die Arbeit mit Drogenabhängigen, vgl. Feineis 1998) oder Alterspatienten (Nestmann, Wühner 1998) und aufgabenspezifische (z.B. für Familien in Krisen, Klefbeck 1998, Klefbeck, Ogden 1995, 1996), ja störungsbildspezifische (z.B. für psychiatrische, depressive, angstgestörte Patienten) Formate und Methodologien entwickelt werden können, und daß eine solche Entwicklung auch sinnvoll ist, sowohl für die Netzwerkarbeit in der Psychotherapie als auch für arbeits- und aufgabenteiligen Kombinationen von *Psychotherapie* und *Soziotherapie*, wie sie sich in komplexen und methodenkombinierenden oder -übergreifenden therapeutischen Modellen anbieten und wie sie hier exemplarisch für die „Integrative Therapie“ dargestellt wurde.

5.2. „Zweidimensionales Netzwerk“: Ein Instrument zur Erhebung sozialer Netzwerke in der integrativen ambulanten Psychotherapie

Im folgenden wird ein Erhebungsinstrument vorgestellt, wie es jüngst im Rahmen einer Studie zur Bewertung der Effektivität Integrativer Verfahren als zusätzliches Modul eingesetzt wurde (zu dieser Studie Petzold et al. 1999). Primär ist es für die Netzwerkdiagnostik in der ambulanten Praxis entwickelt und eignet sich prinzipiell natürlich auch für andere therapeutische Verfahren. Wenn Einflußfaktoren des sozialen Umfeldes im Kontext der ambulanten Psychotherapie untersucht werden sollen, so bedeutet dies immer ein Abwägen zwischen der Berücksichtigung des komplexen Zusammenspiels aller relevanten Faktoren, dem Vorhandensein validierter Instrumente und der Handhabbarkeit eines Instrumentes (Zeitaufwand, Akzeptanz beim Klienten, etc.). Die in der Netzwerk- und sozialen Unterstützungsforschung vorhandenen Instrumente zur Erfassung sozialer Netzwerke zeichnen sich, im Bemühen, möglichst viele Aspekte zu erfassen, durch relativ lange Item-Batterien aus und erfordern daher einen entsprechenden Zeitaufwand (Baumann et al. 1987a, Heitzmann und Kaplan 1988, Pfingstmann und Baumann 1987, Sommer und Fydrich 1989, Tardy 1985, Veiel und Baumann 1992). Zudem handelt es sich häufig um ad hoc und für spezifische Fragestellungen konstruierte Instrumente, zu denen Validitäts- und Reliabilitätsangaben häufig fehlen.

Hinsichtlich psychischer Gesundheit hat nur eine begrenzte Anzahl von Netzwerkmerkmalen empirische Evidenz erfahren (z.B. emotionale Unterstützung, intime Bindungen, Konfliktpotential — Röhrle 1994). Es fehlt mithin ein Instrument, daß für den behandelnden Therapeuten die relevanten Informationen auf prägnante Weise darzustellen in der Lage ist.

Für die Konzeption des hier vorgestellten „zweidimensionalen Netzwerkes“ (Hass 1995) waren folgende Anforderungen maßgeblich:

- Einsetzbarkeit im Rahmen von Therapiestudien (kurze Ausfüllzeit: 4-7 Minuten, in Abhängigkeit der Anzahl genannter Netzwerkmitglieder),
- gute Verständlichkeit für die Klienten,
- für den Therapeuten schnelle Eintragbarkeit der Daten vom Fragebogen direkt in eine Graphikvorlage zur übersichtlichen und informativen Ergebnisdarstellung,
- wiederholbare Durchführbarkeit für Veränderungsmessungen.

Der verwendete Netzwerkgenerator („... Personen, die zur Zeit in irgendeiner Weise in Ihrem Leben von Bedeutung sind, sei es in positiver, sei es in negativer Hinsicht“) orientiert sich am Vorbild eines in einer amerikanischen Bevölkerungsumfrage (Burt 1984) eingesetzten Instrumentes. Die Formulierung „zur Zeit“ verweist dabei auf die aktuelle soziale Situation, d.h., in der Vergangenheit erfolgte Kontakte oder Begebenheiten werden nur dann berücksichtigt, wenn ihre Auswirkungen andauern. Die Anzahl der Netzwerkmitglieder wird unter Berücksichtigung eines zumutbaren Zeitaufwandes auf maximal zehn Personen limitiert. An „narre-interpretée-Variablen“ werden lediglich die Art der Beziehung, das Geschlecht sowie das jeweilige Unterstützungs- resp. Belastungspotential und die emotionale Nähe zur fokalen Person erfragt (siehe Fragebogen im Anhang)²⁹.

²⁹ Nach der Eingabe müssen die Daten aggregiert werden, erst dann ist eine Auswertung auf der Netzwerkebene möglich. Ein entsprechendes SPSS-Statistik-File ist hierzu bei W.Hass erhältlich.

Eine Fülle von Arbeiten der Unterstützungs- und der Netzwerkforschung hat sich mit der Klassifizierung sozialer Beziehungen beschäftigt und eine Reihe von Vorschlägen unterbreitet (z.B. Rook und Pietromonaco 1987, Weiss 1974). Dabei haben sich zwei Dichotomien herauskristallisiert:

enge, nahestehende vs. lockere, nicht nahestehende Beziehungen, unterstützende vs. belastende Beziehungen.

Zentral bei der Konzeption des hier vorgestellten Instrumentes ist die Annahme, daß jeweils ein Pol dieser Dimension zu einem bestimmten Zeitpunkt dominiert, so daß es für die Befragten möglich sein muß, für jede Person in ihrem Netzwerk anzugeben, ob die aktuelle Beziehung eher unterstützend oder belastend, eher emotional nah oder nicht nah empfunden wird".

Werden die beiden Dimensionen orthogonal zueinander in ein Diagramm eingetragen, ergibt sich eine Vierfeldertafel, aus der sich die Verteilung der Personen über die einzelnen Quadranten ablesen läßt.

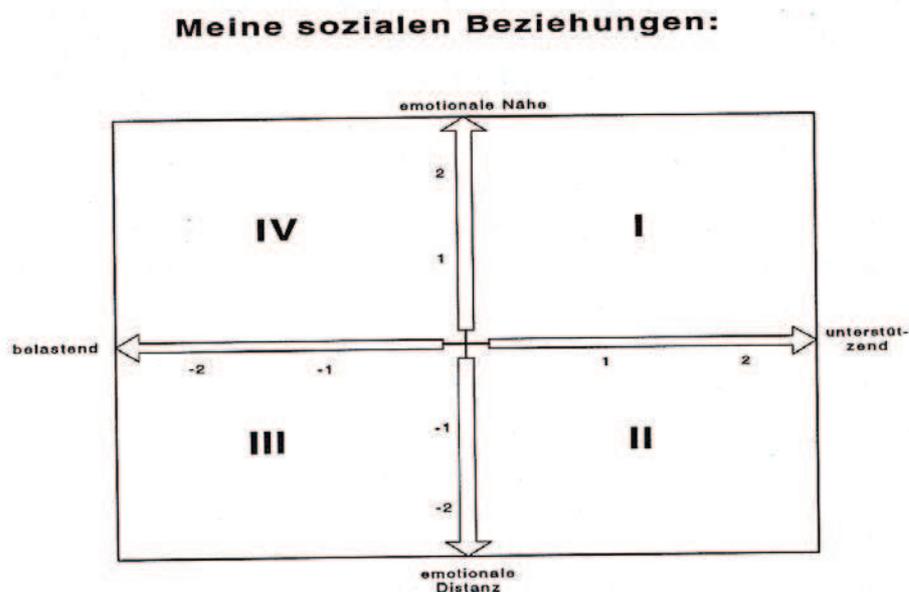


Abb 12: „Zweidimensionales Netzwerk“: Ein Instrument zur Erhebung sozialer Netzwerke in der integrativen ambulanten Psychotherapie

Punkte oberhalb des Koordinatenursprungs bilden die emotional nahestehenden, Punkte unterhalb die nicht nahestehenden Personen ab. Punkte links des Koordinatenursprungs symbolisieren akute Belastungen in Beziehungen, Punkte rechts davon hingegen Ressourcen. Verschiedene Ausmaße einer Dimension werden durch entferntere oder nähere Platzierung am Koordinatenursprung abgebildet (Wertebereich 0-2), Neutralität in einer Dimension durch Abtragen auf der Geraden der anderen Dimension, Neutralität in beiden Dimensionen durch Abtragen im Zentrum. In den jeweiligen Quadranten erscheinen die Personen mit den entsprechenden Merkmalskombinationen. Das Instrument ist primär für diagnostische Zwecke konstruiert worden, möglicherweise kommen ihm aber auch prognostische Qualitäten zu. Hierzu fehlt es noch an Erfah-

30 Dies bedeutet nicht, daß sich diese beiden Dimensionen gegenseitig ausschließen (siehe hierzu auch den Hinweis auf Veränderungen am Instrument am Ende dieses Kapitels).

rungen. Zudem bietet es die Möglichkeiten der Erfassung von Veränderungen im Zeitverlauf, bspw. zu Therapiebeginn, in der Therapiemitte und am Therapieende.

Für den Einsatz im Rahmen von Psychotherapie-Studien ermöglicht das Instrument die Berechnung folgender Maßzahlen:

„quantitative“ Netzwerkmerkmale:

- Netzwerkumfang (limitiert auf max. zehn Personen),
- Netzwerkzusammensetzung (nach sozialen Rollen, z.B. Verwandte und Freunde), nach Geschlecht, nach Anteilen gleich- oder gegengeschlechtlicher Personen;

„qualitative“ Netzwerkmerkmale:

- Anzahl/Anteil belastender/unterstützender Personen,
 - Anzahl/Anteil emotional naher/"femer" Personen,
 - Multiplikation der Anzahl der unterstützenden resp. belastenden Personen mit der jeweiligen Ausprägung (Wertebereich: 0-20) dividiert durch die Anzahl aller genannten Netzwerkmitglieder. Dieser Wert kann natürlich auch lediglich für einen Teil der Netzwerkmitglieder, z.B. Freunde oder Verwandte, berechnet werden.
 - durchschnittliches Ausmaß emotionaler Nähe (s.o.),
aktuelle Unterstützungs-/Belastungs-Kennziffer: Wie es die Anordnung auf derselben Skala auch nahelegt (siehe Fragebogen im Anhang), kann das jeweilige Unterstützungs- gegen das jeweilige Belastungspotential aufgerechnet werden. Ein positiver Wert indiziert ein Überwiegen des Unterstützungspotentials, ein negativer Wert ein Überwiegen des Belastungspotentials,
 - Anzahl/Anteil in einer oder beiden Dimensionen neutraler Personen,
- gegenwärtige Bedeutsamkeit der einzelnen Beziehungen für den Befragten (Indikator: Rangfolge der Nennungen);

Zudem können bestimmte Personen identifiziert werden (z.B. der Partner).

5.2.1 Erfahrungen mit dem Instrument: Akzeptanz, Validität und Reliabilität, Ergebnisse

1) *Akzeptanz*: Das Instrument wurde erstmals 1996 im Rahmen einer Studie zur „Effektivität methodenübergreifender, integrativer und erlebnisaktivierender therapeutischer Verfahren“ eingesetzt³¹. Dabei erfolgte auch eine Befragung der teilnehmenden Therapeut(inn)en zur Akzeptanz der Studie und Verständlichkeit der verschiedenen Instrumente (Hass, Märten, Petzold 1998), also wie sie mit den Fragebögen und der Durchführung der Studie zurechtkamen. Das Netzwerkinstrument erzielte dabei keine schlechteren Ergebnisse als die anderen Fragebogenbestandteile (SCL-90-R, HP, u. a.). Die befragten Therapeuten haben das Instrument allerdings nicht selbst ausgefüllt und waren beim Ausfüllen i.d.R. auch nicht dabei. Ihre Angaben beruhten auf ihrem von Klientenangaben gewonnenen Eindruck.

31 Zur Verbesserung der wissenschaftlichen Datenlage im Bereich integrativer resp. methodenübergreifender Therapieverfahren führte das Forschungsinstitut an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (FEAG) 1996 eine Studie mit ca. 80 Therapeuten und zusammen ca. 205 Klienten aus dem Raum Deutschland/Schweiz durch. Eingang in die Studie fanden nur neuangenommene Patienten, ungeachtet des Typs ihrer Beschwerden. Die Studie umfaßt zu 81% Frauen, der Altersdurchschnitt liegt bei 38 Jahren und die durchschnittliche Therapiedauer bei knapp 8 Monaten. Das erfaßte Beschwerdespektrum setzt sich zusammen aus depressiven Störungen (34%), Persönlichkeits- und Anpassungsstörungen (jeweils 13%), Angststörungen (9%), akuten und posttraumatischen Belastungsreaktionen (8%) und somatoformen Eßstörungen einschl. sonstiger neurotischer Störungen (8%) (Rest: sonstige Diagnosen).

2) *Reliabilität*: Zur Überprüfung der Reliabilität wurden zwei Messungen in einer Kontrollgruppe Kölner Studenten im Hauptstudium der Psychologie herangezogen. Die Erhebung erfolgte zu zwei Zeitpunkten im Abstand von einem halben Jahr (Semesterbeginn WS 1998/99 und SS 1999). Die Daten der zweiten Erhebung liegen zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung noch nicht vor.

3) *Validität*: Zur Zeit noch nicht erfolgt. Für eine externe Validierung des Instruments kann bspw. das Inventar interpersonaler Probleme (HP) herangezogen werden.

4) *Ergebnisse aus einer Studie zur Effektivität Integrativer Psychotherapieverfahren* (1996): In der nachfolgenden Tabelle sind einige Ergebnisse der Netzwerkerhebung zum Zeitpunkt des Therapiebeginns (Erhebung erfolgte bis zur 2. Therapiestunde) im Vergleich zu einer Studentenspopulation (Köln 1998) sowie die Veränderungen bei den Psychotherapiepatienten nach im Mittel ca. 8 Monaten Therapiedauer wiedergegeben³². Ausgewiesen ist die jeweilige Anzahl der Personen auf jeder Dimension, deren jeweiliger Anteil am Gesamtnetzwerk, das jeweils wahrgenommene Gesamtbelastungs- oder Unterstützungsgehalt im Netzwerk und die Verteilung der angegebenen Personen auf die vier Quadranten (neutrale Personen nicht berücksichtigt).

Abb. 13: Netzwerkkennzahlen zu Therapiebeginn und Veränderungen zum Therapieende in %

	IT-Patienten (1996, n=87) PT-Beginn	Studenten (1998, n = 19) (1. Erhebung)	PT-Patienten: Veränderung gegenüber PT-Beginn in %
Gesamtnetzwerk (Anzahl)	8,4	9	-12%*
emotional nahestehende Personen			
Anzahl:	6,2	7,3	-12,2%"
Anteil am Gesamtnetzwerk	74,7%	80%	+1%
„Vertrauenspotential“ emotional „ferne“ Personen:	9,6	10,7	-15,8%*
Anzahl	2,19	1,6	-23%"
Anteil am Gesamtnetzwerk	23,8%	16%	-2%
unterstützende Personen			
Anzahl	4,4	5,1	-9%
Anteil am Gesamtnetzwerk	51,9%	57%	+4,5%
Unterstützungspotential	6,4	6,9	-11,1%
belastende Personen			
Anzahl	2,8	2,1	-12%*
Anteil am Gesamtnetzwerk	33,4%	24%	-1%
Belastungspotential	4,2	2,75	-21%"
Belegung der Quadranten			
Quadrant I	45%	45%	+2,4%
Quadrant II	1,4%	3%	unverändert
Quadrant III	7,6%	2%	-1%
Quadrant IV	16%	15%	-1,6%

* signif. Veränderung ($p < 0.05$)

32 Da von der studentischen Kontrollgruppe Stichprobe noch keine Daten des zweiten Erhebungszeitpunktes vorliegen, sind Vergleiche der Differenzen noch nicht möglich.

Abb. 7: Sequentielles Netzwerkdiagramm — Netzwerke in unterschiedlichen
Alterstufen (5, 19 retrospektiv, Vergangenheit; 29 Gegenwart, aspektiv; 63 prospektiv,
Zukunft)

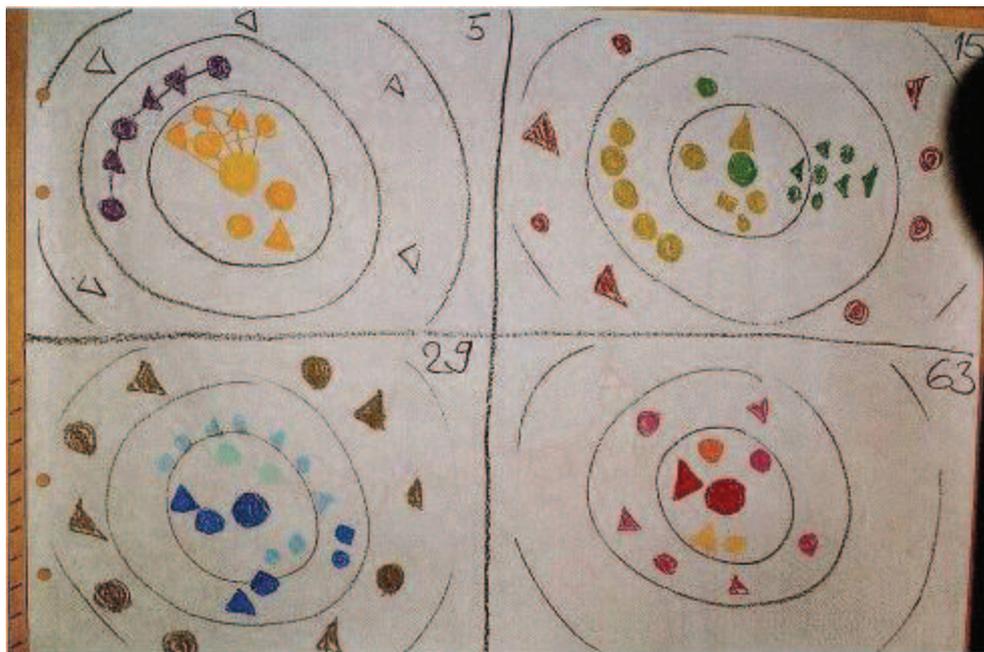


Abb. 10: Semiprojektives soziales Netzwerk als freies Bild (aus Petzold 1985a, 251.)



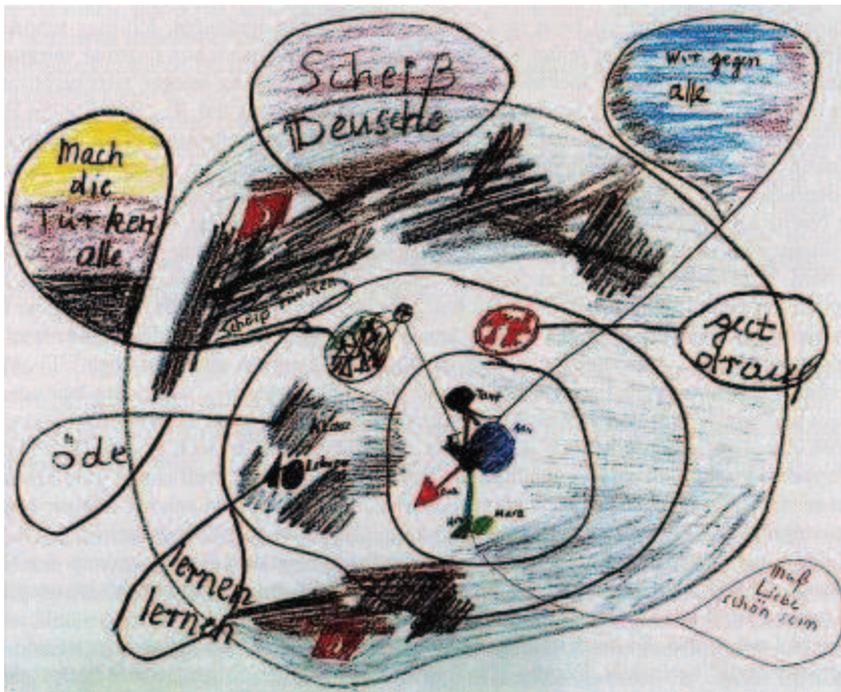
Legende zur Topographie des abgebildeten „sozialen Atoms“:

1 Personen, die mich in der Kindheit und Jugend usw. geprägt haben (Kindergärtnerinnen, Lehrer, Ausbilder usw.)

2 Vater / Baum + Haus

- 3 Mutter / Baum + Haus mit Schornstein und Rauch
- 4 Ich, zum anderen Ufer blickend und als „zynischer Luftgeist“
- 5 eine alte Freundin „große Schwester“ — M.- Rosenbusch
- 6 ein Freund — W. — Rosenbusch
- 7 eine Freundin — I. — Schwan
- 8 langjährige Freundin und Kollegin (Sicherheit) — Schiff
- 9 neuer Freund der D. — Gebirge
- 10 D. — meine ehemalige Freundin (See — Wasserfall — Gewitterwolke — Wolke über der Sonne)
- 11 Rose — Symbol der Liebe, strahlt Ruhe, Geborgenheit, Sicherheit aus — Zeichen für ein geändertes Leben
- 12 Gebirge — „Ich weiß nicht, was mich auf dem Weg da durch erwartet“, Unsicherheit, Angst, „Sich-verletzen-Können“
- 13 • Vögel — einige Freunde, die mich noch erwarten
- 14 Sonne — Symbol für Leben, Wärme
- 15 Steine bzw. Weg, den es zu gehen gilt, um mein Leben zu verändern
- 16 Strand — Symbol für Ruhen — Entspannung — Kraft tanken

Abb. 11: „Soziales Atom“ von Frederik als „Dreizonenprofil“ mit „Social-World-Sprechblasen“ aus der Therapie eines Jugendlichen, in: Müller, Petzold (1998).



Legende: In der Kernzone, dem persönlichen Nahraum, der sozialen Intimzone, werden die Personen eingezeichnet, die für *Frederik* „total wichtig“ sind — es sind nicht viele: die Mutter, in *dunklem Blau*, ist ganz unabgegrenzt neben ihm. Eine Patentante [*dunkelbraun*] ist da noch wichtig: „Die kommt. Früher hat sie auf mich aufgepaßt, jetzt hilft sie meiner Mutter noch, weil die arbeitet nicht.“ — Der Onkel, der Bruder der Mutter, bekommt eine kräftige, *rote* Farbe. „Er war für mich so was wie ein Vater, Ersatzvater oder so. Der wohnt jetzt nur ziemlich weit weg. Bei dem hatte ich nie Angst! Das ist ein echt starker Typ. Meine Mutter war immer total ängstlich. Das nervt, kannse auch nichts für, aber das nervt total!“ Das Thema Angst scheint durch, wird aber nicht weiter vertieft. In der Kernzone ist noch Henk, *Frederiks* bester Freund [kräftiges *Dunkle-grün*] mit seiner Freundin Mara [*hellgrün*]. „Die Mara ist echt nett, aber Henk hat nur noch Mara auf dem Schirm. Das nervt!“ Alles scheint zu nerven. In der Mittelzone werden die Personen eingezeichnet, die für die Lebenswelt eines Menschen in den Alltagsvollzügen bedeutsam sind. Da ist die Schulklasse [*graue* Schraffur], die einen wichtigen Lehrer und eine Lehrerin [beide *schwarz*] umgibt. „Die Leute sind total öde.“ Es gibt ein Grüppchen von Schulfreunden [*dunkelrot*], die *Frederik* in Ordnung findet, eine Fußballgruppe [*braun/dunkelgrün/schwarz*], von der er sich getrennt hat. „Die sind zu blöd geworden. Waren mal gute Freunde, echt. Saufen nur noch, kiffen, blöde Sprüche. Das stinkt mir und auch ... die prügeln sich auch zu viel rum mit den Scheiß Türken, das brings doch nicht. Die haben alle Messer. Das gibt mal 'nen Unglück.“ *Frederik* wirkt hier sehr beunruhigt. Die Randzone umfaßt Personen, die in der Lebenswelt einem Menschen nur peripher bekannt sind und als Individuen für das „soziale Atom“ nur wenig direkte Bedeutung haben, außer der, daß man sich in seinem Quartier, in seiner Gegend nicht fremd fühlt — bekannte Gesichter. *Frederik* und seine Mutter leben in einem Quartier, das in den letzten Jahren mehr und mehr Zuzug von ausländischen Mitbürgern erhielt. „Ausländer ... man sieht ja nur noch Ausländer [*schwarzbraune* Schraffuren], da kann man ja nicht mehr sicher rumlaufen. Ich mag schon gar nicht mehr raus. Meine Mutter ist schon belästigt worden. Mich hamse schon paarmal verprügelt. Meine Mutter will wegziehen, ist aber nicht. So billig wie die Wohnung kriegen wirs nicht mehr. Wo sollen wir bloß hin?“ Wieder taucht Angst in Mimik und Stimme auf. T: „Hast Du bei Euch im Quartier und sonst auch manchmal Angst?“ Die Frage wird mit einem unsicher wirkendem Kopfschütteln verneint. Die Farbgebung des Dreizonenprofils ist durchweg düster, wirkt bedrohlich und depressiv. Die Randzone wird einseitig und mit selektivem Blick (wie sich in der explorierenden Nachfrage ergibt) praktisch ausschließlich mit Ausländern besetzt, was vom Erleben her nicht zu relativieren ist und damit in die therapeutischen Aufgaben für eine Behandlung aufgenommen wird. T: „Das Bild sieht schon depressiv aus, oder?“ — F: „Klar doch. Da ist ja nicht viel, was lustig ist, gar nichts eigentlich!“ — T: „Du hast ja auch nicht viele Freunde, und offenbar hast Du ja auch einige verloren“. F: „Nee, ich hat' auch keinen Bock mehr auf die. Früher war ich mehr drin, stimmt schon. Aber die sind mir zuviel, ehrlich, die nerven mich nur noch.“ T: „Mich interessiert aber doch, wie viele Freunde oder Kameraden Du — sagen wir — vor einem Jahr oder so noch hattest und wieviel vor drei Jahren.“ Im Gespräch wird deutlich, daß die Verluste im aktiven convoy von *Frederik* schon. erheblich waren. Vor zwei Jahren war er noch in einer kirchlichen Jugendgruppe, war viel mit seiner Fußballgruppe zusammen und hatte noch einige gute Freunde, mit denen er sich oft auch nachmittags oder abends traf, „reihum, aber bei uns nie. Meiner Mutter war das zuviel und wir haben ja auch kaum Platz und mich hat das auch immer mehr genervt. Ich wollt das nicht mehr. Ich habs dann gelassen.“ Auf die Frage nach dem Bekanntenkreis der Mutter: „Die hat nicht viel. Von der Arbeit vielleicht, weiß ich nicht so ... Die sitzt doch immer allein rum zu Haus und nervt mich.“ (Aus: Müller, Petzold 1998)

Dieses Beispiel zeigt, daß *Frederik* aus seiner „*lifestyle community*“ herausgefallen ist und das seinen „*identity style*“ beeinflusst. Für die Therapie sind das zentrale Konzepte und Perspektiven, die hier nicht weiter entfaltet werden können (vgl. Müller, Petzold 1999),

Die nachfolgend angegebenen Zahlen beziehen sich auf die PT-Patienten (Werte für die studentische Kontrollgruppe in Klammern). Zunächst zum Vergleich der beiden Gruppen: Die PT-Patienten haben etwas kleinere Netzwerke. Die Ausschöpfungsquote der Vorgabe (max. 10 Personen) beträgt bei ihnen 84%, bei den Studenten 90%. Bei den „wichtigen“ Netzwerkpersonen handelt es sich zu knapp 75% (80%) um emotional nahestehende und zu ca. knapp 24% (16%) um emotional „ferne“ Personen. Damit gelingt auf dieser Dimension in beiden Populationen eine fast vollständige Dichotomisierung der Netzwerkmitglieder, da nur 1% (4%) als neutral bewertet wurden. Auf der anderen Dimension werden 52% (57%) als unterstützend, dagegen ca. 33% (24%) als belastend eingeschätzt, womit hier der Anteil Neutraler mit 15% (19%) deutlich größer ausfällt. Im Vergleich mit der Studentengruppe zeigt sich, daß die PT-Patienten sowohl auf dem „emotionale Nähe“- als auch auf dem Unterstützungs-Pol Defizite aufweisen. D.h., sie haben einerseits weniger emotional nahestehende Personen — auch anteilig am Gesamtnetzwerk sowie ein geringeres „Vertrauenspotential“ (resp. eine geringere Summe der Skalenwerte von emotionaler Nähe), andererseits weisen sie auch weniger unterstützende Personen — wiederum auch anteilig am Gesamtnetzwerk sowie auch ein geringeres Unterstützungspotential auf. Auch auf dem Belastungspol weist die PT-Gruppe absolut (2,8 vs. 2,1) und anteilig am Gesamtnetzwerk (33% vs. 24%) mehr belastende Personen auf, und auch die wahrgenommene Gesamtbelastung (Belastungspotential) ist mit einem Wert von 4,2 (2,75) deutlich höher.

PT-Patienten im Zeitvergleich: Gegenüber dem Therapiebeginn hat sich der Umfang des Netzwerkes um 12% verringert. Die Zahl der unterstützenden Personen sowie das Unterstützungspotential ging um jeweils ca. 10% zurück, der Anteil unterstützender Personen stieg hingegen geringfügig an. Komplementär hierzu verringern sich auch alle Kennziffern der Belastungsdimension. Bei der Anzahl und der wahrgenommenen Gesamtbelastung ist dieser Effekt signifikant. Der Umfang des Gesamtnetzwerkes bleibt praktisch konstant. Paradoxe Weise hat sich zudem die Anzahl emotional nahestehender Personen sowie das wahrgenommene Vertrauenspersonal signifikant verringert, wobei der Anteil emotional nahestehender Personen an allen Personen in etwa konstant bleibt. Auch Kontakte zu nicht nahestehenden Personen haben sich signifikant verringert; ihr Anteil am Gesamtnetzwerk sinkt hingegen kaum³³.

Mit 45% (45%) zum ersten Erhebungszeitpunkt ist der Quadrant I erwartungsgemäß stark besetzt und steigt bei Therapieende geringfügig an. Es folgt mit 16% (15%) der Quadrant IV, dessen Besetzung praktisch konstant bleibt. Dagegen sind die Quadranten II und III in beiden Gruppen nur schwach besetzt und bleiben in der PT-Gruppe auch praktisch konstant. Quadrant III weist in der PT-Gruppe mit knapp 8% allerdings einen fast viermal so hohen Anteil aus wie in der Kontrollgruppe. Die Daten weisen nach Therapieende eine Verschiebung der Unterstützungs-/Belastungspotential-Kennziffer in Richtung des Unterstützungspols aus (von 2,66 auf 2,95).

Ob diese Ergebnisse durch die Wahl des Netzwerkgenerators bedingte methodische Artefakte sind oder eine soziale Realität, ließ sich mangels weiterer Erfahrungen mit dem Instrument noch nicht klären. Gegenüber der 1996 eingesetzten Version sind aufgrund der mit dem Instrument noch gewonnenen Erfahrungen zudem einige kleinere Veränderungen geplant. Die wichtigste davon betrifft die getrennte Erhebung der Unter-

³³ In einer ersten differentiellen Auswertung wurden zudem die Veränderungen der wahrgenommenen Unterstützung und Belastung im Netzwerk zwischen Therapieanfang und -ende mit den durchschnittlichen Belastungsreduktionen im SCL90-R (GSI-Wert) sowie dem ebenfalls in dieser Studie verwendeten IIP-C verglichen. Je größer der Rückgang des Anteils belastender Personen am Gesamtnetzwerk und je größer die Zunahme des Anteils unterstützender Personen, desto größer fiel zwar jeweils auch die Veränderung in den Kennwerten der beiden Instrumente aus. Allerdings war der Zusammenhang nur schwach. Umgekehrt war der Zusammenhang bei der wahrgenommenen Gesamtbelastung im Netzwerk: Je weniger diese reduziert wurde, desto höher fielen die Veränderungen der genannten Kennwerte im SCL-90R und IIP aus. Eine differenzierte Untersuchung dieser Ergebnisse nach Faktoren wie der Therapiedauer, der Diagnosegruppe, etc. steht noch aus.

stützungs- und der Belastungsdimension, um zu überprüfen, inwieweit hier auch zu einem konkreten Zeitpunkt evtl. doch parallele Effekte auftreten könne.

5.3. Möglichkeiten der Interpretation

Im therapeutischen Kontext sind die Einzelwerte der Patienten natürlich ungleich interessanter, da erst dort „pathogene“ Ausprägungen der Dimensionen resp. Belegungen der Quadranten auffallen. Diese hier zu präsentieren würde den Rahmen sprengen, jedoch sollen diesen Abschnitt abschließend noch einige Anregungen zur Interpretation des „zweidimensionalen Netzwerkes“ gegeben werden. Je nachdem, wie stark die einzelnen Quadranten besetzt sind, sollte die Aufmerksamkeit des Therapeuten verschiedenen Netzwerksektoren gelten. Selbiges gilt für evtl. Veränderungen der Belegung der einzelnen Quadranten im Zeitverlauf. Dabei ist natürlich eine Konfundierung mit Therapiezielen zu beachten. So kann bspw. eine zu Beginn der Therapie belastende Beziehung vom Patienten später positiv bewertet werden, eben weil eines der in der Therapie thematisierten Anliegen z.B. ‚Versöhnung‘ lautet. Ein weiteres Beispiel: Ein Netzwerkmitglied eines Patienten mit depressiven Störungen, das ebenfalls psychische Probleme hat, wird von diesem zunächst als unterstützend, im Verlauf der Therapie aber mehr und mehr als Belastung empfunden, weil es den Patienten daran hindert, seine (soziale) Situation zu verändern.

Auf eine für die psychische Gesundheit günstige Zusammensetzung des Netzwerkes weist die Besetzung der Quadranten I und II hin, auf eine weniger günstige hingegen die der beiden übrigen. Bei den Personen in Quadrant I handelt es sich üblicherweise um das multifunktionale Kernnetzwerk, bestehend aus Familienmitgliedern sowie in der Nähe lebenden nahen Verwandten oder Freunden. Quadrant II setzt sich aus Personen zusammen, die nicht dem primären, sondern dem sekundären sozialen Netzwerk angehören (schwache Beziehungen), welches sich der Literatur zufolge aus regelmäßigen Kontakten wie Arbeitskollegen und Nachbarn, aber auch aus Personen, denen man sporadisch, evtl. auch nur einmal begegnet, zusammensetzt. Quadrant III stellt scheinbar den „Worst Case“ dar: solche Beziehungen werden, wenn möglich, sofort abgebrochen. Häufig ist dies natürlich gar nicht möglich, und man muß sich notgedrungen in „daily hassles“, den täglichen kleinen aber dennoch streßerzeugenden Auseinandersetzungen, engagieren. Quadrant IV schließlich enthält Beziehungen, die gerade durch die große persönliche Bedeutung und enge Verbundenheit Kontinuität haben, gleichzeitig aber enormen Druck ausüben können. Sie stellen somit ein viel größeres Belastungspotential dar als Personen aus Quadrant III. Im folgenden wird nur auf die Quadranten II und IV, abgestellt, da gerade ihnen häufig zuwenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. *Quadrant II:* Diese Personen zeichnen sich durch häufig oberflächliche aber i.d.R. unproblematische Beziehungen aus. Damit stellen sie wichtige komplementäre Ressourcen zum Quadranten IV, also einer Situation der Belastung im dichten Kernnetzwerk, dar. Auch bietet sich hier ein Freiraum für das Ausprobieren neuer Rollen. Granovetter (1973) sprach zudem von der „Stärke schwacher Beziehungen“, da sie zum

34 So sollte das Geschlecht der Netzwerkmitglieder separat erhoben werden, da die Angabe des Namens den bisherigen Erfahrungen nach nicht immer eine eindeutige Zuordnung ermöglichte. Zudem wird erwogen, für eine feinere Abstimmung der Antworten den „Range“ der Skalen von derzeit -2 bis +2 auf -5 bis +5 zu erweitern. Zusätzlich könnte auch eine Frage nach der Zufriedenheit mit dem Gesamtnetzwerk gestellt werden: „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit ihren sozialen Beziehungen insgesamt?“ (Likertskala 1-5). Damit könnte kontrolliert werden, inwieweit sich eine differenzierte Netzwerksituation in einem zentralen Kennwert widerspiegelt. Wünschenswert wäre zudem ein programmgesteuertes Erstellen der Graphik sowie die automatische Ausgabe der wichtigsten Kennziffern.

einen Zugänge zu weiteren Ressourcen auch über die Grenzen persönlicher Netzwerke hinweg herstellen oder erleichtern, zum anderen damit auch ein Potential für die Entwicklung von neuen Beziehungen und Freundschaften bilden. Dieses kann etwa im Fall eines Auseinanderbrechens des vorhandenen Netzwerkes (z.B. nach Beendigung einer Partnerschaft/Scheidung) sehr wichtig sein. Interventionen zum „Auffüllen“ dieses Netzwerksegmentes könnten bspw. auf die Vermittlung von Selbstbewußtsein, bestimmter „Skills“ im kommunikativen Bereich, etc. gerichtet sein. Wie aus der abgebildeten Tabelle ersichtlich, ist dieses Feld allerdings sowohl bei den PT-Patienten als auch bei den Studenten nur in einem sehr geringen Ausmaß belegt. (Bei letzteren spricht einiges dafür, daß dies durch die studentische Lebensform geprägt ist). *Quadrant IV*: Hier besteht häufig die Situation einer starken Einbindung in pathogene Strukturen, die mit Aspekten wie Schuld- oder Abhängigkeitsgefühlen einhergehen und i.d.R. eine längere Geschichte haben. Im Falle eines relativ großen Beziehungsanteils in diesem, Quadranten könnte die Aufmerksamkeit des Therapeuten auf zwei Interventionsalternativen gerichtet sein: Entweder das Belastungspotential im Netzwerk zu reduzieren und auf dieser Dimension damit zumindest Neutralität zu schaffen. (entspricht Verschiebung nach rechts im Diagramm). Oder die Beziehung zu „entemotionalisieren“, d.h., den Patienten ermutigen, auf Distanz zu der belastenden Person zu gehen und damit die (evtl. bleibende) Belastung besser zu ertragen (entspricht Verschiebung nach unten im Diagramm).

6. Netzwerkinderventionen in der Psychotherapie

Zusammenfassend und abschließend soll der Bezug Netzwerkindervention/Psychotherapie in einer breiten Übersicht dargestellt werden. Sowohl die soziale Unterstützungsforschung als auch die Netzwerkforschung haben Beiträge zur Entwicklung und Durchführung von Netzwerkinderventionen erbracht, die für die Psychotherapie wesentlich sind und nicht mehr übergangen werden können. So läßt sich innerhalb der ‚Social Support‘-Forschung von der dominierenden theoretisch-analytischen Richtung eine interventionssorientierte abgrenzen, welche thematisch häufig als Verknüpfung zwischen professioneller Hilfe und informeller Netzwerkhilfe diskutiert wurde (z.B. Collins und Pancoast 1976, Froland et al. 1981, Gottlieb 1983, 1985, Kardorff und Stark 1987).

Als *Netzwerkindervention* läßt sich mit Klusmann (1989, 253) „... jede Veränderung und Pflege auch einzelner Merkmale sozialer Netzwerke [ansehen], wenn dadurch die Bereitschaft, informelle Hilfe ... zu nutzen, erhöht, ihre pathogene Struktur beseitigt wird und ihre psychosozialen Ressourcen gestärkt werden sollen. In erster Linie geht es mithin um die Mobilisierung (resp. Hilfe bei der Mobilisierung) adäquater Formen sozialer Unterstützung, sei es in der Variante der Stärkung vorhandener (natürlicher) oder des Aufbaus neuer (artifizieller) Unterstützungspotentiale“.

Im deutschsprachigen Raum nahmen jüngst Röhrle und Sommer (1998, 17f) eine Typisierung von Netzwerkinderventionen vor. Aufgrund des breiten Spektrums existierender Interventionen, ungenauen Begrifflichkeiten und inhaltlichen Überschneidungen mit professionellen Hilfen, Selbsthilfegruppen sowie all dem, was schlechthin „sozialer Unterstützung“ zugerechnet wird, schlugen sie eine Eingrenzung des Begriffes auf solche Interventionen vor, die *informelle* Netzwerke als Adressaten haben. Ansatzpunkt einer Intervention kann dabei das Individuum, die Paarbeziehung/Familie/ Kernnetzwerk, persönliche Netzwerke als Ganzes, Selbsthilfegruppen, Organisationen sowie, mangels praktikabler Konzepte eher theoretisch, die „Community“ (Angehörige gemeindebezogener Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen, etc.) sein, womit

zugleich das Spektrum gängiger Klassifizierungen von Unterstützungspotentialen benannt ist. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang auch die *Netzwerkberatung*, die versucht, das traditionell eher beraterisch-therapeutische Vorgehen durch stärker gemeinwesen- und lebensweltbezogene Vorgehensweisen zu ergänzen (Straus et al. 1987). Sie zielt mit entsprechenden Angeboten auf die Verhinderung der Erosion bestehender sozialer Netzwerke, womit ihr eine in erster Linie präventive Funktion zukommt. Zielrichtungen sind dabei entweder die Stärkung vorhandener Stützsysteme (Initiierung neuer Hilfsqualitäten), die Schaffung künstlicher Netzwerke, Formen der Selbstinvolvierung („Treffpunkt Beratung“) oder eine nachgehende Beratungsarbeit in der Lebenswelt der Klienten. Im folgenden werden synoptisch einige Ansätze von Netzwerkinterventionen vorgestellt.

6.1. Beispiele netzwerkorientierter Interventionen

Eine Reihe von Programmen ist zumeist im angloamerikanischen Sprachraum und in der Tradition der „Mental Health“-Bewegung bzw. „Community Psychology“ stehend entwickelt worden, wobei unter einer Vielzahl von Einteilungen mittelbare und unmittelbare (man könnte auch sagen „direkte und indirekte“, allerdings sind diese Begriffe in der Netzwerktheorie anders festgelegt, vgl. 6) Interventionsprogramme unterschieden werden können. *Direkte* Strategien wenden sich direkt an eine bedürftige Zielgruppe, der z.B. Trainings zu sozialen Fähigkeiten (Umgang mit Verlusten alter und Aufbau neuer Beziehungen, Vermeidung von Einsamkeitsgefühlen, etc.), Unterstützung bei der Gründung von oder Vermittlung an Selbsthilfegruppen angeboten werden (Gottlieb 1983, 1985, 1987, Israel 1985). Unter dem Netzwerkaspekt interessanter sind *indirekte Strategien*, die versuchen, zumeist im Rahmen der Durchführung von Aufklärungs-, Schulungs-, und Behandlungsprogrammen mit der Zielsetzung einer erhöhten Akzeptanz dieser Programme, sogenannte Schlüsselpersonen zu identifizieren, die als „natural helpers in vielerlei Weise in Austauschbeziehungen mit den Personen, für die eine Maßnahme eigentlich „gemacht“ ist, involviert sind und über die sich somit Zugangschancen zu sonst häufig abgeschotteten Netzwerken eröffnen (Gottlieb 1981, 1983, Israel 1985). Die Grundannahme ist hier somit, daß soziale Netzwerke als Träger von Werten und Normen ‚Kanäle‘ potentieller Beeinflußbarkeit darstellen. Als ein Beispiel sei hier eine Studie von Leutz (1976) in East Harlem genannt, in der sich ein steiler Anstieg von Vermittlungen an Beratungsstellen bei Drogen- und Alkoholmißbrauch fand, wenn informelle Berater als ein Bindeglied zwischen Betroffenen und den formellen Beratungsstellen involviert werden konnten. Sind solche Schlüsselpersonen einmal erkannt, was auf erhebliche und mannigfaltige Schwierigkeiten stoßen kann, wird mit diesen praktisch eine egozentrierte Netzwerkanalyse durchgeführt, wodurch Risikopersonen sowie die Art und das Ausmaß der Beziehungen zu diesen erhoben werden können. Daraufhin kann überlegt werden, welche Merkmale eines Netzwerkes sinnvollerweise verändert werden³⁵

35 So kann bspw. versucht werden, mit dem Übertragen von einfachen, gleichwohl spezifischen Unterstützungsfunktionen an Schlüsselpersonen die Dichte und Kontakthäufigkeit der Netzwerke der Zielpersonen zu beeinflussen. Dabei hofft man, daß diese Funktionen eine initierende Wirkung entfalten und die (Ziel)Netzwerkmitglieder motiviert werden, letztlich selbständig un-

Netzwerkinterventionen müssen sich an dem „Typ“ des vorliegenden sozialen Beziehungssystems orientieren und setzen darüber hinaus natürlich immer die grundsätzliche Mitwirkungsbereitschaft der Personen resp. Zielgruppen voraus (Netzwerkcompliance), so daß ein Hauptproblem stets die Frage der Motivierbarkeit und die Vermittlung einer Nutzenerwartung bleiben wird. Da viele Programme von Professionellen initiiert worden sind, muß die Betroffenenperspektive und damit verbundene Partizipationsmöglichkeiten bei der Gestaltung der Angebote ausreichend Berücksichtigung finden, womit Professionelle sich nach dem Anlaufen eines Programmes auf Katalysator- oder Koordinierungsfunktionen beschränken sollten (Kardorff und Stark 1987). Darüber hinaus sind auch Risiken von Interventionen zu nennen wie etwa die potentielle Unterminierung basaler natürlicher Unterstützungsnetzwerke (indem z.B. schneller an das professionelle System delegiert wurde, was mitunter auf ein Abziehen von Kompetenz im Laiensystem hinauslief — Israel 1985) oder, bei den indirekten Interventionen, eine im Laufe der Zeit zunehmende Gefahr der „Paraprofessionalisierung“ der Schlüsselpersonen.

Netzwerkförderung als Versuch, die psychosozialen Ressourcen eines Individuums im Kontext dessen sozialer Netzwerke zu optimieren (Gottlieb 1988b), wird in vielen Programmen gleichgesetzt mit der Initiierung künstlicher Netzwerke, also Selbsthilfegruppen Gleichbetroffener. Dabei wird häufig eine ähnliche Bedürfnislage bei verschiedenen potentiellen Zielgruppen unterstellt, die mitunter an der spezifischen Situation der Betroffenen vorbeigeht. So konnte bspw. Niepel (1994) für alleinerziehende Frauen zeigen, daß diese nur in geringem Maß sozial isoliert waren und nicht besonders motiviert waren, ihre Netzwerke zu erweitern, am wenigsten um andere Alleinerziehende. Kontakte zu diesen Personen, die sicherlich als eine wichtige Unterstützungsquelle fungieren, herzustellen, war anscheinend nicht schwer. Dagegen schien eher ein Bedürfnis nach *heterogenen* Kontakten zu bestehen, und dies umso mehr, je länger die Einzelternschaft dauerte. Viel geeigneter können dagegen Programme sein, in denen soziale Kompetenzen wie bspw. zum Aufbau und Erhalt eines unterstützenden Netzwerkes trainiert werden oder eine geeignete Netzwerkorientierung vermittelt wird. Diese Maßnahmen gehen davon aus, daß die Ursachen von unzureichender sozialer Unterstützung resp. Unzufriedenheit mit dieser häufig auch in den Personen selbst liegen, d.h., diese haben Hemmungen oder schämen sich oder es ist ihnen unangenehm, andere um Hilfe zu bitten, oder sie haben Probleme, ihre Bedürfnisse zu artikulieren oder auch einfach einmal „nein“ zu sagen, etc.

Einige Verfahren setzen direkt an der Beschaffenheit sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung an und setzen damit eine adäquate Analyse praktisch voraus. Broderick (1988) bspw. analysiert ein Netzwerk entlang zweier hypothetischer Dimensionen. Die erste Dimension ist struktureller Natur (Dichte resp. Kohäsion des Netzwerkes) und weist die Pole ‚kohäsiv und ‚unverbunden‘ auf. Die zweite Dimension bezieht sich auf im Netzwerk geltende Verhaltensweisen resp. Regeln (‚Flexibilität‘) mit den Polen ‚flexibel‘ vs. ‚starr‘. Damit ergeben sich vier Netzwerktypen, für die Broderick jeweils spezifische Netzwerkinterventionen vorschlägt. Rook (1985, 17f.) extrahierte drei verschiedene Arten unzulänglicher Unterstützung, auf die mit jeweils spezifischen, in der Praxis natürlich oft zu kombinierenden therapeutischen Interventionen eingegangen werden kann.

tereinander entsprechende Kontakte zu unterhalten resp. aufzubauen und somit eigenständig den Umfang ihrer Netzwerke vergrößern.

- 1) *unzureichende Anzahl sozialer Unterstützungsquellen:* Interventionsmöglichkeiten sind hier Trainings sozialer Kompetenzen, „Resozialisierungs“-Workshops für „social loss“-Betroffene (Geschiedene, Verwitwete, etc.) oder verhaltenstherapeutische Interventionen zur Korrektur unrealistischer Unterstützungserwartungen.
- 2) *qualitativ unzureichende Unterstützung:* Ausgehend von der empirischen Erkenntnis, daß unterschiedliche streßinduzierende Events auch unterschiedliche Unterstützungsformen erfordern, geht es hier darum, die jeweils geeignete Unterstützungsform herauszufinden. Interventionen zielen hier auf die Vermittlung von Fähigkeiten, hilfreiche und nicht-hilfreiche Unterstützung unterscheiden zu lernen (z.B. Chesler und Barbarin 1984), wozu es auch sinnvoll sein kann, Analysen von in der Vergangenheit erfolgten Unterstützungsleistungen heranzuziehen.
- 3) *Unzureichende Inanspruchnahme von Unterstützungsressourcen:* Interventionen zielen hier auf die (pädagogische oder therapeutische) Vermittlung der Bedeutsamkeit von sozialer Unterstützung ab sowie die Ursachen evtl. Zurückhaltung. So hatte bspw. ein Drittel der Befragten mit bedeutenden Streßerlebnissen in einer Studie von Brown (1978) keinerlei Hilfe gesucht.

Vorwiegend in der Gemeindespsychiatrie sind eine Reihe netzwerkorientierter Hilfen und kotherapeutischer Strategien wie das Training sozialer Fähigkeiten (Umgang mit Verlusten alter und Aufbau neuer Beziehungen, Vermeidung von Einsamkeitsgefühlen, etc.), Laien- und Familienhilfen, Unterstützung bei Gründung von oder Eintritt in Selbsthilfegruppen oder, als „Paradestück“, die *Netzwerktherapie* entwickelt worden (Gottlieb 1983, 1985, 1987, Israel 1985, Kliman und Trimble 1983, Klusmann 1989, Nestmann 1989, Petzold 1974b, 1979d, Röhrle 1994, Rook 1984). Im wesentlichen handelt es hier um die Ausdehnung familientherapeutischer Ansätze bis hin zur Einbeziehung des ganzen Netzwerkes (Pattison 1977). Ähnlich wie die Familientherapie sich aus dem Gedanken entwickelte, daß individuelle Probleme Referenzen im familialen System aufweisen resp. durch dieses (mit)bedingt sind, kann auch für familiäre Problemkonstellationen angenommen werden, daß die Einbettung in das weitere soziale Netzwerk eine Rolle spielt (Hammer 1983): „The solution is“, wie Broderick (1988, 233) forderte, „to bring the entire network into the therapeutic arena“ — womit im Extremfall über hundert Personen involviert sein können. Bei der *Netzwerktherapie* im spezifischen Sinn handelt es sich um ein Bündel therapeutischer Interventionsformen, denen gemeinsam die Annahme ist, daß ein adäquates Ausmaß der Verbundenheit der Netzwerkmitglieder untereinander sowohl die Kommunikation der Mitglieder untereinander als auch die gegenseitige Unterstützung fördert. Gegenstand der Therapie sind das soziale Netzwerk eines Klienten resp. die in diesem ablaufenden

36 Die Netzwerktherapie geht, wie schon ausgeführt, zurück auf die Bedeutung der Gruppe bei der Identitätsentwicklung und damit in erster Linie auf die Arbeiten von Jacob Moreno, der 1917 im Flüchtlingslager in Mitterndorf erste Netzwerkuntersuchungen durchführte und mit Psychodrama, Soziodrama und Familientherapie (Compernelle 1982) seit den 30er Jahren einen Gegenpol zur individuenzentrierten Psychoanalyse schuf. Später ist sie in verschiedenen Zweigen der Psychotherapie, der Familien-, der Sozio- und der systemischen Therapie weiterentwickelt worden (insbes. von Carolyn Lewis Attneave, Ross Speck, Salvador Minuchin und Jay Haley). Als Indikation werden insbesondere Störungen in interpersonellen Beziehungen sowie ein breites Spektrum chronisch psychischer Störungen, Suchterkrankungen, Kinder-, Jugendlichen- und Gerontotherapie genannt.

pathogenen Muster. Von einem Interventionsteam werden Zusammenkünfte mit einem Klienten und einer (von diesem oder den Netzwerkmitgliedern getroffenen) Auswahl von Personen organisiert, meistens bei diesem zuhause. Je nach Interventionsebene (Klient, Netzwerk, Community) werden verschiedene Formen der Netzwerktherapie unterschieden: „Network Coaching“, „Partial Network Assembly“, „Community Network Therapy“ und die „Full Scale Network Assembly“, bei der sehr große Personenzahlen beteiligt sein können. In Abgrenzung zur Familientherapie steht oft nur der Klient im Fokus der Therapie. Ziele der Netzwerktherapie können die Re(konstruktion) von gesundheitsfördernden und -erhaltenden sozialen Netzwerken sein, die Förderung bestimmter unterstützender Verhaltensweisen im Umfeld des Klienten, aber auch „Entmischungen“ oder Trennungen von Netzwerksegmenten oder Personen, denen ein nicht förderlicher Einfluß auf den Therapieerfolg zugeschrieben wird. Entsprechend sagte schon Moreno (1934) „we are not therapists but network repairers“. Dies geschieht dergestalt, daß mit Menschen in sozialen Systemen gearbeitet wird (womit explizit auch die Reflexion und evtl. auch die Beeinflussung solcher Systeme und des damit verbundenen Normen- und Wertesystems zum programmatischen Teil der Therapie wird), um ihnen personale und soziale Ressourcen zur Bewältigung und Gestaltung (enlargement, enrichment, empowerment — Petzold 1997p, Orth, Petzold 1995b, Stark 1996) ihres Lebens zu vermitteln. Bei der Netzwerktherapie wird ein breites Spektrum an Techniken, insbesondere aus dem Psychodrama, der Familien- und systemischen Therapie sowie die von der Integrativen Therapie inaugurierte Arbeit mit „kreativen Medien“ (Petzold, Orth 1990a, Dunkel, Rech 1990) eingesetzt (Galanter 1993, Klimm und Trimble 1983, Rueveni 1984, Wasylenki et al. 1992). Seltener kommen netzwerkanalytische Methoden zur Optimierung einzelner struktureller oder interaktionaler Netzwerkmerkmale (z.B. Dichte, Reziprozität) zur Anwendung.

Nur wenige Interventionen sind explizit für *soziale Isolation* entwickelt worden (zur Übersicht: Rook 1984). Grundsätzlich muß hier zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und strukturellen/situativen Faktoren als Ursachenkomplex unterschieden werden, wobei die erstgenannten Faktoren allenfalls als Disposition betrachtet werden. Interventionsbeispiele sind Trainings sozialer Kompetenzen, Veränderung dysfunktionaler Glaubenssätze, Veränderung von interpersonellen Orientierungen (z.B. Hilfesuchorientierung), etc. Strukturelle/situative Faktoren zu verändern stößt dagegen häufig an handfeste Beschränkungen. Indes gibt es auch Spielräume, die es zu nutzen gilt, bspw. hinsichtlich einer potentiellen Reaktivierung alter, bestehender Kontakte, „Screening“ neuer Kontaktmöglichkeiten, Auffinden sozialer Foki (Feld 1982) als Kulminationspunkt gemeinsamer Interessen, Aufbau künstlicher Netzwerke durch Teilnahme an Selbsthilfegruppen, etc..

6.2. Zur Effektivität von Netzwerkinderventionen

Während soziale Netzwerke und soziale Unterstützung wie kaum ein anderes Konstrukt in der Psychologie und Soziologie in den letzten Jahren als Variablen in wissenschaftliche Studien einbezogen wurden (bspw. als diagnostisches oder prognostisches Instrument etwa in Psychotherapiestudien), sind Dokumentationen der Praxis professioneller Förderung von Unterstützungsnetzwerken sehr viel seltener. Um erstmals die Effizienz netzwerkorientierter Interventionen zu beurteilen, führten Röhrle und Som-

mer (1998) eine schon erwähnte Metaanalyse durch, die auf 33 Artikeln des Zeitraums 1974-95 basierte. Bei den darin referierten Studien handelt es sich ausschließlich um individuenbezogene Interventionen mit nicht behandelten oder alternativ behandelten Kontrollgruppen. Die Metaanalyse kommt zu folgenden Ergebnissen: Annehmbare Effektstärken (ES) wurden nur im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne Behandlung erreicht und erwiesen sich als psychotherapeutischen oder präventiven Maßnahmen zumindest ebenbürtig. Gegenüber den üblichen Behandlungsformen dagegen waren die Unterschiede gering. Katamnesedaten lagen nur bei Interventionen, die die Initiierung und Betreuung von sozialen Unterstützungsgruppen zum Gegenstand hatten, vor. Hier zeigte sich als Indikator der Dauerhaftigkeit solcher Interventionen nach drei Monaten noch eine moderate mittlere ES. Die Ergebnisse zu verschiedenen Personengruppen weisen auf eine differentielle Wirksamkeit netzwerkorientierter Interventionen hin —für langfristige Netzwerkinterventionen ergaben sich z.B. bessere Effektstärken". Die Effekte für Kinder erwiesen sich als eher gering, was vielleicht auch an der wenig kindspezifischen Interventionsmethodik liegen mag (vgl. aber Petzold 1995a,b).

Problematisch an der Interpretation der Ergebnisse erwies sich der überwiegend beiläufige Charakter der Interventionen, d.h., sie wurden flankierend und eher unspezifisch zu konventionellen therapeutischen Maßnahmen durchgeführt. Ein Zurückführen der Effekte *ausschließlich* auf die jeweils angewendete Form der Netzwerkintervention ist daher bei solchen Studien nicht möglich. Zum anderen bestand eine überwiegend inhomogene Datenbasis. Aus diesem Grund wurde das Effektstärke-(ES) Maß DELTA verwendet (als mittlere ES bei angenommenen verschiedenen Populationseffekten). Bei Kontrollgruppen ohne Behandlung wurden je nach zugrundeliegendem Meßverfahren Werte zwischen .39 und 1.11 erzielt. Bei Kontrollgruppen mit anderen Behandlungsformen fielen die erhaltenen Effektstärken dagegen erwartungsgemäß deutlich geringer aus (zwischen -.11 und .36). Die Autoren selbst kommen insgesamt zu einer eher zurückhaltenden Einschätzung, wenn sie, nicht ohne Hinweis darauf, daß die „Kunst" dieser Interventionen erst am Anfang stehe, feststellen (a.a.O., S. 39): „Im großen und ganzen haben [Netzwerkinterventionen] nicht geschadet, in einigen Fällen waren sie in mäßigem Umfang vorteilhaft, und in anderen Fällen waren sie eher schädlich". Blickt man aber auf die (wenngleich immer noch wenigen) Studien, die sowohl eine elaborierte Diagnostik als auch eine spezifische Interventionsmethodologie entwickelt haben, und stellt man die positiven zielgruppen- und indikationsspezifischen Wirkungen in Rechnung, vergleicht man die Ergebnisse der Netzwerkinterventionen mit denen herkömmlicher (und in der Regel viel aufwendigeren) individueller Psychotherapie, so kann man sagen: es lohnt sich, in die Netzwerktherapie und -entwicklung als Ansatz in der Psychotherapie und Methode der Psycho- und Soziotherapie zu investieren, was Theorienbildung, Methodik und Forschung angeht. In der Integrativen Therapie haben wir uns für diese Investition seit langem entschieden.

37 Als kurzfristige wurden Interventionen bis zu bis zu 15 Wochen resp. 22,5 Stunden angesehen, als langfristige solche zwischen einem halben bis 2 Jahren, wobei hier die Anzahl der Sitzungen zum Teil sehr gering war.

Anhang

Fragebogen zur Erhebung quantitativer und qualitativer Merkmale des sozialen Netzwerkes von Klienten im Rahmen von Psychotherapiestudien

Um den Erfolg einer Therapie beurteilen zu können, sind auch ein paar Informationen über Ihre Beziehungen zu anderen Menschen wichtig. Ich möchte Sie daher bitten, Menschen zu nennen, die zur Zeit in irgendeiner Weise in Ihrem Leben von Bedeutung sind, sei es in positiver, sei es in negativer Hinsicht. Gehen Sie dabei bitte wie folgt vor:

- 1) Tragen Sie bitte zunächst in der untenstehenden Tabelle in die Spalte ‚Person‘ die Vornamen dieser Personen ein (bis zu 10 Personen).
- 2) Benutzen Sie in der Spalte ‚Geschlecht‘ (Geschl.) ein ‚w‘ für eine weibliche, ein ‚m‘ für eine männliche Person.
- 3) Geben Sie in der Spalte „Beziehung“ Ihre Beziehung zu der jeweiligen Person wieder. Bitte benutzen Sie dabei die folgenden Abkürzungen:
 Partner/in Eltern Geschwister Kind
 Verwandte/r Freund/in Nachbar/in Arbeitskollege/in
 Chef/in Mitarbeiter/in Bekannte/r
- 4) Markieren Sie dann in den beiden folgenden Spalten für jede von Ihnen genannte Person jeweils mit einem Kreis, ob Sie sich dieser gegenüber eher *emotional nah* oder *emotional distanziert* fühlen und ob diese für Sie eher *unterstützend* oder eher *belastend ist*. Neutrale Aussagen über die Beziehung drücken Sie bitte jeweils mit einem Kreis um die 0 aus.

Ein Beispiel:

Ihre Freundin Eva steht Ihnen sehr nahe, die Beziehung zu ihr belastet Sie aber zur Zeit etwas:

Person	Geschl.	Beziehung	emotional distanziert			emotional nah			belastend		unterstützend		hilfreich
Eva	w	F	—	—	0	+	++	—	—	0	+	++	
1.			—	—	0	+	++	—	—	0	+	++	
2.			—	—	0	+	++	—	—	0	+	++	
3.			—	—	0	+	++	—	—	0	+	++	
4.			—	—	0	+	++	—	—	0	+	++	
5.			—	—	0	+	++	—	—	0	+	++	
6.			--		0	+	++	—	—	0	+	++	
7.			—	—	0	+	++	—	—	0	+	++	
8.			—	—	0	+	++	—	—	0	+	++	
9.			—	—	0	+	++	—	—	0	+	++	
10.			—	—	0	+	++	—	—	0	+	++	

Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit ihren sozialen Beziehungen insgesamt?"

unzufrieden
zufrieden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Literatur

- Ancelin-Schützenberger, A. (1970). *Précis de Psychodrame*. Paris: Epi.
- Angermeyer, M.C. (1984). Mitten in der Gemeinde und doch allein? Eine quantitative Untersuchung des sozialen Netzwerkes von Bewohnern psychiatrischer Übergangswohnheime. *Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik*, 19, 313-33.
- Angermeyer, M.C. (1989). Soziales Netzwerk und Schizophrenie: Eine Übersicht. In M. C. Angermeyer & D. Klusmann (Hg.), *Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Angermeyer, M.C. & Klusmann, D. (1989) (Hg.), *Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Angermeyer, M.C. & Bock, B. (1984). Das soziale Netzwerk Alkoholkranker. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 34, 1-9.
- Angermeyer, M. C. & Lammers, R. (1986). Das soziale Netzwerk schizophrener Kranker. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 34, 100-118.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and, coping*. London, San Francisco: Jossey Bass.
- Antonucci, T.C. (1985). Social Support: Theoretical Advances, Recent Findings and Pressing Issues. In J.G. Sarason & B.R. Sarason (Hg.), *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Antonucci, T.C. & Akiyama, H. (1994). Convoys of Attachment and Social Relations in Children, Adolescents and Adults, In F. Nestmann & K. Hurrelmann (Hg.), *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence*. Berlin, N.Y: De Gruyter.
- Antonucci, T.C. & Depner, C.E. (1982). Social Support and Informal Helping Relationships, In T.A. Wills (Hg.), *Basic Processes in Helping Relationships*, NY: Academic Press, 233-254.
- Assmann, J. (1988). Kollektives Gedächtnis und Identität. In J. Assmann & T. Hölscher, *Kultur und Gedächtnis*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Assmann, J. & Hölscher, T. (1988). *Kultur und Gedächtnis*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Attneave, C.L. (1980): Therapeutic Effectiveness of Social Network Interventions Compared to Groups of Intimate Strangers. *Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry* 32, 173-177. Attneave, C. & Speck, R. (1975). *Det sociala nätverket*. Stockholm: W & W.
- Avery, A.W. & Thiessen, J.D. (1982). Communication skill training for divorces. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 203-205.
- Badura, B. (1981). Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung, in: B. Badura (Hg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Badura, B. & Pfaff, H. (1989). Streß, ein Modernierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Vol. 41, 644-668.
- Bankoff, E.A. (1983). Social Support and Adaption to Widowhood. *J. of Marriage and the Family*, 45, 827-839.
- Bankoff, E.A. (1987). The interplay between psychotherapy, patient's support systems and engagement in the psychotherapeutic process. Abstracts of the 18th Annual meeting of the Society for Psychotherapeutic Research (SPR) (pp. 291-295), June 16-20 (1987). Ulm, West-Germany.
- Bankoff, E.A. (1994). The social network of the psychotherapy client. *Psychotherapy*, 31, 503-514.
- Bankoff, E.A. & Howard, K.I. (1992). The social network of the psychotherapy patient and effective psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 273-294.
- Barrera, M. (1981). Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents. *Assessment Issues*. In: B.H. Gottlieb (Hg.), *Social Networks and Social Support*. (S. 69-96). Beverly Hills, London: Sage.
- Barrera, M. & Baca, L.M. (1990). Recipient reactions to social support. Contributions of enacted support, conflicted support and network orientation. Special issue: Predicting, activating, and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 541-551.

- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozeßanalyse. Zeitschrift für Klinische Psychologie Bd. XVIII (1), 3-22.
- Baumann, U. (1987). Zur Konstruktvalidität der Konstrukte. Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung. Zeitschrift für klinische Psychologie, 16, 305-310.
- Baumann, U., Amann, G., Rambichler, R. & Lexel-Gartner, S. (1987). Zur Frage der Spezifität von Sozialen Netzwerken und Sozialer Unterstützung bei Alkoholikern und Drogenkonsumenten -Eine Pilotstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 16, 407-413.
- Baumann, U., Laireiter, A., Pfingstmann, G., Schwarzenbacher, K. (1987a). Deutschsprachige Untersuchungsverfahren zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung. Zeitschrift für klinische Psychologie, 16, 407-413.
- Baumann, U., Laireiter, A., Pfingstmann, G., Schwarzenbacher, K. (1987b). Fragebogen zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung (SONET). Zeitschrift für klinische Psychologie, 16, 429-431
- Beck, U. (1986). Die Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Beck, U., Giddens, A., Lash, C. (1995). Reflexive Modernisierung. Frankfurt: Suhrkamp.
- Becker, P. (1995). Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung. Göttingen: Hogrefe.
- Bees, C.C., Gutwirth, L., Berkeley, J., Struening, E. (1984). Measurements of social support in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 10, 399-411.
- Belle, D. (1982). The stress of caring: Women as providers of social support. In L. Goldberger & S. Breznitz (Hg.), Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press, 496-505.
- Berkman, L.F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. Annual Review of Public Health, 5, 413-432.
- Berkman, L.F. & Syme, S. Leonard (1979). Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow-Up Study of Alameda County Residents. American J. of Epidemiology, Vol. 109, No. 2, 186-204.
- Berlin, I. (1998). Wirklichkeitssinn. Berlin: Berlin Verlag.
- Berman, J.S. & Norton, N.C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? Psychological Bulletin, 96, 401-407.
- Bernard, H.R., Killworth, P.D., Sailer, L. (1982). Informant Accuracy in Social Network Data. An Experimental Attempt to Predict Actual Communication from Recall Data. Social Science Research, 11, 30-66.
- Beutel, M. (1988). Spezifische und generelle Aspekte der Verarbeitung chronischer Erkrankungen. In H. Kächele & W. Steffens (Hg.), Bewältigung und Abwehr - Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten. Heidelberg: Springer, 89-104.
- Billings, A.G. & Moos, R.H. (1982). Psychosocial Theory and Research on Depression: An Integrative Framework and Review. Clinical Psychology Review, 2, 213-237.
- Billings, A.G. & Moos, R.H. (1984). Treatment experiences of adults with unipolar depression: The influence of patient and life context factors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1191-1211.
- Billings, A.G. & Moos, R.H. (1985). Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients. J. of Abnormal Psychology, 94, 140-153.
- Blatner, H. (1970). Psychodrama, Role-Playing and Action Methods: Theory and Practice. Norfolk: Thetford.
- Blazer, D.G. (1983). Impact of Late-Life-Depression on the Social Network, American Journal of Psychiatry, 140, 2: 686-691.
- Bobzien, M. (1993). Kontrolle über das eigene Leben gewinnen. Empowerment als professionelles Konzept in der Selbsthilfeunterstützung - Aspekte aktivierender Beratung. Blätter für die Wohlfahrtspflege, Heft 2, 46-49.

- Bobzien, M. & Stark, W. (1991). Empowerment als Konzept psychosozialer Arbeit und als Förderung von Selbstorganisation. In Ballte, K. & Thiel, W. (Hrsg.), *Jenseits des Helfens* (S. 169-189). Freiburg i. B.: Lambertus.
- Booth, A. & Babchuk, N. (1972). Seeking Health Care from New Resources, *J. of Health and Social Behavior*, Vol. 13, 90-99.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment & Loss. Vol. 1: Attachment*. London: Hogart Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment & Loss. Vol. 2: Separation and Anger*. London: Hogart Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment & Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. London: Hogart Press.
- Brand, E.F., Lakey, B. & Berman, S. (1995). A preventive, psychoeducational approach to increase perceived social support. *American Journal of Community Psychology*, 23, 117-135.
- Brehm, S. & Smith, T.W. (1986). Social psychologic approaches to psychotherapy and behavior change, In S.L. Garfield & A.E. Bergin, (Hrsg.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (3. Ed., pp. 60-115). N. Y.: Wiley.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B.H., James, S.A. et al. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American J. of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Broderick, C.B. (1988). Healing members and relationships in the intimate network, In Robert M. Milardo, (Hg.), *Families and Social Networks*. Newbury Park, Beverly Hills u. a.: Sage.
- Brody, E. M. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 19-29.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Recent advances in research an the ecology of human development. In: Silbereisen, R.K., Eyferth, K., Rudinger, G., *Development as action in context* (S. 287-309). Heidelberg: Springer.
- Bronfenbrenner, U. (1989). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: Natürliche und geplante Experimente*. Frankfurt: Fischer.
- Bronfenbrenner, U. (1990). *Ökologische Sozialisationsforschung*. In L. Kruse, C.F. Graumann & E.D. Lantermann (Hrsg.), *Ökologische Psychologie: Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 767-9). München: Psychologie Verlags Union.
- Brown, B. B. (1978). Social and psychological correlates of help-seeking behavior among urban adults. *American J. of Community Psychology*, Vol. 6, No. 5, 425- 439.
- Brown, G. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. N.Y., Free Press.
- Brücker, H. (1992). Wie wirkt soziale Unterstützung bei chronischen Arbeitsbelastungen? Positive und negative Gesundheitseffekte in verschiedenen Statusgruppen. *Soziale Probleme*, 3. Jg., 173-210.
- Brugha, T.S., Bebbington, P.E., MacCarthy, B., Sturt, E., Wykes, T. & Potter, J. (1990). Gender, social support and recovery from depressive disorders: A prospective clinical study. *Psychological Medicine*, 20, 147-156.
- Buchmann, M., Karrer, D., Meier, R. (1985). *Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag*. Zürich: Haupt-Verlag.
- Burt, R.S. (1984). Network items and the General Social Survey. *Social Networks*, 6, 293-339.
- Butollo, W., Rosner, R., Wentzel, A. (1999). *Integrative Psychotherapie bei Angststörungen*. Bern: Huber.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health*. New York: Behavioral Publications.
- Caplan, G. & Killilea, M. (Hrsg.) (1976). *Support systems and mutual help*. New York: Grune & Stratton.
- Cassel, J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American J. of Public Health*, 64, 1040-1043.
- Chambon, O., Marie-Cardine, M. (1999). *Les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et clectique*. Paris: Dunod.

- Chesler, M.A. & Barbarin, O.A. (1984). Dilemmas of providing help in a crisis: The role of friends with parents of children with cancer. *Journal of Social Issues*, Vol. 41, No. 1, 47-63.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P. et al. (1997). Social ties and susceptibility to the common Cold. *Journal of the American Medical Association*, Bd. 277, (June), 1940-1944.
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis., In A. Baum, J.E., Singer, E., Taylor (Hg.), *Handbook of Psychology and Health*. Vol. 4, Hillsdale, N.Y.: Lawrence Erlbaum, 252-267.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985) (Hg.). *Social Support and Health*. Academic Press.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, Social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bulletin*, 98, 310-357.
- Collins, A.H. & Pancoast, D.L. (1976). *Natural Helping networks*. Washington, D.C: National Ass. of Social Workers.
- Compernelle, T. (1982). Moreno - ein unbekannter Wegbereiter der Familientherapie. *Integrative Therapie*, 3, 166-172.
- Corney, R.H. (1987). Marital problems and treatment outcome in depressed women. A clinical trial of social work intervention. *British J. of Psychiatry*, 151, 652-659.
- Coser, R.I. (1975). The complexity of roles as seedbed of individual autonomy. In Lewis A., Coser, R. (Hg.), *The idea of social structure: Papers in honor of Robert K. Merton*, N.Y.: Harcourt Brace Jovanovich.
- Coyne, J.C. (1976). Depression and the response of others. *J. of Abnormal Psychology*, 85, 186-193. Coyne, J.C., Ellard, J. H., Smith, D. A. (1990). Social support, interdependence, and the dilemmas of helping. In I. Sarason , B. R. Sarason, G. R. Pierce (Hg.), *Social support: An interactional view*. New York: Wiley, 129-149.
- Croog, H. (1970). The family as a source of stress, In Levine, S. & N. A. Scotch (Hg.), *Social Stress*. Chicago: Aldine.
- Cross, D.G., Sheehan, P.W., & Khan, J.A. (1980). Alternative advice and counsel in psychotherapy. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 615-625.
- Curtis, W.R. (1979). *The future use of social health*. Boston: Social matrix research.
- Cutrona, C.E. (1986). Objective determinants of perceived social support. *J. of Personality and Social Psychology*, 2, 349-355.
- Cutrona, C.E. & Russell, D.W. (1990). Types of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching, In I. Sarason, B.R. Sarason, G. R. Pierce (Hg.), *Social support: An interactional view*. New York: Wiley, 319-366.
- Dadds, M.R. & McHugh, T.A. (1992). Social support and treatment outcome in behavioral family therapy. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 252-259.
- Danish, S.J. & D'Augelli, A.R. (1983). *Helping skills II: Life development intervention*. Trainee's work book. New York: Human Science Press.
- Darwin, Ch. (1872). *The expression of emotion in man and animals*. London: John Murray.
- de Ruiter, J.H. et al. (1993), Social network, social support and the quality of life of cancer patients: A controlled Study. In T. Abel et al. (Hg.), *Medical Sociology: Research an chronic Illness*. Informationszentrum Sozialwissenschaften, Sozialwissenschaftliche Tagungsberichte, Bd. 3:223-242.
- DiMatteo, M.R. & Hays, R. (1981). Social support and serious illness, In: B.H. Gottlieb (Hg.), *Social support and social networks*. Beverly Hills, London: Sage.
- Dubar, C. (1998). *La socialisation. Construction des identités sociale et professionnelles*. Paris: Armand Colin.
- Duck, S. & Cohen, Silver R. (1990). *Personal relationships and social support*. Newbury Park: Sage.
- Dunkel, J. & Rech, P. (1990). Zur Entwicklung und inhaltlichen Bestimmung des Begriffs „Kunsttherapie“ und verwandter Begrifflichkeiten. In: H.G. Petzold & I. Orth (Hrsg.), *Die neuen Kreativitätstheorien: Handbuch der Kunsttherapie*, Bd.II (S. 73-92). Paderborn: Junfermann.
- Dunkel-Schetter, C. & Bennett, T.L. (1990) The availability of social support and its activation in times of stress. In B.R. Sarason, I.G. Sarason, G.R. Pierce (Hg.), *Social support: An interactional view*, New York: Wiley.

- Dunkel-Schetter, C. & Wortman, C.B. (1981). Dilemmas of social support: parallels between victimization and aging. In S.B. Kiesler, J.N. Morgan, V.K. Oppenheimer (Hg.), *Aging. Social change*, New York, 349-381.
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., Lazarus, R.S. (1987). Correlates of social support receipt. *J. of Personality and Social Psychology*, 53, 71-80.
- Durlak, J.A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers, *Psychol. Bull.* 86 (80-92).
- Eaton, W. (1978). Life events, social support and psychiatric symptoms: A re-analysis of the New Haven Data. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 230-234.
- Eckenrode, J. (1983). The mobilization of social supports: Some individual constraints. *American J. of Community Psychology*, 5, 509-528.
- Eckenrode, J. & Gore, S. (1981). Stressful life-events and social support: The significance of context. In B.H. Gottlieb (Hg.), *Social networks and social support*. Beverly Hills, London: Sage, 43-68
- Edwards, M.E. & Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 475-509.
- Engel, F., Nestmann, F., Niepel G. & Sickendieck, U. (1996). Weiblich, ledig, kinderlos und alt. Soziale Netzwerke und Wohnbiographien alter alleinstehender Frauen. Opladen: Leske + Budrich.
- Eraker, S.A., Kirscht, J.P., Becker, M. (1984). Understanding and improving patient compliance. *Annals of Internal Medicine*, 100, 258-286.
- Fante', E. (1951). The Civilian and the Army Social Atom Before and After. *Group Psychotherapy*, 1/2 (66-69).
- Feineis, B. (1998). Soziale Netzwerkarbeit mit Drogenabhängigen. In Röhrle, B. *et.al.* (Hrsg.) *Netzwerkintervention* (S. 19-138). Tübingen: dgvt.
- Feld, S.L. (1982). Social Structural Determinants of Similarity Among Associates. *American Sociological Review*, Vol. 47, 797-801.
- Fend, H. (1969, 1970, 1971). *Sozialisierung und Erziehung*. Weinheim: Beltz.
- Filipp, S.H. (1990, 1995⁵). *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Finlayson, A. & McEwen, P. (1977). *Coronary heart disease and patterns of living*. London, New York: Croom Helm.
- Fischer, C.S. (1982). *To dwell among friends. Personal networks in town and city*. Chicago, London.
- Fischer, C.S. & Phillips, S.L. (1982). Who is alone? Social characteristics of people with small net-works. In L.A. Peplau & D. Perlman (Hg.), *Loneliness: A sourcebook of current theory research and therapy*. New York: Wiley Interscience.
- Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*, Bern: Huber.
- Flick, U. (Hrsg.) (1991). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.
- Försterling, F. (1988). *Attribution Theory and clinical psychology*. Chichester: Wiley. Freud, S. (1943ff). *Gesammelte Werke*. London: Imago
- Freud, S. (1916). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1916-1917a)*, in: GW, Bd. XI, Fischer, Frankfurt 1973.
- Freud, S. (1975ff). *Studienausgabe*. Frankfurt' Fischer.
- Froland, C., Pancoast, D.L., Capman, N.J. et al. (1981). Linking formal and informal support systems. In B.H. Gottlieb (Hg.), *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage, 259-277.
- Froland, C., Pancoast, D.L., Chapman, N.J & Kimboko, P.J. (1981). *Helping networks and human services*. Beverly Hills: Sage.
- Funch, D.P. & Marshall, J. (1983). The role of stress, social support and anger in survival from breast cancer. *J. of Psychosomatic Research*, 27, (1), 77-83.
- Galanter, M. (1993). Network therapy for addiction: A model for the office practice. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1, 28-36.
- Gaudin, J.M., Wodarski, J.S., Arkinson, M.K. & Avery, L.S. (1991). Remedying child neglect: Effectiveness of social network interventions. *Special Issue: Applications of social support*

- and social network interventions in direct practice. *Journal of Applied Social Sciences*, 15, 97-123.
- Gehlen, A. (1986⁵). *Urmensch und Spätkultur: Philosophische Ergebnisse und Aussagen*. Wiesbaden: Aula.
- Gelfand, D.E. & Olsen, J.K. (1980). *The Aging Network: Programs and Services*. New York: Springer.
- Gerhardt, U. & Friedrich, H. (1982). Familie und chronische Krankheit - Versuch einer soziologischen Standortbestimmung. In M. C. Angermeyer & H. Freyberger (Hg.), *Chronisch kranke Erwachsene in der Familie* Stuttgart: Enke, 1-25.
- Gibson, J. (1979). *The ecological approach to visual perception*, Houghton Mifflin, Boston. dtsh. *Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung*, Urban & Schwarzenberg, München 1982.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*, Cambridge: Polity Press.
- Gillies, L.A., Wasylenki, D.A., Lancee, W.J., James, S., Clarc, C.C., Lewis, J. & Goering, P. (1993). Differential outcomes in social network therapy. *Psychological Rehabilitation Journal*, 16, 141-146.
- Goffman, E. (1967). *Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Goldberg, E.L. (1981). Health effects of becoming widowed. Paper delivered at The Chaging Risk of Disease in Women: An Epidemiologic Approach Symposium. John Hopkins University, Department of Epidemiology.
- Gore, S. (1978). The Effect of social support in mederating the health consequences of unemployed. *J. of Health and Social Behavior*, 19, 157-165.
- Gotlib, I.H. & Hammen, C.L. (1992). *Psychological aspects of depression. Toward a cognitiveinterpersonal integration*. Chichester: Wiley.
- Gottlieb, B.H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviors. *Canadian J. of Behavioral Science*, 10 (2); 105-115.
- Gottlieb, B.H. (1981) (Hg.). *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills, London: Sage. Gottlieb, B.H. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. *American Psychologist*, 38, 278-287.
- Gottlieb, B.H. (1985). Combining lay and professional resources to promote human welfare: Prospects and tensions. In J.A. Yoder (Hg.): *Support networks in a caring community* Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers, 59-78.
- Gottlieb, B.H. (1987). Using social support to protect and promote health. *Journal of Primary Prevention*. 8, 49-70.
- Gottlieb, B.H. (1988a). Marshalling social support. The state of the art in research and practice. In B. H. Gottlieb (Hg.), *Marshalling social support. Formats, processes, and effects*. Newbury Park: Sage, 11-51.
- Gottlieb, B.H. (1988b). Support interventions. A typology and agenda for research. In S. Duck (Hrsg.), *Handbook of personal relationships* (pp. 519-541). Chichester: Wiley.
- Gottlieb, B.H. (1995). Theories and practices of mobilizing support in stressful circumstances. In C.L. Cooper (Hrsg.), *Handbook of stress, medicine and health* (pp. 339-356). New York: Hemisphere.
- Gottlieb, B.H. & Coppard, A.E. (1987). Using social network therapy to create support systems for the chronically mentally disturbed. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6, 117-131.
- Gourash, Nancy (1978). Help-seeking: A review of the literature. *American J. of Community Psychology*, 6, 413-423.
- Granovetter, M. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*. 78, 1360-1380.
- Grawe, K. (1992). Therapeuten: unprofessionelle Psychospieler? *Psychologie Heute* 6, 22-28. Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gulick, E.E. (1994). Social support among persons with multiple sclerosis. *Research in Nursing & Health*, 17, 195-206.
- Gunzelmann, T. Schiepek, G. & Reinecker, H. (1987). Laienhelfer in der psychosozialen Versorgung: Meta-Analysen zur differentiellen Effektivität von Laien und professionellen Helfern. *Gruppendynamik*, 18, 361-384.

- Haan, N. (1977). *Coping and defending. Process of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Hall, A. & Wellman, B. (1985). *Social Networks and Social Support*, In S. Cohen & L.S. Syme (Hg.), *Social Support and Health*. Orlando, San Diego: Academic Press, 23-41.
- Hammer, M. (1963). Influence of small social networks as factors an mental hospital admission. *Human Organizations*, 22, 243-250.
- Hammer, M. (1981). Social support, social networks and schizophrénia. *Schizophrenia Bulletin* 7, 45-57.
- Hammer, M. (1983). ‚Core` and ‚extended` social networks in relation to health and illness. *Social Science Medicine*, 17, 405-411.
- Hammer, M. (1984). Exploration into the meaning of social network interview data. *Social Networks*, 6, 341-71.
- Hass, W. (1995). *Zweidimensionales Netzwerk*. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hass, W., Märten, M.M. & Petzold, H.G. (1998). Akzeptanzstudie zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten Integrativen Psychotherapie aus Therapeutesicht. In A. Laireiter, H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch* (S.157178). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Havel, V. (1999). Une idee de responsabilite du monde. *Transversales. Science/Culture* 56, S. 11.
- Hays, R.B. & Oxley, D. (1986). Social network development and functioning during a life transition. *J. of Personality and Social Psychology*, 50, 305-313.
- Heitzmann, C.A. & Kaplan, R.M. (1988). Assessment of methodes for measuring social support. *Health Psychology*, 7, 1, 75-109.
- Heller, K. (1979). The effects of social support. Prevention and treatment implications. In A.P. Goldstein & F.H. Kanfer (Hg.), *Maximizing treatment gains*, New York: Academic Press, 353-382.
- Heller, K. & Swindle, R.W. (1983). Social networks, perceived social support, and coping with stress, In R.D. Feiner et al. (Hg.), *Preventive psychology. Theory, research and practice in community interventions*. New York, 87-103 .
- Henderson, A. (1980). A Development in Social Psychiatry: The systematic study of social bonds. *J. of Nervous and Mental Disease*, 168, 63-69.
- Henderson, S.A., Byrne D.G., Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*, New York : Academic Press.
- Herrle, J. (1998). Soziale Unterstützungsnetzwerke im psychotherapeutischen Kontext, In B. Röhrle et. al. (Hrsg.) *Netzwerkintervention*. Tübingen: dgvt-Verlag, 51-75.
- Hirsch, B.J. (1979). Psychological Dimensions of Social Networks: A multimethod analysis. *American J. of Community Psychology*, (Vol. 8). No. 3, 263-277.
- Hirsch, B.J. (1981). Social networks and the coping process, In B. H. Gottlieb (Hg.), *Social networks and social support*, Beverly Hills, London: Sage Publications, 149-170.
- Höfer, R., Straus, F., Buchholz, W., Gmür, W. (1985). Die Bedeutung sozialer Netzwerke bei der Problembewältigung im Familienalltag, In B. Röhrle & W. Stark (Hg.), *Soziale Netzwerke und Stützsysteme*. Tübinger Reihe 6, DGVT, Tübingen: Steinbauer und Rau.
- Höllinger, F. (1989) Familie und soziale Netzwerke in fortgeschrittenen Industriegesellschaften. *Soziale Welt*, 40, 513-537.
- Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 365-370.
- Hollande F., Nair, S. & Cohn-Bendit, D. (1999). Regards croisés sur l'Union europeenne. *Transversales. Science/Culture*, 56, 12-17.
- Hollander, S.L. (1975). ‚Social Atom: An Alternative to Imprisonment. *Group Psychotherapy and Psychodrama* XXVII, 173-183.
- Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.

- Horwitz, A. (1977a). Social networks and pathways to psychiatric treatment. *Social Forces*, 56, 86-105. Horwitz, A. (1977b). The pathways into psychiatric treatment: Some differences between men and women. *J. of Health and Social Behavior*, 18, 169-178.
- Horwitz, A. (1978). Family, kin and friend networks in psychiatric help-seeking. *Social Science Medicine*, Vol. 12, 297-304.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading: Mass.
- House, J.S., Robbins, C., Metzner, H.C. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American J. of Epidemiology* 116, 123-140.
- House, J.S. & Umberson, D., Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. In W. R. Scott & J. Blake (Hg.), *Annual review of sociology*, Vol. 14, Palo Alto, CA: Annual Review Inc., 293-318. 5
- Hurrelmann, K. (1995). *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Weinheim: Beltz.
- Ibes, K. & Klusmann, D. (1989). Persönliche Netzwerke und soziale Unterstützung bei Patienten mit chronisch psychotischen Erkrankungen. In M. C. Angermeyer & D. Klusmann (Hg.), *Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin, 207-230.
- Israel, B.A. (1982). Social networks and health Status: Linking theory, research and practice. *Patient Counseling and Health Education*, 4, 65-79.
- Israel, B.A. (1985). Social networks and social support: Implications for natural helper and community level interventions. *Health Education Quarterly*, Vol. 12, 1, 65-80.
- Israel, B.A., Hogue, C.C., Gorton, A. (1983). Social networks among elderly women: Implications for health and educational praxis. *Health Education Quarterly*, 10, 173-203.
- Kadushin, C. (1982). Social density and mental health. In P. V. Marsden & N. Lin (Hg.), *Social structure and network analysis*. Beverly Hills: Sage.
- Kadushin, C. (1966). The friends and supporters of psychotherapy: On social circles in urban life. *American Sociological Review*, Vol. 31, 786-802.
- Kahn, R.L. & Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life-course: Attachments, roles and social support, In P.B. Baltes & O. Brim (Hg.), *Life-span development and behavior*, Vol. 3 (253286). New York: Academic Press.
- Kanner, A.D., Coyne, C.C., Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress management: daily hassles and uplifts versus major life-events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kardorff, E. v. & Stark, W. (1987). Zur Verknüpfung professioneller und alltäglicher Hilfenetze, In H. Keupp & B. Röhrle, *Soziale Netzwerke*. Campus: Frankfurt/New York.
- Kebir, J. (1998). *Brecht und die Frauen*. Frankfurt/M.: Insel/Suhrkamp.
- Kessler, R.C. & McLeod, J. (1985). Social support and mental health in community samples, In S. Cohen & S.L. Syme (Hg.), *Social support and health*. Academic Press, 219-240.
- Kessler, R.C. & Wortman, C.B. (1989). Social and psychological factors in health and illness. In: *Handbook of Medical Sociology*. 4th Edit., New York, Englewood Cliffs, 69-86.
- Keupp, H. (1985). Psychisches Leiden und alltäglicher Lebenszusammenhang aus der Perspektive sozialer Netzwerke. In B. Röhrle & W. Stark (Hg.), *Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis*. Tübinger Reihe 6, DGVT, Tübingen: Steinbauer und Rau, 18-28.
- Keupp, H. (1987b). Soziale Netzwerke - Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs? In H. Keupp und B. Röhrle (Hrsg.), *Soziale Netzwerke* (11-53). Frankfurt: Campus.
- Keupp, H. (1994). Zerstört die Individualisierung die Solidarität? Für eine komunitäre Individualität. In H. Keupp (Hrsg.), *Lust an der Erkenntnis: Der Mensch als soziales Wesen. Sozialpsychologisches Denken im 20. Jahrhundert. Ein Lesebuch* (S. 331-367). München: Piper.
- Keupp, H. & Höfer, R. (Hrsg.) (1997). *Identitätsarbeit heute: Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Keupp, H. & Röhrle, B. (1987). (Hrsg.), *Soziale Netzwerke*. Frankfurt: Campus.
- Kiwitz, P. (1991). Das Lebensweltkonzept und seine Bedeutung für die Sozialwissenschaften. In H.P. Petzold & Ch. Petzold (Hg.), *Lebenswelten alter Menschen*. Hannover: Vincentz.

- Kliman, J. & Trimble, D. (1983). Network therapy, In B. Wolman & G. Stricker (Hg.), *Handbook of family and marital therapy* (S.337-347). New York: Plenum.
- Klefbeck, J. (1998). Netzwerktherapie - eine Behandlungsmethode in Krisen. In Röhrle, B. et. al. (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (S. 139-152). Tübingen: dgvt.
- Klefbeck, J. & Ogden, T. (1995). *Netzwerk og Oekologie: Problemlösende arbeid med barn og unge*. Oslo: Tano.
- Klefbeck, J. & Ogden, T. (1996). *Barn och Nätverk. Ekologiskt perspektiv pa barns utveckling och nätverksterapeutiska metoder i behandlingsarbetet med barn*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Kliman, J. & Trimble, D. (1983). Network therapy. In B. Wolman & G. Stricker (Hrsg.), *Handbook of family and marital therapy* (S. 277-314). New York: Plenum.
- Klusmann, D. (1989). Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke, In M.C. Angermeyer & D. Klusmann (Hg.), *Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin, 17-63.
- Knipscheer, C.P.M. & Antonucci, T.C. (1990). Social network research: Review and perspectives. In C.P.M. Knipscheer & T.C. Antonucci (Hg.), *Social network research: Substantive issues and methodological questions*. Amsterdam: Elsevier.
- Kühner, C. & Angermeyer, M.C. (1994). Effects of a cognitive behavioral group intervention on objective and subjective dimensions of social support in depressed patients. Paper presented at the European Symposium of the Association of European Psychiatrists, Vienna, April 7-9.
- Kropotkin, P. (1902). *Mutual aid. A factor of evolution*. dtsh. *Gegenseitige Hilfe* (1904/1977). Berlin: Cramer.
- Kuhlenkampff, M. (1982). *Der Situationstest: Ein diagnostisches Rollenspiel*. Überlingen: Moreno Institut.
- Kuhlenkampff, M. (1986, 1988²). *Der „Soziale-Atom-Test“*. Überlingen: Moreno Institut.
- Laireiter, A. & Baumann, U. (1992). *Nhetwork Structures and Support. Functions - Theoretical and Empirical Analyses*. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (eds.): *The Meaning and Measurement of Social Support*. N.Y., Washington u.a.: Hemisphere: 33-55.
- Laireiter, A. (1993). *Begriffe und Methoden der Netzwerk- und Unterstützungsforschung*, In A. Laireiter (Hg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 15-44.
- Laireiter, A. & Lettner, K. (1992). *Belastende Aspekte sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung. Ein Überblick über den Phänomenbereich und Methodik*, In A. Laireiter (Hg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 15-44.
- Lakey, B. & Lutz, C.J. (1996). Social support and preventive and therapeutic interventions. In G.R. Pierce, B.R. Saranson & I.G. Saranson (Hrsg.), *Handbook of social support and the family* (pp. 435-465). New York: Plenum.
- LaRocco, J.M., House, J.S., French, J.P.R. (1980). Social support, occupational stress, and health. *J. of Health and Social Behavior*, 21, 202-218.
- Laumann, E.O. (1973). *Bonns of pluralismen: The form and substance of urban social networks*. New York: Wiley.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Lehman, D.R. , Ellard, J.H., Wortman, C.B. (1986). Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 438-446.
- Leimkühler, A.M. (1988). *Netzwerkprozesse und Bewältigungsstrategien. Eine empirische Studie zur Bedeutung sozialer Netzwerke für die Bewältigung chronischer Belastungen am Beispiel von Ehepartnern Huntington-Kranker*. Regensburg: Roderer.
- Leutz, G.A. (1974). *Psychodrama*. Heidelberg: Springer.
- Leutz, W.N. (1976). *The Informal Community Caregiver: A Link Between the Health Care System and Local Residents*. *American J. of Orthopsychiatry*, 46 (4): 678-688.
- Lewin, K. (1963). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.
- Lby, C. (1998). *Écritures de l'identité*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Levitt, M.J. (1991). Attachment and close relationships: A Life-span perspective, In J.L. Gewirtz & W. Kurtines (Hg.), *Intersections with attachment*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum, S. 183-206.
- Lieberman, M. A. (1986). Social support: The consequences of psychologizing: A commentary. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 54, No. 4, 461-465.
- Lin, N. (1982). Social resources and instrumental action. In P.V. Marsden & N. Lin (Hg.), *Social Structure and Network Analysis*, Beverly Hills: Sage, 131-145.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, W. M. Ensel (Hg.), *Social support, life events and depression*, London: Academic Press, 17-30.
- Lin, N., Simeone, R.S., Ensel, W.M., Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness. A model and an empirical test. *J. of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- Lin, N. & Dean, A. (1984). Social support and depression. *Social Psychiatry* (19), 83-91.
- Lin, N., Dean, A., Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- Lorenz, K. (1983). *Der Abbau des Menschlichen*. München: Piper.
- Ludwig-Mayerhofer, J. (1989). MUSSIS-PP. Munich Social Support Interview Schedule for Psychiatric Patients. Manual. Psychiatrische Universitätsklinik München.
- MacNair, R.R. & Corazzini, J.G. (1994). Client factors influencing group therapy dropout. *Psychotherapy*, 31, 352-362.
- McCallister, L. & Fischer, C.S. (1983). A procedure for surveying personal networks. In R.S. Burt & M.J. Minor (Hg.), *Applied network analysis. A methodological introduction*. Beverly Hills, London: Sage, 75-88.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998). Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie*, 1, 1998, 98-110.
- Maguire, L. (1983). *Understanding Social Networks*. A Sage human services guide, Vol. 32, Beverly Hills: Sage.
- Manne, S.L. & Zautra, A.J. (1992). Coping with arthritis, current status and critique. *Arthritis Rheum.*, 35, 1273-1280.
- McFarlane, A.H., Neale, K.A., Norman et al. (1981). Methodological Issues in Developing a Scale to Measure Social Support. *Schizophrenia Bulletin*, 7 (1), 90-100.
- McFarlane, A.H., Norman, G.R., Streiner, D.L., Roy, R.G. (1984). Characteristics and correlates of effective and ineffective social supports. *J. of Psychosom. Research*, 28, 501-510.
- McKinlay, John B. (1981). Social network influence in morbid episodes and the career of help seeking. In: Leon Eisenberg & Arthur Kleinmann (Hg.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 77-107.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press. dt.: Geist, Identität, Gesellschaft Frankfurt: Suhrkamp 1968, 1973, 1975, 1988.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1966). *Phänomenologie de la perception*. Paris: Gallimard 1945. dtsh. von Boehm, R.: *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter 1966.
- Milardo, R.M. (Hg.) (1988). *Families and social Networks*. Newbury Park, Beverly Hills.
- Milardo, R.M. & Lewis, W. (1985). Social networks, families and mate selection: A transactional analysis. In L. L'Abate (Hg.), *The Handbook of Family Psychology and Therapy*. Vol. 1, Chicago: The Dorsey Press, 258-283.
- Minkler, M. (1985). Social Support and Health of the Elderly. In S. Cohen & S.M Syme (Hrsg.), *Social Support and Health* (pp.199-216). New York: Academic Press.
- Minnemann, E. (1992). Soziale Beziehungen älterer Menschen. In A. Niederfranke, U. Lehr, F. Oswald & G. Maier (Hrsg.), *Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie*, Heidelberg. (S. 139-150). Heidelberg: Quelle & Meier.
- Minor, M.J. (1983). Panel Data on Ego Networks: A longitudinal study of former heroin addicts. In R.S. Burt & M.J. Minor (Hg.), *Applied Network Analysis*, London: Sage. 89-99.
- Mitchell, J.C. (1969). The concept and use of social networks. In Ders. (Hg.), *Social networks in urban situations*. Manchester: University Press.

- Mitchell, M.E. (1989). The relationship between network variables and the utilization of mental health services. *J. of Community Psychology*, 17, 258-266.
- Möhrlein, H., Roth, A. & Röhrle, B. (1998). Netzwerkorientierte Intervention bei Einsamkeit. In Röhrle, B. et. al. (Hrsg.) *Netzwerkintervention* (S. 99-118). Tübingen: dgvt.
- Moos, R.H. (1990). Depressed outpatients' life contexts, amount of treatment, and treatment outcome. *J. of Nervous and Mental Disease*, 178, 105-112.
- Moreno, J.L. (1934). *Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelation*. Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Co., 256-265. (erw. Beacon House 1953).
- Moreno, J.L. (1951). *Sociometry, experimental method and the science of society*. Beacon: Beacon House. Moreno, J.L. (1959). *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Heidelberg: Springer.
- Moscovici, S. (1961, 1967²). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In: Farr, R.M., Moscovici, S., *Social Representations*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Mueller, D. (1980). Networks: A promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Social Science and Medicine*, 14, 147-161.
- Müller, P., Günther, U., Lohmeyer, J. (1986). Behandlung und Verlauf schizophrener Psychosen über ein Jahrzehnt. *Nervenarzt*, 57, 332-341.
- Müller, L., Petzold H.G. (1998) Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Integrative Therapie*, 3-4, 396-438.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999). Identitätsstile und lifestyles in der Musiktherapie. *Integrative Therapie* 3 (im Druck).
- Nadler, A. & Fisher, J.D. (1986). The Role of threat to self-esteem and perceived control in recipient reaction to help: Theory development and empirical validation. *Advances of Experimental and Social Psychology*, 19, 81-122.
- Nestmann, F. (1989). *Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen*. Berlin: DeGruyter.
- Nestmann, F. (Hrsg.) (1997). *Beratung: Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. Tübingen: dgvt.
- Nestmann, F. & Wehner, K. (1998). Soziale Netzwerk- und Unterstützungsbeziehungen von alten Menschen mit psychischen Störungen: Untersuchung der Netzwerkbedeutung einer gerontopsychiatrischen Tagesstätte. In Röhrle, B. *et.al.* (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (S. 169-199). Tübingen: dgvt.
- Niepel, G. (1994). *Soziale Netze und soziale Unterstützung alleinerziehender Frauen. Eine empirische Studie*. Opladen: Leske + Budrich.
- Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (Hrsg.) (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Nuckolls, K.B., Cassel, J., Laplan, B.H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American J. of Epidemiology*, 95, 431 f.
- Oerter, R. & Noam, G. (Hrsg.) (1999). *Klinische Entwicklungspsychologie*. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Orth, I. & Petzold, H.G. (1995b). Gruppenprozeßanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. *Integrative Therapie*, 2, 197-212.
- Page, R.D. & Badgett, S. (1984). Alcoholism treatment with environmental support contracting. *Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10, 589-605.
- Pagel, M.D., Erdly, W.W., Becker, J. (1987). Social networks: We get by with (and in spite of) a little help from our friends. *J. of Personality and Social Psychology*, 53, 793-804.
- Parinaud, A. (1998). *Chronique du sens: Le grande aventure de la pensée vivante, avec René Lenoir*. Transversales. *Science/Culture* 54, 26-28.
- Patrick, D., Morgan, M., Charlton, J. (1986). Psychosocial support and change in the health status of physically disabled people. *Social Science Medicine*, 22, 1347-1354.
- Pattison, E.M. (1973). Social system psychotherapy. *American J. of Psychotherapy*, 18, 396-409.

- Pattison, E.M. (1977). A theoretical empirical base for social system therapy. In E. F. Foulkes, R. M. Wintrop, J. Westermeyer, A.R. Favazzo (Hg.), *Current Perspectives in Cultural Psychiatry*, New York: Spectrum, 217-253.
- Pattison, E.M., DeFrancisco, D., Frazer, H., Crowder, J. (1975). A psychosocial kinship model for family therapy. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1246-1251.
- Pattison, E.M. & Pattison, M.L. (1981). Analysis of schizophrenic psychosocial networks. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 135-143.
- Pattison, E.M. & Hurd, G.S. (1984). The social network paradigm as a basis for social intervention strategies. In W.A. O'Connor, & B. Lubin (Hg.), *Ecological approaches to clinical and community psychology*. New York: Wiley, 145-185.
- Pearlin, L.I. (1985). Social structure and processes of social support. In S. Cohen & L. Syme (Hg.), *Social support and health*. Orlando, San Diego: Academic Press, 43-60.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *J. of Health and Social Behavior*, Vol. 30, 241-256.
- Perlman, D. (1988). Loneliness: A life-span, family perspective. In Robert M. Milardo, (Hg.), *Families and social networks*. Newbury Park, Beverly Hills: Sage.
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*, Lafayette: Real People Press; dtsh. *Gestalttherapie in Aktion*, Klett, Stuttgart 1974, 1986.
- Perrig, T.J., Wippig, W., Perrig-Chiello, P. (1993). *Unbewußte Informationsverarbeitung*. Bern: Huber.
- Perrucci, R. & Targ, D.B. (1982). *Mental patients and social networks*. Auburn House, Boston.
- Pescosolido, B.A. (1991). Illness careers and network ties. A conceptual model of utilization and compliance. In G.L. Albrecht & J.A. Levy (Hg.), *Advances in Medical Sociology*, Vol. 2, London: JAI Press: 161-184.
- Pescosolido, B.A. (1992). Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *American J. of Sociology*, Bd. 97, Nr. 4, 1096-1122.
- Peugeot, V. (1999). D6sir d'Europe. *Transversales. Science/Culture* 56, 5-10.
- Petzold, H.G. (1969b). *L'analyse progressive en psychodrame analytique*, Inst. St. Denis, Paris, mimeogr.; auszugsweise dtsh. in: 1988n, S. 455-491.
- Petzold, H.G., (1971g). La m6thode spectrom6trique en psychodrame, th6rapie de groupe et dynamique de groupe, *Folia Psychodramatica* 3 (Louvain) 65-73.
- Petzold, H.G. (1971k). Der Beitrag kreativer Therapieverfahren zu einer erlebnisaktivierenden Erwachsenenbildung. Vortrag auf der Arbeitstagung „Kreativitätstraining, kreative Medien, Kunst-und Kreative Therapie“, VHS Dormagen und Buderich 1.6.1971; VHS Buderich, mimeogr.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1972a). *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1972d). Das spektrometrische Diagramm als Technik des Behaviourdramas und der Selbstregulation. *Psychologie und Praxis* XVI, 134-139.
- Petzold, H.G. (1973d). Das Soziodrama als Instrument kreativer Konfliktlösung. In: Petzold, H.G., *Kreativität und Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen* (1973c), S. 244-256. Petzold, H.G. (1973g). Die spektrometrische Methode in der Psychotherapie und psychologischen Gruppenarbeit. *Zeitschrift für klinische und psychologische Psychotherapie* 2, S. 110-128.
- Petzold, H.G. (1974b) (Hrsg.). *Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen*. Paderborn: Junfermann/Hoheneck; 3. Aufl. Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, Frankfurt 1983.
- Petzold, H.G. (1974k). *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1979a). Konzepte zu einer integrativen Rollentheorie auf der Grundlage der Rollentheorie Morenos. Düsseldorf: Fritz Perls Institut; in Auszügen und teilweise erw. in: H.G. Petzold & U. Mathias (1983), *Rollenentwicklung und Identität*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1979b). Psychodrama, Therapeutisches Theater und Gestalt als Methoden der Interventionsgerontologie und der Alterspsychotherapie. In: H.G. Petzold & E. Bubolz (1979), *Psychotherapie mit alten Menschen* (147-260). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1979c). Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.

- Petzold, H.G. (1979d). Die Doppeltechnik im Psychodrama In: H. G. Petzold (Hrsg.). PsychodramaTherapie. Beihefte zur Integrativen Therapie, 3, S. 139-197.
- Petzold, H.G. (1979k). Psychodrama-Therapie. Paderborn: Junfermann. (2. Aufl. 1985).
- Petzold, H.G. (1979l). Die inhumane Situation alter Menschen und die Humanisierung des Alters. Zeitschrift f. humanistische Psychol. 3/4, 54-63.
- Petzold, H.G. (1982a). Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater. Stuttgart: Hippokrates.
- Petzold, H.G. (1982b). Der Mensch ist ein soziales Atom. Integrative Therapie 3, 161-165.
- Petzold, H.G. (1982v). An integrated model of identity and its impact on the treatment of the Drug addict. Proceedings of the 12th Int. Conf. on Drug Dependence. 22.-26.3.1982. Bangkok, International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf 1982, S. 260-276.
- Petzold, H.G. (1984a) (Hrsg.). Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde., Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1985a). Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1985b). Angewandte Gerontologie als Bewältigungshilfe für das Altwerden, das Alter und im Alter [Orig. 1965]. In: H.G. Petzold (Hrsg.). Mit alten Menschen arbeiten (S. 1-16). München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1986h). Zur Psychodynamik der Devolution. Gestalt-Bulletin, 1, S. 75-101.
- Petzold, H.G. (1988a). Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf; revid. in Petzold (1991a), S. 153-332.
- Petzold, H.G. (1988n). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke, Bd. I,1 & 11,2. Paderborn: Junfermann. 3. erw. Aufl. 1996a.
- Petzold, H.G. (1989). Zeitgeist als Sozialisationsklima - zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie. Gestalt und Integration 2, 140-150.
- Petzold, H.G. (1990g). Vorlesungen zur Sozialgerontologie I: Nonverbale Interaktion, II: Prinzipien der Organisationsentwicklung im Heimwesen. Vorlesungen auf dem Studientag von Pro Senectute Österreich (7.12.1990). Batschuns, Vorarlberg.
- Petzold, H.G. (1991a). Integrative Therapie: Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (1991o). Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen. In Petzold (1991a) 333-395.
- Petzold, H.G. (1992a). Integrative Therapie: Ausgewählte Werke, Bd. 11/2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992g). Das neue Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“. In: H.G. Petzold, Integrative Therapie, Bd. I: Klinische Theorie (S. 927-1040). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993a). Integrative Therapie: Ausgewählte Werke, Bd. 11/3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993p). Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: H.G. Petzold & J. Sieper (1993a), Integration und Kreation (S. 267-340). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1994e). „Psychotherapie mit alten Menschen - die „social network perspective“ als Grundlage integrativer Intervention, Vortrag auf der Fachtagung „Behinderung im Alter“ am 22.-23.11.1993 in Köln. In H.C. Berghaus & U. Sievert (Hrsg.), Behinderung im Alter, (S. 86-117). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Petzold, H.G. (1994h). Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit - programmatische Überlegungen. (Vortrag, gehalten auf der Fachtagung: „Vernetzung von Forschung und Praxis in der Suchttherapie“ am 20. Oktober 1994). Drogalkohol (Schweiz) 3, 144-158.
- Petzold, H.G. (1995a). Wegeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: B. Metzmacher, H.G. Petzold & H. Zaepfel (Hrsg.),

- Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie (S. 189-280). Bd. I. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1995b). Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsforschung. In B. Metzmacher, H. Petzold, H. Zaepfel (Hrsg.). Praxis der Integrativen Kindertherapie. Bd. II. Paderborn: Junfermann, 143-188.
- Petzold, H.G. (1996f). Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht, *Integrative Therapie* 2/3, 288-318.
- Petzold, H.G. (1997p). Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997), 435-471.
- Petzold, H.G. (1998a). Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch, Band I, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1998h). Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Gestalt und Integration, Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1999a). Integrative Therapie. Bd. II, 1-3. 2. erw. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (Hrsg.) (1976a). Bildungsarbeit mit alten Menschen. Stuttgart: Klett.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979). Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Ebert, W. & Sieper, J. (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- Petzold, H.G., Frühmann, R. (1986). Modelle der Gruppe. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M. & Oudhof, J. (1993). Protektive Faktoren und Prozesse - die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: H.G. Petzold & J. Sieper (1993a), Integration und Kreation (S. 173-266), Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991). Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.
- Petzold, H.G. & Kirchmann, E. (1990). Selbstdarstellungen mit Ton in der Integrativen Kindertherapie, in: Petzold, Orth (1990a) II, 933-974.
- Petzold, H.G., Lemke, J., Rodriguez-Petzold, F. (1994b). Die Ausbildung von Lehrsupervisoren. Überlegungen zur Feldentwicklung, Zielsetzung und didaktischen Konzeption aus Integrativer Perspektive. *Gestalt und Integration*, 2, 298-349.
- Petzold, H.G., Märtens, M., Hass, W., Steffan, A. Therapeutische Wirksamkeit der Integrativen Therapie. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluationsstudie im ambulanten Setting. In: Petzold (1999a).
- Petzold, H.G., Mathias, U. (1983). Rollenentwicklung und Identität, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1988a). Methodische Aspekte der Integrativen Bewegungstherapie im Bereich der Supervision, *Motorik. Zeitschr. f. Motopäd. u. Motother.* 2, 44-56; revid. in (1988n, S. 563-581).
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1990a). Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1994). Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4, S. 340-391.
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1999). Die Mythen der Psychotherapie. Ideologie, Macht, Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Osten, P. (1998). Diagnostik und multiperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie, in: Laireiter, A. (Hrsg.), Diagnostik in der Psychotherapie, Springer, Wien 1998 und erw. in Petzold (1998h) 118-141.
- Petzold, H.G. & Petzold, Ch. (1991b). Soziale Gruppe, „social worlds“ und „narrative Kultur“ als bestimmende Faktoren der Lebenswelt alter Menschen und gerontotherapeutischer Arbeit, in: Petzold, H.G. & Petzold, Ch. (1991a). Lebenswelten alter Menschen. (S.192-217) Hannover: Vincentz und in Petzold (1992a) 871-986.
- Petzold, H.G. & Petzold, Ch. (1993a). Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie. In: H.G. Petzold & J. Sieper (1993a), Integration und Kreation (S. 459-482). Paderborn: Junfermann und in Petzold (1993a) 1263-1290.

- Petzold, H.G. & Petzold, Ch. (1999). Netzwerkinterventionen. Düsseldorf: FPI-Publikationen. Petzold, H.G., Schneiter, U., Veal, F. (1998). „Culture Charts“ und „Power Maps“, in: Petzold (1998a) 305-352.
- Petzold, H.G. & Schoben, R. (1991). Selbsthilfe und Psychosomatik Paderborn, Junfermann. Petzold, H.G., Schulwitz, I. (1972). Tetradisches Psychodrama in der Arbeit mit Schulkindern. In: H.G. Petzold (Hrsg.). Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft (S. 394-413). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Sieper, J. (1993a). Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Beek, Y. van & Hoek, A.-M. van der (1994a). Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ - „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In Petzold, H.G. (1994j), Psychotherapie und Babyforschung. (S. 491-646).Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Vormann, G. (Hrsg.) (1980). Therapeutische Wohngemeinschaften: Erfahrungen - Modelle - Supervision. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. & Zander, B. (1985). Stadtteilarbeit mit alten Menschen - ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation. In H.G. Petzold (1985a), Mit alten Menschen arbeiten (S. 159-201). München: Pfeiffer.
- Peugeot, V. (1999). D6sir d'Europe. Transversales 56, 5-10.
- Pfenning, A. (1988). Die Zuverlässigkeit von Netzwerkangaben. - Empirische Analysen anhand der ZUMA-Methodenstudie „Egozentrierte Netzwerke in Massenumfragen. Diplomarbeit Universität Mannheim.
- Pfenning, A. & Pfenning, U. (1987). Egozentrierte Netzwerke: Verschiedene Instrumente, verschiedene Ergebnisse? ZUMA Nachrichten, Heft 21, 64-77.
- Pfingstmann, G. & Baumann, U. (1987). Untersuchungsverfahren zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung. Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie, 8, 75-98.
- Poel, Mart G. M. van der (1993). Delineating Personal Support Networks. Social Networks, 15, 49-70.
- Procidano, M.E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. American J. of Community Psychology, 11, 1-24.
- Rands, M. (1988). Changes in social networks following marital separation and divorce, In R.M. Milardo (Hg.), Families and social networks. Newbury Park, Beverly Hills: Sage, 127-146.
- Raspe, H.-H. (1982). Psychosoziale Probleme im Verlauf einer cP. Internistische Welt, 5, 193-203.
- Ratcliffe, W.D. (1978). Social networks and health. Connections, 1, 25-37.
- Rennert, M. (1990). Co-Abhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg: Lambertus.
- Röhrle, B. (1989). Soziale Netzwerke: Ansatzpunkte psychiatrischer Hilfen. In M.C. Angermeyer & D. Klusmann (Hrsg.), Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie. (S. 249-270).Berlin: Springer.
- Röhrle, B. (1994). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Psychologische Bedeutungsvarianten und Perspektiven. Habilitationsschrift an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Heidelberg. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Röhrle, B. (1995a). Die Bedeutung sozialer Netzwerke für die Psychotherapie. In M. Hermer (Hrsg.), Die Gesellschaft der Patienten - Gesellschaftliche Bedingungen und psychosoziale Praxis (S. 175-182). Tübingen: dgvt.
- Röhrle, B. & Sommer, G. (1998). Zur Effektivität netzwerkorientierter Interventionen. In Röhrle, B. et. al. (Hrsg.), Netzwerkintervention. (S. 13-47).Tübingen: dgvt.
- Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F. (Hrsg.) (1998). Netzwerkintervention. Tübingen: dgvt.
- Röhrle, B. & Stark, W. (1985). Soziale Stützsysteme und Netzwerke im klinisch-psychologischer Praxis, In dieselben, (Hg.), Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Tübingen
- Röhrle, B., Sandholz, A., Schönfeld, B. (1989). Soziale Netzwerke, Unterstützung und Selbsthilfe bei Witwen. System Familie, 2, 56-58
- Röhrle, B. & Sommer, G. (1998). Zur Effektivität netzwerkorientierter Interventionen, In B. Röhrle, G. Sommer, F. Nestmann (Hg.), Netzwerkinterventionen. Tübingen: dgvt-Verlag, 13-47.

- Rook, K.S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *J. of Personality and Social Psychology*, 40, 1097-1108.
- Rook, K.S. (1985). Applying social support research: Theoretical problems and future directions. *J. of Social Issues*, Vol. 41, No. 1, 5-28.
- Rook, K.S. (1990). Parallels in the study of social support and social strain. Special issue: Social support in social and clinical psychology. *J. of Social and Clinical Psychology*, 9, 118-132.
- Rook, K.S. & Pietromonaco, P. (1987). Close relationships: Ties that heal or ties that bind?, In W.H. Jones & D. Perlman (Hg.), *Advances in personal Relationships*, Vol. 1, JAI Press, Greenwich, CT, 1-35.
- Ruano-Borbalan, J.-C. (Hrsg.). (1998). *L'identité L'individu - Le groupe - La société*. Auxerre Cedex: Sciences Humaines Editions.
- Rueveni, U. (1984). Network intervention for crisis resolution: An introduction. *International Journal of Family Therapy*, 6, 44-52.
- Rutter, M., Rutter, M. (1992). *Developing minds. Challenge and continuity across the life span*, London: Penguin Books.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *J. of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (Hg.) (1985). *Social support: Theory, research and applications*. Dordrecht, Boston, Lancaster: Martinus Nijhoff.
- Sarason, B.R., Shearin, E.N., Pierce, G.R., Sarason, I.G. (1987). Interrelationships among social support measures. Theoretical and practical implications. *J. of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R., Shearin, E.N. et al. (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. *J. of Personality and Social Psychology*, 60, 273-284.
- Sarde, M. & Blin, A. (1997). *Le livre de l'amitié* Paris: Seghers.
- Saup W. (1991). *Konstruktives Altern*. Göttingen: Hogrefe.
- Saup, W. (1993). *Alter und Umwelt - Eine Einführung in die ökologische Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schaefer, C., Coyne, J.C., Lazarus, R.S. (1981). The health-related functions of social support, *J. of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schmidt, H., Hüslér, G., Perrez, M (1992). Netzwerkveränderungen und Wohlbefinden bei HIV-infizierten Homosexuellen, In A. Laireiter (Hg.), *Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Ergebnisse*. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber, S: 206-218.
- Schubert, H.J. (1990). Mitglieder der erweiterten Familie in persönlichen Hilfenetzen - Ergebnisse einer egozentrierten Netzwerkanalyse. *Zeitschrift für Familienforschung* 2, 176-210.
- Schulz, R. & Rau, M.T. (1985). Social support through the life course, In S. Cohen & S.L. Syme (Hg.), *Social Support and Health*. Orlando, San Diego: Academic Press, 129-149.
- Schwarzer, R. (1994). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, Reihe Gesundheitspsychologie, Bd. 1, Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse*. Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie, Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Soziale Unterstützung und Wohlbefinden. In: A. Abele & P. Becker (Hg.), *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik*. Weinheim, München: Juventa: 175-190.
- Sherbourne, C.D., Hays, R.D. & Wells, B. (1995). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 345-355.
- Shinn, M., Lehmann, S., Wong, N.W. (1984). Social interaction and social support. *J. of Social Issues*, 40 (4), 55-76.
- Shumaker, S.A. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *J. of Social Issues*, No. 4, Vol. 40, 11-36.
- Sennett, R. (1987³). *Verfall und Ende des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität*, Frankfurt/M.: Fischer; orig. *The fall of public man*. New York: Alfred Knopf 1974.

- Sennett, R. (1998). *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin Verlag. Siegrist, K. (1987). Interview zu sozialem Rückhalt. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 16, 439-441. Simmel, G. (1908). *Soziologie*. Leipzig: Dunker & Humblott.
- Sims, A.C.P., Heard, D.H., Rowe, C.E. et al. (1993). Neurosis and the personal social environment. The effect of a time-limited course of intensive day care. *British J. of Psychiatry*, 162, 369-374.
- Sirkin, M. & Rueveni, U. (1992) The role of network therapy in the treatment of relational disorders: Cults and folie a deux. *Contemporary Family Therapy*, Vol. 14 (3), 211-224.
- Snyder, C.R., Forsyth, D. (1991). *Handbook of social and clinical psychology*. New York: Pergamon Press.
- Sommer, G. (1982). *Gemeindepsychologie*. In R. Bastine, P. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Weinheim: Edition Psychologie.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung: Diagnostische Verfahren, Konzepte, F-SOZU. dgvt-Materialien Nr. 22*. Tübingen: dgvt.
- Speck, R.V. (1967). Psychotherapy of the social network of schizophrenic family. *Family Process*, 6, 208-214.
- Speck, R.V. & Attneave, C.L. (1973). *Family networks: Retribalization and healing*. New York: Pantheon Books.
- Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg: Lambertus.
- Strohmeier, K.P. (1983). *Quartier und soziale Netzwerke*. Frankfurt: Campus.
- Straus, F., Höfer, R., Buchholz, W. Gmür, W. (1987). Die Bewältigung familiärer Probleme im sozialen Netzwerk. In H. Keupp & B. Röhrle (Hg.), *Soziale Netzwerke*. Frankfurt: Campus, 178-198.
- Straus, F. & Höfer, R. (1998). Die Netzwerkperspektive in der Praxis. In: B. Röhrle (Hrsg.). *Netzwerkintervention* (S. 77-98). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Strauss, A.L. (1978). A social world perspective, in Denzin, M.K., *Studies in symbolic interaction*. Vol. I. Greenwich: JAI Press, 119-128.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Stevenson, G.M. (1997). *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Heidelberg: Springer, 3. erw. Aufl.
- Stueve & Gerson. K. (1977). Personal relations across the life-cycle. In C. S. Fischer, R. M. Jackson, C. Stueve et al. (Hg.), *Networks and Places: Social Relations in the Urban Setting*. New York: Free Press, 79-98.
- Suls, J. (1982). Social support, interpersonal relations, and health: Benefits and liabilities, in: J. Suls & G.S. Sanders (Hg.), *The social psychology of health and illness*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum, 255-277.
- Tardy, C.H. (1985). Social support measurement. *American J. of Community Psychology*, Vol. 13, No. 2, 187-202.
- Thoits, P.A. (1982). Problems in the study of social support. *J. of Health and Social Behavior*, 23, 145-58.
- Tolsdorf, C. (1976). Social networks, support and coping: An exploratory study. *Family Process*, 15, 407-417.
- Trojan, A., Hildebrancit, H., Faltis, M. & Deneke, C. (1987). Selbsthilfe, Netzwerkforschung und Gesundheitsförderung. Grundlagen „gemeindebezogener, Netzwerkförderung“ als Präventionsstrategie. In H. Keupp & B. Röhrle (Hrsg.), *Soziale Netzwerke* (S. 294-317). Frankfurt/Main: Campus.
- Turner, R.J. (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support an psychological distress and associated conditions. In H.E. Kaplan (Hg.), *Psychosocial stress*. Academic Press: N.Y., 105-156.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C., Rimann, M. (1992). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *Psychosozial*, 15. Jg., Heft IV (Nr. 52), 9-22.
- Uehara, E. (1990). Dual exchange theory, social networks, and informal social support. *American J. of Sociology*, Vol. 96, 3, 521-57.
- Unruh, D.R. (1983). *Invisible lifes. Social worlds of the aged*. Beverly Hills: Sage Publications.

- Unsel, S. (1997). Goethe und seine Verleger. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Valenti, S.S., Pittenger, J.B. (Hrsg.) (1993). Studies in perception and action II, Eribaum, Hillsdale.
- Vallacher, R.R. & Nowak, A. (1997). The emergence of a dynamical social psychology. *Psychological Inquiry*, 2 (1997), 73-99.
- Van der May, J.H. (1975). A Perceptual Social Atom Sociogram. *Group Psychotherapy and Psychodrama XXVIII*, 128-134.
- Vaux, A. (1988) Social support. Theory, research and intervention. N.Y., Westport, Connecticut, London: Praeger.
- Vaux, A. & Burda, P., Stewart, D. (1986). Orientation toward utilizing social support resources. *J. of Community Psychology*, 14, 159-70.
- Veiel, H.O.F. (1985). Dimensions of social support: A conceptual framework for research. *Social Psychiatry*, 20, 156-162.
- Veiel, H.O.F. (1987a). Einige kritische Anmerkungen zum Unterstützungskonzept. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 397-99.
- Veiel, H.O.F. (1987b). Buffer effects and threshold effects: An alternative interpretation of nonlinearities in the relationship between social support, stress and depression. *American J. of Community Psychology*, 15, 717-740.
- Veiel, H.O.F. (1989). Das Mannheimer Interview zur Sozialen Unterstützung. Konstruktion, Erprobung, Anwendungsmöglichkeiten. In M. C. Angermeyer & D. Klusmann (Hg.), *Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin: Springer, 77-95.
- Veiel, H.O.F. & Baumann, U. (1992). The many meanings of social support, In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Hg.), *The meaning and measurement of social support*. New York u. a., 1-9.
- Veiel, H.O.F., Brill, G., Häfner, H., Welz, R. (1989). Soziale Unterstützung und Suizid: Die unterschiedlichen Funktionen von Verwandten und Bekannten, In M.C. Angermeyer & D. Klusmann (Hg.), *Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin: Springer, 177- 206.
- Walker, K.N., MacBride, A., Vachon, M.L.S. (1977). Social Support Networks and the Crisis of Bereavement, *Social Science Medicine*, Vol. 11:35-41.
- Wallston, B.S., Alagna, S.W., Devellis B.M., Devellis, R.F. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, 2, 367-391.
- Wan, T.T.H. & Weissert, W.G. (1981). Social support networks, patient status and institutionalization. *Research an Aging*, 3, 240-256.
- Warren, B. (1979). The community question: The intimate networks of East Yorkers. *American Journal of Sociology*, 84, 1201-1231.
- Warren, W.H. (1988). Action modes and laws of control for the visual guidance of action. In: O.G. Meijer & K. Roth (Hrsg.), *Complex movement behaviour: The moto-action controversy* (S. 339-380). Amsterdam: Elsevier.
- Wasylenki, D., James, S., Clark, Lewis, J., Goering, P., Gilles, L. (1992). Clinical issues in social network therapy for clients with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, Vol. 28, No. 5, 427-440.
- Weiss, R.S. (1974). The provisions of social relationships, In Z. Rubin (Hg.), *Doing unto others*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, N. J., 17-26.
- Wellman, B. (1979). The community question: The intimate networks of East Yorkers. *American Journal of Sociology*, 84, 1201-1231.
- Wellman, B. (1981). Applying network analysis to the study of support. In B.H. Gottlieb (Hg.), *Social networks and social support*. Beverly Hills, London: Sage Publications, 171-200.
- Wellman, B. (1982). Studying personal networks in East York. Research Paper No. 128, Centre for Urban and Community Studies.
- Wellman, B. & Wortley, S. (1990). Different strokes from different folks: Community ties and social support. *American Journal of Sociology*, 96, 558-588.
- Westhoff, G. (Hg.) (1993). *Handbuch psychosozialer Meßinstrumente*. Göttingen: Hogrefe.
- Wethington, E. & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life-events. *J. of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.

- Wilcox, B.L. (1981). Social support in adjusting to marital disruption. A network analysis, In B. H. Gottlieb (Hg.), *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills, London: Sage Publications, 97-116.
- Wittchen, H.-U., Vossen, A. (1996). Komorbiditätsstrukturen bei Angststörungen. Häufigkeit und mögliche Implikationen. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1, Berlin: Springer, 217-231.
- Woll-Schumacher, E.I. (1979). *Desozialisation im Alter*. Stuttgart: Enke.
- Wortman, C.B. & Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and Methodological Issues in the Study of Social Support. In A. Baum & E. Singer (Hg.), *Handbook of Psychology and Health*. Vol. 5.: Stress, Hillsdale: Erlbaum, 63-108.
- Zink, A., Zink, C., Hoffmeister, H. (1985). *Rheumatische Krankheit und soziale Lage*. Berlin, De Gruyter.