

»Im Kern gesund.« Subjektive Krankheitstheorien und ihre Darstellung

MATTHIAS LUTZ-KOPP

Zusammenfassung

Die soziologische Forschung zu psychischen Krankheiten bewegt sich oftmals in einem ambivalenten Verhältnis zwischen medizinischen bzw. psychotherapeutischen Diskursen, in dem sie kritisiert oder Anschlussfähigkeit sucht. Beide Zugänge werden dem Phänomen als soziologischem Gegenstand jedoch nicht gerecht. Ein Vorteil soziologischer Grundlagenforschung besteht in der Möglichkeit der Handlungsentlastung. Aus soziologischer Sicht ist die erzählte Biografie nicht zwingend Ausdruck eines Krankheitsbildes; sie kann vielmehr als Lösung eines spezifischen Darstellungsproblems gesehen werden: nämlich einem bestimmten Lebensverlauf Sinn zu geben. Aus einer solchen Binnenperspektive lässt sich erahnen, wie Betroffene ihre Krankheit erleben und welche biografischen Prozesse damit verbunden sind. Die Analyse der narrativen Interviews zeigt, wie einerseits professionelle Krankheitszuschreibungen zurückgewiesen werden und andererseits dargestellt wird, dass der Lebensverlauf nicht an »normalen« Standards gemessen werden kann. In den lebensgeschichtlichen Erzählungen kann der Kern der Person gesund bleiben, ohne den gesellschaftlichen Verhaltenserwartungen an »normale« Gesunde genügen zu müssen.

Schlüsselwörter: *qualitative Methoden, psychische Krankheiten, narratives Interview, Biografie, subjektive Krankheitstheorien*

Summary

Sociological research about mental disorders often shifts in an ambivalent relationship in between medical (or therapeutic) discourses, in which it is either criticizing or looking for connectivity. Yet neither of these approaches do justice to the phenomenon as a sociological subject. One advantage of sociological basic research lies in its ability to disregard practical action. From a sociological perspective, the biographical narrative is not necessarily the expression of a disease pattern. It rather constitutes a solution to a specific representational problem: to give meaning to a certain course of life and experiences. From this »insider« perspective one can get an impression of how afflicted parties experience their illness and which social and biographical processes are connected to it. The analysis of the narrative interviews shows how participants reject professional illness attributions and how they manage to demonstrate that their life course cannot be measured by »normal« standards. The narratives that are generated leave the core of self intact (i.e. sane) without the need to fulfill the social behavior expectations towards the »normally« sane.

Keywords: *qualitative methods, mental illness, narrative interview, biography, subjective theories of illness*

Theoretische Einordnung und methodisches Vorgehen

In einem Feld, in dem es zumindest implizit immer auch um den Leidensdruck der Betroffenen geht, ist es verständlich, dass disziplinäres Wissen auch praktisch umsetzbar, d.h. therapeutisch nutzbar gemacht werden soll. Der Großteil der soziologischen Forschung auf diesem Gebiet bewegt sich auch in den letzten Jahren zwischen Kritik (bspw. Dellwing/Harbusch 2013; Strand 2011; Horvitz 2002) und Anschlussfähigkeit (bspw. Dellwing 2010; Kilian 2008; Groenemeyer 2008; Richter 2005) an medizinischen bzw. psychotherapeutischen Diskursen. Dabei wird meist die Möglichkeit der Handlungsentlastung soziologischer Grundlagenforschung außer Acht gelassen. Sie ermöglicht etwa durch theoretische Offenheit ätiologische Modelle einzuklammern und »*alltags-* bzw. *lebensweltliche* Phänomene [...] sowie deren Ausdruck in den Sichtweisen [...] der involvierten Akteure« (Breuer 2010, S. 37; Herv. im Original) zu betrachten. Die individuelle Sichtweise auf die Welt wiederum beruht auf Vorerfahrungen, die selbst gemacht

oder die von anderen Menschen übermittelt wurden. Sie schließen sich zu einem verfügbaren Wissensvorrat zusammen, der als Bezugsschema für die eigene Weltauslegung dient (vgl. Schütz 1979). Im Forschungsprozess gilt es, die konstituierenden Strukturprinzipien dieser »Vollzugswirklichkeit« zu beschreiben (vgl. Bergmann 2005, S. 125). Durch den kontrastierenden Vergleich solcher Standpunkte »lassen sich Erkenntnisse über den fokussierten Gegenstand wie auch über die besonderen Strukturcharakteristika und Standpunkte der Auskunft gebenden Untersuchungspartner/innen gewinnen« (Breuer 2010, S. 43). Der möglichen Gefahr einer »Nachvollzugshermeneutik« (Bergmann 2005, S. 125) kann durch eine methodische Befremdung begegnet werden (vgl. Hirschauer 2010, S. 216), um »psychologische Fragestellungen nicht vorschnell unter theoretische Selbstverständlichkeitskategorien wie auch implizite Normalitäts- und Abweichungskonstrukte zu subsumieren« (Schulze 2010, S. 579).

Zugang zu den Erlebniswelten psychisch kranker Menschen (d.h. Menschen, die in ihrer Selbst- oder Fremdbeschreibung psychisch krank sind) bieten lebensgeschichtliche Erzählungen, die im Rahmen offener narrativer Interviews generiert werden. In diesem Artikel wird dabei insbesondere auf die Ausarbeitungen von Fritz Schütze zu autobiografischen Stegreiferzählungen zurückgegriffen (Schütze 1983, 1984, 2001). Autobiographische narrative Interviews erzeugen »Datentexte, welche die Ereignisverstrickungen und die lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtung des Biographieträgers so lückenlos reproduzieren, wie das im Rahmen systematischer sozialwissenschaftlicher Forschung überhaupt möglich ist« (Schütze 1984, S. 285) Diese – vom Erzähler hervorgebrachte – Konstruktionsleistung bildet also keine faktischen Ereignisse ab. Durch die Analyse solcher Stegreiferzählungen lässt sich im Fall von psychisch kranken Menschen etwas darüber erfahren, wie sie ihre Krankheiten in ihrer »Lebensführungsaufmerksamkeit« (Perleberg/Schütze/Heine 2006, S. 99) verorten und welche sozialen und biografischen Prozesse mit dem Erleben der Krankheit verbunden sind. Die sozialen Bedingungsrahmen der Prozesse können sichtbar gemacht werden (vgl. ebd., S. 99ff.). Die Binnenperspektive Betroffener vermittelt, wie sie ihre Krankheit erleben.

Empirische Grundlage

Der Feldzugang erfolgte über die Teilnahme an einem Psychoseseminar (ein trialogisch ausgerichtetes Gesprächsforum, an dem Psychoseerfahrene, Angehörige sowie Professionelle teilnehmen), in dessen Rahmen TeilnehmerInnen für die Studie rekrutiert werden konnten. Insgesamt wurden sechs Einzelinterviews geführt, die jeweilige Dauer lag zwischen drei bis fünf Stunden. Die digitalen Aufnahmen wurden verschriftlicht und in Abschnitte unterteilt, die jeweils eine in sich abgeschlossene Erzähleinheit bilden (eine bestimmte Geschichte, ein Argument o.Ä.). Diese wurden zunächst isoliert, dann im Kontext der Gesamtgeschichte analysiert, interpretiert und miteinander verglichen. Dieser Artikel konzentriert sich im Folgenden auf Daten aus zwei Interviews, anhand derer die Darstellungsstrategien psychisch kranker Menschen exemplarisch aufgezeigt werden können. Transkriptionshinweise finden sich im Anschluss an die Literaturangaben.

Zu Beginn des Interviews wurde das Thema der Studie grob umrissen (es gehe um subjektive Ansichten auf und das subjektive Erleben von psychischen Krankheiten) und dann ein möglichst offener Erzählstimulus gegeben: Die TeilnehmerInnen sollten »einfach mal erzählen« wie das bei ihnen so sei. Die Rekrutierung in einem bestimmten Rahmen sowie die Themenvorgabe setzen hier natürliche Relevanzen. Eine Erzählsituation in der die Krankheit nicht schon zu Beginn relevant ist, kann es demnach nicht geben. Dennoch sollte es den InterviewpartnerInnen so weit wie möglich überlassen werden, ob, wie und zu welchem Zeitpunkt eine Krankheit in der Erzählung relevant gemacht wird.

»Da bin ich ja froh, dass ich nicht normal bin.« – Herr S

Herr S ist Mitte 40, gibt an, er habe eine Beziehung und wohne alleine. Aus ärztlichen Unterlagen geht hervor, dass ihm Ende der 1980er-Jahre eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie diagnostiziert wurde und er daher seit längerer Zeit Frührentner ist. Aufgrund verschiedener akuter Episoden wurde er mehrmals in psychiatrische Kliniken zwangseingewiesen. Er sagt, dass er früher regelmäßig und in großer Menge Cannabis konsumiert habe. Neben vollstationären Behandlungen fanden mehrere teilstationäre Therapien statt. Zum Zeitpunkt des Interviews sei er seit vier Jahren in medikamentöser psychiatrischer Behandlung. Zu seinem Bruder ebenso wie zu seinen Eltern habe er kaum Kontakt. Weitere psy-

chische Erkrankungen in seiner Familie seien ihm nicht bekannt. Das Interview dauerte etwa viereinhalb Stunden.

In seiner Erzählung weist Herr S immer wieder die von seinen Ärzten, aber auch von seinem persönlichen Umfeld (bspw. seinen Eltern) an ihn herangetragene medizinische Krankheitszuschreibung zurück. Die dieser zugrundeliegenden Kategorien »gesund« und »krank« stellt er dabei grundsätzlich in Frage. So distanziert er sich davon, die Ursachen bestimmter Lebensereignisse oder Verhaltensweisen in Bezug zu einer Krankheit zu setzen (und kritisiert genau das an ÄrztInnen, WissenschaftlerInnen u.a.). Dafür findet sich eine Reihe von Erzählstrategien, die im Kontext vor allem zweier Anliegen stehen: Zum einen spricht Herr S den ihn behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen die Qualifikation ab, adäquate Aussagen über ihn treffen zu können. Zum anderen stellt er die von anderen als Krankheitssymptome gedeuteten Verhaltensweisen als positive Bereicherungen seines Lebens dar. Damit wendet er sich womöglich gegen deren Pathologisierung (im Sinne einer Krankheit).

Seine erste Begegnung mit einem Psychiater in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie beschreibt Herr S wie folgt:

Da stand ich mit meinen Eltern um null Uhr rum am Stationszimmer, mit dem Herrn DOC, ohne K. Der hieß so: D. O. C. Sah aus wie'n fuffzehnjähriger Bubi, mit so'm Schlüsselbund. Äh hat dann später immer// der hat da irgendwie bisschen mit angegeben, weil der so kleinwüchsig war und so jung aussah. Musst er sich anscheinend irgendwie profilieren.

Herr S beschreibt hier den Arzt mit einer Reihe von Merkmalen (sein äußeres Erscheinungsbild, sein Auftreten), die ihn als nicht ernstzunehmend erscheinen lassen. Des Weiteren psychologisiert er dessen Verhalten, indem er feststellt, dass der Arzt eine Art Minderwertigkeitskomplex kompensieren müsse. In Herrn S' Darstellung scheint dessen körperliche Unreife einer geistigen Unreife zu entsprechen. Eine weitere Steigerung erhält die Beschreibung dadurch, dass der Name des Arztes karikaturenhaft an seine Profession erinnert. Den Rollenerwartungen, die an ihn als Arzt gestellt werden (bspw. Seriosität, Professionalität), wird er in der Erzählung damit nicht gerecht. Herr S stellt seine ärztliche Autorität in Frage.

An anderer Stelle wendet er eine ähnliche Erzählstrategie auch in Bezug auf eine Behandlungssituation an:

DA hab ich das wirklich alles X-MAL äh selber bearbeitet und meinem damaligen in der Kurklinik Psychiater, der auch noch aussah wie Sigmund Freud, dem hab ich dann irgendwann gesagt, weil der äh// Ich hatte gesehen, wie die das alles aufschreiben, halt auch ja? Da hab dann irgendwann gesagt: »Hier passen se Mal auf« ähm// Weil ich mich nicht anders wehren konnte, ja? Ich hab immer Menschen gesucht, mit denen man zusammen in einem Raum sitzen kann und man nicht miteinander redet, ohne dass das unangenehm wird. ... Und dann ham wir von von Stund an ham wir DAGESESSEN. Ham wirklich so in der Therapie uns gegenüber gesessen und nichts gesagt (lacht). [...] Therapie AD ABSURDUM geführt, ja? Und (lachend) *dann hat er mich* auch da irgendwann zum obersten Leiter//

Wieder führt Herr S den Arzt mit einer scheinbar despektierlichen Beschreibung seines Äußeren ein. Ähnlich wie zuvor erscheint es in seiner Geschichte wie Ironie des Schicksals, dass der Psychiater dem Urvater der Psychoanalyse ähnelt. Der eine heißt wie seine Profession, der andere sieht wie einer deren Gründerväter aus.

Herr S fügt diesmal aber auch konkrete Behandlungserfahrungen an. Die von ihm als unangenehm empfundene Therapie sei mit einem einfachen Kniff »ad absurdum« geführt worden, wodurch er sich seinem Therapeuten interaktiv als überlegen darstellen kann. Das Bedrohliche der Situation scheint sich aus einem so perzipierten Verlust der Kontrolle über das Geschehen zu ergeben. Indem er sprachlich nicht mehr mit ihm kommuniziert, entzieht Herr S dem Psychiater die Grundlage, auf der dieser seine Notizen erstellt. Seiner Darstellung folgend ist er ihm in gewisser Weise überlegen und kann ihn überlisten, sodass dem Arzt nichts anderes übrig bleibt, als Herrn S an den Leiter der Klinik zu verweisen. Damit bekräftigt er indirekt seine eigene Autorität, der die normalen Abläufe der Klinik nicht gewachsen sind. Anders verhält es sich bei dem direkt anschließenden Abschnitt, der in eine weitere Begegnung mit einem Arzt überleitet:

War so'n URALTER quasi Chefarzt da von dieser Kurklinik. Vielleicht war's sogar dieser Doktor H., weiß ich gar nicht. Und DER hat mir dann so richtig eins reingedrückt: Adoleszenzkrise [...] Äh der Psychiater meinte stereotypes Denken, äh lauter so Geschichten wo ich auch nur so// Naja gut (2) kann ich nicht ganz verstehen. Dem einen, wo ich das letztes Mal irgendwo mir das jemand vorgeworfen hat, heißt ja ich differenzier sogar ZU sehr, ZU ausufernd und komm deswegen (lachend) *manchmal* gar nicht zum ... eindeutigen Ergebnis. Was wiederum meine ähm, assoziativ, was wiederum meine Freundin auch sehr stört.

Der Hinweis darauf, dass es sich um den »obersten Leiter« der Klinik handelt, weist im Zusammenhang damit, dass dieser ihm »richtig eins reingedrückt [hat]« auf eine Eskalation hin. Herr S scheint hier einem anderen (mächtigeren) Gegner gegenüberzustehen. Nachdem er den Arzt zuvor habe auflaufen lassen, verweist der ihn an die oberste Stelle, die er nun nicht in situ auskontert. Dieser Psychiater kann ihm »richtig eins rein[drücken]«, ohne dass Herr S die Arzt-Patienten-Interaktion ins Lächerliche zieht. Während die übersteigerte Betonung des Alters abwertend erscheint (die Tatsache könnte auch als Argument für dessen hohe Kompetenz dienen, die er über lange Jahre hinweg erworben hat), wirkt diese Erzählpassage so, als nehme Herr S die Aussagen des Arztes ernst, da er sich ihnen inhaltlich argumentierend entgegenstellt. Die Diagnose erscheint ihm im Kontext seiner eigenen Lebenserfahrung unglaubwürdig. Was ihm der Arzt unterstellt (»stereotypes Denken«) könne deshalb nicht richtig sein, da ihn seine Lebenserfahrung etwas anderes gelehrt hat (nämlich, dass er sogar zu sehr ausufernd). Zudem werde diese Auffassung von signifikanten Anderen geteilt (seine Freundin störe es auch).

Die Vermutung liegt nahe, dass Herr S auch aufgrund der Tatsache, dass er nun gewissermaßen mit der höchsten Instanz zu tun hat, deren Autorität nicht so einfach aushebeln kann, wie dies zuvor der Fall gewesen ist. Während er hier also den medizinischen Diskurs an seiner reflektierten Selbstwahrnehmung scheitern lässt, begibt er sich in der folgenden Schilderung in den Diskurs hinein und schlägt die Fachleute sozusagen mit ihren eigenen Mitteln:

Bei der Kinder- und Jugendpsychiaterin, wo ich als allererstes gelandet war, nach so ner leichten Odyssee, mit der// Da hab ich dann in der Schulbibliothek die ganzen Bücher ausgeliehen. [...] Ja jedenfalls äh da hab ich mir dann den ganzen Scheiß dann angelesen auch die ganze Fachterminologie und hab dann angefangen, da war ich so achtzehn, neunzehn, hab dann mit der Kinder- und Jugendpsychiaterin (lachend) *angefangen zu diskutieren*. [...] Also lauter solche Sachen diskutiert, so auch grundlegende einfach. GAR NICHT über, über MICH eigentlich an Therapie. Und da hat die irgendwann gemeint, »Das wissen se ja besser als ich.«

In seiner Schilderung erlangt Herr S als junger Erwachsener im Selbststudium einen Wissensstand, der es ihm ermöglicht, Expertendiskussionen mit seiner Therapeutin zu führen. Dabei habe er deren Bildungsstand sogar in einem Maß übertroffen, dass sie schlussendlich zugeben muss, dass er besser Bescheid weiß als sie. Das Lachen weist darauf hin, dass ihm dies – zumindest im Rückblick – absurd erscheint. Es gibt hier zwei Lesarten, die man entsprechend formulieren kann: »Ich war erst 18 und konnte schon mit meiner Psychiaterin diskutieren« oder »Meine Psychiaterin hat mit mir diskutiert, obwohl ich erst 18 war«. Ersteres dient weniger der Verspottung der Ärztin als dazu, sich mit seinem eigenen Können zu brüsten. Die Ärztin erscheint in dem Fall nicht als per se inkompetent, dann wäre sie als Vergleich auch nicht geeignet. Um sich als besonders stark zu erweisen, nützt ihm der Vergleich mit einer offensichtlich Schwächeren nicht. Vielmehr stünde Herr S als hochbegabt da. Die zweite Lesart dagegen würde die Ärztin verhöhnen, da sie sich von einer ihr fachlich eigentlich unterlegenen Person überrunden lässt. Beide Lesarten erscheinen an dieser Stelle, aber auch im Kontext der Gesamterzählung sinnvoll.

In Herrn S' Darstellung verliert die Ärztin in dieser Konstellation den Zweck der Therapie aus den Augen. Nicht er ist jetzt Mittelpunkt der Sitzungen, sondern die fachliche Auseinandersetzung zweier Experten. Die Betonung, dass es während der Treffen letztendlich gar nicht mehr um ihn ging, zeigt, dass Herr S eine Vorstellung davon hat, was in einer Therapie eigentlich stattfinden sollte: nämlich die Thematisierung seiner Person als Patient. Diese Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis ficht er jedoch auf unterschiedliche Art und Weise immer wieder an.

Im Folgenden begibt sich Herr S auf eine abstraktere Ebene und verhandelt die grundsätzliche Gültigkeit der Kategorien gesund und krank. Dabei finden sich wiederholt ambivalente Darstellungen:

Das is auch so'n Ding mit meiner Krankheitseinsicht. Mal isse da, mal nicht, ja? Manchmal seh ich's als Krankheit und manchmal halt nicht. Also des kann auch beides gleichzeitig sein, wo ich's dann nochmal ganz anders seh. Hab manchmal aber keine Worte für. Deshalb benutz ich manchmal den Krankheitsbegriff und die Fachausdrücke, weil da einfach manchmal etwas schneller klar is, worum's ungefähr geht. Ja? Man muss nich immer das Rad neu erfinden.

Hier tritt ein sprachpragmatischer Aspekt in den Vordergrund. Wenn Herr S »es« als Krankheit ansieht, ist die Fachsprache für ihn vermutlich passend. In Situationen, in denen er einen anderen Standpunkt einnimmt, gibt es scheinbar kein angemessenes Vokabular. Dabei sind zwei Sichtweisen mit ihren spezifischen sprachlichen Implikationen zu unterscheiden. Zum Ersten die der totalen Gegenposition. Diese lässt es zu, in Abgrenzung zum Krankheitsbegriff und durch nichtpathologische Umschreibungen eine Deutungsalternative auszudrücken. Zweitens eine Sichtweise, die zwischen diesen beiden Polen liegt und deshalb weder durch Negierung noch durch Alternativumschreibungen klar umrissen werden kann. Durch den Rückgriff auf das psychiatrische Fachvokabular und geteiltes Alltagswissen kann Herr S in diesen Interaktionen mit anderen eine gemeinsame Sinngrundlage schaffen, ohne selbst die zugrundeliegenden Deutungen zu übernehmen.

An anderer Stelle differenziert Herr S in ähnlicher Weise zwischen drei einnehmbaren Positionen, weicht jedoch in einem wesentlichen Punkt von der vorherigen ab:

Ich muss dazu sagen, dass ich zum Teil, ich leugne es zwar manchmal oder schränk's ein oder äh ARGUMENTIERE sogar auch damit, also auch's Gegenteil. Aber der Krankheitsbegriff, was die unter Schizophrenie verstehen, muss ich sagen, dafür haben die Ärzte und die Psychiatrie haben dafür elf JAHRE gebraucht mir das äh// Elf Jahre hab ich mich dagegen gewehrt,

diese Krankheitseinsicht. Und die nehm ich auch immer mal wieder'n Stück zurück.

Während er zuvor zwischen vorhandener und nicht vorhandener Krankheitseinsicht sowie Mischformen differenziert, zählt er hier Einsicht, Leugnung sowie Einschränkungen auf. Während eine nicht vorhandene Krankheitseinsicht nicht auf motivationale Aspekte verweist (sie ist schlicht nicht da), handelt es sich bei der Leugnung einer Tatsache um etwas, das wider besseres Wissen geschieht. Das heißt, er wüsste also um seine Krankheit, streitet es aber dennoch ab. Herr S stellt sich in diesem Abschnitt scheinbar ein Stück weit selbst in Frage. Nachdem er Ärzte und wissenschaftliche Forschung im Vorfeld hinreichend problematisiert und disqualifiziert hat, kann er das vor diesem Hintergrund auch machen, ohne dadurch die Integrität seiner Darstellung zu gefährden.

Im folgenden Abschnitt findet sich eine weitere Art der Umdeutung. Dabei geht es nicht um Begrifflichkeiten, sondern um die Verhandlung dessen, was als deviant zu fassen ist. Überspitzt formuliert vollzieht Herr S eine Umkehr der Devianzzuschreibung. Dabei pathologisiert er das Verhalten der – ihm gegenüber medizinisch gesehen gesunden – Menschen jedoch nicht explizit:

Also Fettnäpfchen hab ich in meinem Leben auch keine ausgelassen, ja? Oder es ist sehr einfach, Leuten auf die Füße zu treten, ohne's zu merken halt. (lacht) Das geht ganz schnell, ja? Muss man nur mal sagen, was man denkt. Und das (laut) *das* ist auch so'n Wesen der Psychotiker, dass die meistens äh zu ehrlich sind, ja? Das is dann da wo andere Leute nicht unbedingt, ich (laut) *will noch nicht mal* sagen heucheln, lügen, Opportunismus, gar nicht unbedingt. Das sind so Umgangs/ äh Sachen, die einfach den Umgang miteinander erleichtern, oder dass man über manche Dinge einfach äh hinwegkuckt. [...] Und das ist auch so n Ding, das steht auch in dem, der einen Liste mit dem ‚Was ist eine Psychose?‘ Erhöhte Ehrlichkeit. Und dann so// [...] DAS kann äh, schwierig werden, ja? So wenn man den Leuten sagt was, was man denkt oder so wie's is halt, ja?

Herr S' Erklärung dafür, dass er anderen auf die Füße tritt, ist mehrschichtig: Er sage, was er denke und er stellt dies wiederum als einen Wesenszug »der Psycho-

tiker« an sich dar. Einerseits pathologisiert er damit sein Verhalten, indem er es mit Bezug auf eine Krankheit erklärt. Er verwendet jedoch keinen medizinischen Begriff für das Verhalten selbst (»auf die Füße [...] treten«, »zu ehrlich [sein]«), wodurch er es unmittelbar danach wieder normalisiert. Vor dem Hintergrund einer interaktionslogischen Erkennungsthese lässt sich dieser Abschnitt wie folgt lesen: Wenn Herr S Psychotiker ist, wird er von anderen als solcher an Verhaltensweisen erkannt, die er für sich selbst allerdings nicht als Krankheitssymptom ansehen würde. Als Psychotiker macht er gewisse Pathologien der Gesellschaft nicht mit, die von anderen Menschen mitgetragen werden. In dem Fall wären eigentlich die anderen deviant, da sie diejenigen sind, die heucheln und lügen. Herr S kann scheinbar erkennen, dass dieses System für andere funktioniert und Psychotiker dadurch auffallen, dass sie genau das nicht mitmachen. In seiner Darstellung kehrt sich die Devianzzuschreibung somit ins Gegenteil: Psychotische Menschen werden aufgrund eines eigentlich normalen bzw. »richtigen« Verhaltens (»ehrlich [sein]«) als deviant angesehen. Problematisch wird das wiederum erst im zwischenmenschlichen Umgang, der auf der gewissermaßen komplementären Norm beruht. In dieser Kontrastierung erscheint das eigene Handeln als die positivere von zwei Handlungsalternativen. Eine noch deutlichere Herausstellung der positiven Aspekte seiner Krankheit findet sich in folgendem Abschnitt:

Also so Psychosedinger. Aber die sind echt//. Das is das warum ich sage, is ne BEREICHERUNG meines Lebens, ja? [...] Das is (lachend) *ich find das einfach nur geil, ja?* Das is einfach was ich// Wenn ich das alles nicht erlebt hätte, ich wär// OH GOTT ey. Oder wie mein Bruder: berufliche Karriere, Familie, Job. LASS gut sein. Bleib mir weg mit (lachend) *sowas, ja?* Das is der biologische Sinn des Lebens. (lachend) *Mit dem hab ich echt keine Verträge, ja?* Diese// Was die Gesellschaft für NORMAL hält, da muss ich nur sagen, mittlerweile sagen, von wegen da bin ich ja froh, dass ich nicht normal bin. [...] Ich will's ja nicht mal als VORWURF// Weil die KÖNNEN'S gar nicht anders, wahrscheinlich viele.

Als »Psychosedinger« bezeichnet Herr S bestimmte Situationen, die er während akuter Krankheitsschübe erlebt hat (während des Interviews stellt Herr S verschiedene solcher Episoden ausführlich dar). Retrospektiv bezeichnet er diese Erleb-

nisse als positive Bereicherungen seines Lebens. Der Abschnitt ist geprägt von überdurchschnittlich vielen Lachern, die vermutlich dem Unterhaltungswert der Geschichten geschuldet sind. Es unterstreicht zudem seine scheinbar positive Bewertung der Erlebnisse, was im Hinblick auf den vorgenommenen Vergleich mit dem »normal[en]« Leben auch Sinn ergibt.

Diese Darstellungsform erlaubt es Herrn S, sich von gesellschaftlichen Erwartungen zu entfernen, ohne eine gemeinsame Sinngrundlage zu verlieren. Er schafft sich dadurch einen eigenen Bezugsrahmen, innerhalb dessen seine Biografie »vernünftig« rationalisiert werden kann. Wäre ein fester Arbeitsplatz integraler Bestandteil seines biografischen Entwurfs, würde er an dem Punkt immer wieder scheitern. Dem kann er entgegenwirken, indem er sich von der Notwendigkeit diese Dinge zu verwirklichen, distanziert, da sie in seinen Augen gar nicht erstrebenswert sind. Während seine Ärzte attestieren, dass er nicht kann (chronische Krankheit), erwidert er, dass er es gar nicht möchte. In der Darstellung seines persönlichen Lebensentwurfes ist es sogar besser, wenn er weder Arbeit noch Familie hat. Von solchen Zwängen befreit, habe er die Möglichkeit, Erfahrungen zu machen, die anderen Menschen verschlossen blieben.

Diese Darstellungsweise wird verschiedentlich noch gesteigert. So beschreibt Herr S beispielsweise im folgenden Abschnitt die Erfahrungen, die er im Zusammenhang mit seiner Schizophrenie gemacht hat, auch als Merkmal eines Entwicklungsvorsprungs:

Was auch in der Therapie, glaub ich, sehr wichtig is, dass man dadurch, dass man seine Emotionen und das unterbewusste Sein hoch holt, bearbeitet, strukturiert, entweder äußert oder zumindest strukturiert hat und das Ganze wieder zurücksinkt und diesen Vorgang halt x-Mal. Und das würde ich dann nennen is Verarbeitung. Ne? [...] Is'n extrem langes Unterfangen, aber der Prozess des Lebens ist ja auch offen. Und das ist so einer der Prozesse, die ja aber auch mit am wichtigsten sind. Also da, die Selbstreflexion und wo ich immer nicht weiß, ob die Mehrheit der Bevölkerung da dazu überhaupt fähig ist, äh Selbstreflexion zu betreiben, (leise) *über sich nachzudenken*. ... Oder überhaupt irgend/ zu irgendwelchen Einsichten zu kommen, außer äh (leise) *dem abendlichen Essen oder fern zu kucken*.

Er verweist hier abermals auf einen stereotypen Lebensentwurf des Normalen: Während andere abends vor dem Fernseher säßen oder sich mit dem Essen befassten, könne er über sich und sein Leben reflektieren (was er auch im Zuge seiner Therapien gelernt habe). Vermutlich auch deshalb, weil er in seinen Augen im Gegensatz zu anderen etwas hat, über das er nachdenken kann. Mit Blick auf seine über 20 Jahre andauernde Patientenkarriere ließe sich schlussfolgern, dass Herr S sich denen, die seine oder ähnliche Erfahrungen nicht gemacht haben, weit voraus fühlt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Herr S über seine gesamte Erzählung hinweg in gewisser Weise den Determinismus seiner Diagnose (chronische Schizophrenie) übernimmt, ohne jedoch deren Pathologisierung anzuerkennen. Er sei schon immer so wie er ist und werde es vermutlich auch immer sein. Krankhaft erscheine dies nur aus medizinischer Perspektive bzw. in Bezug auf die vorherrschenden gesellschaftlichen Normen. Dass diese für andere funktionieren, weiß er scheinbar ebenso, wie dass er im zwischenmenschlichen Umgang aneckt. Dies führt jedoch nicht dazu, dass er diese Normen auch anerkennt. Die Distanzierung von der Krankheitszuschreibung erfolgt somit auf doppelte Weise: Zum einen wird die Krankheitszuschreibung relativiert, da sie nur aus einem bestimmten, den allgemeinen Normen entsprechenden Blickwinkel erfolgen kann. Sie besteht dann nicht mehr, wenn man – wie er – den Bezugsrahmen ändert. Hinzu kommt, dass die Legitimität der Normen selbst infrage gestellt wird, da diese per se nicht erstrebenswert seien.

»Behindert ist man nicht, behindert wird man gemacht.« – Frau M

Frau M ist Anfang 40, wohnt nach eigenen Angaben alleine und hat keine feste Arbeitsstelle. Ihre alleinerziehende Mutter sei aufgrund einer Schizophrenie in eine Psychiatrie eingewiesen worden, als sie selbst fünf Jahre alt war. Zusammen mit ihren beiden Geschwistern sei Frau M daraufhin in ein Kinderheim gekommen, in dem sie bis zur Volljährigkeit geblieben sei. Ab ca. ihrem 15. Lebensjahr sei sie – aufgrund mehrerer »angeblicher« Selbstmordversuche – mehrmals in Psychiatrien eingewiesen worden. Zum Zeitpunkt des Interviews habe sie zwei Rechtsverfahren angestrengt: Eines richte sich gegen ihren früheren Psychiater, das andere stelle eine Verfassungsklage dar, die die Grundlage für ersteres schaffen solle. Frau M klage wegen einer zwangsweise vollzogenen Fehlbehandlung (sie

bezeichnet es als »Missbrauch«, erklärt aber, dass kein sexueller Missbrauch stattfand). Als Krankheitsbilder gibt sie selbst Kauf- und Esssucht an, sowie Posttraumatische Belastungsstörung, Borderline-Störung und Depression. Das Interview dauerte etwa drei Stunden.

Gleich zu Beginn rahmt Frau M ihre nun folgende Erzählung:

Ich möchte gerne halt meine Kritik und meine Ansichten, also dass die halt verbreitet werden. [...]. Weißte? Wie die, wie die Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt werden oder unter// Und was, was alles äh schief laufen kann. [...] Dass, dass man sich auch damit mehr befasst und dass es nicht// (2) Hab ich das zu dir gesagt oder zu jemand anderem? Dass es nicht diese Einteilung, das hab ich glaub ich zu jemand anderem gesagt, Teilung gibt von den Hilfsbedürftigen und den Helfern. Weil ich als Betro// als Hilfsbedürftige heißt nicht, dass ich jetzt äh ... also ... keine Selbstbestimmung mehr habe und dass ich nicht mehr entscheiden darf, wie ich wie ich jetzt es bekommen möchte. Und dass man auch bei den Helfern, dass man auch den Helfern auf die Finger kucken muss. Wie helfen die denn?

Frau Ms Lebensgeschichte ist vor dem Hintergrund einer gesellschaftspolitischen Agenda zu verstehen. Dies ist auch eines der beiden Hauptthemen ihrer Erzählung: Welche Folgen eine fehlgeleitete Behandlung für die Betroffenen haben kann. Das andere ist der Verlust der Selbstbestimmung durch Helferfiguren. Durch die Verwendung von Begriffen, die nicht »krank« oder »gesund« sind, macht Frau M zwei Dinge deutlich: Zum einen, dass sie selbst in ihrer Darstellung nicht krank, sondern hilfsbedürftig ist (anders als »die Menschen mit psychischen Erkrankungen«). Zum anderen verweist der implizite Vorwurf gegenüber »den Helfern« darauf, dass er sich nicht nur auf ein Arzt-Patienten-Verhältnis bezieht, sondern auch auf ErzieherInnen, Vormunde, Familie usw. Deutlich wird dies aber erst im Kontext der gesamten Erzählung. In Frau Ms Darstellung wird sie durch die Trennung von ihrer Mutter traumatisiert, was von den Erzieherinnen im Heim nicht erkannt wird. Aufgrund dieser Verkenntung bekomme sie keine Hilfe im Umgang mit ihrem Trauma. Dies wiederum führt ihr zufolge dazu, dass sich Verhaltensauffälligkeiten bei ihr entwickeln. Anstatt ihr zu helfen, würden diese von den Erzieherinnen jedoch bestraft. Frau M stellt dies als den

Beginn eines Kreislaufs dar, in dem sich immer neue Probleme und Störungen entwickeln, die vorausgegangenen verkannt werden und ihr nicht adäquat geholfen wird. Dieser Kreislauf eskaliert, als Frau M das erste Mal wegen eines »angeblichen« Selbstmordversuchs in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen wird. Aus demselben Grund folgen in kürzerer Zeit zwei weitere stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie. Jedes Mal weist Frau M eine suizidale Absicht von sich.

Im Laufe der Geschichte berichtet Frau M immer wieder von Situationen, in denen sie Zwängen ausgesetzt sei. Anfangs sind es die Regeln im Heim, später sind es aufgezwungene Behandlungen. In ihrem Leben gibt es zudem eine Reihe von BetreuerInnen, TherapeutInnen usw., also Personen, die ihr gegenüber auf eine gewisse Art weisungsbefugt sind. Die folgenden Interviewausschnitte setzen zu dem Zeitpunkt ihrer Erzählung ein, als Frau M etwa fünfzehn Jahre alt ist:

Ja und dann hatt ich halt die Befürchtung, dass ich noch dicker werd. Aber damals war ich noch gar nicht dick. [...] Und als Lösung meines Problems hab ich gedacht, ich müsste Appetithemmer nehmen. Und ähm da ging's auch wieder darum, dass Schwester H. das gesehen hat und hat gesagt, »das geht aber nicht, das nehm ich dir weg.« [...] Und dann war ich auch so blöd// ich mein ich hätt sie ja auch auf'n Müll werfen können, aber aus Trotz hab ich eben alle Tabletten genommen und alle auf einmal geschluckt. [...] Ja ich fing dann schon echt an, weil ich in solchen Zuständen aufgewachsen bin, schon'n bisschen an, ich fing schon an'n bisschen an nicht mehr normal zu sein. Weil für mich warn diese Zustände da nicht normal da. Nur damit die, wenn die sagen können, »gib die Tabletten her, ich sagen kann, »ja, ich kann die Tabletten gar nicht dir geben, weil ich hab die alle geschluckt.« [...] Aber das war auch wieder so'n, ham die so reagiert, dass ich mich erschrocken hab, ja? So nach dem Motto (Entrüstung nachahmend): »*Was hast du gemacht?*« Und so »*Wie konntest du nur?*« Und da hab richtig, da hab ich's richtig mit der Angst zu tun bekommen.

Retrospektiv betrachtet findet Frau M ihr Verhalten in diesem Abschnitt scheinbar selbst nicht normal. Sie rechtfertigt es durch die Einwirkung externer Ursachen: Die Zustände seien in einem solchen Maß nicht normal gewesen, dass

sie schon auf sie abgefärbt hätten. Während die Erzieherinnen ihre Handlung offenbar als Selbstmordversuch werten und sie in eine Psychiatrie einweisen, distanzieren sie sich hier auf zwei Ebenen von dieser Einschätzung. Zum einen sei es eine Trotzreaktion, um der Schwester eins auszuwischen und kein Suizidversuch. Frau M sieht aber ein, dass ihre Handlung problematisch ist und weist so implizit darauf hin, dass sie missverstanden werden könnte. Auch auf dieser Ebene distanzieren sie sich. Nimmt man die Sichtweise der anderen als zutreffend an (sie wollte sich umbringen), dann sei dieses »unnormale« Verhalten auf die äußeren Umstände zurückzuführen.

Die Situation stellt einen Wendepunkt in ihrer Erzählung dar. Frau M wird nun endlich bemerkt und ihre Helfer reagieren auf sie. Das heißt, es könnte eine Änderung eintreten (zuvor gab es diese nicht, weil nicht bemerkt wurde, dass sie Probleme habe). Warum ihre Geschichte keine Wendung erfährt, erklärt sie dadurch, dass die Helfer falsch reagieren. In ihrer Darstellung wird sie wieder einmal verkannt, was Folgen für sie hat. Die Reaktion der Erzieher erschreckt Frau M so sehr, dass sie Angst bekommt. Sie wird in eine Klinik geschickt und anschließend in die Psychiatrie.

Also ich kam in dieses Kinder/, ich kam in die Kinderklinik in G., da wurde mir der Magen ausgepumpt ... Und ähm am nächsten Morgen (4) also warn mehrere Leute um mich. Und da war eine Krankenschwester, die war so der Prototyp von Frau wie ich mir den gewünscht hätte, zu dem ich gern Kontakt haben wollte. Ja? So herzlich, so lieb. [...] Und dann (seufzt) ... war da auch ... noch'n anderer Mann und der hat dieses Gesp// [...]. Das war der K/ Kinderarzt. Und ich wollte gar nicht mit dem reden, der hat sich praktisch in dieses Gespräch eingemischt und ... und das äh und auf ihn gelenkt. Ich wollt aber mit dieser Frau reden. [...] Und dann hat er gesagt, ja, der bietet mir ne Therapie an. Und dann gar nicht gefragt, ob ich das (entrüstet) *überhaupt will*. Und ich wollte eigentlich auch gar nicht [...] was ich halt da schildern wollte is ... der hat mir Therapie angeboten aber es gar kein Thera/ kein Angebot, sondern er hat mich genötigt.

In der Kinderklinik schildert Frau M zunächst eine positive Helfererfahrung. Dies wird von einem Arzt durchbrochen, der die weitere Behandlung übernimmt.

Ihre ablehnende Haltung dem Arzt gegenüber beruht auf zwei Gründen: Zum einen sehe er nicht, dass sie bereits die Hilfe bekommt, die sie ihrer Vorstellung nach braucht. Zum anderen verwehre er ihr diese, indem er sie zu einer Behandlung zwingt, die sie ablehnt. Es ist der Arzt (Dr. G.), den sie heute verklagt. Dies ist weiterer potenzieller Wendepunkt, an dem die Chance bestanden hätte, dass ihr adäquat geholfen wird, was aber nicht zustande kommt. Frau Ms Erzählung ist geprägt von einem Wechselspiel zwischen »sie macht die Zustände krank« und »die Zustände machen sie krank«. Um erzählen zu können, dass sie von außen krank gemacht wurde, muss sie diese äußeren Faktoren auch als krank machende behandeln. Des Weiteren muss sie, wenn sich ihre Umstände wie hier ändern, rechtfertigen, warum die neuen Umstände sie weiterhin krank machen. Frau M hält diese Darstellung während der gesamten Erzählung aufrecht:

Und dann, als es kurz bevor ich entlassen werden sollte, (2) also da, das war auch als ich in dieser Kinder- Jugendpsychiatrie war ... war ich's erste Mal ne längere Zeit ... außer jetzt von meiner Mutter, weg von diesem Kinderheim und hab gesagt, »ich will da eigentlich nicht mehr hin«. Das war auch als ich meinen Vormund gefragt hab oder gesagt hab, »ich will zu ner Pflegefamilie« und der hat gesagt, »das geht nicht«. Und ich// In dem Moment wollt ich auch nicht mehr wieder in dieses Kinderheim ... Und ich hab das nicht gelernt, sowas auszudrücken. Doch ich hab mich noch ausgedrückt aber ... ich wurd ja nicht gehört. Deswegen, als Hilferuf, hab ich Tabletten genommen. Ähm, ich durfte extern zur Schule gehen, hab mir äh Schlaftabletten besorgt und hab ganz viele genommen [...] Letzten Endes ähm musst ich dann doch wieder ins Kinderheim. Und das war dann ... und die Schwester H. hat mir das schön gemacht. [...] Und das ist// Im ersten Moment war's auch ganz schön, aber dadurch ham sich meine Probleme nicht gelöst. Es wurd halt immer schlimmer.

Den Aufenthalt in der Psychiatrie beschreibt Frau M auch als ein Herauskommen aus dem Heim, in das sie nicht mehr zurückkehren wollte. Als die Aufnahme in eine Pflegefamilie scheitert, eskaliert die Situation: Frau M erzählt, dass sie sich Gehör verschaffen wollte, indem sie eine Überdosis Schlaftabletten nahm. In ihrer Geschichte ist es also auch diesmal kein Selbstmordversuch. Die Darstellung als

Hilferuf zeigt jedoch an, dass er als echt bzw. real wirken sollte, damit die Helfer endlich auf ihr Leid aufmerksam werden. Sie schafft es nun scheinbar auch, positive Aufmerksamkeit zu bekommen. Dennoch sei es »immer schlimmer« geworden. Es folgen zwei weitere Selbstmordversuche und jeweils daran anschließende Psychiatrieaufenthalte, während denen sie wieder Dr. G. begegnet.

Und das Einzige, was ich von dem wollte war, dass er sich von mir fernhält. Und dieses Recht, was ich dachte, dass das'n Recht wäre, wurde mir verwehrt und der ganze Psychiatrieaufenthalt hat sich um den gedreht ... dass ich, um diesen Kampf gedreht. Um meine persönlichen Grenzen und ich hab diesen Kampf verloren, weil bei Dr. G. gilt das Motto: Therapie um jeden Preis und wenn der Wille dabei gebrochen wird. [...] Also das hat das nochmal getoppt. Alles was ich vorher erlebt habe, Trennung von meiner Mutter [...] Kinderheim, diese ganze Scheiße, (weinend) *das hat das echt getoppt*. [...] Ich hab schon einiges mitgemacht, was nicht so toll war und's hat auch nicht ähm dazu geführt, dass ich// ... Ich hab seelische Störungen daraus entwickelt, aber es war jetzt nicht so, dass das total zerstörerisch war. [...] und da war, nach diesen fünf Monaten bei ihm, das war zuviel. (weint) (5) Ja und das is halt für mich, das is halt ... wo ich halt ... darum ringe ... dafür kämpfen will, dass es anerkannt wird, dass das, was dieser Mann gemacht hat ... (seufzt) (2) mit Behandlung nichts zu tun hatte. [...] Von mir war einfach gefordert, dass ich rede und mich verhalte, wie das halt von Dr. G. gewünscht ist. Und wenn man das'n paar Monate mitmacht, dann wird man echt// Da is man echt am Rande, verrückt zu werden. Für mich isses'n Wunder, dass ich nicht verrückt bin. [...] Normalerweise is ne Therapie dass man ne Vertrauensperson hat und ähm ... die Möglichkeit hat über das zu reden, was einen belastet. [...] Wirklich, dass der so blöd is und wirklich denkt, dass ich ihm irgendwas erzählen würde, was wirklich mich belastet, ja? Ich hab dem irgendwas erzählt, Hauptsache der Mann is zufriedengestellt. Weil das hat er mir ja so beigebracht. Das geht ja nur um ihn.

In ihrer Darstellung überschreitet die Therapie bei Frau M eine persönliche Grenze, von der sie ausgeht, dass sie rechtlich geschützt sei. Ihre Ablehnung der Behandlung ist vermutlich darin begründet, dass der Arzt sie wie eine psychisch

Kranke behandelt, als die sie sich selbst nicht sieht. Sie differenziert in ihrer Erzählung immer wieder zwischen angeborenen (z.B. die Schizophrenie ihrer Mutter) und erworbenen Krankheiten (extern verursachte Störungen). In diesem Sinne würde auch die Ursachenforschung unterschiedlich ausfallen. Die Erzählung legt nahe, dass der Arzt nicht ihren eigenen Begründungen folgt, nämlich die Ursachen für Frau Ms Probleme in ihrem Sinne extern zu verorten. Stattdessen beschreibt sie, dass er in ihrem Innersten nach deren Gründen sucht (an anderer Stelle bezeichnet sie ihn denn auch als Parasiten und Eindringling). Da es in ihrem Selbstbild einen Kern zu geben scheint, der nicht von Krankheit betroffen ist, hat er in ihren Augen auch kein Recht dazu, dort als Arzt einzudringen. Der Missbrauch, den Frau M in der Therapie sieht, ist also das rechtswidrige Eindringen in diesen Bereich. Dieser erfolgt scheinbar dadurch, dass er sie in medizinische Kategorien einordnet, in die sie in ihrer Vorstellung nicht passt. Frau M beschreibt ihn als »Fachidioten«, der bloß schematisch vorgeht. Die Komplexität ihres Falles sehe er dabei nicht. Die so verstandene Position des Arztes widerspricht ihrer eigenen Darstellung auf doppelte Weise: Entweder ist sie krank und ihre Probleme bestehen aufgrund der Krankheit (dann ist sie zwar nicht für sie verantwortlich, wird aber als Kranke identifiziert) oder sie ist nicht krank, dann aber ist sie selbst für ihr Verhalten verantwortlich. Genau diese Sichtweisen weist Frau M mit ihrer Verkennungsgeschichte zurück.

Frau M hat offenbar eine bestimmte Vorstellung davon, was in einer Therapie passieren sollte. Diese beinhaltet ein erhebliches Maß an Selbstbestimmung des Patienten. Bei Dr. G. sieht sie diese Möglichkeit nicht, er zwingt ihr eine Therapie auf. Diese sabotiert sie mit ihrer Teilnahmeverweigerung. Insofern könnte sie (denkt man ihren Gedankengang konsequent zu Ende) eigentlich gar nicht korrekt behandelt werden, da sie dem Arzt die notwendigen Informationen verweigert. Die Therapie muss scheitern. Der Boykott wird in ihrer Geschichte wieder extern begründet: Frau M verweigere sich dem Arzt deshalb, weil der es ihr genauso beigebracht habe:

Aber weißte, das Posttraumatische Belastungsstörung ist eigentlich das Hauptding. Also praktisch die Erfahrungen, die man macht, die man nicht verarbeiten kann führn dann zu ner Persönlichkeitsstörung und zu ner Angststörung und dann// Und Essucht ist ja eigentlich nur so auch so ne

... Begleiterscheinung. Dass dann halt// Wie halt Esssucht und Kaufsucht, weißte? Das, das wirkt sich aus auf alle Bereiche. Das Hauptding, was das Belastende ist, erstmal diese ganzen Erlebnisse. Und was das halt mit mir gemacht hat. [...] Was es halt über einen auch aussagt. Wenn man so behandelt werden durfte, fühlt man sich wie der letzte Dreck. Und wenn man sich wie der letzte Dreck fühlt und sich auch so verhält, weißte so? Also entwickelt dann so ne Eigendynamik. Ich hab auch so ne Opferidentität. Also hab wirklich keine richtig gesunde Identität, ich hab eher so ne Opferidentität. Aber nicht auf die Weise wie andere »mir geht's so schlecht und so.« Ich nutz das ja nicht aus. Ich hab auch keine besonderen Vorteile davon. Also s gibt ja Leute ... die (seufzt) damit andere Leute erpressen können so. [...] Also ich// Nur weil ich geweint hab und gesagt hab »ich will nicht« und »er soll mir weg/, fernbleiben«. Dadurch habe ich gelernt, wenn ich weine, ändere ich die Situation nicht. Das interessiert die Leute nicht, was ich denke und fühle. (2) Und deswegen steh ich auch im Clinch mit meinen eigenen Gefühlen. Dieser Selbstannahmeprozess is halt voll schwer.

Frau M gibt hier noch einmal eine Kausalerklärung dafür, wie sich bei ihr all diese Störungen entwickeln konnten und letztlich in einer Persönlichkeitsstörung resultieren. Diese wirke sich (in Form von Begleiterscheinungen) auf »alle Bereiche« aus, so zum Beispiel im Ess- oder Kaufverhalten. Das eigentlich Belastende seien nun aber nicht nur ihre Erlebnisse, sondern auch die Art, wie sie behandelt wurde bzw. behandelt werden durfte. Ein wesentlicher Punkt in ihrer Erzählung ist der, dass das Verhalten der HelferInnen (ErzieherInnen, ÄrztInnen usw.) scheinbar legitimiert war. Recht und Gesetz sieht Frau M auf Seiten der HelferInnen. Eine erste Klage wegen Missbrauch gegen ihren Arzt wurde abgewiesen. Ein Richter begründet das vermutlich damit, dass sie im Sinne der Institution krank und die Therapie begründet gewesen sei.

Im justitiellen Kontext ist auch die Erklärung ihrer Opferidentität zu sehen. In Frau Ms Darstellung entwickelt sie sich als Folge einer Eigendynamik, die sich aus ihren Erfahrungen und deren Verknüpfung ergibt. Es sind also wieder externe Ursachen, die auf sie einwirken. Damit weist sie einen implizierten Vorwurf zurück: Dass sie sich bloß als Opfer stilisiere, um sich einen Vorteil zu verschaffen. Frau M stellt dagegen dar, dass ihre Opferidentität deshalb bestehe, weil sie ein

Opfer sei, sie wurde dazu gemacht. Sie verknüpft dies mit der als Zwang empfundenen Behandlung durch ihren Arzt. Vermutlich rechtfertigt sie an dieser Stelle ihre Klage, da sich die perzipierte Verkenning ihrer Situation auch innerhalb des Rechtssystems wiederholt. Mehrere Klagen wurden bereits abgewiesen, wahrscheinlich, da die Begründungen, die sie vorbringt, keine Rechtsverstöße darstellen. Sie wird als Opfer nicht anerkannt. Dass sie sich das alles nicht ausdenkt, begründet sie damit, dass sie es gar nicht könne. Nicht, weil es moralisch verwerflich wäre, sondern weil sie es anders gelernt habe.

Ihrer Darstellung zufolge erfährt Frau M auch vor Gericht, dass sich andere nicht für das interessieren, was sie denkt und fühlt. Das führe dazu, dass ihr »dieser Selbstannahmeprozess« schwer falle. Das ist vielleicht auch ein Hinweis darauf, dass sie, weil andere ihre Sichtweise nicht anerkennen, Probleme hat, diese vor sich selbst aufrechtzuerhalten. Sie will sich nicht als krank sehen und kann das nur begründen, wenn sie sich ihren Zustand als Ergebnis einer Verknüpfungsgeschichte erklärt und Opfer ihrer Umstände bleibt. Dabei wirken ihre eigenen Pathologisierungen in situativen, lokalen Kontexten in ihrer Erzählung entlastend. Sie lassen die Möglichkeit offen, dass ihr Leben anders hätte verlaufen können, wenn sie nicht durch ihre Umstände krank gemacht worden wäre.

Fazit

Die Analyse der Fälle zeigt, wie sich die InformantInnen die Autorschaft der eigenen Biografie (wieder-) aneignen: Herr S streitet die (Krankheits-) Symptome nicht ab, weist aber den Krankheitsbezug zurück. Seine Verhaltensweisen und Zustände sind ihm seiner Darstellung folgend klar zuzurechnen, dadurch sei er aber nicht krank. Durch die Schaffung eines eigenen Bezugsrahmens dienen diese Symptome als Belege für einen erfolgreichen Lebensverlauf.

Im Fall von Frau M geschieht die Umdeutung auf einer anderen Ebene. Ihre Zustände und Verhaltensweisen erklärt sie durch »ihre« Krankheit(en), die sie wiederum durch bestimmte äußere Umstände erklärt. Diese seien ursächlich für den problematischen Lebensverlauf. Eigene Pathologisierungen wirken dabei entlastend.

Es wird deutlich, wie bedrohlich Pathologisierungen von ÄrztInnen wirken können, wenn sie langfristig geltend gemacht werden (vgl. Hermann et al. 2004). Spezifische Lebensereignisse, aber auch Lebensverläufe können mithilfe von

Krankheitszuschreibungen erklärbar gemacht werden. Wirken sie totalisierend, birgt dies die Möglichkeit, dass der Lebensverlauf determiniert erscheint. Nicht das Individuum gestaltet dann seinen Lebensverlauf durch sein Handeln, sondern das Handeln ist durch die Krankheit bedingt und damit auch der Lebensverlauf. Die Person wird zu einem »Fall von etwas«.

Durch eigene Theoretisierungen können Betroffene subjekteliminierende medizinische Deutungen von sich fernhalten oder anders zuschreiben und die Deutungshoheit über ihr Selbst (wieder-) erlangen (vgl. Riemann 1987). Es ist deutlich geworden, vor welche Schwierigkeiten diese Auseinandersetzung die Personen in den Sinnstiftungsprozessen der Krankheit stellen kann. Ihre Erzählungen durchzieht das zentrale Paradoxon, dass auf der einen Seite die (fremde) Krankheitszuschreibung zurückgewiesen wird, auf der anderen Seite deutlich werden soll, dass der Lebensverlauf nicht an normalen Standards gemessen werden kann. Es gilt also eine Erzählung zu generieren, in der der Kern des Selbst gesund bleiben kann, ohne den Ansprüchen der gesellschaftlichen Verhaltenserwartungen an »normale« Gesunde genügen zu müssen.

Als Abwehrhaltung verstanden kann die Schaffung solcher alternativer Wahrheiten leicht als Teilbestand der Krankheit gesehen werden. Diese würde sich eben symptomatisch auch in der mangelnden Krankheitseinsicht widerspiegeln. Anhand der Fallanalysen lässt sich exemplarisch aufzeigen, welche Verbindungen medizinische Wissensbestände mit den persönlichen Selbstbeschreibungen Betroffener eingehen. Die Krankheitsidentifikation wird bürokratisch erfasst und prozessiert und lässt sich nicht einfach ausblenden. Eine Chronifizierung erfolgt nicht allein durch eine entsprechende Diagnose, sondern aufgrund der Prozessierung als Kranker, die sich durch alle Lebensbereiche hindurchzieht (Klinikaufenthalte, Medikamente, BetreuerInnen, Arbeitsunfähigkeit). So ließe sich auch erklären, warum die Entlassung aus der psychiatrischen Klinik nicht als Beginn einer Gesundung empfunden wird.

Wird die Identifizierung der Informanten als Kranke durch eine Rationalitätsunterstellung hermeneutisch eingeklammert, muss dies im Forschungsprozess mitreflektiert werden. So setzt eine Erzählstrategie wie im Fall von Herrn S in hohem Maße auf Explizierungen von Dingen, die in der Erzählung selbst nur angedeutet werden – in der Erwartung, Fehlendes werde vom Wissen des Zuhörers aufgefüllt. Die Erzählform setzt dadurch hohe Rationalitätsansprüche, an denen

man den Erzähler misst. In der Interpretation der Daten könnte ein übersteigerter Rationalitätsanspruch ein Bias sein. Es wird programmatisch angenommen, dass der/die ErzählerIn kommunikationstüchtig ist (vgl. Breuer 2010, S. 45f.).

Praxeologische Empfehlungen lassen sich aus soziologischer (und damit fachfremder) Sicht eingeschränkt ableiten. Gegenüber anderen experimentellen oder therapeutischen Settings richtet sich ein solcher Forschungsansatz gezielter auf die konkrete Lebenspraxis Betroffener. Psychologische Fragestellungen werden »vom Standpunkt der Erfahrung des Subjekts in einer sich verändernden Gesellschaft unter Berücksichtigung der Sozialität des Psychischen empirisch entsprochen« (Schulze 2010, S. 579). Die Be- und Verarbeitung spezifischer Krankheits-, Trauma oder Konflikterfahrungen ist dabei ein für die Psychologie besonders interessanter Aspekt. Die Erkenntnisse lassen zudem Rückschlüsse zu, an welchen Punkten therapeutische Praktiken scheitern können. In den Sinnstiftungsprozessen (insbesondere der Ablehnung bzw. Annahme von Krankheitszuschreibungen) scheint es von großer Bedeutung zu sein, den Betroffenen ihre Autorschaft nicht abzuspochen und eigene Deutungen zu fördern. Indem die Gestaltung individueller Bezugsrahmen unterstützt wird, könnten auch abseits gesellschaftlicher Verhaltenserwartungen »sinnhafte« Biografien entwickelt werden. Dies unterstreicht die Relevanz psychotherapeutischer im Vergleich zu psychiatrischen (medizinischen) Behandlungsmethoden, die von den Betroffenen in der Regel abgelehnt werden.

Transkriptionshinweise

Pausen bis zwei Sekunden: ...

Pausen ab zwei Sekunden: (2)

Auslassungen in den Daten: [...]

Parasprachliches: (lacht), (weint)

Anmerkungen zur Sprechweise, Dauer der Modulation durch Kursivierung gekennzeichnet: »und dann (lachend) *habe ich auf einmal*«

Betonung: »der hieß DOC«

Satzabbruch: //

Wortabbruch: /

Namen, Ortsangaben usw. sind anonymisiert durch beliebige Abkürzungen: »die Klinik in D., wo der Arzt Dr. W. praktiziert hat« oder Pseudonyme: »der hieß Doc, D O C"«

Literatur

- Amman, Klaus; Hirschauer, Stefan (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: Amman, Klaus; Hirschauer, Stefan (Hg.): Die Befremdung der eigenen Kultur. Frankfurt/Main (Suhrkamp), S. 7–52.
- Bergmann, Jörg R. (2005): Ethnomethodologie. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst & Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. Hamburg, Berlin (Rowohlt), S. 119–135.
- Breuer, Franz (2010): Wissenschaftstheoretische Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie. In: Mey, Günther; Mruck, Katja (Hg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden (VS), S. 35–49.
- Dellwing, Michael (2010): »Wie wäre es, an psychische Krankheiten zu glauben?«: Wege zu einer neuen soziologischen Betrachtung psychischer Störungen. Österreichische Zeitschrift für Soziologie 35(1), 40–58.
- Dellwing, Michael & Harbusch, Martin (Hg.) (2013): Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei. Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik. Wiesbaden (VS).
- Groenemeyer, Axel (2008): Eine schwierige Beziehung. Psychische Störungen als Thema soziologischer Analysen. Soziale Probleme 19(2), 113–135.
- Hirschauer, Stefan (2010): Die Exotisierung des Eigenen. Kulturosoziologie in ethnografischer Einstellung. In: Wohlrab-Sahr, Monika (Hg.): Kulturosoziologie. Paradigmen-Methoden-Fragestellungen. Wiesbaden (VS), S. 207–225.
- Horvitz, Allan V. (2002): Creating Mental Illness. Chicago, London (The University of Chicago Press).
- Kilian, Reinhold (2008): Die Bedeutung der Soziologie psychischer Gesundheit und Krankheit im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. Soziale Probleme 19(2), 136–149.
- Perleberg, Katrin; Schütze, Fritz & Heine, Viktoria (2006): Sozialwissenschaftliche Biographieanalyse von chronisch kranken Patienten auf der empirischen Grundlage des autobiographisch-narrativen Interviews. Exemplifiziert an

- der Lebensgeschichte einer jungen Patientin mit Morbus Crohn. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 8(1), 95–145.
- Richter, Dirk (2005): Das Scheitern der Biologisierung der Soziologie. Zum Stand der Diskussion um die Soziobiologie und anderer evolutionstheoretischer Ansätze. *Kölner Zeitschrift für Soziologie* 57(3), 523–542.
- Riemann, Gerhard (1984): »Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor«: Zum Umgang psychiatrischer Patienten mit übermächtigen Theorien, die eigenes Selbst betreffen. In: Kohli, Martin; Robert, Günther (Hg.): *Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven*. Stuttgart (Metzler), S. 118–141.
- Riemann, Gerhard (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München (Wilhelm Fink).
- Rosenthal, Gabriele (2002): Biographisch-narrative Gesprächsführung. Zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 4(3), 204–227.
- Schulze, Heidrun (2010): Biografische Fallrekonstruktion. In: Mey, Günther; Mruck, Katja (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden (VS Verlag), S. 569–584.
- Schütz, Alfred (1979): Die Lebenswelt als unbefragter Boden der natürlichen Weltanschauung. In: Schütz, Alfred; Luckmann, Thomas (Hg.): *Strukturen der Lebenswelt*. Band 1. Frankfurt am Main (Suhrkamp), S. 25–29.
- Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis* 13(3), 283–293.
- Schütze, Fritz (1984): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, Martin; Robert, Günther (Hg.): *Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven*. Stuttgart (Metzler), S. 78–117.
- Schütze, Fritz (2001): Rätselhafte Stellen im narrativen Interview und ihre Analyse. *Handlung, Kultur, Interpretation* 10(1), 12–28.
- Strand, Michael (2011): Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge. *Theory and Society* 40(3), 273–313.

Über den Autor

Matthias Lutz-Kopp

Magister Artium (Soziologie, Philosophie, Amerikanistik)

Freiberuflich in der Marktforschung tätig; zuletzt Projektmitarbeiter am Institut für Soziologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Arbeitsschwerpunkte: Qualitative Sozialforschung, Biografieanalyse

E-Mail: mlutzkop@uni-mainz.de

E-Mail: matthias.lutzkopp@yahoo.de