



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Was ist grün?

Eine explorative Studie über die Bedeutung psychiatrischer Diagnosen
und deren Integration in den Alltag aus der Sicht von Betroffenen.

Verfasserin

Maria Unterguggenberger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin: Priv. Doz. Mag^a Drⁱⁿ Ruth Kutalek

in Erinnerung an abwesende Freunde

Al final, creo que existen muchos caminos esperando, ahí, para hacernos feliz.

César Romero aka The Chemical Orange aka Luis Gonzalez.

an meine Wegbegleiter, Freunde und Familie
an meine GesprächspartnerInnen,
meine Betreuerin

ich bedanke mich

„he [the anthropologists] regards his own concepts and ideas as simultaneously privileged and a part of cultural system. [...] he thinks of his ideas as being suitable for interpreting other peoples' beliefs about the world but, at the same time, knows that his ideas, like the beliefs they are intended to interpret, are products of particular historical and social determinants.“

(Young 1982: 259f.).

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG.....	7
1.1 KAPITELÜBERBLICK	10
2 MEDIKALISIERUNG.....	11
2.1 MEDIKALISIERUNG ALS DEFINITION	11
2.1 DIAGNOSE – EINE MEDIZINISCHE DEFINITION	14
3 ZUR ERFASSUNG VON KRANKHEIT.....	18
3.1 ZWISCHEN KRANKHEIT UND KRANKSSEIN.....	19
3.2 DIE ERFAHRUNG VON LEIDEN	24
3.3 DER BEDEUTUNGSVOLLE KÖRPER	26
4 WER ODER WAS IST STIGMA.....	29
5 METHODISCHE VORGEHENSWEISE.....	32
5.1 METHODIK	33
5.1.1 <i>Grounded theory</i>	33
5.2 MEIN FORSCHUNGSPROZESS	34
5.2.1 <i>Theoretisches Sampling</i>	35
5.2.2 <i>Vorgehensweise</i>	37
5.2.3 <i>Feldzugang</i>	38
5.2.4 <i>Gesprächsführung</i>	39
5.3 AUSWERTUNG	41
6 ERGEBNISSE DER FELDFORSCHUNG.....	44
6.1 ERFAHREN PSYCHISCHER BEFINDLICHKEIT.....	46
6.2 ÜBER DIE BEDEUTUNG DER DIAGNOSE.....	48
6.3 STIGMATISIERUNG	53
6.3.1 <i>Äußerungen von Stigma</i>	53
6.3.2 <i>Reaktionen auf Stigmatisierung</i>	55
6.4 ERLEBTE BEHANDLUNGSPRAXIS	57
6.5 PROBLEMERFASSUNG	62

6.5.1 Die Bilder im Kopf.....	63
6.5.2 Der Umgang mit Symptomen.....	64
6.5.3 Der angewandte Krankheitsbegriff.....	66
6.6 ÜBER DIE BEDEUTUNG DES SOZIALEN UMFELDS.....	69
6.6.1 Exkurs: Erzählung einer Angehörigen.....	71
6.7 ALLTAG UND KRANKSEIN.....	73
6.7.1 Integration in den Alltag.....	75
7 DISKUSSION.....	77
8 ANHANG.....	88
8.1 DATENVERZEICHNIS.....	88
8.1.1 Interviews.....	88
8.1.2 Vorträge.....	89
8.1.3 Berichte.....	89
8.1.3 Internetforum.....	89
8.2 LITERATURVERZEICHNIS.....	90
8.3 ABSTRACT.....	97
8.4 LEBENSLAUF.....	98

1 Einleitung

Laut einer Untersuchung der österreichischen Sozialversicherung basierend auf dem Jahr 2009, nahmen 900 000 Österreicher Leistungen der Krankenkasse aufgrund psychischer Probleme in Anspruch. Beunruhigend sei das starke Wachstum, das im Bereich psychischer Erkrankungen festzustellen ist, postuliert der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2011) auf seiner Homepage.

Dominierendes Diagnosesystem in Österreich ist der ICD 10 (International Classification of Diseases). Im Laufe seiner Geschichte wurde der ICD mehrmals revidiert. Alte Krankheitsbilder wurden umgestaltet oder entfernt, neue hinzugefügt. Das, parallel in den USA entwickelte, Klassifikationsystem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sieht sich auch mit dem Vorwurf konfrontiert eher politisch als wissenschaftlich motiviert zu sein (Shorter 2003). Die Klassifikationen an sich boten und bieten nach wie vor ausreichend Gesprächsstoff für Diskussionen ob deren Gültig- und Anwendbarkeit. Im Zuge der Medikalisierungsdebatten und der Antipsychiatrie-Bewegung wurde die medizinische Diagnostik auch für Erkrankungen an sich verantwortlich gemacht (Rechlin 1998).

Damit verbundene Forschungsschwerpunkte in den Sozialwissenschaften waren zunächst auf die Konsequenzen des Medikalisierungsprozess im Zusammenhang mit sozialer Kontrolle (vgl. Zola 1972, Conrad 1992) und die Anwendung des Krankheitsbegriffs auf sogenannte mentale Erkrankungen (vgl. Szasz 1960, Lock 1988, Conrad/Schneider 1992, Littlewood 1990/1991) gerichtet. Im Zuge meiner Recherchen stellte sich mir jedoch immer wieder die Frage danach, wie Betroffenen selbst zu ihren medizinischen¹ Diagnosen stehen.

Hierbei möchte ich hervorheben, dass diese Arbeit NICHT darauf abzielt, die Gültigkeit psychiatrischer Diagnosen bzw. eines bestimmten Klassifikationssystems in Frage zu stellen. Das ausgesprochene Ziel meiner Diplomarbeit ist primär die Exploration der Lebenswelt von Menschen mit diagnostizierten, psychiatrischen Erkrankungen; wobei der Aspekt der medizinischen Problemdefinierung betont wird.

¹ Die wechselnden Bezeichnungen rund um Medizin und Biomedizin sind, wenn nicht anders ausgeführt, als synonym zu verstehen. Der Empirieteil dieser Arbeit nimmt konkret auf die in Westeuropa praktizierte Biomedizin und deren Kontext Bezug.

Drei thematisch verwandte Arbeiten möchte ich hier einführend kurz erwähnen:

Susan Sontag (1978) nimmt den Erhalt einer medizinischen Diagnose vor allem als befreiend wahr. Eine Krankheit, so die Autorin, geht über die rein materiellen Symptome hinaus. Soziale und kulturell geprägte Reaktionen auf Erkrankungen bilden eine zweite, zusätzliche Krankheit, die über kulturelle Bilder, Metaphern und kollektive Repräsentationen zum Ausdruck kommt. Diese zweite Realität ist geprägt durch Ausgrenzung, Diskriminierung, Stereotypisierung und moralisierende Wertvorstellungen. Die Verwendung einer „neutralen“ medizinischen Diagnose wird daher auch als Befreiung erlebt.

Margaret Lock und Patricia Kaufert (1988) untersuchten Reaktionen von Frauen auf den Medikalisierungsprozess. Die Resonanzformen reichten dabei von selektiver Kompliance über selektive Verweigerung bis hin zu Gleichgültigkeit. Die dominante, beobachtete Reaktion stellte jedoch eine Mischung aus Ambivalenz und Pragmatismus dar. Lock und Kaufert betonen in ihrer Arbeit die Komplexität und Unterschiedlichkeit von Reaktionen auf den Medikalisierung.

Dahingehend argumentieren auch Susan Estroff et al. (1991). Sie untersuchten die Bandbreite an Interpretationen von und Reaktionen auf psychiatrische Diagnosen im Südosten der USA. Das vorwiegend Prägende, so Estroff et al., besteht im individuellen Verständnis der eigenen Problematik und nicht etwa in einer formal gestellten Diagnose. Sich selbst als psychisch erkrankt zu bezeichnen bzw. diese Sichtweise abzulehnen, hängt stärker mit persönlichen, soziokulturellen Aspekten und Erfahrungswerten zusammen, als mit klinischen Parametern. Die AutorInnen betonen in diesem Zusammenhang aber auch die vielfachen Wandlungen der jeweiligen Erklärungen für die Erkrankung bzw. die vorhandenen Probleme.

Im Verlauf meiner Forschung ergab sich die Unterteilung meines Fokus in zwei Teilbereiche: die Bedeutungsgebung und deren Integration in den Alltag.

Daraus entwickelten sich zwei, eng miteinander verwobene, Fragestellungen:

Welche Bedeutung geben betroffene Personen selbst einer medizinisch definierten, psychiatrischen Diagnose?

und weiters

Wie wird diese Bedeutung in den Alltag aufgenommen?

Bei der hier vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine explorative Studie. Meine Hauptabsicht bestand dabei darin, wiederkehrende Schlüsselbereiche zu identifizieren und zusammenzuführen. Standardisierte Krankheitsdefinitionen sollen dabei mit dem individuellen Erleben der Betroffenen im Kontext ihres sozialen und medizinischen Umfeldes in Verbindung gebracht werden. In diesem Sinne dient diese Arbeit auch einem erweiterten Kommunikationsfeld, das über eine rein klinische Betrachtungsweise hinausgeht (vgl. Kutalek 2009).

Mit der Darstellung der Ergebnisse möchte ich vorhandene Spannungsfelder für ein breiteres Publikum aufzeigen, um somit auch potentielle Anpassungsmöglichkeiten für die medizinische Praxis und der Health Policy, im Sinne gesundheitspolitischer, struktureller Maßnahmen, offen legen. Da ich selbst in der biomedizinischen Ausbildung tätig bin, ist es mir weiters auch ein Anliegen, in dieser Arbeit Impulse für die medizinische Lehre zu setzen. Die Disziplin der Medizinanthropologie stellt in diesem Zusammenhang einen wertvollen Brückenschlag zwischen den sozialen und medizinischen Wissenschaften dar (Kutalek 2009: 25).

1.1 Kapitelüberblick

In den folgenden Kapiteln stelle ich zunächst die biomedizinische Erfassung menschlicher Probleme anhand des Medikalisierungsbegriffs vor. Hier folge ich Peter Conrad (2007), der die Essenz des Medikalisierungsprozess im definitorischen Moment begreift und ergänze mit Deborah Luptons (1997) Ausführungen des Foucault'schen Machtbegriffs. Am Beispiel der Diagnose, als medizinische Definition, präsentiere ich sozialwissenschaftliche Arbeiten, gefolgt von einer Ausführung des, in Österreich dominierenden, Klassifikationssystems der International Classification of Disease (ICD).

Darauf folgt eine Darstellung des medizinanthropologischen Diskurses bezüglich der Erfassung von Krankheit und Leiden. Untersucht wird dabei vor allem das Verhältnis zwischen dem operierenden Krankheitsbegriff des dominanten Medizinsystems: der Biomedizin und dem erkrankten Menschen selbst.

Ein weiterer Punkt ist der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Konzept der Stigmatisierung gewidmet. Hier stelle ich zum einen Goffman's (1963) Modell der „spoiled identity“ vor, gefolgt von Yang's et al. (2007) Illustration moralischer Dimensionen von Stigma.

Anschließend daran werde ich im fünften Kapitel meine methodische Vorgehensweise darlegen. Es ist als eine Gewährleistung der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und Entwicklung der vorliegenden Arbeit gedacht. Aus diesem Grund habe ich mich hier für eine ausführliche Darstellung entschieden.

Der sechste Teil stellt das Herzstück dieser Arbeit dar. Hier erfolgt die Präsentation der Ergebnisse meiner Feldforschung.

Das letzte Kapitel beinhaltet meine Conclusio. Die Ergebnisse dieser Arbeit werden nochmals aufgegriffen, diskutiert und mit weiterführenden Gedanken erläutert.

2 Medikalisierung

Die dominante sozialwissenschaftliche Literatur bezieht sich bei dem Begriff der Medikalisierung auf einen relativ rezenten Prozess, der untrennbar mit der Modernisierung und der westlichen Welt verbunden ist. Die Professionalisierung der Medizin zur Jahrhundertwende und deren aufkommende Spezialisierungen sowie deren Standardisierungsbemühungen das gesamte 19. Jahrhundert hindurch, gelten dabei als Ursprung einer voranschreitenden medizinischen Problemdefinition. Medikalisierung ist somit als Teilaspekt einer revolutionären Entwicklung hin zu einer modernen Lebensorganisation zu verstehen (Lock/Nguyen 2010).

Medikalisierung wird in der sozialwissenschaftlichen Literatur vorwiegend als unerwünschter Prozess dargestellt (vgl. Lupton 1997, Atkinson 1995). Vor allem medizinische ProfessionistInnen werden in der klassischen Medikalisierungsdebatte negativ gezeichnet. Atkinson (ibid.: 33) schreibt in diesem Zusammenhang: „The asymmetry of the relationship [zwischen medizinischen ExpertInnen und PatientInnen] is exaggerated to the point that the lay client becomes not the beneficiary but the victim of the consultation.“

Eine medikalisierte Ausrichtung als Produzent passiver Empfänger zu verstehen, empfinde ich jedoch als zu kurz gegriffen. Um dieser Polarisierung entgegenzusteuern, stütze ich mich in dieser Arbeit auf ein, meiner Meinung nach, neutraler konzeptualisiertes Modell von Medikalisierung.

2.1 *Medikalisierung als Definition*

„The key to medicalization is definition. That is, a problem is defined in medical terms, described using medical language, understood through the adoption of a medical framework, or „treated“ with a medical intervention.“ (Conrad 2007:5).

Wenn medizinische Definitionen und Behandlungen für Probleme verwendet werden, also von biomedizinischen Ursachen und Interventionen die Rede ist, spricht Conrad (2007) von Medikalisierung, wobei er deren definitorischen Charakter herausstreicht. Was als

medizinische Erkrankung gesehen wird, stellt nicht ipso facto ein medizinisches Problem dar. Es muss zunächst als solches definiert werden. Darin besteht auch die soziale Kontrollkraft, die über die Autorität verfügt, bestimmte Verhaltensweisen, Personen und Dinge zu bestimmen. Medikalisierung ist in diesem Zusammenhang als ein gesellschaftlicher Prozess zu verstehen, der von unterschiedlichen Akteuren vorangetrieben wird. Diese reichen von sozialen Bewegungen über Patientenorganisationen, individuellen Betroffenen bis hin zu pharmazeutischen Unternehmen.

Medikalisierung setzt ein, wenn ein medizinischer Rahmen angewandt wird, um ein Problem zu verstehen oder zu behandeln. Es handelt sich dabei vor allem um einen definierenden Prozess, der medizinische ExpertInnen nicht zwingend einschließt. Conrad unterscheidet drei Hauptebenen, auf denen Medikalisierung greift: die konzeptuelle, die institutionelle und die interaktionistische Ebene.

Auf der konzeptuellen Ebene wird ein Problem anhand eines medizinischen Modells mit entsprechendem medizinischem Vokabular definiert. Medizinische ExpertInnen oder Behandlungsmethoden müssen hier nicht involviert beziehungsweise eingeleitet werden. Wenn Organisationen einen medizinischen Ansatz verfolgen, um ein bestimmtes Problem zu behandeln, entspricht dies der institutionellen Ebene. Hier wirken ÄrztInnen meist als sogenannte gatekeepers, die den Zugang zu Serviceleistungen freischalten.

Die dritte Ebene umschließt die Arzt-Patient Interaktion. Der Arzt definiert ein Problem als medizinisch, gibt also eine medizinische Diagnose ab. Die betroffenen Menschen, sprich PatientInnen, sind dabei nicht notwendigerweise passiv sondern treiben die Medikalisierung auch aktiv voran. Medikalisierung ist somit interaktiv.

Der Prozess der Medikalisierung erfolgt graduell. Konditionen können dabei nicht nur vollkommen und ausschließlich medizinisch betrachtet werden, sondern auch einzelne Aspekte beziehungsweise Ebenen betreffen. Es bestehen mitunter auch widersprüchliche Interpretationen. Der Grad der Medikalisierung wird beeinflusst durch die Unterstützung der medizinischen Profession, die Entdeckung neuer Krankheitsursachen, die Verfügbarkeit und Profitabilität von Behandlungen, die Deckung seitens der Versicherungen sowie das aktive Engagement von Einzelnen oder Gruppen, hinsichtlich medizinischer Definitionen (Conrad 2007: 7).

Eine wichtige Ergänzung zur sogenannten orthodoxen Medikalisierungskritik bringt Deborah Lupton (1997) in der Ausformulierung von Foucault's Machtbegriff im Zusammenhang mit medizinischem Wissen. Macht, so Lupton (1997: 98) Foucault's Konzeption aufgreifend, besteht nicht lediglich aus einer Kraft, die auf uns wiegt, vielmehr durchzieht sie Dinge, produziert sie. Macht induziert Vergnügen, formt Wissen und produziert bestimmte Diskurse. Sie soll als ein produktives Netzwerk betrachtet werden, das den gesamten sozialen Körper durchdringt. Macht wird verteilt durch alltägliche Praktiken, die ein Beziehungsnetz bilden. Sie ist also relational und weiters in enger Verbindung mit Wissen zu verstehen.

Das Wissen und die Praxis eines Medizinsystems² bestimmen also nicht nur wie wir unsere Erfahrungen verstehen, sondern auch wie wir unseren Körper an sich erfahren.

„a world in which individuals' lives are profoundly experienced and understood through the discourses and practices of medicine and its allied professions.“ (Lupton 1997: 94).

Lupton streicht jedoch gleichzeitig heraus, dass Laien dem herrschenden medizinischen Diskurs mit seinen Praktiken nicht gänzlich ausgeliefert sind, noch diesen vollkommen übernehmen. Vielmehr greifen sie ihn auf verschiedene Art und Weise auf und verhandeln oder transformieren dessen Inhalte. Ziel dabei ist es, den eigenen Gesundheitsstatus zu maximieren und physischen Stress und Schmerz zu vermeiden (ibid.: 95).

² Dies trifft auf das biomedizinische, wie auch auf jedes andere Medizinsystem zu.

2.1 Diagnose – eine medizinische Definition

„diagnosis is the story of medicine, told in the language of disease.“ (Jutel 2009: 287).

Eine medizinische Diagnose umschließt alle drei Ebenen des, von Conrad (2007) ausgeführten Medikalisierungsmodells: die Anwendung eines medizinischen Modells, die Aufnahme und Verwendung der Modelle durch Institutionen, sowie die medizinische Problemdefinierung seitens des Arztes/ der Ärztin.

Somit stellt sie, meines Erachtens, einen bedeutsamen Moment für die Erforschung von Medikalisierungsprozessen dar.

Bei einer Diagnose handelt es sich um ein bestimmtes Set an Kategorien welches auf eine spezifische Pathologie verweist. In dem Sinne bezieht sich die Diagnose primär auf eine Krankheit (disease). Das erlebte Kranksein (illness) präsentiert dabei eine angenommene Krankheit. Erst Angehörige der Ärzteschaft transformieren dieses durch den formalen Akt der Diagnostik in eine öffentlich anerkannte Erkrankung. Jutel (2009: 287) spricht in diesem Zusammenhang von der Diagnose als „medical reading“ der präsentierten Symptome.

Die Diagnose geht jedoch über eine bloße Bestimmung hinaus: sie legt Behandlungsmöglichkeiten fest, trifft Prognosen und stellt einen Erklärungsrahmen zur Verfügung; sie organisiert somit die Erkrankung. Des Weiteren unterstützt sie die Zugehörigkeit zu entsprechenden Gruppen (ibid.: 278).

Jutel (2009) identifiziert vier Funktionsbereiche einer medizinischen Diagnose:

- Mit dem Erhalt einer medizinischen Diagnose geht gleichzeitig die Erlaubnis einher, krank sein zu dürfen. Talcott Parsons' 1951 formuliertes Konzept der Krankenrolle aufgreifend, wird die betreffende Person von ihren Rollenverpflichtungen befreit. Nicht sie selbst, sondern die Krankheit wird für das abweichende Verhalten verantwortlich gemacht und als Erklärung herangezogen. Die Zuerkennung der Krankenrolle geht jedoch einher mit der Verpflichtung professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und eine Gesundung voranzutreiben.
- Ein weiterer Aspekt der Diagnose besteht in ihrer administrativen Funktion. Durch die Diagnose werden Leistungen und Stati freigeschalten. Behandlungskosten werden

übernommen, Krankengeld, Krankenstände sowie Frühpensionierungen in Anspruch genommen und diverse Sozialleistungen bezogen.³

- Durch die Diagnose, artikuliert sich eine Gesellschaft darüber, was als normal betrachtet wird und was einer Behandlung benötigt. So wurden in früheren Zeiten die Fluchtversuche von Sklaven oder Homosexualität als Krankheiten definiert.
- Diagnosen sind Leitfäden medizinischer Pflege: sie organisieren das Krankheitsbild, determinieren die Interventionen und stellen einen Rahmen für medizinische Unterweisungen. Die Befähigung zu diagnostizieren trennt den Mediziner dabei von dem Laien und favorisiert sein Expertenwissen. Die Diagnose regelt auch den Zuständigkeitsbereich für entsprechende Fachrichtungen.
- Interpretativ wirkend ist eine Diagnose, indem sie eine Narrativstruktur vorgibt und eine offizielle Ordnung festlegt (siehe Kap. 3.2). Gleichzeitig ist die Diagnose auch ein Schnittpunkt, an dem unterschiedliche Erklärungsmodelle aufeinandertreffen (siehe Kap. 3.1).

Ergänzen möchte ich diesen Abschnitt noch mit Kleinmans (1988) Überlegungen zur psychiatrischen Diagnose, die besonders deren interpretativen Charakter hervorstreichen. Bei einer Diagnose handelt es sich um eine Interpretation der Erfahrung einer Person. Diese Interpretation variiert je nach professioneller Orientierung und wird bestimmt durch soziale Faktoren wie dem jeweiligen Schwerpunkt der Klinik, dem institutionellen Setting oder dem kulturellen Hintergrund des Arztes. Kleinman (1988: 7) geht dabei davon aus, dass nicht die Diagnose Erfahrungen erzeugt, sondern mentale Störungen Bestandteile des Lebens selbst sind. Allerdings werden die Erfahrungen bereits vermittelt wahrgenommen. Der Patient verfügt vorab über eine eigene Interpretation der vorhandenen Symptome und nimmt diese in Folge dessen durch diese wahr. Weitergehend leitet sich auch die Schilderung der Symptomatik von der Deutung ab. Diese Interpretation rechnet er dem Bereich von illness zu (siehe Kap. 3.1).

Bei der Diagnose handelt es sich um einen bedeutungsgebenden Akt, in dem die Symptomerfahrungen des Patienten erneut interpretiert werden. Die Deutung des Praktikers

³ Dies bezieht sich lediglich auf Systeme, in denen diese Leistungen auch angeboten werden.

orientiert sich nach Zeichen, die auf bestimmte Krankheitsstadien hinweisen. Die Neuinterpretation ist aber nur dann sinnvoll, wenn sie sich auch auf spezifische Kategorien und Kriterien bezieht. Hier streicht Kleinman die schwierige Sonderstellung psychiatrischer Erkrankungen hervor: Nur wenige Krankheitsbilder können auf biologische Prozesse rückgeführt werden. Außerdem überschneiden sich geäußerte Beschwerden stark mit anderen Formen menschlichen Leids. Es besteht also die Möglichkeit, ein medizinisches Problem auch anders zu definieren, wie beispielsweise in moralischen oder religiösen Termini. Was also als natürliche Verweise auf zugrundeliegende physiologische Prozesse gesehen wird, entspricht mehr kulturabhängigen Variablen. Außerdem kann aufgrund einer medizinischen Diagnose noch nicht auf das Ausmaß der Erkrankung geschlossen werden (vgl. Kleinman 1988: 8).

In der immer stärker werdenden Rolle medizinischer Diagnosen im politischen und rechtlichen Belangen westlicher Gesellschaften sieht Kleinman (1988) den voranschreitenden Prozess der Medikalisierung. Der Einflussbereich medizinischer Institutionen breitet sich immer weiter aus und übernimmt dabei soziale Kontrollfunktionen anderer Institutionen wie beispielsweise der Religion oder des Rechts.

Diagnosen sind die Klassifikationsinstrumente der Medizin. Sie teilen körperliche Zustände auf und ordnen sie. Dabei betonen sie manche Konditionen, während sie andere außer Acht lassen. Das ist, so Geoffrey Bowker und Susan Leigh Star (1999: 5f.), unausweichlich und an sich nicht zwangsweise negativ. Jedoch handelt es sich dabei auch um ethische Entscheidungen, welche dadurch ein Gefahrenpotential aufweisen.

In Österreich wird hauptsächlich der ICD (International Classification of Disease) in seiner momentanen zehnten Fassung angewandt. Ausnahme bildet die Stadt Salzburg, wo das US-amerikanische Äquivalent für psychiatrische Erkrankungen, die fünfte Version des DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) verwendet wird.

Eine Diagnose in der ICD - 10 Kodierung ist jedoch nicht durchgängig erforderlich. Verpflichtend ist er für Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, wie sie für den Krankenstand oder den Bezug von Krankengeld notwendig sind, sowie für gewisse Chefarzt-pflichtige Behandlungsleistungen. Alle Spitäler, die mit den Krankenversicherungsträgern verrechnen, sind ebenfalls an die Erstellung einer Eingangs- und Entlassungsdiagnose in ICD 10 gebunden. In Fällen, wo keine ICD-10 kodierte Diagnose verpflichtend ist, werden meist

Textdiagnosen erstellt. Anstelle des 4 stelligen Codes wird so z.B depressio oder depressive Verstimmung angegeben (Interview Hauptverband der österr. SV-Träger, Dr. Scholz/ Dr. Gregoritsch am 17.05.2011, Wien)⁴.

Bei der ICD handelt es sich ursprünglich um ein internationales Todesursachenverzeichnis, das im 19. Jahrhundert entstand und sich zu einer international standardisierten Krankheitsklassifikation weiterentwickelte. Zunächst zeichneten sich der Völkerbund und später seine Folgeorganisation, die WHO, dafür verantwortlich. Seitdem wurde das Klassifikationssystem wiederholt revidiert.

Paulitsch (2009: 30) bezeichnet die deskriptiv-psychopathologische Befunderhebung als Kern der modernen Diagnosesysteme wie der ICD-10 und DSM IV. Diese Vorgehensweise orientiert sich an objektivierbaren Symptombeschreibungen und vermeidet theoretische Vorannahmen bezüglich der Ätiologie. Die Fokussierung auf eindeutig beobachtbare Symptome hat zur Folge, dass sogenannte Ausdruckssymptome gegenüber „Erlebnissymptomen“ vorrangig gehandelt werden.

Die psychiatrische Diagnostik baut darauf auf, dass psychischen Störungen klar erkennbare Symptome bzw. Phänomene unterliegen. Der im aktuellen ICD und DSM verfolgte operationalisierte Ansatz orientiert sich dabei an detaillierten Beschreibungskriterien bezüglich Schweregrad und Zeit, sowie Ein- und Ausschlusskriterien, um verschiedene psychische Störungen voneinander abzugrenzen, sowie die Behandlungsbedürftigkeit festzustellen (ibid.: 2009: 20).

Bei der ICD-10 handelt es sich um ein multiaxiales System, das, neben der Psychopathologie, auch soziale Dimensionen eines Patienten in Form von psychosozialen Funktionseinschränkungen sowie Belastungsfaktoren erfassen soll. Diese Achsen werden jedoch, so Paulitsch (2009: 70), kaum angewandt.

Bowker und Leigh Star (1999) betonen die Selbstbezeichnung der ICD als eine statistische Klassifikation. Dadurch, so die Autoren, finden ausschließlich statistisch relevante Erkrankungen in dieser Klassifikation Eingang. Zwar streiche der ICD seine klassifikatorische Natur hervor, dennoch ist es umstritten, ob es sich nicht um eine Nomenklatur handle. In vielen Fällen stellt der ICD lediglich einen Kompromis zwischen verschiedenen Konzepten dar.

⁴ Mitautorenschaft dieses indirekten Zitats: Dr. Scholz und Dr. Gregoritsch via email am 3.9.2012.

3 Zur Erfassung von Krankheit

Als generelles Anliegen der Medizinanthropologie gilt die Erforschung des Wechselspiels zwischen Kultur und Biologie (Whiteford und Bennett 2005: 120). Die Medizinanthropologie geht dabei zunächst davon aus, dass kulturelle Prämissen, gesundheitsbezogenes Wissen und Heilungsverfahren jeder Gesellschaft formen und dass Krankheitsmuster, soziale Normen und sozioökonomische Einflüsse untrennbar miteinander verwoben sind (Joralemon 1999: 12 f.).

Ruth Kutalek (2011: 12) streicht hierbei hervor, dass die Termini Krankheit und Gesundheit in einem erweiterten Sinne zu verstehen sind, also über rein biomedizinisch geprägte Konzeptionen hinausgehen. Neben den bedeutsamen biologischen Kategorien, bestimmen ebenso kulturelle, soziale und politische Einflüsse, was in einer Gesellschaft als „krank“ oder „gesund“ gesehen wird. Der Medizinanthropologie, so Kutalek, geht es dabei vorrangig „um das Verstehen von Kranksein, also die individuelle Erfahrung von Krankheit und Leid und wie diese sozial, kulturell, politisch, ökonomisch usw. geprägt sind.“ (ibid.: 12).

Der Diskurs rund um Disease, Illness und Sickness Ende der 70er bis Anfang der 80er Jahre im anglophonen Raum wird von Thomas Lux (2003: 170) als grundlegender Baustein der Medizinanthropologie angeführt. Zwar entstanden einige der klassischen Theoriewerke in dieser Zeit (Eisenberg 1977, Good 1977, Kleinman 1980), doch formulierte bereits in den 1920er Jahren Viktor Weizsäcker⁵ diesbezügliche Ideen und Konzepte: So propagierten Weizsäcker und die damalige Schule der medizinischen Anthropologie eine Miteinbeziehung sozio-kultureller Faktoren bei der Betrachtung von Kranken, unterschieden zwischen Krankheit und Kranksein und sprachen sich gegen eine rein biologische Krankheitsätiologie aus. Auch das Konzept von „suffering“ lässt sich auf diese Zeit zurückführen (Kutalek 2011).

Es ist allerdings festzustellen, dass die Debatten und Konzepte der „jüngeren“ Generation deutlich häufiger rezipiert werden. Aus diesem Grunde habe ich mich im Folgenden für eine Darstellung dieser Entwicklungen entschieden.

⁵ Ich mache hier auf die kontroversielle Stellung Viktor Weizsäcker's aufgrund seiner Involviertheit mit dem NS-Regime aufmerksam. Für eine eingehendere Auseinandersetzung mit Weizsäcker's Vergangenheit verweise ich auf Kutalek, Ruth (2011) Medizinanthropologie am Schnittpunkt: Interdisziplinarität zwischen Anthropologie und Medizin. Universität Wien Habilitationsschrift.

3.1 Zwischen Krankheit und Kranksein

Auf der Suche nach einem kulturübergreifenden Krankheitsbegriffs, der Kultur und Biologie, als sich wechselseitig beeinflussende Größen verbindet, kam es in den 70er und 80er Jahren zu einer vermehrten Beschäftigung mit theoretischen Modellen rund um „illness“ und „disease“. Ausgehend von der allgemein anerkannten Prämisse, dass Krankheit nicht mehr losgelöst von Kranksein verstanden werden kann, identifiziert Thomas Lux drei Eckpunkte und ihre Vertreter des medizinanthropologischen Diskurs über Krankheit (vgl. Lux 2003: 159):

- die explizite Gegenüberstellung von Krankheit (disease) und Kranksein (illness) nach Leon Eisenberg (1977),
- der interpretative Ansatz nach Byron J. Good (1977) und
- die Formulierung des Krankheit-Kranksein Modells durch Arthur Kleinman (1980).

Beflügelte das Denkmodell des Cartesianischen Dualismus zunächst die medizinische Forschung und Praxis, führte diese Trennung zwischen Körper und Geist mittlerweile zu einer Restriktion der Wirkkraft medizinischer Behandlung: Die Fokussierung auf den Körper ließ den Geist und somit die persönliche Erlebniswelt soweit in den Hintergrund medizinischen Denkens rücken, dass sich ein stetig wachsender Graben zwischen dem, was der Patient sucht und dem, was der Arzt bereitstellt, auftat (vgl. Eisenberg 1977: 9f.).

Um dieser voranschreitenden Entwicklung entgegenzuwirken entwickelte Eisenberg einen gedanklichen Rahmen, in dem er disease und illness differenziert und zueinander in Bezug setzt:

„Patients suffer illnesses; doctors diagnose and treat diseases. Illnesses are experiences of discontinuities in states of being and perceived role performances. Diseases, in the scientific paradigm of modern medicine, are abnormalities in the function and/or structure of body organs and systems.“ (Eisenberg 1977: 11).

Während Krankheit (disease) auf medizinischen „Fakten“ beruht, bezieht sich Kranksein (illness) auf soziale Dimensionen einer Erkrankung, die in der Erfahrung von Brüchen mit der gewohnten Kontinuität des Lebens gründet. Eisenberg streicht somit die Diskrepanz zwischen einer, vom Arzt⁶ konzeptualisierten, Krankheit und einem, vom Patienten erlebten Kranksein hervor. Obwohl diese Erfahrungswelten verbunden sind, können diese auch unabhängig voneinander auftreten. Als Beispiel nennt er Bluthochdruck, bei dem zwar medizinisch eine Erkrankung festgestellt werden kann, die betroffene Person sich aber vorerst nicht krank und folglich nicht als PatientIn fühlt. Dies geschieht erst durch das Auftreten störender Symptome. In diesem Fall herrscht Einigkeit darüber, dass ein Problem vorhanden ist. Die Wahrnehmung davon, worin dies jedoch genau besteht, so Eisenberg, kann weiterhin divergieren. Umgekehrt existiert illness auch ohne zugrunde liegender, organischer Pathologie. Hier liegt das Problem in der Klassifikation. Dieselben Symptomkonstellationen können auf medizinische Ursachen, auf moralisches Fehlverhalten oder traumatische Erlebnisse zurückgeführt werden. Das Vorhandensein bzw. die Dominanz medizinischer Modelle nimmt dabei auch Einfluss auf das Krankheitserleben selbst (vgl. Eisenberg 1977: 13).

In seinem Aufsatz „The heart of what’s the matter“ stellt Good Kranksein und Krankheit in Verbindung mit Wissen und Wissensformen. Reaktionen auf Erkrankungen seitens des erkrankten Menschen selbst oder seiner Angehörigen werden bereits durch ein vorab bestehendes Set an Ideen, kognitiven Modellen, Erwartungen und Normen geformt. In welcher Form eine Erkrankung überhaupt erfahren und welche Behandlung gewählt wird, ist somit tief in das soziale Leben und den symbolischen Strukturen einer Gemeinschaft verankert und wird daraus konstruiert (vgl. Good 1977: 30).

Krankheitskategorien dienen dabei als mehrdeutige Hauptsymbole eines Netzwerks von Bedeutungen, Wörtern, Situationen, Symptomen und Gefühlen, die mit einer Erkrankung verbunden werden und somit auch deren Bedeutung für den Betroffenen mitbestimmen (vgl. Good 1977: 39). Die Bedeutungsinhalte sind jedoch nicht statisch zu verstehen. Mit einer

⁶ Ich versuchte, so weit als möglich, eine Gender-neutrale Schreibweise anzuwenden. Wenn dies, auch aus stilistischen Gründen, nicht durchwegs möglich war, habe ich mich, wo nicht ausgewiesen oder direkt erkennbar, auf beide Geschlechter bezogen.

Veränderung der sozialen Ausgangslage gehen auch eine Verschiebung der Hauptsymbole und deren Inhalte einher.

Sprache und Kommunikation sind miteinander verbunden. Die gewählte Bezeichnung bedingt die soziale Erfahrung. Die Wirklichkeit von Krankheit und Kranksein, so Lux, ist nicht bereits vorhanden, sondern ist vom Grund auf mit der Bedeutungsgebung verwoben. „Die Wirklichkeit entsteht überhaupt erst als eine mit Bedeutung versehene“ (Lux 2003: 162). Die medizinische Praxis versteht sich somit als interpretatives Verfahren.

Kleinman sieht Erkrankung (sickness) als Überbegriff, der gleichermaßen Krankheit und Kranksein beinhaltet. Ersteres bezieht sich dabei auf objektivierte Prozesse, wohin gehend sich Kranksein auf das subjektive Erleben der Erkrankung bezieht. Wie bei Eisenberg (1977) können auch bei Kleinman disease und illness unabhängig voneinander existieren.

Krankheit (disease) setzt er dabei mit einer Funktionsstörung biologischer und/ oder psychologischer Prozesse gleich. Das individuelle Erleben von Krankheit (illness) bezieht sich auf die psychosoziale Erfahrung und Bedeutung der Krankheit (Kleinman 1980).

Illness wird zunächst als eine Form des Unwohlseins wahrgenommen, dem in Folge Aufmerksamkeit geschenkt wird. Das gefühlte Kranksein wird auf eine bestimmte Art wahrgenommen und in Bezug auf Krankheit eingeschätzt. Die eigene Betrachtungsweise des Geschehens ist dabei konfrontiert mit der Wahrnehmung und Interpretation durch die Gruppe und nimmt diese auch in die eigene Deutung mit auf. Der Identifikation als Krankheit folgen bewusst oder unbewusst gesetzte Handlungen. Die Trennung zwischen Diagnose und Behandlung verschwimmt in Kleinman's Modell.

Kleinman (1980) umfasst Kranksein dabei wie folgt:

„illness ist the shaping of disease into behavior and experience. It is created by personal, social, and cultural reactions to disease. Constructing illness from disease is a central function of health care systems (a coping function) and the first stage of healing. That is, illness contains responses to disease which attempt to provide it with meaningful form and explanation as well as control.“ (ibid.: 72).

Das Kranksein sieht Kleinman als eine Art Anpassungsfunktion und in Folge schon als Teil der Heilung. Kranksein und Krankheit sind dabei aber nicht als festgelegte Einheiten zu verstehen, sondern als Erklärungskonzepte, die lediglich in Anerkennung ihres Bedeutungskontexts und der Miteinbeziehung ihrer sozialen Beziehungen verstanden werden können (vgl. *ibid.*: 73). Die verschiedenen Erklärungsmodelle (EM) bilden einen wichtigen Teil, in dem, von Kleinman (1980) formulierten, *illness - disease* Konzepts.

Erklärungsmodelle beinhalten bestehende Ansichten über die Erkrankung und deren Behandlung und beziehen sich auf konkrete Krankheitsepisoden. Dabei bieten sie Erklärungen für die Erkrankung, die ihr einerseits eine Bedeutung verleihen, gleichzeitig aber auch die weitere Vorgehensweise bezüglich der Behandlung mitbestimmen:

„They offer explanations of sickness and treatment to guide choices among available therapies and therapists and to cast personal and social meaning on the experience of sickness.“ (*ibid.*: 105).

Die Inhalte der Modelle sind teils unbewusst und dabei in sich auch nicht widerspruchsfrei. Erklärungsmodelle, die sich an *illness* ausrichten, repräsentieren semantische Netzwerke (siehe Kap. 3.1), die auch vom öffentlichen Diskurs beeinflusst werden. Sie verbinden verschiedene Konzepte und Erfahrungen und unterscheiden sich in ihrer Ausdrucksweise, den verwendeten Metaphern sowie deren Logik stark von Modellen, die in medizinischen Wissenschaften verankert sind.

Erklärungsmodelle entstehen und werden angewandt, um mit einem bestimmten Problem umzugehen. Alle involvierten Personen bringen ihre jeweiligen Erklärungsmodelle mit ein. Kleinman (1980) streicht hier besonders die Interaktion zwischen Modellen von Praktikern und Patienten heraus, die eine präzise Analyse klinischer Kommunikationsprobleme ermöglichen.

Zwei bedeutende Kritikpunkte möchte ich der bisherig dargestellten theoretischen Debatte hinzufügen: einerseits die, von Frankenberg (1980) und Young (1982) propagierte *Anthropology of sickness* und weiters die, von Hahn (1984) formulierte Kritik zur Verwendung vorgefertigter Konzeptualisierungen.

Frankenberg (1980) sowie Young (1982) entwickeln den sickness Begriff weiter, indem sie den disease-illness Diskurs in gesellschaftlichen Verhältnissen verorten. Allan Young kritisiert in seinem Aufsatz „The Anthropologies of Illness and Sickness“ (1982) die Konzentriertheit dieses Modells auf das Individuum, welche äußere Einflussfaktoren verschwinden lässt. In seinem Konzept beschäftigt er sich primär mit den sozialen Verbindungen, die die Form und Verbreitung von Erkrankungen in einer Gesellschaft bestimmen (vgl. *ibid.*: 268f.).

Erkrankung (sickness) ist nicht länger ein Leerbegriff sondern ein Prozess, der Krankheit und Kranksein seine sozial anerkannte Bedeutung verleiht. In einem pluralistischen Medizinsystem kann ein und dieselbe Symptomatik mehreren Krankheiten zugeordnet werden. Die Umstände, welche die Wahl der Behandlung bedingen, determinieren somit die Krankheit selbst. Young streicht besonders die ökonomische und soziale Positioniertheit hervor. Der Fokus auf das Individuum lässt äußere Einflussfaktoren in den Hintergrund treten, vielmehr bestärkt er die bestehenden Machtbeziehungen. In dem Sinne versteht Young auch die biomedizinische Praxis an sich als eine ideologische Praxis, die in ihrer Tätigkeit dem bestehenden Machtsystem zuarbeitet (vgl. *ibid.*: 271). Bezugnehmend auf Taussig (1980) beschreibt Young schwere Erkrankungen als Ereignisse, welche die alltägliche Routine unterbrechen und Fragen nach dem Warum? erzeugen. In diesem Moment erhält der Praktiker Eintritt in die Psyche des Betroffenen. Mit den gebotenen Erklärungen fungiert der westliche Kliniker als Kontrollagent, der die soziale Ordnung wiederherstellt.

Mit der Einführung des sickness Begriffs sollen vor allem die sozialen Konditionen der Wissensproduktion an sich untersucht werden. Kein Wissen ist frei von sozialer Bedingtheit:

„Thus, no one form is, a priori, the speaker's authentic knowledge of medical events, and no single set of cognitive structures can be said to be the ultimate source of the surface meaning of his statements.“ (Young 1982: 272).

Hahn (1984) kritisiert, dass im Verständnis von disease, biomedizinische Prämissen unreflektiert übernommen und weitergeführt werden. Disease werde als primäres Ereignis erachtet, auf das der Mensch mit illness, also dem subjektiv erlebten Kranksein reagiert. Hahn sieht jedoch das Kranksein als primär. Dabei geht er zunächst von dem universalen Phänomen des Leidens aus. Wie der Betroffene sein Leiden versteht, bestimmt die gesamten

medizinischen Unternehmungen. In dem Sinne geht die Beurteilung des bestehenden Problems durch den leidenden Menschen selbst der Definition seitens der Biomedizin voran.

Weiters bemängelt er die Versuche leidvolle Erlebnisse ausschließlich einem bestimmten Bereich zuschreiben zu wollen. Die problembehafteten Geschehnisse berühren das menschliche Sein in vielerlei Aspekten, die miteinander agieren: physisch, chemisch, physiologisch, psychologisch, sozial, wirtschaftlich usw. Das Problem ist dabei jedoch nicht einem einzelnen Bereich zuzuordnen, vielmehr ist davon auszugehen, dass ein Problem gleichzeitig in mehreren Aspekten verortet ist (vgl. Hahn 1984: 20).

3.2 Die Erfahrung von Leiden

Hahns Kritik aufnehmend stellt sich Kleinman mit dem Konzept des social suffering gegen eine Individualisierung von Krankheit. Jede größere Gruppe von ProfessionistInnen, die sich mit kranken Menschen beschäftigt, hat Grenzen entwickelt, die sie von den Patienten trennen. So erzeugen Ärzte eine Distanz über die Betonung biologischer Erklärungsansätzen von Krankheit. Dabei wird jedoch die illness Erfahrung der Patienten ignoriert und ihrer Legitimation entzogen. Auch Medizinanthropologen vollziehen diese Distanzierung, indem sie sich analytischer Vorgehensweisen bedienen (Kleinman/Kleinman 1991: 276).

Leiden, als eine zutiefst menschliche, soziale Erfahrung zu betrachten, soll diese Separationen aufheben. Kleinman schlägt dazu eine Ethnographie von Erfahrung vor, die das Leiden abseits von formalistischen Trennungen als eine von mehreren menschlichen Erfahrungen betrachten soll. Dabei gilt es herauszufinden, was für den jeweiligen Menschen auf dem Spiel steht (vgl. Kleinman 1995: 99).

Erfahrung definieren Arthur und Joan Kleinman (1991: 275) „as an intersubjective medium of microcultural and infrapolitical processes in which something is at stake for participants in local worlds.“ Sie vermittelt und transformiert die Beziehungen zwischen Kontext und Person, Bedeutung und Psychobiologie in Gesundheit wie Krankheit und Heilung. Es bestimmt also nicht die menschliche Natur die Erfahrung, sondern die Erfahrung selbst prägt den Menschen (vgl. *ibid.*: 278).

Leiden ist primär als eine soziale Erfahrung zu betrachten, die von unterschiedlichen kulturellen Bedeutungen geformt wird. Diese Bedeutungen hängen von Ort und Zeit der Erfahrung ab. Eine moralische Gemeinschaft mit ihren Institutionen autorisiert bestimmte kulturelle Repräsentationen, die verschiedene Arten von Leiden elaborieren (vgl. Kleinman/Kleinman 1997: 2). So schwanken die kulturellen Bedeutungen beispielsweise zwischen Bestrafung und Errettung. Die intersubjektive Erfahrung von Leiden an sich, als ein Charakteristikum menschlicher Existenz, besteht jedoch in allen Gesellschaften (vgl. Kleinman 1995: 101).

Medizinische Praxis benennt Arthur Kleinman (1995: 6) als "a historicized mode of social being-in-the-world." Leiden ist dabei eine Erfahrung, die eine Krankheit begleitet und über ein bloßes subjektives Empfinden hinausgeht. Sie ist weiters als eine Form kultureller Repräsentation, eine transpersonale Erfahrung und eine Inkorporation kollektiver Erinnerung zu verstehen (vgl. Kleinman 1997: 316). Bei gesundheitlichen Problemen handelt es sich bei diesem Konzept mehr um eine interpersonale Erfahrungen sozialen Leidens als um individuelle, medizinische Problemstellungen. Die Biomedizin gibt einen Interpretationsrahmen vor, der Krankheit als einen gestörten, biologischen Prozess konstruiert. Für das erfahrene Leid bleibt dabei kein Raum. Leid an sich kann die Biomedizin nicht behandeln und medikalisiert es schlussendlich zur Depression (vgl. Lux 2003: 170).

In der Ignoranz sozialpolitischer Ursachen für persönliches Leiden sieht Kleinman (1995) einen Trend hin zur Medikalisierung. Die Institution der Medizin an sich ist jedoch lediglich ein Träger dieser Entwicklung.

Der Auseinandersetzung mit Leiden ist auch das Modell der „Idioms of Distress“ zuzurechnen. Darin wird untersucht, wie sich Mitglieder einer Gesellschaft mit bestimmten Beschwerden konfrontieren bzw. mit ihnen umgehen. Mark Nichter (1981) geht dabei davon aus, dass es eine Vielzahl an Möglichkeiten gibt, Not oder Bedrängnis auszudrücken. Diese unterschiedlichen Ausdrucksarten sind geprägt durch symbolische und affektive Assoziationen, die, im Hinblick auf bestimmte Stressoren, der Verfügbarkeit alternativer Ausdrucksmöglichkeiten und deren sozialen Auswirkungen, deren kommunikativer Macht sowie den Reaktionen Angehöriger, eine kontextabhängige Bedeutung erlangen (ibid.: 379).

Dieses Konzept verfolgt einen ethnomedizinischen und transaktionalen Ansatz, der untersucht, wie Leid erfahren und von den Betroffenen ausgedrückt, sowie von Angehörigen und ProfessionistInnen interpretiert wird. Diagnose- und Behandlungssysteme, so Nichter (2010: 402), entwickeln sich abhängig von deren kultureller Matrix, und formen die Erfahrung und den Ausdruck von Stress. Somit überschneiden sich lokale Formen von Leiden mit vorhandenen Diagnose- und Behandlungsmethoden.

Nichter (2010) fokussiert dabei auf die Ursprünge, die Verwendungen und die Effekte bestimmter Idiome und bezieht sich auch auf soziale Auswirkungen gewählter Expressions- und Interpretationsweisen, die über die leidende Einzelperson hinausgehen. Es ist zwar notwendig, die semantischen Bedeutungen (vgl. Good 1977) zu erfassen, jedoch nicht ausreichend. Vielmehr gilt es, so Nichter (2010: 403) zu erfragen, warum bestimmte Ausdrucksmöglichkeiten zu bestimmten Zeiten gewählt werden.

Die jeweiligen Bedeutungen des Ausdrucks sind dabei oft fragmentarisch und auch in sich widersprüchlich. Dies führt Nichter (2010) auf ein dynamisches soziales Entstehungsfeld zurück, das die verfügbaren Idiome hervorbringt und welches durch Faktoren wie persönliche Disposition, mikro- und makropolitische Prozesse beeinflusst wird. Verzeichnete Krankheitsausbrüche bieten dabei Expressionsmöglichkeiten für individuelle und kollektive Ängste, die auch als Kommentar zu sozialer Ungerechtigkeit oder Spannungen hinsichtlich body politic gelesen werden können. In diesem Zusammenhang postuliert Nichter (2010: 409) weiters, dass die Wahl der Stressidiome sich mehr auf die Darstellung der eigenen Person, als gänzlich auf eine statische Repräsentationen von Beschwerden bezieht.

3.3 Der bedeutungsvolle Körper

Aus der Integration von Domänen der Wahrnehmung, Praxis und Erfahrung, welche so die Zweiteilung in Geist und Körper aufhebt, bildet sich das Modell von embodiment. Der Körper ist dabei nicht nur ein Objekt, das hinsichtlich Kultur untersucht wird, sondern auch das Subjekt von Kultur, vielmehr der existenzielle Grund von Kultur selbst (Csordas 1988: 5). Dabei greift Csordas (1988) das Konzept des Präobjektivem von Merlau Ponty und das Habituskonzept von Bordieu auf.

Auf der Ebene der Wahrnehmung gibt es noch keine Objekte, wir sind „einfach“ in der Welt. Somit steht das Objekt am Ende eines Wahrnehmungsprozess und nicht etwa am Beginn. Das Konzept des Präobjektivem geht vom Körper als Ausgangspunkt zur Erforschung der Perzeption aus. Ziel ist es dabei, den transzendenten Moment zu erfassen, in dem die Wahrnehmung im Objekt mündet. Csordas betont dabei, dass es sich im Präobjektivem um etwas Präabstraktes handelt, das auch von Kultur beeinflusst ist.

Im Habituskonzept fungiert der Körper als ursprüngliches Objekt, an dem Kultur arbeitet, aber gleichzeitig auch als ein ursprüngliches Werkzeug, dass dazu verwendet wird. In einem System, das Praktiken und Repräsentationen erzeugt und strukturiert, dient der Habitus als universalisierende Mediation (ibid.: 11).

Diese Konzeption von Embodiment, so Csordas (1988: 27), treibt das Verständnis für bestimmte Praktiken voran, sowie dafür, wie diese untereinander in Beziehung stehen. Weder sollen dabei die wahrgenommenen Objekte analysiert werden, um den Objektivierungsprozess zu erfassen, noch aus den Praktiken Modelle abgeleitet werden, um deren immanente Produktionslogik zu erkennen. Es geht vielmehr darum, Wahrnehmung als Synthese zu sehen, in dem das Objekt durch das Subjekt vollendet wird. Diese Synthesis bildet der Körper, als Ort der Wahrnehmung und Praxis.

Dies hat auch Implikationen für die Beziehung zwischen Subjekt und Objekt in der Wissenschaft, die als angestrebtes Ziel die Objektivität erkoren hat. „Harte“ Fakten der sogenannten harten Wissenschaften sind somit aus einem Verhärtungsprozess entstanden, den Csordas (1988: 38) dem Prozess der Objektivierung gleichsetzt.

In diesem Zusammenhang tritt die Zentralität des jeweils angewandten Körperkonzepts zum Vorschein. Scheper-Hughes und Lock (1987) verweisen hier auf die Bedeutung von Körperkonzeptionen für die Auseinandersetzung mit Krankheit und Gesundheit. Dabei folgen sie den Bemühungen, etablierte Grenzen verbreiteter Modelle zu überwinden und benennen drei unterschiedliche Perspektiven auf den Körper. In ihrem Konzept unterscheiden sie zwischen dem individuellen, dem sozialen und dem politischen Körper bzw. der Körper Politik. Die drei Körper stellen verschiedene Analyseeinheiten dar, die zwar voneinander getrennt sind, sich jedoch überlappen und dabei unterschiedlichen theoretischen Ansätzen zuzuordnen sind.

Der individuelle Körper entspringt der Phänomenologie und bezieht sich auf die gelebte Erfahrung des Körper-Selbst. Das biomedizinisch geprägte Verständnis geht dabei von natürlichen Oppositionspaaren wie Geist und Materie, Verstand und Körper sowie real und unreal aus. Eine gleichzeitige Verortung oder die Möglichkeit, dass weder zu einem oder dem anderen Bereich zugeordnet werden kann, erscheinen dabei nicht möglich (ibid.: 10). Mit der Unterscheidung in Kranksein (illness) und Krankheit (disease) werden beide Dimensionen der medizinischen Domäne zugeführt. Dies führt zur Medikalisierung und Individualisierung menschlicher Leiderfahrungen. Auch die westliche Konzeption eines individuellen, autonomen Ichs fördert diese Entsozialisierung. Medikalisierung sehen Scheper-Hughes und Lock als eine verfehlte Identifizierung zwischen sozialen und individuellen Körpern, welche zu einer Transformierung des Sozialen hin zum Biologischen führen (ibid.: 10). Weiters beeinflussen auch die Bedeutungen, die mit unterschiedlichen Körperteilen assoziiert werden, deren Erfahrung.

Der soziale Körper ist dem Strukturalismus und dem Symbolismus zuzuordnen. Er fungiert dabei als natürliches Symbol und Repräsentation der sozialen Welt. Im Gegensatz zu vielen nicht industrialisierten Gesellschaften, wird der Körper analog zur kapitalistischen Produktion und zur Maschine verstanden. Der menschliche Körper transformiert somit zu einer Ware. Der Körper und das Selbst gelten dabei als getrennte und trennbare Einheiten. Soziale Beziehungen werden als segmentiert sowie situativ und kaum in Verbindung mit Krankheit oder Gesundheit gesehen (ibid.: 20).

Der politische Körper korrespondiert mit der Theorie des Poststrukturalismus. Dabei wird der Körper als Ort der politischen Überwachung, Regulierung und Kontrolle betrachtet. Die jeweilige Kultur stellt, in Form eines sogenannten sozialen Skripts Verhaltensmodelle bereit. Diese dienen zur Schaffung individueller Körper, die den Bedürfnissen der bestehenden sozialen und politischen Ordnung dienen. Die rapiden Veränderungen in industrialisierten Gesellschaften führen dabei einerseits zur Existenz gegensätzlicher Ansprüche, die sich beispielsweise in Essstörungen manifestieren (vgl. Crawford 1985), sowie zur Dominanz medizinischen Wissens. Krankheit wird somit zur dominanten Metapher für individuelles und soziales Leiden, intervenierende Professionisten zu Kontrollagenten: „The medical gaze is, then, a controlling gaze, through which active (although furtive) forms of protest are transformed into passive acts of „breakdown“ (Scheper-Hughes/Lock 1987: 27).

4 Wer oder was ist Stigma

Die Verbindung von Stigma und chronischen Gesundheitsproblemen ist ein universelles Phänomen, welches schwerwiegende Auswirkungen auf das Individuum und seine Familie hat (Van Brakel 2006: 308).

Wie kein anderer prägte Erving Goffman die sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Stigmatisierung. Als klassisches Konzept gilt dabei das Modell der sogenannten spoiled identity. Goffman (1963) spricht in diesem Zusammenhang von der sozialen Identität. Aus dem unmittelbar ersten Zusammentreffen mit einer Person entstehen bereits Zuschreibungen über deren Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personenkategorie. Goffman unterscheidet hier zwischen zwei Arten der sozialen Identität: der virtuellen und der aktuellen. Bei der virtuellen sozialen Identität geschieht die Zuordnung im Affekt. Die aktuelle hingegen wird erst im Nachhinein gebildet und umschließt die reale Kategorie bzw. die realen Eigenschaften, die nachgewiesen werden konnten, also diejenigen Vorstellungen, die auch tatsächlich auf die Person zutreffen. Stigma entsteht, wenn Diskrepanzen zwischen diesen beiden Identitäten auftreten. Zu einem Stigma wird die Diskrepanz, wenn das entsprechende Attribut die Meinung über jemanden mindert. Die Eigenschaft an sich ist dabei von geringerer Bedeutung. Als ausschlaggebend gilt deren relationale Positionierung in der jeweiligen Kategorie. Dabei wird in Deskreditierte und Deskreditierbaren unterschieden. Mit Deskreditierte spricht Goffman den Bereich offensichtlicher, stigmatisierender Merkmale an, wohingehend bei Deskreditierbarem die potentielle Gefahr einer Stigmatisierung besteht.

Goffman unterteilt in drei verschiedene Typen von Stigma: physische Deformationen, individuelle Charakterfehler und phylogenetische Stigmata, wie beispielsweise Nation oder Religion. Als verbindendes Charakteristikum aller drei Typen gilt eine beschädigte Identität. Dabei tritt die stigmatisierende Eigenschaft derart in den Vordergrund, dass andere Attribute einer Person von den „Normalen“⁷ nicht mehr wahrgenommen bzw. nicht mehr angesprochen werden. Eng verbunden mit der beschädigten Identität ist dabei auch der weitere Umgang der Stigmatisierten mit dem betreffenden, negativen Merkmal.

⁷ Goffman (1963:13) verwendet den Begriff „Normale“ für Menschen, die von den an sie gestellten Erwartungen nicht negativ abweichen.

Goffman's (1963) Untersuchungen werden vor allem ob seiner konzentrierten Lokalisation von, mit Stigma verbundenen Dimensionen im Individuum kritisiert⁸ (vgl. Das 2011, Yang et al. 2007). Damit entsteht, so Yang et al. (2007: 1531), ein übermäßiger Fokus auf individuelle Akteure als alleinige Quellen und Empfänger von Stigma.

Yang et al. fordern eine verstärkte Aufnahme moralischer Themenfelder in theoretische wie empirische Diskurse. Dabei betrachten sie Stigma als im moralischen Leben der Leidenden eingebettet (ibid.: 1528). Der Fokus liegt hier auf der gelebten und sozialen Erfahrung einer lokalen Welt, welche das Feld darstellt, in dem das tägliche Leben stattfindet. Damit beziehen sich die Autoren auf soziale Netzwerke, Arbeitsplätze oder Interessensgruppen.

Kennzeichnend für alle lokalen Welten ist der Umstand, dass darin etwas verloren gehen kann, etwas für die Betroffenen auf dem Spiel steht. Die Vorgänge, welche im alltäglichen Leben nun bestimmen, was für einen Mensch von Bedeutung ist, bezeichnen Yang et al. als moralische Erfahrung. Stigma betrachten sie als eine zutiefst moralische Größe, in der stigmatisierende Bedingungen das gefährden, was als wichtig erachtet wird. Reaktionen auf Stigma sind nicht nur kulturell geprägt, sondern beziehen sich auch auf eine konkrete Lebenswelt. Dabei sind die stigmatisierten, wie die stigmatisierenden Personen in ähnliche Prozesse involviert. Beide versuchen ihnen bedeutsame Werte zu erhalten und Gefahren abzuwehren, während sich ihre sozialen Räume überschneiden. Stigmatisierung ist somit nicht nur von der Art der Erkrankung abhängig, sondern auch von dem gelebten, sozialen Setting.

Stigma erstreckt sich, so Yang et al. (1531ff.), über physische, emotionale, soziale und kulturelle Domänen. Dabei ist Stigmatisierung selbst nochmals von moralischen Vorgängen, gleich einem Netz, umhüllt. Normen und Emotionen sind über moralisch-somatische und moralisch-emotionale Prozesse miteinander verbunden. Stigma und Stigmatisierung können so auf unterschiedliche Art und Weise in das Leben eines Menschen Eingriff nehmen.

Moralisch-somatische Mechanismen beziehen sich darauf, wie körperliche Zustände mit der Erfahrung sozialer Normen und Werte verbunden sind, während moralisch-emotionale Prozesse den Zusammenhang zwischen sozialen Werten und individuellen Gefühlsleben umfassen. Dabei entfaltet Stigma seine Wirkkraft intersubjektiv. Dies geschieht in und durch alltägliche Interaktionen, in sogenannten intersubjektiven Räumen. Stigma wird dabei in dem

⁸ Zwar lassen sich in Goffmans (1963) Ausführungen finden, die auch moralische Aspekte miteinbeziehen, dennoch wurde sein Werk nicht in dieser Weise rezipiert (Yang. et al 2007: 1530).

Sinne bedrohend wahrgenommen, als dass es gerade diejenigen Werte gefährdet, welche für die involvierten Personen von Bedeutung sind.

5 Methodische Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit basiert auf Daten, die mittels qualitativer Verfahren erhoben wurden. Qualitative Forschungsmethoden versuchen die sozialen Wirklichkeiten der Menschen zu verstehen und inhärente Deutungsmuster, Abläufe und Strukturmerkmale erkennbar zu machen. Dabei handelt es sich vielfach um vermeintliche Selbstverständlichkeiten, die den einzelnen Akteuren oft nicht bewusst sind.

Flick et al. (2000) sehen den Vorteil qualitativer Verfahren vor allem in deren Offenheit. Im Gegensatz zu anderen, stärker standardisierten Forschungsstrategien, benötigen qualitative Herangehensweisen keine vorab gefestigte Vorstellung über das Feld und bleiben so offen für neue Aspekte, die auch im bereits Bekannten verborgen sein können. Die Offenheit für Erfahrungswelten, ihre innere Verfasstheit und ihre Konstruktionsprinzipien bilden den Ausgangspunkt für qualitative Forschung.

Auch Lamnek (1995) betont die Bedeutung der Offenheit für die qualitative Forschung. Er spricht von einem Wahrnehmungstrichter, der so weit als möglich offen zu halten ist, um auch unerwartete Informationen miteinzubeziehen. Diese Offenheit gilt für die zu erforschende Situation, erforderliche Methoden sowie die untersuchten Personen. Der qualitative Ansatz, so Lamnek, zielt primär auf Exploration ab. Hypothesen werden erst im Feld entwickelt, es handelt sich somit um hypothesengenerierende Verfahren.

Lamnek (1995) verweist weiters auf den kommunikativen Charakter jeder Forschung. Dabei handle es sich vor allem um eine Kommunikation zwischen Forscher und Beforschtem. Obgleich in quantitativen Verfahren der Forscher als Störfaktor gesehen wird, den es auszugleichen gilt, versteht der qualitative Gedanke diese Verbundenheit als konstituierend für den Forschungsprozess. Wirklichkeit, so Lamnek (1995: 23f.), ist perspektivenabhängig. Keiner an der Forschung Beteiligten ist frei von Theorien über die Welt, und so ergibt sich ein gegenseitiges Aushandeln der Wirklichkeit.

Ausgehend von dieser Offenheit bezeichnet qualitative Forschung jedoch unterschiedliche Ansätze mit entsprechend vielseitiger theoretischer Einbettung bzw. methodischer Vorgehensweise und Ziele. „Die Praxis qualitativer Forschung ist generell dadurch geprägt, dass es nicht die Methode gibt, sondern ein methodisches Spektrum unterschiedlicher

Ansätze, die je nach Fragestellung und Forschungstradition ausgewählt werden können.“ (Flick et al.: 2000: 22).

Die angewandten Methoden und Techniken sind dem Forschungsgegenstand anzupassen. Qualitative Forschung ist stark am Alltag orientiert und erfordert somit eine Nähe zum untersuchten Feld. Durch die Art und Weise der Datenerhebung soll daher eine möglichst natürliche Umgebung geschaffen werden (vgl. Flick et al. 2000). Eine besondere Rolle spielt dabei auch der forschende Zugang an sich, der eine Verzerrung der Situation mit sich bringt. Qualitative Methoden versuchen dieser Verzerrung durch die Alltäglichkeit der Forschungssituation zu vermindern (vgl. Lamnek 1995, Mayring 2002).

5.1 Methodik

Auf den Ebenen der Datenerhebung und Datenanalyse orientierte ich mich an den Grundprinzipien der Grounded Theory nach Strauss und Corbin. Ich nahm jedoch auch Aspekte Glaser's Verständnis mit auf. Darin sehe ich keinen Gegensatz, da Strauss selbst eine gewisse Flexibilität der Grounded Theory einräumte: „Ich halte den Stil der Grounded Theory für sehr variabel. Der Vorschlag, bei bestimmten Fragestellungen abgekürzte Verfahren anzuwenden, geht genau in diese Richtung. Man muss die Methodologie an die Fragestellungen und die Randbedingungen anpassen.“ (Interview Strauss 1994 in Legewie/Schevriev-Legewie 2004: 13).

Eine Ausformulierung einer sich generierenden Theorie, im Sinne der von mir gewählten Vorgehensweise würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sowie meine persönlichen Ressourcen übersteigen. Aus diesem Grund habe ich mich dafür entschieden, mich auf die Erarbeitung und Ausführung der Hauptkategorien zu beschränken.

5.1.1 Grounded theory

In einem 1994 geführten Interview hebt Strauss drei zentrale Punkte der Grounded Theory hervor: Die Art des Kodierens, die über eine bloße Klassifikation hinausgeht, nämlich das untersuchte Phänomen erklären soll. Der zweite Punkt betrifft das theoretische Sampling: „Ich habe sehr früh begriffen, dass es darauf ankommt, schon nach dem ersten Interview mit der

Auswertung zu beginnen, Memos zu schreiben und Hypothesen zu formulieren, die dann die Auswahl der nächsten Interviewpartner nahe legen.“ (Interview Strauss 1994 in Legewie/Schervier-Legewie 2004: 13). Als dritten Punkt führt er die Vergleiche an, die zwischen den Kontexten und den Phänomenen entstehen sollen. Aus ihnen heraus ergeben sich erst die theoretischen Konzepte. „Wenn diese Konzepte zusammenkommen“, so Strauss „hat man die Methodologie“ (Interview Strauss 1994 in Legewie/Schervier-Legewie 2004: 13).

In ihrer ersten Ausformulierung 1967 der Grounded Theory appellieren Glaser und Strauss, die entstehende Theorie als einen Prozess zu verstehen. „... eine Grounded Theory ist kein perfektes Produkt, sondern in permanenter Entwicklung begriffen. ... Wir sind der Meinung, dass nur ein prozessuales Verständnis von Theorie der Wirklichkeit sozialen Handelns und dessen strukturellen Bedingungen einigermaßen gerecht werden kann.“ (Glaser/Strauss 1998: 41).

„The goal of grounded theory is to generate a conceptual theory that accounts for a pattern of behavior which is relevant and problematic for those involved. The goal is not voluminous description, nor clever verification.“ (Glaser 1978: 93 zit. nach: Glaser 2004: 3).

5.2 Mein Forschungsprozess

"Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen“ (Titel des gleichnamigen Aufsatzes von Legewie/Schervier-Legewie 2004).

„The best way to do GT is to just do it.“ (Glaser 2004: 9).

Laut Glaser startet die Forschung mit der Datenerhebung an sich, der Kodierung und der Analyse. Er lehnt eine vorherige Problemdefinierung sowie theoretisches Vorwissen zunächst ab. Dabei werden sie jedoch nicht vollkommen negiert, es kommt, so Truschkat et al. (2005), auf den Zeitpunkt deren Miteinbeziehung an.

„... GT methodology treats the literature as another source of data to be integrated into the constant comparative analysis process once the core category, its properties and related categories have emerged and the basic conceptual development is well underway.“ (Glaser 2004: 10).

Da ich im Vorfeld eine intensive Recherche zu meiner Fragestellung betrieben hatte, dienten bekannte Literaturbeispiele und Theorien während der Erhebung, Kodierung und Analyse immer wieder als Impulsträger für weiter führende Zusammenhänge. In Form von Memos hielt ich diese fest und je nach Relevanz verwarf oder nahm ich die verschiedenen Konzepte in meine Datensammlung auf. Ich arbeitete die Literatur in bereits bestehende Kategorien ein um diese zu verdichten.

Meine Feldforschung startete ich mit der Idee, mehr über die Bedeutung und den Umgang mit psychiatrischen Diagnosen zu erfahren. Dabei wollte ich mich auf die Sicht betroffener Menschen selbst konzentrieren. Um dem Mandat der Offenheit gerecht zu werden, führte ich zunächst narrativ, biografisch orientierte Interviews. Narrativ, um die Bedeutungsinhalte von den befragten Menschen selbst zu entnehmen; biografisch orientiert, um die erhaltenen Daten auch mit der Person in Kontext zu setzen und so zu entschlüsseln. Hinzukamen noch halbstandardisierte ExpertInneninterviews.

Glaser, sowie Strauss sehen in der Grounded Theory primär ein Forschungskonzept, in dem unterschiedliche Methoden angewandt werden. Jegliche Form von Daten können dabei in das Verfahren einbezogen werden. Es obliegt allein dem Forscher herauszufinden, welche Daten für ihn von Nutzen sind (vgl. Glaser 2004, Interview Strauss 1994 in Legewie/Schervier-Legewie 2004).

5.2.1 Theoretisches Sampling

„Theoretisches Sampling meint den auf die Generierung von Theorie zielenden Prozeß der Datenerhebung, währenddessen der Forscher seine Daten parallel erhebt, kodiert und analysiert sowie darüber entscheidet, welche Daten als nächste erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind.“ (Glaser/Strauss 1998: 53).

Die in der Forschung gewonnenen Daten selbst leiten somit den weiteren Forschungsverlauf. Die Informationen werden kodiert und zueinander in Bezug gesetzt. Dabei bilden sich

Vergleichsgruppen. Daraus wird wieder geschlossen, nach welchen Kategorien man sich weiter orientiert, sowie wo sie zu finden sind. So werden die Daten ständig analysiert und kodiert und führen zur nächsten theoretischen Fragestellung: „wenn der Forscher sich selbst die nächste theoretisch relevante Frage vorlegt und diese ihn umgekehrt zur Suche nach ganz bestimmten Studienobjekten treibt“ (Glaser/Strauss 1998: 66). Somit bezieht sich das Sampling nicht nur auf die untersuchten Personen oder Situationen, sondern auch auf die weiterzuentwickelnden Kategorien.

So stellte sich für mich, nach dem ersten Interview, die Frage, welche Bedeutung das Verständnis der Beschwerden als Krankheit im Zusammenhang mit der Diagnose hat. Weiters stellte sich die starke Rolle des Pflegepersonals auf psychiatrischen Stationen heraus. Mein nächster Schritt war es nun, mich nach jemandem umzusehen, der im psychiatrischen Pflegedienst tätig ist und weiters nach einer betroffenen Person, die ihre Symptome selbst nicht als Krankheit definiert.

Dieser Arbeit liegen insgesamt acht qualitative Interviews mit vier Personen, die im Laufe ihres Lebens eine psychiatrische Diagnose erhielten, zugrunde. Weiters ergänzte ich dieses Material mit vier ExpertInneninterviews mit insgesamt fünf GesprächspartnerInnen (Psychiaterin, Gesundheits- und Klinische Psychologin/ Psychotherapeutin, psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, zwei Anwälte des Hauptverbands der Sozialversicherung). Hinzu kamen gefertigte Interviewprotokolle, Aufzeichnungen über informell geführte Gespräche, Diskussionen eines Internet-Forum über psychiatrische Diagnosen, mein geführtes Feldtagebuch, Beobachtungsprotokolle der Vorträge, ein Audiomitschnitt einer Tagung über Schizophrenie sowie vorab gefertigte Praktikumsberichte im psychiatrischen Feld. Meine aktive Feldforschung erstreckte sich von Mai bis August 2011.

Glaser und Strauss (1998) betonen in diesem Zusammenhang auch die Wichtigkeit einer Ruhepause. Ohne eine Unterbrechung der Erhebung, um sich der Reflexion und Analyse des bisherigen Materials zu widmen, könne es zu Daten von theoretisch fragwürdiger Relevanz kommen (vgl. Glaser/Strauss 1998: 79). So ließ ich zwischen den einzelnen Interviews zwei bis drei Wochen verstreichen, um mich eingehend mit meinen bisherig erhobenen Daten auseinanderzusetzen und danach für eine weitere Erhebungsphase wieder ins Feld zurückzukehren. Nach Abschluss der Feldarbeit und einer weiteren Aufbereitung der Daten, traf ich mich weiters mit einem Kollegen, der mit mir mein Datenmaterial nochmals durchging und diskutierte.

5.2.2 Vorgehensweise

Dem Anspruch der Alltagsnähe und Natürlichkeit qualitativer Forschung (vgl. Lamnek 1995, Flick et al. 2000, Mayring 2002) versuchte ich auf verschiedene Arten Rechnung zu tragen. Einerseits ließ ich meine Gesprächspartner unter mehreren Möglichkeiten bezüglich des Interviewortes wählen: diese reichten von meiner eigenen Wohnung, über ein Café, deren Arbeitsplatz bis hin zur Wohnung der befragten Person. Vertraulichkeit und Diskretion strich ich besonders hervor. Konkrete Verfahren der Anonymisierung bzw. deren Grad legte ich in jedem Einzelfall mit dem Gesprächspartner selbst fest. So waren beispielsweise nicht alle betroffenen Personen an einer Anonymisierung interessiert, eine Gesprächspartnerin bevorzugte etwa eine bewusst gewählte Öffentlichkeit. Namentliche Zitate legte ich zur Autorisierung den betreffenden Personen vor Veröffentlichung der Arbeit nochmals vor.

Während der Interviews bot ich auch an, das Aufnahmegerät auszuschalten; versuchte aber auch gleichzeitig dem „besonderen (Prüfungs) Charakter“ einer Aufnahme entgegenzuwirken, indem ich mich selbst auch auf dem Band exponierte. Meine Notizen lagen stets offen am Tisch, sodass auch mein Gegenüber Einblick nehmen konnte.

Ich führte narrative und halbstrukturierte Interviews mit Menschen, die im Laufe ihres Lebens eine psychiatrische Diagnose erhalten haben. Dabei legte ich keine weitere Auswahl hinsichtlich spezifischer Diagnosen. Um der Warnung zu folgen, nicht bei der Perspektive des Subjektes stehen zu bleiben bzw. darin zu verhaften (vgl. Mayring 2002) ergänzte ich die gewonnenen Daten mit vier ExpertInneninterviews: einer Psychotherapeutin/ Gesundheitspsychologin, einer Psychiaterin, zwei Anwälten der Sozialversicherung sowie einem Krankenpfleger. Deren jeweilige Bedeutsamkeit entnahm ich aus den einzelnen Interviews mit den betroffenen Gesprächspartnern.

Anzuführen ist auch, dass Erkenntnisse, aus meinen Praktika auf der Akutpsychiatrie und bei der Autistenhilfe in diese Arbeit einfließen. Durch das Führen eines Forschungstagebuchs versuchte ich, eine reflektierte Verwendung meiner eigens eingebrachten Daten zu gewährleisten.

Die Art der Interviewgestaltung orientierte sich daran, die Personen mit ihrer Geschichte in einen Kontext einzubetten. Mayring (2002) fasst dieses Vorgehen in dem Begriff der Ganzheit zusammen. Er stützt sich dabei auf ein holistisches Menschenbild und sieht in der Trennung einzelner menschlicher Funktions- und Lebensbereiche lediglich eine analytische

Hilfestellung. Die Trennungen seien immer wieder aufzulösen und die einzelnen Bereiche zusammenzuführen.

„So wenig jenes Ganze vom Leben, von der Kooperation und dem Antagonismus seiner Elemente abzusondern ist, so wenig kann irgendein Element auch bloß in seinem Funktionieren verstanden werden ohne Einsicht in das Ganze, das an der Bewegung des Einzelnen selbst sein kann.“ (Adorno et al. 1969: 12 zit. nach: Mayring 2002: 33).

Nach der Transkription und eines ersten Kodierens des Interviews erfolgte ein Ordnen der bisherig gesammelten Daten. Daran anschließend führte ich ein halbstrukturiertes Interview, in dem ich mich auf noch offene Themen aus dem ersten Interview und weiters explizit dem Themenkomplex der Diagnose konzentrierte. Diesen Ablauf behielt ich bei allen vier Personen, die eine Diagnose erhalten haben, bei. Einteilbar wäre mein Vorgehen in Exploration, Nachfrage und Abrundung. Die ExpertInneninterviews fanden während der Exploration und Nachfrage im Feld statt.

5.2.3 Feldzugang

Der Zugang zu verschiedenen Organisationen, die im psychiatrischen Bereich tätig sind, stellte sich als äußerst schwierig heraus. Trotz zahlreicher, intensiver Bemühungen war es mir nicht möglich, eine Zusammenarbeit zu initiieren. Als Gründe stellten sich die Ermangelung an Zeit sowie eine „Überlastung“ an PraktikantInnen und bereits laufenden Diplomarbeiten heraus. Um dennoch meinen Forschungsprozess zu beginnen, sowie den ersten Feldzugang zu erleichtern, führte ich eine Art Probeinterview mit einer mir bereits bekannten Person. Wegen unserer Bekanntschaft hatte ich ihn als sogenannten Kandidaten ausgeschlossen. Die Tatsache, dass wir beide uns bereits kannten, empfand ich zunächst als ein Manko. Zu meiner Überraschung förderte es jedoch sogar die Qualität des Interviews. Es herrschte bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen uns, was mir erlaubte, schon früh in persönliche Bereiche vorzudringen. Nach erfolgtem Interview beschlossen wir beide, die Zusammenarbeit weiterzuführen. Ich wähle bewusst den Term Zusammenarbeit, da es für mich von Anfang an wichtig war, den beidseitigen Nutzen bzw. ein beidseitiges Interesse an der Thematik in den Vordergrund zu stellen.

Auf einem Vortrag des HPE (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) über fehlende Krankheitseinsicht fiel mir Frau Mikus auf, die sich als Betroffene outete und sich gegen eine grundsätzliche Pathologisierung von Symptomen aussprach. Frau Mikus engagiert sich sehr auf diesem Gebiet und führt auch eine eigene Homepage. Über diese kontaktierte ich sie und kurz darauf trafen wir uns für ein erstes Interview.

In meinem Alltag kam ich immer wieder mit anderen Menschen über mein Diplomarbeitsthema ins Gespräch. Auch daraus zog ich viele Erkenntnisse. Durch Zufall ergab sich so ein weiterer Interviewpartner. Nach einem Vorgespräch, in dem er mich und mein Forschungsprojekt näher kennenlernte, entschied er sich für die Teilnahme an meinem Diplomarbeitsprojekt.

In den informellen, in meinem Alltag entstandenen Gesprächen über das Thema meiner Diplomarbeit fielen immer wieder die Sätze: Ginge ich zum Psychiater, bekäme ich sicher auch eine. oder Ich hätte sicher auch einmal eine [psychiatrische Diagnose] bekommen können. Diese, sich wiederholenden Meldungen, begannen meine Aufmerksamkeit zu erregen. Weiters hatte sich die Wichtigkeit von Angehörigen aus den bisher gewonnenen Daten ergeben. Ich wusste, dass eine Bekannte diese beiden Bereiche berührte. Ich kontaktierte sie und sie willigte ein.

Hier anzuführen ist, dass das Erstinterview von meinem Studienkollegen Stephan Höller geführt wurde. Aus persönlichen Gründen erschien es mir ratsam, das Erstinterview nicht selbst zu führen. Außerdem hatte ich mich in meinen Feldnotizen schon einige Male gefragt, wie jemand, der nicht so stark in der Thematik verankert ist, meine Fragestellung auslegen würde. Das zweite Interview führte ich wieder selbst.

Im Zuge der Absolvierung des Psychotherapeutischen Propädeutikums hatte ich zu allen ExpertInnen bereits vorab Kontakt. Ich stellte Ihnen mein Forschungsprojekt vor und bat um ihre Mithilfe, die sie mir bereitwillig zusicherten.

5.2.4 Gesprächsführung

Froschauer und Lueger (2003) thematisieren vor allem die Haltung, mit der an die Umsetzung der Forschung herangegangen werden soll. Die angeführten Punkte mögen zunächst banal erscheinen. Im Zuge meines Forschungsprozess wurde mir jedoch immer wieder klar, wie wichtig bzw. manchmal auch schwierig eine Rückbesinnung auf die folgenden Aspekte ist.

Bedenkt man weiters, welchen Anteil Interviews am Datenmaterial haben, wird bewusst, welche Bedeutung einer reflektierten Umsetzung der Methodik zukommt.

Der Forscher soll sich vor allem selbst als Lernender begreifen. Die Gesprächspartner sind die Experten ihrer eigenen Lebenswelt, die es zu erkunden gilt. Interesse und Neugier leiten dabei die Forschung. Erforderlich ist somit die Fähigkeit, sich auf Neues einzulassen und sein Wissen nicht über-, sowie die Komplexität der Thematik nicht unterzuschätzen. Dabei warnen die Autoren auch vor einem voreiligen Urteilen über Zusammenhänge und Bedeutungen. Etwaig auftretende Widersprüche, ob intendiert oder nicht, können im Gesamtzusammenhang Sinn ergeben. Die Definition als Lernender führt weiters zur Bedeutsamkeit des Zuhörens. Zuhören als aktiven Prozess des Mitdenkens, so Froschauer und Lueger (2003) ist verbunden mit dem Bemühen um Verständnis. Dies erscheint zwar selbstverständlich, doch erfordert es das Zulassen von Nachdenkpausen und oft auch mehrmaliges Nachfragen, bis eine Aussage verstanden wird. So musste ich selbst oft eine innere Hemmschwelle überwinden und den Mut finden, Nicht-Verstehen offen zu deklarieren und manchmal drei oder vier Mal nachzufragen. Auch das Fragen nach vermeintlichen Selbstverständlichkeiten führte manchmal zu Irritationen, die jedoch meist sehr fruchtbar hinsichtlich eines tieferen Verständnisses waren.

5.2.4.1 Kommunikative Validierung

„Die Gültigkeit der Ergebnisse, der Interpretationen kann man auch dadurch überprüfen, indem man sie den Beforschten nochmals vorlegt, mit ihnen diskutiert.“
(Mayring 2002: 147).

Dieses Gütekriterium qualitativer Forschung nach Mayring (2002) möchte ich hier besonders herausstreichen. Zwar ist auch diesem Vorschlag eine gewisse Einfachheit inne, jedoch, so meine Erfahrung, sollte dies nicht über Schwierigkeiten in seiner Umsetzung hinwegtäuschen. Zusammenzufassen und dabei gleichzeitig darauf zu achten, keine neuen Inhalte oder Querverbindungen vorzugeben, stellte mich manches Mal vor eine Herausforderung. Dieses Vorgehen verwendete ich aber nicht nur, um meine Interpretationen abzusichern, sondern auch um meine Gesprächspartner stärker einzubinden. Qualitative Forschung zeichnet sich ja auch dadurch aus, dass sie den beforschten Menschen mehr Kompetenz zuspricht, als andere Forschungsmethoden. Ins Bewusstsein rückt somit, dass es sich, so Mayring (2002) bei den

Beforschten nicht um Datenlieferanten handelt, sondern um denkende Subjekte wie die Forscher auch (vgl. Mayring 2002: 147).

5.3 Auswertung

„At the beginning of my journey, I was naive. I didn't yet know that the answers vanish as one continues to travel, that there is only further complexity, that there are still more interrelationships and more questions.“ (Kaplan 1996: 7 zit. nach: Strauss/Corbin 1998: 55).

So beginnen Strauss und Corbin (1998) ihre Ausführungen zu der Analyse von Daten. Was wir bei der Durchführung der Forschung entdecken, so die Autoren, ist vor allem wie komplex die Welt ist. Jeder gefundenen Antwort folgen neue Fragen. Weiters betonen sie auch das Wechselspiel zwischen dem Forscher und seinen Daten und streichen den kreativen Charakter der Analyse hervor. „It is both science and art. It is science in the sense of maintaining a certain degree of rigor and by grounding analysis in data. Creativity manifests itself in the ability of researchers to apply name categories, ask stimulating questions, make comparisons, and extract an innovative, integrated, realistic scheme from masses of unorganized raw data. It is a balance between science and creativity that we strive for in doing research“ (Strauss/Corbin 1998: 13). Auch hier lassen sich die zentrale Rolle des Forschers und ein reflektierter Umgang mit den gefundenen Daten ableiten.

Böhm (2000: 476) bezeichnet das Vergleichen als wichtigste Tätigkeit des Auswertungsprozesses. Der Vergleich ist dabei weniger auf gleiche Inhalte ausgerichtet, als auf das Finden von Ähnlichkeiten oder Unterschieden. Diese Vergleiche werden zwischen Phänomenen und ihren Kontexten gezogen und führen zu einer beginnenden Theorie bzw. theoretischen Sensibilität (vgl. Interview Strauss 1994 in Legewie/Schervier-Legewie 2004).

Böhm (2000) beschreibt das Kodieren als Übersetzung oder Verschlüsselung von Daten. Dabei werden die entstehenden Konzepte benannt, möglichst mit sogenannten In-vivo-Kodes, Begrifflichkeiten, die von den interviewten Personen selbst kommen, und näher ausgeführt. In der frühen Auswertungsphase steht vor allem die Erarbeitung dieser Codes im Vordergrund, später folgen erste Konzepte, die in weiterer Folge zu Kategorien verfeinert werden.

Berg und Milmeister (2008) differenzieren Kode und Kategorie in ihrer Reichweite. Während ein Kode sich explizit auf eine Textstelle bezieht, handelt es sich bei der Kategorie um einen Oberbegriff, der aus unterschiedlichen Kodes und Eigenschaften zusammengesetzt ist.

Die Kodierung der Daten besteht laut Strauss und Corbin (1998) aus drei Stufen: dem offenen, dem axialen und dem selektiven Kodieren; wobei ich in dieser Arbeit nur auf die ersten beiden Kodierverfahren zurückgreifen werde.

Das offene Kodieren bricht zunächst das Datenmaterial auf. Der Text wird mit Kodes versetzt, die in weiterer Folge miteinander in Beziehung gesetzt werden und sich so zu ersten Kategorien entwickeln. Ziel dieses Schrittes ist ein Interpretationstext, „der das analytische Denken über das Phänomen weiter untersucht und häufig Fragen enthält, wie das Phänomen weiter untersucht werden könnte.“ (Böhm 2000: 478). Böhm warnt dabei vor einer bloßen Nacherzählung und rät, folgende Fragen an den Text zu stellen⁹:

- „Was? Worum geht es hier? Welches Phänomen wird angesprochen?
- Wer? Welche Personen, Akteure sind beteiligt? Welche Rollen spielen sie dabei? Wie interagieren sie?
- Wie? Welche Aspekte des Phänomens werden angesprochen (oder nicht angesprochen)?
- Wann? Wie lange? Wo? Wie viel? Wie stark?
- Warum? Welche Begründungen werden gegeben oder lassen sich erschließen?
- Wozu? In welcher Absicht? Zu welchem Zweck?
- Womit? Welche Mittel, Taktiken und Strategien werden zum Erreichen des Ziels verwendet?“ (Böhm 2000: 477f.).

⁹ Böhm entnimmt diese Fragen Strauss (1987): *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press.

Zentral ist dabei ein genaues Lesen des Textes und auch auf die Inhalte zwischen den Zeilen zu achten (vgl. Berg/Milmeister 2008). Ich verwendete ausschließlich textinhärente Kategorien und übernahm traditionelle Kategorien wie Alter, Geschlecht, etc. nur, wenn diese aus dem Text heraus auch sichtbar wurden.

Als zweiter Schritt erfolgt das axiale Kodieren. Es kann als Verfeinerung der Ergebnisse des offenen Kodierens gesehen werden. Die gewonnenen Konzepte rücken ins Zentrum der Bearbeitung und deren Verflechtungen und Beziehungen werden freigelegt. So entwickeln sich die jeweiligen Kategorien, die wiederum aufeinander Bezug nehmen. Böhm (2000) regt hier folgende Fragen an das Material an:

„Worauf beziehen sich meine Daten? Um was drehen sich Handlungen und Interaktionen in den Daten eigentlich?“ (ibid.: 480).

Dazu empfiehlt er weiters das Kodierparadigma nach Strauss.

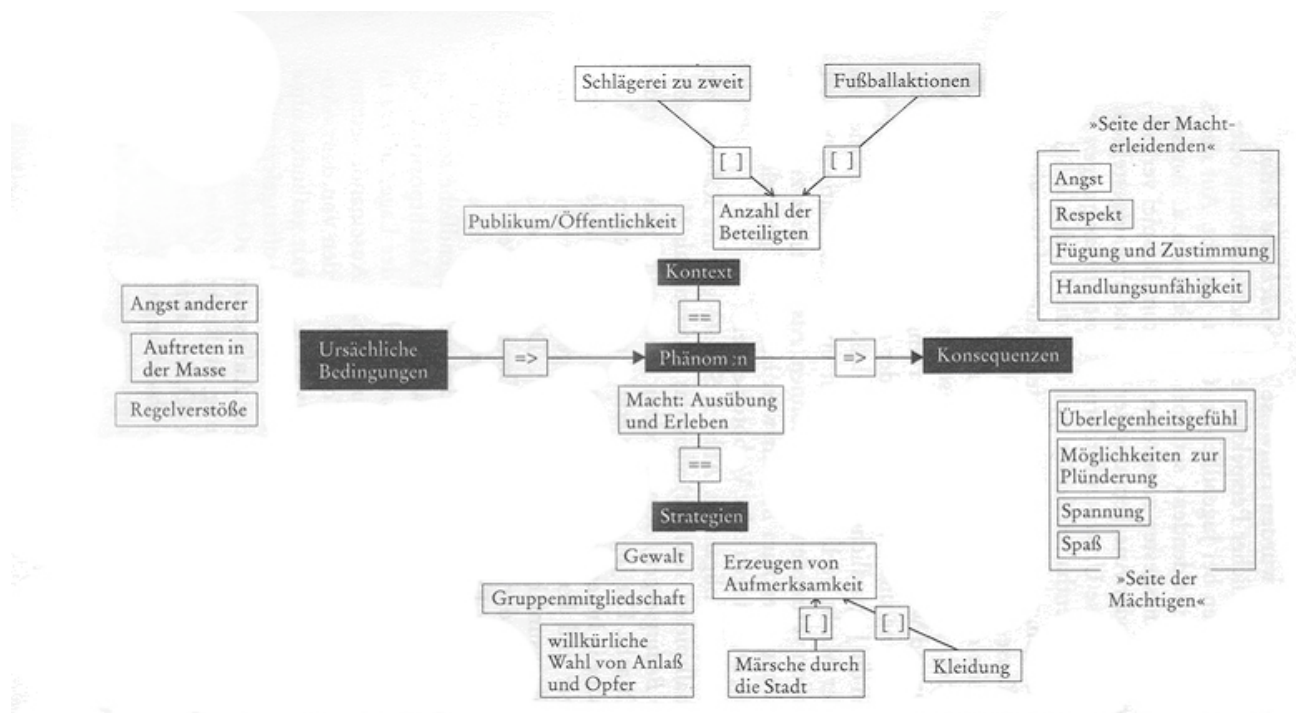


Abb. 2: Kodierparadigma in Anlehnung an Strauss (Böhm u. a. 1992) am Beispiel des Phänomens »Macht« bei Hooligans

Disselkamp-Niewiarra/Solveigh (2000: 504).

Das betreffende Phänomen wird mit anderen Codes und Kategorien in Beziehung gesetzt. Durch das Hervorheben von Querverbindungen entsteht schließlich ein Geflecht zwischen den Kategorien, die verschiedene Wechselwirkungen sichtbar machen.

6 Ergebnisse der Feldforschung

Der empirische Teil dieser Arbeit ist durch eine starke Orientierung an der Praxis geprägt. Durch die Exploration hinsichtlich des persönlichen Umgangs mit psychiatrischen Diagnosen habe ich versucht, verschiedene Momente herauszufiltern, die diesen schlussendlich doch sehr individuellen Lösungswegen gemeinsam unterliegen. Die unterschiedliche Anonymisierung meiner InterviewpartnerInnen ist in diesem Sinne auch als Beleg für die individuell gestaltete Auseinandersetzung mit der Thematik zu verstehen.

Wenn nicht weiter erläutert, handelt es sich bei Gesprächs- oder InterviewpartnerInnen stets um selbst betroffene Personen, also Menschen, die eine psychiatrische Diagnose erhalten haben.

Aus meiner Untersuchung ergaben sich folgende Hauptpunkte:

- Bedeutung der Diagnose
- Stigmatisierung
- Erlebte Behandlungspraxis
- Problemerkfassung
- Bedeutung des sozialen Umfelds
- Alltag und Kranksein.

Diese Hauptpunkte gruppieren sich dabei um die zwei identifizierten Fragestellungen: die Bedeutungsgabe und deren Integration in den Alltag.

Die folgende kurze Einführung soll zunächst einen Einblick in die Erfahrungswelten ermöglichen, die mir, in Verbindung mit dem Erleben außergewöhnlicher psychischer Zustände, geschildert wurden.

Meine weiteren Ausführungen beginne ich mit der Darstellung der Diagnose. Welche Bedeutung/en hat sie für die Betroffenen und welche Funktion/en erfüllt sie in diesem Zusammenhang? Diesen Fragen werde ich im ersten Teil nachgehen, um dem Leser/ der Leserin zu vermitteln, worum es meinen GesprächspartnerInnen überhaupt geht bzw. was für sie auf dem Spiel steht (siehe Kap. 3.2). Das Kapitel Stigmatisierung behandelt die Konsequenzen einer (möglichen) Diagnose, mit denen sich betroffene Personen konfrontiert sehen. Diagnose und Stigmatisierung sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig. In dieser Lesart sind auch die folgenden Punkte nicht abgetrennt voneinander zu betrachten. Sie sind miteinander verwoben und wirken wechselseitig aufeinander ein. Die erlebte Behandlungspraxis sowie die Problemerkfassung an sich beschreiben Aspekte, welche die individuelle Einschätzung einer Diagnose mitbestimmen. Hier möchte ich vermitteln, welche äußeren und inneren Faktoren zu einer Bewertung beitragen. Die Erläuterungen zum sozialen Umfeld orientieren sich einerseits an dieser Bedeutungsgabe, andererseits leiten sie in den nächsten Themenkomplex über: den Auswirkungen psychiatrischer Erkrankungen im Alltag. Dieser Teil erläutert die Integration einer psychiatrischen Erkrankung, sowie Diagnose in den Alltag und widmet sich der Verwobenheit von Erkrankung und Alltag, als sich gegenseitig beeinflussende sowie konstituierende Größen.

6.1 Erfahren psychischer Befindlichkeit

Wie betreffende Erfahrungen beschreibbar gemacht werden können, war für alle betroffenen GesprächspartnerInnen ein schwieriges Unterfangen. Es handelt sich dabei vor allem um ein subjektives Erleben, das nicht im gleichen Maße sichtbar gemacht werden kann wie beispielsweise ein Beinbruch. Der psychischen Verfassung ging stets eine längerfristige Entwicklung voraus, die für die Betroffenen schwer zu fassen war.

Das Erlebte war oft von Angst begleitet: der Angst vor der fremdartigen Erfahrung und darüber hinaus davor, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren.

Das Erleben der psychischen Beschwerden wurde von den Personen in Termini des subjektiven Befindens ausgedrückt. Das Unvermögen an sozialen Interaktionen teilzunehmen, eine generelle Lustlosigkeit, ein Gefühl innerer Desorientierung oder eine eingeschränkte Willensfreiheit sind Phänomene des subjektiven Erlebens und waren teilweise und dann nur indirekt von außen erkennbar. Den GesprächspartnerInnen war es nur schwer möglich, ihre Symptome genauer zu bestimmen. Überhaupt zeichneten sich die Schilderungen durch die Schwierigkeit einer mangelnden Konkretisierbarkeit des Erlebten aus. Die Entwicklung des aktuellen Zustandes wurde dabei als allmählich und schleichend beschrieben.

“Ja, es ist ein schwierigerer Bereich, einfach. Wie will man wissen, was im Kopf von einem Menschen vorgeht, nicht. Wo immer das ganze Leben enthalten ist.”

(Interview Mikus am 18.06.2011, Wien).

„Also es war so sehr diffus einfach auch. [...] Und da waren schon Sachen, die du einfach nicht fest hast machen können, irgendwie nicht so es hat einfach nicht gepasst. Es war irgendwie komisch. Und du hast auch nie so sagen können: So und jetzt kommt der Punkt wo's komisch ist.“

(Interview GW am 17.08.2011, Wien).

„Es war jetzt gar nicht einmal etwas Konkretes. Sondern einfach, ja, ich bin den ganzen Tag herumgelegen, habe Nichts gemacht und habe halt meine notwendigen Termine wahrgenommen einfach nur. Und sonst alles gehen lassen, einfach, also mich jetzt.“

(Interview Daniel am 31.05.2011, Wien).

Also wie gesagt, das war einfach auch so, diesen Zustand im Nachhinein zu beschreiben ist extrem schwierig. Das, es war einerseits so ein traumhafter, traumhafte Gegenwartswahrnehmung andererseits. Es sind auch immer so Realitätsfetzen durchgekommen, so irgendwas. Irgendwo funktioniert da was nicht. (Interview GP am 29.06.2011, Wien).

Die Schwierigkeit der Erfassung betonten auch Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherung. So schilderte etwa der Anwalt Dr. Scholz: „Die Subjektivität ist schwer fassbar. Im Gegensatz zu physischen Vorgängen, die zum Großteil bildhaft dargestellt werden können, sind psychische Erkrankungen in diesem Sinne nicht greifbar. Ein erhöhter Blutzucker kann bildhaft dargestellt werden. Bei einem gebrochenen Arm kann dezidiert auf den Bruch verwiesen werden. Die genaue Problemstelle bei mentalen Vorgängen zu lokalisieren, gestaltet sich dabei wesentlich schwieriger.“ (Interview SVA, Dr. Scholz/ Dr. Gregoritsch am 17.05.2011, Wien).

Die mangelnde Greifbarkeit zog wiederum die Angst vor einem drohenden Kontrollverlust nach sich (siehe Kap. 6.4). „Man fühlt sich ja einer Welt ausgeliefert, in die man keinen Einblick hat,“ erzählte Frau Mikus. Viele hätten Angst. Die schränke sie wiederum in ihren Fähigkeiten ein, mit den Symptomen umzugehen (Interview Mikus am 03.08.2011, Wien).

Die Erfahrung psychischer Ausnahmezuständen war auch mit der Angst verbunden, nicht mehr Herr seiner eigenen geistigen Tätigkeiten zu sein. Diese Bedrohung, so eine Psychotherapeutin, sei wohl, neben der Todesbedrohung, die größte, die dem Menschen passieren könnte. (Interview Drⁱⁿ Gollner am 24.05.2011, Wien).

6.2 Über die Bedeutung der Diagnose

Wenn Personen mit dem psychiatrischen Diagnosesystem in Kontakt kamen, ging es ihnen schlecht. Sei es aufgrund ihrer eigenen Befindlichkeit oder der Tatsache, dass über sie via Zwangseinweisung verfügt wurde. Es bestand eine Bedrohung, derer sie habhaft werden mochten. Beim Erstkontakt mit dem Behandlungssystem stand dieses Anliegen im Vordergrund der befragten GesprächspartnerInnen.

Eine Diagnose zu erhalten beinhaltete gleichzeitig als krank und behandlungsbedürftig eingestuft zu werden. Die Diagnose wurde bei allen selbst betroffenen Interviewten in einem starken Zusammenhang mit dem Behandlungskonzept gesehen. So begleiteten Schilderungen über die Diagnose stets Berichte über den Behandlungsplan (siehe Kap. 6.4).

In den Erzählungen variabel waren der spezifische Bedeutungsinhalt und der Bedeutungsgrad der jeweils gestellten Diagnose. Dies war auch in ein und demselben Narrativ der Fall. Die einzelnen Argumentationslinien waren dabei aber stets kohärent und passend hinsichtlich des spezifischen Kontexts. Welche Bedeutung einer gestellten Diagnose zugemessen bzw. ob sie überhaupt als relevant erachtet wurde, unterschied sich anhand des zeitlichen Verlaufs und der Situation. So wusste beispielsweise nur ein Gesprächspartner auf Anhieb seine exakte Diagnose zu nennen. Er hatte zuvor eine verwandte Ausbildung absolviert, in der psychiatrische Krankheitsbilder gelehrt wurden.

Im Zuge der Befragung ließen sich vier große Funktionsbereiche identifizieren, bei denen die Diagnose als Erklärungsrahmen, als Kommunikationsmittel, als gatekeeper und als Legitimation wirkte.

Sobald eine betroffene Person Irritationen im Leben selbst wahrnahm, entstanden Erklärungsmuster, mit denen die Schwierigkeiten in Zusammenhang gebracht wurden. Als Grund für das Auftreten führten alle Gesprächspartner eine Überlastung in einem oder mehreren Lebensbereichen an. Dazu kamen Erzählungen über widrige Lebensumstände, wie ungesunden Lebenswandel, eine neue Umgebung mit schwachem sozialem Netz oder eine schwierige Wohnsituation.

Es kam jedoch der Moment, wo diese nicht mehr ausreichend anwendbar waren. Hier lag auch der Zeitpunkt, ab dem die Möglichkeit einer Erkrankung erstmals ernsthaft in Betracht gezogen wurde:

„[...] wenn ich keine eigene Erklärung habe, da kann ich mich ja nur höchstens den Erklärungen der Ärzte anschließen.“ (Interview Mikus am 18.06.2011, Wien).

Der dominierende, zur Verfügung stehende Rahmen war dabei der einer Erkrankung im Sinn eines medizinischen Problems. Die Diagnose hatte dabei die Funktion eines Erklärungsmodells, das hinzugezogen wurde, wenn vormalig erarbeitete Kausalzusammenhänge nicht mehr griffen. Ein Name allein stellt jedoch noch kein ausgeführtes Modell dar. Um dies zu komplettieren wurden weitere Informationen bezüglich genauerer Zusammenspiele hinzugefügt. Diese Modellbildung bestätigte auch die Klinische Gesundheitspsychologin und Psychotherapeutin Frau Drⁱⁿ Gollner:

„Die Diagnosen sind dann letztlich trotzdem für den jeweiligen Menschen sehr individuell. Weil es ist ja wieder das Gesamtkonzept, dass ich als Mensch auch baue und da ist jeder ein bisschen anders.“ (Interview Drⁱⁿ Gollner am 17.05.2011, Wien).

Das ausgewählte Erklärungsmodell wirkte dabei rückwirkend auf die Vergangenheit, die Gegenwart sowie auf die Zukunft. Nunmehr eine Geschichte zu haben oder die Vergangenheit in Form bringen zu können, eröffnete wieder neue Handlungsmöglichkeiten und somit auch Hoffnung in Form einer wiedergewonnenen Kontrollierbarkeit des eigenen Lebens.

„[...] dass ich es nie wieder haben werde. Und falls es wieder auftritt, dass ich einfach früh genug weiß: Ok, jetzt ist es soweit und dass ich einfach früher schon Interventionen, intervenieren kann [...] Also die zwei Sachen: zum einen ich habe es nie wieder und zum anderen, dass ich früh genug weiß, was ich tun kann.“ (Interview Daniel am 17.05.2011, Wien).

Zu erwähnen gilt es jedoch, dass, je nach angewandtem Erklärungsmodell, das Gefühl von Kontrolle bzw. Hoffnung auch entzogen werden kann (siehe Kap. 6.5.1).

Eine gestellte Diagnose fungierte weiters als Kommunikationsmittel. GP bezeichnete eine psychiatrische Diagnose als Außensichtphänomen. „Ein Versuch anderen Menschen ungefähr begreiflich zu machen, wie es vielleicht der Person geht.“ (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

Die, auf der Diagnose basierende Kommunikation verlief zwischen dem betreuenden Fachpersonal sowie dem Gesundheits- und Sozialsystem. Wie im nächsten Punkt näher ausgeführt, wurden unterschiedliche Leistungsansprüche durch eine Diagnose freigeschaltet. Die Zuerkennung und Abrechnung von Leistungen des Gesundheits- und Sozialbereichs basierten auf einer entsprechend standardisierten Diagnostik. Die involvierten Akteure interagierten untereinander mittels dieses festgelegten Systems.

„Bei dieser Konvention handelt es sich“ jedoch auch „immer um eine starke Vergröberung.“, so Drⁱⁿ Gollner,

„es ist immer eine massive Verkürzung und erfasst nie das Gesamtbild von einer Persönlichkeit. Aber es erleichtert die Kommunikation. [...] Die Diagnose ist immer auch eine Vergröberung. Trotzdem ist sie nützlich.“ (Interview Drⁱⁿ Gollner am 17.05.2011, Wien).

Die Zusammenfassung zu Patientengruppen stieß bei den Betroffenen und dem Umfeld vorerst auf vorhandene Klischees und Stereotypen, mit denen bestimmte Erkrankungen assoziiert wurden. Die, vorerst als medizinische Laien beschreibbare Personen, verfügten zunächst nicht über das Wissen um die Differenziertheit der jeweiligen Krankheitsbilder und sahen sich Extremfällen direkt gegenübergestellt.

„[...] wie ich zum ersten Mal gehört habe Psychose: What the fuck! Und dann habe ich gehört Schizophrenie: Aha das ist so wie im Film von Jack Nichol森.“ (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

In ihrer Funktion als gatekeeper schaltete eine Diagnose diverse Dienste aus der Gesundheits- und Sozialversorgung frei. Diese reichten von finanziellen Zuschüssen oder Deckung für die medizinische Behandlung hinsichtlich Medikamente, Psychotherapie, der hospitalen Versorgung bis hin zu Krankenständen und –geld, Frühpensionierungen oder Rehabilitierungsmaßnahmen.

Dabei ging es auch um grundlegende Anliegen wie der Existenzsicherung an sich. Obwohl eine Betroffene die ihr gestellte Diagnose ablehnte, führte sie ihre Meinung im Rahmen eines

Verfahrens zur Berufsunfähigkeitspension nicht weiter aus. Die gestellte Diagnose setzte sie in dieser Situation nicht mit ihrer Person, sondern mit der Sicherung ihrer Existenz in Bezug.

„Ich habe eigentlich nur, ich habe Angst gehabt, 8000 Schilling waren das damals [...] Und ich war mir wohl bewusst, dass 8000 Schilling zu verdienen gar nicht so einfach ist. Noch dazu von der Ausbildung her und wieder in frischen Beruf einsteigen. Ich war ja gerade dabei, die Matura zu machen, dass ich mir einen Beruf aufbaue. Und ich habe echt Angst gehabt die Pension zu verlieren und wollte auch nicht lügen. Und da habe ich nicht gelogen.“ (Interview Mikus am 18.06.2011, Wien).

GP berichtete auch, dass er ausschließlich aufgrund seiner spezifischen Diagnose in das Rehabilitationsprogramm seiner Wahl aufgenommen wurde (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

Die gestellte Diagnose wirkte weiters auch als gatekeeper für Gemeinschaften. Nachdem im Umfeld bekannt wurde, dass eine entsprechende Problematik besteht, erzählten auch andere von ihrer eigenen Betroffenheit oder Erfahrungen mit Angehörigen. Diagnose an sich erzeugte zudem ein Zugehörigkeitsgefühl zu einer bestimmten Gruppe. Zu wissen, dass man nicht der oder die Einzige mit den erlebten Schwierigkeiten ist, unterstützte dabei das Gefühl der eigenen Normalität und gab die Möglichkeit, offen über das eigene Befinden zu sprechen. Bestimmt war dies durch das Gefühl, sich nicht mehr verstecken zu müssen. Der Austausch erfolgte dabei auf Internetforen oder in Selbsthilfegruppen, deren jeweilige Zielgruppe durch eine Diagnose definiert war.

Eine Diagnose bezeichnet eine krankheitswertige Störung und verweist auf einen behandlungsbedürftigen, ernstzunehmenden und damit auch gerechtfertigten Zustand. GP verdeutlichte dies in seinem Ausruf, er habe doch das Recht krank zu sein und damit weiterführend einen Anspruch auf Behandlung und einen Zeitrahmen, um zu gesunden (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

In einer legitimierenden Funktion, als Anerkennung eines behandlungsbedürftigen Zustandes seitens des Fachpersonals, wirkte die Diagnose erleichternd und von Eigenschuld befreiend. Sie förderte die Akzeptanz von Leistungsschwächen, die, mit der Definition von krank, nicht mehr als personale Schwächen, sondern als Teil von Prozessen gesehen wurden, die nicht

vorwiegend im persönlichen Verantwortungsbereich liegen. Genannt wurden hier biologische Mechanismen oder Reaktionen auf besonders belastende Ereignisse.

„[...] es hat mich leichter gemacht, irgendwie. Weil jemand von außen das so betrachtet hat. Dass da wirklich etwas Schlimmes einfach in mir vorgegangen ist oder zerbrochen ist und dass das jetzt nicht; Für mich war immer so ein Thema auch: Wah, musst du blearn. Tust ja nur Mitleid haschen. Oder man darf nicht jammern und die ganzen Sachen halt.“ (Interview GW am 17.08.2011, Wien).

„Ich glaube es vereinfacht auch, dass es eine Krankheit ist, weil es sonst irgendetwas wäre, wo du selber jetzt irgendwie schuld dran bist. So auf die Art. Dass man, dass man sich wieder irgendwie Vorwürfe machen muss.“ (Interview Daniel am 31.05.2011, Wien).

Alle betroffenen GesprächspartnerInnen warnten zugleich davor, sich nicht zu sehr auf ein Krankheitsbild zu beziehen, bzw. sich nicht in eine Krankheit hineinfallen zu lassen. Die legitimierende Wirkung einer Diagnose sei zwar wichtig und zutreffend, die eigenen Möglichkeiten, den Krankheitsverlauf zu beeinflussen, blieben jedoch stets gegeben, so der Tenor.

6.3 Stigmatisierung

Der Kontakt zu psychiatrischen Einrichtungen wurde von den Betroffenen überwiegend mit Stigmatisierung verbunden. Mit dem Erhalt einer psychiatrischen Diagnose kam es zur Freisetzung von Stigmatisierungsmechanismen, denen sich die Betroffenen gegenüber sahen. Vorab ist herauszustreichen, dass Stigmatisierung aus zwei Richtungen erfahren wurde: Einerseits von dem Umfeld des Betroffenen als auch von sich selbst ausgehend.

6.3.1 Äußerungen von Stigma

Die geschilderte Stigmatisierung ließ sich auf drei unterschiedlichen Ebenen identifizieren. Dabei wurde Stigmatisierung durch Entmündigung, durch soziale Distanzierung und durch eine negative Sichtweise auf die Inanspruchnahme therapeutischer Betreuung erlebt.

Die Befürchtung „in eine Schiene einkategorisiert“ zu werden und die Verfügungskraft über sich selbst zu verlieren stellte sich als zentraler Anliegen der Befragten heraus. Die Angst als verrückt abgestempelt zu werden, wurde mehrfach als Grund angeführt, eine Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen.

Als Akteur der potentiellen Entmündigung wurde primär das Umfeld genannt, das, mit Mitleid bewaffnet, die Fähigkeit zur Selbstverantwortung in Frage stellte bzw. aberkannte. Dies geschah auf institutioneller Ebene (Krankenhäuser, Rehabilitationszentren), sowie zwischenmenschlich in Form von alltäglichen Interaktionen.

„Ja, er ist halt depressiv, und eh arm und bla bla bla. Ja, wie man Leute halt im oberflächlichen Sinn halt einschätzt, die jetzt eine Depression haben oder so. Und ich wollte kein Mitleid haben. [...] Also ich werde es jetzt nicht auf mein Facebook Profil gehen und posten oder sonst irgendwie. Weil es im Endeffekt keinen etwas angeht.“
(Interview Daniel am 31.05.2011, Wien).

Zu beachten gilt in diesem Zusammenhang auch die Selbst-Stigmatisierung, in der die bestehenden Vorannahmen und Beurteilungen auf die eigene Person bezogen wurden. Erhaltene Diagnosenamen rekurrten auf vorhandenen Stereotypen, die zumeist negativ konnotiert waren. Diese Vorstellungen mit sich selbst in Verbindung zu bringen, stellte für die Betroffenen einen Angriff auf das Selbstbild dar.

„Und ich glaube, ich habe auch, da war einiges, ein bisserl was an falschem Stolz dabei. Dass ich gesagt habe: Mir geht's so schlecht und eigentlich bräuchte ich Hilfe.“ (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

Unterstützt wurden die Aussagen durch mehrere ExpertInnen. Bei vielen Menschen kämen soziale Katastrophenerwartungen zu tragen: die Sorge um den sozialen Abstieg sowie die Befürchtung, kein normales Leben mehr führen zu dürfen.

Für alle Betroffenen rief die Konfrontation des Umfelds mit der Thematik psychischer Erkrankungen Irritationen in erweiterten Sozialkontakten hervor. Diese äußerten sich durch eine Distanzierung ihnen gegenüber. Die Kernfamilie sowie enge Freunde waren davon jedoch ausgenommen.

„Also, vor allem, ich habe auch gemerkt, es kann nicht jeder damit umgehen. Also vor allem wenn ich Leute neu kennen lerne [...] Ich habe einmal eine ganz lustige Phase gehabt, da habe ich es sogar Leuten beim Fortgehen erzählt. Das war ganz am Anfang eben. Das war: Hey, weißt eh, ich komm gerade aus dem Irrenhaus. Aha, das hat dann nicht so geholfen zum Leute kennen lernen.“ (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

Diese Irritationen wurden mit der ermangelnde Greifbarkeit in Verbindung gebracht. Eine Gesprächspartnerin löste dieses Dilemma auf ihre eigene Weise, indem sie sich selbst durch eine Warnweste kennzeichnet.

„Diese Neigung habe ich, ok; und mit meiner Öffentlichkeitsarbeit habe ich mich ja auch quasi unter die Aufsicht der gesamten Öffentlichkeit gestellt. Weil wenn ich heute wohin gehe und mich dort komisch benehme, werde ich dort wahrscheinlich mit meinem Warnwesterl, das ich immer anhabe, sowieso auffallen.“ (Interview Mikus am 18.06.2011, Wien).

Weiters zeigte sich auch, dass eine Stigmatisierung durch die therapeutische Behandlung selbst empfunden wurde. Der Bereich der Psychiatrie an sich, deren Örtlichkeit sowie der Kontakt mit, respektive die Inanspruchnahme von Fachpersonal und die Einnahme von Medikamenten kamen dabei zur Nennung.

Herr Wodicka, ein psychiatrischer Krankenpfleger berichtete über die Wirkung von Namen psychiatrischer Institutionen; Es genüge zum Beispiel die einfache Nennung eines bekannten Wiener Spitals um vorhandene Vorurteile zu aktivieren (Interview Wodicka am 18.07.2011, Wien). Daniel begrüßte wiederum die Entstigmatisierung des Schulpsychologen. Vor zehn Jahren war ein Besuch ein Zeichen extremer Verhaltensauffälligkeiten, die nicht mehr ignoriert werden konnten. Heute werden auch leichtwiegendere Störungen vom Schulpsychologen betreut (Interview Daniel am 17.05.2011, Wien).

Die Psychiaterin Huber betonte die Rolle der Apothekenbesuche. Das Verlangen nach einem bestimmten Medikament konfrontiere stets mit der eigenen Erkrankung (Interview Drⁱⁿ Huber am 17.07.2011, Wien).

6.3.2 Reaktionen auf Stigmatisierung

Konkret wirkte sich die erfahrene Stigmatisierung bei den Befragten in Form von Tabu, Isolation und der Ablehnung medizinischer Betreuung aus.

Um dem Stigma zu entgehen, reagierten Betroffene mit der Tabuisierung des Geschehens, also dem Nicht-Kommunizieren bis hin zur Ignoranz. So hielt beispielsweise das Wissen darüber, wie andere Menschen mit psychischen Problemen behandelt worden waren, Daniel davon ab, sich mit seinen persönlichen Schwierigkeiten auseinanderzusetzen oder Probleme im psychischen Bereich für sich selbst überhaupt erst in Betracht zu ziehen (Interview Daniel, 17.05.2011).

Aufzuzeigen ist jedoch ebenso, dass die Gesprächsmöglichkeiten nach außen hin nur unzureichend gegeben waren. Frau Mikus berichtete über die Selbsthilfegruppe:

„[...] es geht überhaupt darum, auch oft das 1. Mal wirklich sich auszutauschen über die Stimmen. Was oft ja gar nicht möglich ist, weil die Gesellschaft oder auch die Angehörigen eben sich da eher, eher verschließen.“ (Interview Mikus am 03.08.2011, Wien).

Dieses Interdikt der Kommunikation führte wiederum in eine Zurückgezogenheit und folglich eine Kontaktarmut der betroffenen Menschen. Die erkennbare Tendenz des sozialen Rückzugs äußerte sich via bewusst gemiedener Sozialkontakte. Die Offenbarung durch

auftretende Symptome, die vorwiegend in Interaktionen zum Vorschein kamen, konnte auf diese Weise umgangen werden.

Wobei auch hier wiederum zu bemerken ist, dass es sich um ein wechselseitiges Phänomen handelt, bei dem sich auch das Umfeld vermehrt distanzierte (siehe Kap. 6.3.2).

„Und es könnte mir jetzt auch Schwierigkeiten bereiten bezüglich Arbeit und so. Beziehungsweise merkst du dann, wie manche Leute automatisch auf Abstand gehen.“
(Interview Daniel am 31.05.2011, Wien).

Mit diesem Hintergrund erschien die Inanspruchnahme professioneller Hilfe für die Betroffenen als ein Ausdruck einer beschädigten Integrität. Sie stellte eine Art Selbsteingeständnis dar, dass mit der eigenen Person etwas nicht in Ordnung ist, man es nicht alleine schafft. Auf die Frage, was sich durch eine professionelle Betreuung ändert, antwortete eine Gesprächspartnerin:

„Mein Bild von mir wäre angekratzt und ich glaube auch von - für die anderen. Also auch im Umgang dann mit mir. Halt bei denen, die es wissen.“
(Interview GW am 17.08.2011, Wien).

Das vorhandene Vertrauen in den Datenschutz erwies sich als weiterer relevanter Faktor hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Betreuung. So schilderten zwei GesprächspartnerInnen, dass Bedenken bezüglich der Gewährleistung der Anonymität eine Rolle bei der Auswahl bzw. der Entscheidung, Hilfe in Anspruch zu nehmen spielte (Interview GP 29.06.2011, Wien, Interview GW am 17.08.2011, Wien). Fachliche Betreuung sahen sie vor allem auch in Verbindung mit einem großen administrativen Apparat, der auch wirtschaftlichen Einflussfaktoren ausgesetzt ist und in dieser Funktion auch empfänglicher für die missbräuchliche Verwendung gesundheitsbezogener Daten. Besorgt waren sie vor allem ob der Möglichkeit, dass sensible Daten beim Arbeitsgeber bekannt werden könnten.

„[...] weil dadurch scheint das nicht direkt in irgendwelchen Krankenkassenberichte auf. Die der Arbeitgeber immer wieder einmal gern einsehen möchte. Davon habe ich schon gehört“ (Interview GP am 29.06.2011, Wien).

„[...] eigentlich kann man ja nie wissen, was schlussendlich mit den Daten passiert. Jetzt, durch Internet und so. Garantieren kann man heutzutage nix mehr.“ (Interview GW am 17.08.2011, Wien).

6.4 Erlebte Behandlungspraxis

Mit dem Diagnoseerhalt verknüpften die betroffenen GesprächspartnerInnen den Anspruch, auch Information über das jeweilige Krankheitsbild und den Behandlungsplan vermittelt zu bekommen. Schilderungen über die Diagnose enthielten stets Erzählungen über die erfahrene Behandlung.

Wurde die Behandlung als Krankheits-fokussiert und dekontextualisiert erlebt, folgten Gefühle der Unbefriedigung, da die Gesamtheit des Problemkomplexes als unerkannt erschien.

„Dieses, dieses vorverurteilt werden, das ist halt nicht richtig. Dass man sagt, dieser Einkauf ist krankhaft und mehr untersucht man dabei nicht. [...] ich hätte mir schon erwartet, dass also bei diesem Gespräch in der Akutsituation, als ich in die Psychiatrie gekommen bin, dass man [...] sich meine Aufregung anhört, wegen des Sachwalterverfahrens am Muttertag.“ (Interview Mikus am 03.08.2011, Wien).

Die Vorgefertigkeit des Krankheitsbildes sowie die Fokussiertheit darauf seitens des betreuenden Personals veranlasste Daniel, seine Schilderungen im Anamnesegespräch dieser Vorbedingtheit entsprechend anzupassen. Die Gefahr einer Fehldiagnose durch die genannten Faktoren sah er in Verbindung mit den rhetorischen Fähigkeiten des Patienten.

„[...] wo du einfach schon so ein fixes Bild hast: Und das ist das. Und einen Sachzusammenhang herstellt, sofort wenn irgendwer etwas sagt. Das vielleicht jemand, der sich einfach nicht gut ausdrücken kann oder nicht genau auf den Punkt bringen kann was er hat oder was er meint. Dass der durchaus auch falsch diagnostiziert werden kann. ... Weil es doch irgendwie, eine subjektive Geschichte ist, wie man das beurteilt dann, was der Andere von sich gibt.“ (Interview Daniel am 31.05.2011, Wien).

Die Ausgangssituation der Gesprächspersonen kann wie folgt grob skizziert werden: Die Person in der Patientenrolle war in irgendeiner Form in Bedrängnis. Ihr gegenüber stand der Behandelnde, von dem eine Hilfestellung erwartet wurde. Die teilweise beschriebene

Verzweiflung über diese Machtasymmetrie äußerte sich vorwiegend in erlebten Abhängigkeiten. Ein Interviewpartner umfasste die Situation wie folgt:

„[...] da geht es ja um ein einseitiges Abhängigkeitsverhältnis. Du gibst ja Nichts zu dem Zeitpunkt, wo du Patient bist. Du lasst dich ja kurieren, du bist ja Patient. Dir geht's ja schlecht, du gehst ja dorthin, weil du, weil du etwas brauchst. Da gibt es keine reziproke Beziehung, wie's du eben in einer Kunde-Verkäufer Beziehung hättest.“ (Interview GP am 29.06.2011, Wien).

Die Person des Arztes wurde von allen Betroffenen als entscheidende Repräsentanz des medizinischen Systems identifiziert. Bezugnahmen auf die Biomedizin wurden hauptsächlich anhand von Beispielen mit ÄrztInnen getätigt. Weitere Referenznahmen galten vor allem Psychopharmaka, weniger häufig der Psychiatrie an sich und PsychologInnen. Psycho-, Physio- und ErgotherapeutInnen sowie Krankenpflegepersonal, die in die Betreuung involviert waren, wurden nicht direkt mit dem biomedizinischen System in Verbindung gebracht.

Erlebten die Befragten das Arzt-Patienten Verhältnis als positiv, hatte dies auch Einfluss auf die Einschätzung des weiteren Behandlungskonzepts und half über Schwierigkeiten wie die fehlende Greifbarkeit, die Stigmatisierung, eine mangelhafte Situationseinschätzung, aber auch das soeben dargelegte, ungleiche Machtverhältnis, hinweg.

Bestimmende Einflussfaktoren waren dabei die Einbindung in die Behandlung als Person, die mündig ist und nicht primär als Krankheitsträger verstanden wird, sowie die Aufklärung über Nebenwirkungen von Medikamenten.

Die Wichtigkeit der Miteinbeziehung in die Behandlung wurde durchgängig betont. Dabei ging es vor allem darum, überhaupt Informationen über die momentanen Vorgänge zu erhalten.

„Ja, was mich auch gestört hat; dass ich auch weiß, was die sich denken über das Ganze. Und dass ich in das Ganze auch irgendwie eingebunden gewesen wäre. Also für mich war es irgendwie eine Geschichte, wo einfach drüber gefahren worden ist [...] Dass man einfach gemeinsam was versucht zu machen.“ (Interview Daniel am 17.05.2011, Wien).

Zwei GesprächspartnerInnen mit Psychiatrieerfahrung¹⁰ berichteten weiters von einer vorherrschenden Zeit- und Gesprächsarmut seitens des therapeutischen Personals wie ÄrztInnen und PsychologInnen. Gespräche mit dem Pflegepersonal wurden von ihnen dabei nicht als Teil der Behandlung gesehen. Die Aufnahme selbst erlebten sie als hastig und oberflächlich. Zeitdruck erschien in den Schilderungen kennzeichnend für die institutionelle Psychiatrie.

„Ich weiß nicht, ist die Routine da vorherrschend, dass man sagt: Das ist die Diagnose und das ist das Medikament und wir sind alle unter Zeitdruck [...] Ich glaube, dass das Eingehen auf den einzelnen Patienten nicht unbedingt die Stärke der Psychiatrie ist.“
(Interview Mikus am 03.08.2011, Wien).

Auch mein persönliches Empfinden auf der Psychiatrie war von einem Gefühl der Zeitnot geprägt. Während der Interviews mit dem Betreuungspersonal hatte ich stets den Eindruck, Jemandem wichtige Zeit wegzunehmen. Nicht, dass es mir explizit gesagt wurde. Dieses Gefühl wurde genährt durch die ständigen Unterbrechungen, die sitzenden Patienten im Vorraum oder das Wissen um die langen Dienstzeiten meiner GesprächspartnerInnen. Dies hatte zur Konsequenz, dass ich mich selbst in meinem Anliegen so kurz als möglich zu fassen versuchte (Protokoll 24.05.2011/17.07.2011).

Das Gefühl, hauptsächlich als Träger einer Krankheit und weniger als mündiger Mensch gesehen zu werden, beeinträchtigte das Betreuungssetting für die betroffenen GesprächspartnerInnen. Eklatant verdeutlicht diesen Punkt die folgende Schilderung: Nach einem Suizidversuch wird Daniel Mitte zwanzig von der Rettung ins Krankenhaus gebracht. Dort wird er nicht aufgenommen, da es keinen Platz gibt und er auch in keine Studie passt. Er wird an ein anderes Spital weiterverwiesen. Zehn Jahre später wendet er sich aufgrund seiner depressiven Stimmung selbst an eine andere psychiatrische Abteilung. Dort wird er aufgenommen: zur Behandlung und in eine laufende Studie. Ansonsten wäre er auch dort nicht behandelt worden.

¹⁰ Es wurde insgesamt über drei Situationen berichtet, die jeweils in verschiedenen Institutionen und Bundesländern stattfanden.

Frau Mikus betonte die Forderung nach einem Umgang, der die eigene Mündigkeit und die Ernsthaftigkeit der vorgebrachten Anliegen nicht untergräbt. Dies sei auch in einem psychotischen, also krankhaften Zustand möglich. Vielleicht sei man der Meinung, so Mikus, dass man „mit einem Menschen, der in einer Psychose ist und zwangseingeliefert wird, weil er meint, er fährt mit dem Auto zum Semmering und stürzt sich dort runter, mit dem kann man nicht reden“ (Interview Mikus am 03.08.2011, Wien).

Dass Psychopharmaka, vor allem in ihren Anfängen in den 50er Jahren starke Nebenwirkungen hatten, ist allgemein bekannt. Obwohl sich die Medikamente seitdem rasant weiterentwickelt und verbessert haben, ist teilweise immer noch mit unerwünschten Wirkungen zu rechnen. Beschwerden hinsichtlich Nebenwirkungen wurden Personen spezifisch unterschiedlich bewertet, respektive in Kauf genommen. So variierten die Reaktionen von endlich wieder schlafen zu können als das Wichtigste bis hin zu einer gefühlten Ohnmacht, die in Folge auch die Fähigkeit nimmt, mit den Symptomen umzugehen. Zu beachten ist dabei auch, dass sich die Medikation sehr individuell gestaltet und sich deren Wirkung erst nach einigen Wochen entwickelt (Bericht 12.11.2009).

Einem Leben langen „Zuckerln essen“, das heißt einer Dauermedikation, traten die GesprächspartnerInnen allgemein skeptisch entgegen und verlangten jedenfalls eine wiederkehrende Überprüfung ob deren Notwendigkeit.

Als Probleme im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung ergaben sich die Übermedikation und eine nicht stattfindende Aufklärung bezüglich der möglichen bzw. überhaupt irgendeiner Wirkungsweise der Medikamente (Interview Mikus am 18.06.2011, Wien. Interview Daniel am 17.05.2011, Wien).

Die erlebte Nicht-Miteinbeziehung beschrieben die Gesprächspersonen vor allem als entmündigend, was zu Abwehrreaktionen wie eingeschränkter Compliance und einer Abgrenzung zum entsprechenden Behandlungssystem mit seinen Vertretern und auch dessen Inhalten führte. So wurden beispielsweise Medikamente, über die nicht aufgeklärt worden war, verweigert oder Diagnosen überhaupt nicht erst als relevant erachtet. Die Wirkung der erlebten Betreuung auf die Einschätzung der Behandlung schildert ein Gesprächspartner folgend:

„[...] ich stehe dem [Konzept der psychiatrischen Erkrankungen] durchaus positiv gegenüber. Ich meine ja, wenn es richtig abgeklärt ist, so war es bei mir. So, wenn jemand fünf Minuten anschaut und sagt: Hast das. Dann ist mir das ein bisschen zu wenig. Egal was ich habe. Außer jetzt ein gebrochener Arm und man sieht, dass er gebrochen ist. Aber dann hätte ich trotzdem gern ein Röntgen, damit er wieder gescheit gerichtet wird. Es ist so, ich möchte, dass es ordentlich abgeklärt ist, einfach [...] Weil mit 20 wäre ich auch sicher anders damit umgegangen, wenn ich vernünftig darüber aufgeklärt worden wäre.“ (Interview Daniel am 17.05.2011, Wien).

Hier anzuführen gilt auch die verwendete Blickdiagnostik seitens der Ärzteschaft. Rückschlüsse über die Erkrankung werden auch außerhalb von verbalen Erzählungen seitens der PatientInnen getroffen. Das gesamte Auftreten einer Person: die Art und Weise der Bekleidung, die Gesichtszüge, die Sprache und Ausdrucksweise an sich sowie der Bewegungsablauf des Menschen fließen in die Anamnese mit ein. Bestimmte Krankheitsbilder werden charakteristischen Erscheinungsbildern zugeordnet (Interview Drⁱⁿ Huber am 17.07.2011, Wien). Das Bewusstsein über die Verwendung der Blickdiagnostik kam in den Narrativen der Interviewten mit einer psychiatrischen Diagnose nicht vor.

6.5 Problemerkfassung

Ein zentraler Punkt, der sich im Laufe meiner Untersuchung entwickelte, war die Frage nach der Problemdefinition an sich. Ansichten darüber, wo das jeweilige Probleme eigentlich liegt, welche Ursache dies hat und ob es überhaupt behandlungsbedürftig ist, drifteten in den Schilderungen zwischen Behandelnden und Behandelten auseinander.

Alle Betroffenen berichteten, ihre Lage vorerst falsch eingeschätzt und nicht als alarmierend wahrgenommen zu haben. In diesem Zusammenhang kam es immer wieder zu Schilderungen über die eigene Banalisierung der auftretenden Symptome. Diese wurden nicht ernst genommen oder in dem Sinne als temporär betrachtet, dass sie wieder von selbst verschwinden würden.

In allen Fällen kam das Umfeld zur Nennung, das aktiv in das Geschehen eingriff. Ich verweise hier auf das Kapitel 6.6, in dem die Bedeutung des Umfelds näher ausgeführt wird.

Als Gründe für das mangelhafte Problembewusstsein wurde einerseits die Diskontinuität der Beschwerden, die vom zeitlichen Verlauf aber auch der jeweiligen sozialen Situation abhängig war, genannt, andererseits deren subjektive Normalität (siehe Kap. 6.7). Zwei Interviewpartner beschrieben die Situation wie folgt:

„[...] so ein traumhafter, traumhafte Gegenwartswahrnehmung [...] Es sind auch immer so Realitätsfetzen durchgekommen, so irgendwas. Irgendwo funktioniert da was nicht. [...] Ich habe immer gedacht, das wird morgen schon besser werden, so irgendwie. Das war so meine tägliche Einstellung. Genau.“ (Interview GP am 29.06.2011, Wien).

„Ich glaube, es ist halt auch ein bisschen schwierig, wenn man merkt: Eigentlich geht es einem nicht so schlecht, jetzt unbedingt, zuhause. [...] zu sagen: Man ist krank. Weil, man - selber, habe ich es nicht so empfunden.“ (Interview Daniel am 31.05.2011, Wien).

6.5.1 Die Bilder im Kopf

Je nach Vorstellungen, die mit den Ereignissen in Verbindung gebracht wurden, fielen auch deren Interpretationen unterschiedlich aus. Welchem Bereich Erfahrungen zugeordnet und damit verbunden auch, wie diese wahrgenommen wurden, war stark von der jeweiligen Betrachtungsweise beeinflusst:

„Wenn ich ein religiös geprägter Mensch bin und ich glaube da sprechen Engel mit mir, dann kann das sein, dass das mich erhebt, nicht. Wenn aber jemand meint, wie da gestanden ist, es ist der Teufel, wenn jemand meint, es ist der Teufel oder es wirkt so auf ihn, ja dann kann ihn das auch ins Bodenlose stürzen.“ (Interview Mikus am 18.06.2011, Wien).

„Wie soll man sich so etwas erklären. Ja wenn ich sage, ok, es gibt feinstoffliche Wesen, die uns da umschwirren und die halt sehen, was ich mache, dann ist es für mich erklärbar, dann ist mein Weltbild eben ein spiritistisch religiöses wissenschaftliches. Ja, dann kann ich mir das vorstellen. (Interview Mikus am 03.08.2011, Wien).

Dieses Beispiel weiter ausführend, betonte Frau Mikus, dass das Phänomen des Stimmenhörens neben dem krankheitswertigen auch im gesunden Bereich zu verorten ist. Stimmen zu hören, bezeichnete sie als anormale Alltagserfahrung, die an und für sich nicht zwingend negativ zu beurteilen ist (Interview Mikus am 03.08.2011, Wien).

Überdies bedingten die Vorstellungen auch die Entscheidung darüber, wer gegebenenfalls zu Rate gezogen wurde. Sprach ein Gesprächspartner über die Wahl zwischen „dass mir jemand die Hand auflegt bis ich tot bin“ und der Inanspruchnahme psychopharmakologischer Unterstützung (Interview Daniel am 17.5.2011, Wien), sah sich ein anderer Betroffener zunächst in einem unpassenden System gefangen:

„Ich habe halt nur mehr mit Schizophrenie so etwas assoziiert wie Schamanische Krise oder so was. Ja. Darum habe ich mir gedacht so. Super jetzt bist voll im biomedizinischen System drin, eigentlich.“ (Interview GP am 29.06.2011, Wien)

Zu erwähnen ist allerdings auch, dass derselbe Gesprächspartner auf mein Nachfragen hin, den Psychiater doch auch zum damaligen Zeitpunkt als richtige Anlaufstelle empfand.

6.5.2 Der Umgang mit Symptomen

Zu dem Einfluss der tragenden Vorstellungen kommt noch hinzu, wie sogenannte psychiatrische Symptome individuell empfunden wurden. Liegt zunächst der Schluss nahe, dass diese automatisch eine Belastung darstellen, schilderten meine GesprächspartnerInnen, dass sie ihre Symptome auch als positiv und unterstützend erlebten. So bezeichnete Frau Mikus ihr Leben mit der Stimme als Persönlichkeitsentwicklung. Auch zeigte sich allgemeine Betonung darauf, dass einem anormalen und scheinbar nicht nachvollziehbaren Verhalten durchaus eine Logik zugrunde liegen kann. Diesbezügliche Erzählungen konzentrierten sich auf zwei Hauptbereiche: einerseits auf die Symptome als Lebenshilfe und andererseits auf die Natürlichkeit der Symptome.

Die Situationen, in denen sich meine Interviewpersonen in den Akutphasen ihrer Erkrankung befanden, beschrieben alle als beängstigend. Dass bezog sich jedoch nicht primär auf eine bestimmte Symptomatik, sondern auf deren Konsequenzen für die einzelnen Menschen. In den vorliegenden Fällen äußerten sich diese in Form von einem Gerichtsverfahren zur Besachaltung, der gespürten Auflösung des eigenen Alltags, der Fähigkeit an diesem teilzunehmen, der drohende Verlust des sozialen Umfelds, des gewählten Berufsweges oder ein sich nähernder Zusammenbruch der eigenen Person. Es handelte sich also um Kontexte, die sehr belastend auf die Betroffenen wirkten. Das beanstandete, abweichende Verhalten, das als Symptom bzw. Indikation für eine psychiatrische Erkrankung galt, wurde dabei als hilfreich empfunden, um diese Lebenssituation überhaupt zu meistern:

„Und da hat mich dann dieses, man könnte sagen manische, plötzliche Singen auf der Straße, weil das hätte ich sonst nie getan, wahrscheinlich hat mir dann irgendwie geholfen, aufrecht zu bleiben.“ (Interview Mikus am 18.06.2011, Wien).

„[...] das ist eine gewisse Form von Macht, die man da kriegt. In einer Situation, wo man eigentlich hilflos ist, oder machtlos ist. Weil auf der einen Seite tut man sich schwer, im Alltag Halt zu finden und auf der anderen Seite hat man einfach diese Wahrnehmung von absolut Eingebunden-sein in Allem.“ (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

Bei der wahrgenommenen Symptomatik handelte es sich laut Betroffenen um keine abstrakten, unnachvollziehbaren Handlungen und Denkweisen, vielmehr betonten sie deren zugrundeliegende Rationalität (siehe Kap. 6.2).

„Und da hat auch einer zu mir einmal gesagt: Bist du manisch oder so? [...] So, natürlich habe ich mir dann gedacht, natürlich muss ich mich den ganzen Tag beschäftigen, mir geht es schlecht. Ich möchte nicht zum Denken kommen. Wenn ich anfangen zu denken, dann breche ich zusammen. Deswegen muss ich mich die ganze Zeit beschäftigen und das ist logisch, nicht krank.“ (Interview GW am 17.08.2011, Wien).

Aus der Sorge, dass der Wahrheitsgehalt, der berechtigte Anspruch der Symptome verloren geht, wurde eine vorab pathologisierende Identifikation abweichenden Verhaltens weitgehend abgelehnt. Die Gesprächspersonen schilderten, dass die Symptome eine für sie wichtige Aussage beinhalteten:

„Weil wenn jemand zum Beispiel fix davon überzeugt ist, dass er Eskimo ist, zum Beispiel, der Eisbärfleisch essen würde, oder so etwas. Dann kann ich mir natürlich als Mediziner, zuerst einmal denken: Ok, der hat ein Problem, schauen wir einmal wo das ist aber vielleicht besteht ja wirklich in 1% der Fälle eine Chance, dass es da eine Connection gibt. Irgendwo. Also das irgendwo tief verschüttet und keine Ahnung [...] nur weil ich paranoid bin, heißt es nicht, dass ich nicht verfolgt werde!“ (Interview GP am 29.06.2011, 05.07.2011 Wien).

Weiters ist anzuführen, dass eine Hochstilisierung der Besonderheit psychischer Symptome auch ohnmächtig machte und die Fähigkeit einschränkte, mit ihnen umzugehen. Frau Mikus, die sich selbst als Stimmenhörerin bezeichnet und eine Beratungsstelle für Betroffene eingerichtet hat, erzählte mir von einer Frau, deren Stimmen sie „entmystifiziert“ habe. Durch ihren natürlichen Umgang mit der Stimme hätte die Frau auch ihren eigenen, bisher durch Gehörigkeit geprägten Umgang hinterfragt. Durch den außergewöhnlichen Charakter des Erlebten habe sie nicht in Betracht gezogen, sich dem Gehörten auch zu widersetzen. Sie hätte die Stimme, so Mikus, „irgendwie in den Alltag hineingebracht“ und auf diese Weise „das Bedrückende, das, was sie ohnmächtig gemacht hat“ genommen (Interview Mikus am 03.08.2011, Wien).

6.5.3 Der angewandte Krankheitsbegriff

Als entscheidend erwies sich in der Untersuchung auch, wie Krankheit an sich gesehen wurde. Einig waren sich meine GesprächspartnerInnen darin, dass Krankheit alle Lebensbereiche umschließt und beeinflusst. Das heißt, dass Krankheiten aufgrund von unterschiedlichen Irritationen in verschiedenen Bereichen entstehen bzw. sich eine Erkrankung auf das gesamte Spektrum auswirkt.

Als krankheitswertig galt, sobald eine Störung des Alltags vorhanden war. Die Auffassung darüber, wann dies genau der Fall ist, variierte zwischen der Bedrohung und des bereits erfolgten Verlustes von Alltagsfähigkeiten. So berichtete GP, dass er Gesprächen nicht mehr folgen konnte, Daniel vernachlässigte seine Ausbildung, die ihm ansonsten äußerst wichtig war, Frau Mikus sah sich in ihrer Selbstbestimmung beschränkt und GW befürchtete, über nicht mehr genügend Kraft zu verfügen.

Als Ursache für diesen Zustand nannten alle Befragten Überlastung. Teilweise wurde diese auch als Grund für die Erkrankung an sich herangezogen.

Solange selbst Erklärungen, also Wissen um Auslöser und Zusammenhänge, für die betreffende Situation vorhanden waren, war das biomedizinische Krankheitsbild nicht relevant. Herangezogen wurden ausschließlich biographische Ereignisse. Biologische Faktoren wurden nicht genannt.

Als der alte Definitionsrahmen nicht mehr auf das Geschehene anwendbar war, kam es zu einer Ergänzung der lebensgeschichtlichen Ursachenerklärung mit biologisch unterlegten Argumenten und der Aufnahme biomedizinischer Krankheitsbeschreibungen. Auch hier gab es individuelle Abweichungen: von der kompletten Übernahme des Modells bis hin zur Selektion einiger biologischer Komponenten, die einem neuen Erklärungsmuster hinzugefügt wurden. So erzählte beispielsweise Frau Mikus von ihrer Psychose als Resultat biochemischer Prozesse aufgrund des Absetzens ihrer Chemotherapie:

„Und da habe ich mir gedacht, es wäre doch möglich, dass wenn man jetzt die biologisch Medizin betrachtet, dass es, dieser Einfluss der Chemotherapie, natürlich seine Auswirkungen gehabt hat in meinem Gehirn. Und wenn man das dann plötzlich absetzt. Es wird ja nicht einmal reduziert abgesetzt. Dann könnte es sein, dass das, wenn man zu Psychosen neigt, so wie es bei mir war, dass man dann in eine Psychose hineinkommt. Weil sich im Gehirn dann das Gegenteil abspielt.“ (Interview Mikus am 18.06.2011, Wien).

Je stärker die Genese biographisch dominiert war, desto bedeutsamer war der Ausdruckscharakter von Krankheit. Eine Kritik an der Gesellschaft auf unterschiedlichen Ebenen; der unmittelbaren Umgebung bis hin zu globalen Prozessen. GP beschrieb dies als ein Buch mit zwei Seiten, mit einer stark individuellen und einer stark gesellschaftlichen Geschichte (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

Wurde der vorhandene Ausdruck in der Behandlung nicht thematisiert, führten die Betroffenen eine Beschreibung hinsichtlich einer erlebten Bezugsberechtigung der Erkrankung an (siehe Kap. 6.5.2). Kritik übten sie vor allem an einer Individualisierung der Ursachen und der Aberkennung einer legitimen Bemängelung gesellschaftlicher Missstände.

„Wo ich mir immer den Kopf zerbrochen habe: Wieso ist die Welt so wie sie ist? Kann man da Nichts machen? Ich meine, das ist ein Schuß. Es wird jetzt auch nicht von heute auf morgen besser, wenn ich mich jetzt voll reindenke, wie das jetzt aussieht mit dem Abholzen vom Regenwald und der Vertreibung von Orang Utans. Ja sicher, ich esse kein Kit Kat und kein Mars und so und fördere keinen Ölabbau jetzt, um Greenpeace Werbung zu machen. Aber es passiert [...] Also sozusagen diese, diese Krankheiten sind also nicht eingebildet, auf eine Art.“ (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

Weiters stellte sich heraus, dass Krankheit nicht per se als abzuwehren gilt. So wurde sie teilweise als Selbstheilungsversuch des Körpers gesehen. Also eine gesunde Reaktion auf krankmachende Umstände. In diesen Fällen kam der Wunsch zum Ausdruck, dass sich die Krankheit auch entfalten möge. Aufgabe der Ärzte und Therapeuten wäre es dabei, dies zu beobachten und stützend zur Seite zu stehen. Interventionen in Form von Medikamenten sollten dabei nicht automatisch gesetzt und nur in Ausnahmefällen verwendet werden:

„Also der Körper wird sich schon, sucht sich schon selber, oder der Geist, was da alles zusammenwirkt, sucht sich schon selbst Wege, um sich zu heilen. Und in dem Sinn, kann er natürlich über das Ziel schießen. Und wenn er das tut, dann können die Ärzte einschreiten. Aber vorsichtig. Und dieses vorsichtige Einschreiten passiert ja auch. Aber nicht in Österreich, sondern in der Schweiz, in der Sauteria, bei diesen Projekten. Da passiert das. Da gibt es ein großes Ärzteteam. Und für einen Patienten sind da drei Betreuer da und Medikamente nur wenn es wirklich krass wird. Wenn es wirklich schützend sein soll.“ (Interview Mikus am 18.06.2011, Wien).

Die Verortung von Krankheit bewegte sich dabei zwischen medizinischer Behandlungsbedürftigkeit und spiritueller Entwicklung. Je nach Zuordnung kam es auch zu unterschiedlichen Zuständigkeitszuschreibungen (siehe Kap. 6.5.1):

„Das Stimmenhören kommt aus drei Bereichen: Aus dem religiösen Bereich [...] aus dem parapsychologischen Bereich und ebenso im medizinischen Bereich ist es eben ein Symptom des Krankheitsbildes Schizophrenie. Und diese Sichtweisen sind, wenn man sie alleine betrachtet, alle nur einseitig und in eine Richtung.“ (Interview Mikus am 18.06.2011, Wien).

6.6 Über die Bedeutung des sozialen Umfelds

So divers die jeweilige Umgebung eines Menschen, so gestaltete sich auch deren Einfluss in vielerlei Weisen. Das Spektrum reichte von einer Unterstützung im Heilungsprozess bis hin zur krank machenden Belastung. Mag sich der Einflussbereich zwar unterschiedlich gestalten, ergab sich dennoch, dass das Umfeld von zentraler Bedeutung für alle Betroffenen war. Aus den Schilderungen ergaben sich zwei Dimensionen, in denen das Umfeld entweder als Referenz oder als Agent fungierte.

Je nachdem, in welchem Milieu sich die ErzählerInnen bewegten, erschien auch die persönliche Situation in einem anderen Licht. So wurde beispielsweise das eigene Befinden als normal oder nicht beachtenswert erfasst, wenn in unmittelbarer Umgebung entsprechende Konfliktsituationen quasi an der Tagesordnung standen. Aus der Beobachtung des Umfelds entnahmen zwei GesprächspartnerInnen weiters auch für sich selbst, wie sie mit der eigenen Situation umzugehen haben. Stigmatisierung und Tabuisierung sowie Stereotypisierungen traten in diesem Zusammenhang stark hervor. Auf die Frage, wie er sich damals seinen Selbstmordversuch erklärt hatte, erzählte Daniel:

„Gar nicht einmal besonders jetzt. Es gibt eh ständig Leute die was hatten und das Allgemeine ist halt gewesen, dass man sich zusammenreißen muss. [...] Im Internat war die Situation halt verschärft, weil alles, was wie eine Schwäche aussieht hat, die Anderen schamlos ausgenutzt haben. Und du schon darauf geachtet hast, dass es die Anderen halt nichts mitbekommen [...] Man lernt da ziemlich gut zu lügen.“
(Interview Daniel am 17.05.2011, Wien).

„Seine Erkrankung und die Auswirkungen waren kein Thema. Er hat sein Leben gelebt, das war sein Leben. Und so habe ich es auch gemacht.“ (Interview GW am 17.08.2011).

Doch bevor überhaupt auf etwas reagiert werden kann, muss es erst einmal wahrgenommen werden. Alle Gesprächspersonen nannten das Umfeld als entscheidenden Impulsträger für das Hinterfragen der eigenen Situation. Es handelte sich dabei um Familienmitglieder, wie Eltern, Geschwister und Kinder oder enge Freunde. In allen Fällen war das eigene Bewusstsein für die Ernsthaftigkeit der Situation zunächst nicht vorhanden.

Daniel schilderte den Moment, in dem er das erste Mal gewahr wurde, dass etwas nicht in Ordnung war wie folgt:

„Ja in den Sinn gekommen. Ja. Als ich es von anderen Leuten gehört habe, im Endeffekt. [...] Also irgendein Geburtstag von mir, wo ich eine Karte gekriegt habe von meinen Freunden. Da ist ‚Gute Besserung‘ draufgestanden und ‚Bitte bleib nicht so wie du bist!‘ Und da war mir dann schon ziemlich klar: Ok, so arg, dass du zum Geburtstag [...] ich habe es auch lustig gefunden und ich habe ihnen auch Recht geben müssen, aber es war schon ein Wink mit dem Zaunpfahl: Ok, es wird echt Zeit, dass ich etwas dagegen mache. Da ist mir eigentlich richtig bewusst worden, wie arg es eigentlich ist für Anderen.“ (Interview Daniel am 17.05.2011, Wien).

Ein anderer Gesprächspartner war von einem längeren Auslandsaufenthalt zurückgekehrt und berichtete von dem ersten Zusammentreffen mit seiner Familie:

„Ich bin zurückgekommen und dann hat mich mein Bruder abgeholt. Genau. Und dann hat mich meine Mum so komisch angeschaut und dann habe ich mir gedacht: Irgendetwas ist passiert [...] wie ich zuhause war, da haben meine Leute dann schon gemeint: Ist irgendetwas, irgendetwas hat es da bei dir, oder? Oder was ist passiert?“ (Interview GP am 29.06.2011, Wien).

Während der Akutphase der Erkrankung beschrieben sich die Interviewpartner als nur eingeschränkt handlungsfähig. Ließ diese Eingeschränktheit eine Bewältigung des Alltags nicht mehr zu, übernahmen enge Bezugspersonen die Einleitung von entsprechenden Maßnahmen, wie dem Besuch eines Psychiaters oder die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus und bestimmten somit gleichermaßen das gewählte Behandlungssystem. Auch die weitere Organisation administrativer Erfordernisse wurde gegebenenfalls von den Angehörigen übernommen. So halfen sie bei der Auswahl und erledigten die formale Anmeldung weiterer rehabilitativer Programme oder suchten um Krankengeld oder eine Frühpensionierung an.

Vertrauenspersonen, so wurde beschrieben, übernahmen auch die Funktion einer Art von Frühwarnsystem. Sie machten aufmerksam, wenn bestimmte Symptome wieder zum Vorschein traten und griffen so aktiv in das Geschehen ein:

„Und dass es sich immer länger gezogen hat, ist mir selber gar nicht so aufgefallen. Das ist mir dann, das haben mir meine Freunde dann gesagt. Das hat eine Zeit lang ganz gut funktioniert so.“ (Interview Daniel am 31.05.2011, Wien).

6.6.1 Exkurs: Erzählung einer Angehörigen

Im Zusammenhang mit dem großen Einflussvermögen des Umfelds, erscheint es mir auch wichtig, Berichte aus einer Angehörigenperspektive darzulegen:

GW schilderte in ihrer Erzählung immer wieder von dem Unvermögen, Irritationen im Umgang mit ihrem Angehörigen fassbar zu machen. Sie lebten zusammen, hatten jedoch schon während ihrer Jugend eine enge Freundschaft etabliert. Damals gab es, laut GW, noch keine Anzeichen für psychische Schwierigkeiten. Rückblickend könne man vielleicht bestimmte Verhaltensweisen in diese Richtung deuten; zu diesem Zeitpunkt fehlte ihr aber auch das Bewusstsein für solche Phänomene. Dieses hätte sie erst durch die Erfahrungen mit diesem Freund entwickelt. Nach einigen Jahren getrennter Wege ließen sich beide unabhängig voneinander in derselben Stadt nieder. In der Zwischenzeit war es bei X¹¹ zu zahlreichen Aufenthalten in der Psychiatrie gekommen. Obwohl GW von ihrem Umfeld, aufgrund der psychischen Erkrankung mit dem Argument: „mit diesen Leuten ist es schwierig“ abgeraten wurde, mit x zusammenzuziehen, entschied sich GW dafür. Für sie habe die Person, wie sie sie gekannt hatte und nicht die Erkrankung im Vordergrund gestanden. Dies wäre am Anfang auch sehr gut gegangen, doch mit der Zeit fühlte sie sich selbst immer unwohler und empfand das Zusammenleben als belastend. Sie konnte aber bis heute nicht festmachen, woran dies genau gelegen war. Betrachte sie Erlebnisse von damals, kämen sie ihr zwar aus heutiger Perspektive manchmal „sehr schräg“ vor, aber in diesem Moment wären sie ihr normal erschienen.

„Das war einfach immer nur eine Nuance zu viel, aber deswegen sagst du ja nicht gleich was, aber wenn es die ganze Zeit so ist, dann erhöht sich ja auch dein Toleranzlevel, ohne dass du es merkst. Und deswegen gehst du da auch mit und du merkst es nicht. Deswegen kann es dir dann auch nicht mehr zu viel werden. Es war dann normal.“ (Interview GW am 17.08.2011).

¹¹Männlicher Vorname, der aus Gründen der Anonymisierung zu X umgeschrieben wurde.

GW informierte sich genauer über das Krankheitsbild ihres Angehörigen. Die gefundenen Informationen nahm sie zwar auf, die abstrakten Beschreibungen konnte sie jedoch zunächst nicht mit ihren Erfahrungen verbinden. Den Zeitpunkt, wo die Diagnose bedeutsam wurde, beschrieb GW wie folgt:

„Und wie halt dann Sachen dahergekommen sind, solche die nicht zu dem Bild gepasst haben, das ich von ihm gehabt habe, ist halt dann dieser Krankheitsbegriff stärker geworden.“ (Interview GW am 17.08.2011).

Dabei stand jedoch nicht der Inhalt des Krankheitsbildes, sondern der Krankheitsbegriff an sich im Vordergrund. Dieser, so GW, mache für sie „die Sache greifbar.“ In Verbindung mit diesem Krankheitsbegriff, wäre sie in dieser Freundschaft auch viel weiter mitgegangen, als üblich. „Wenn jemand krank ist, kann man ihn ja nicht im Stich lassen“ (Interview GW am 31.08.2011). GW bestätigte, dass es ihr sehr wichtig war, dass X offiziell als krank galt. Sie wäre selbst ins Zweifeln über sich und die Welt gekommen und habe dadurch die Bestätigung erhalten, dass mit ihr alles in Ordnung war und sie ihm recht sei.

So ambivalent sie das heute auch betrachte, in diesen Lebensumständen hätte es ihr Halt und Orientierung gegeben.

6.7 Alltag und Kranksein

Wie es sich um den Alltag eines Menschen verhält war sehr individuell und variable. Durchwegs kennzeichnend war jedoch die Aussage, dass Kranksein mit einer Veränderung des Alltagsleben einhergeht, die von der Bedrohung bis hin zum Verlust des Alltags reichen kann.

Wie in Kapitel 6.2 bereits ausgeführt, war der individuelle Stellenwert einer Diagnose situationsabhängig und veränderte sich im Laufe der Zeit. Waren andere Lebensinhalte im jeweiligen Moment existent und wurden als wichtiger erachtet, traten die klassifizierten Beschwerden in den Hintergrund. Daniel berichtete beispielsweise über seinen Selbstmordversuch, mit dem er sich nach dem Krankenhausaufenthalt nicht mehr beschäftigte: Er hatte andere Interessen, wie zum Beispiel die Schule abzuschließen oder den Führerschein zu behalten. Eine eingehenderer Auseinandersetzung mit dem Geschehenen hatte in dieser Zeit keine Priorität für ihn.

„[...] ich habe mich auch nie darum gekümmert. Um die Diagnose oder das ganze Zeug dann irgendwie wieder zurückhole, weil ich war beschäftigt dann mit der Matura und war eigentlich damit beschäftigt, dass ich mit der Schule abschließe und halt alles auf die Reihe krieg, was halt ansteht.“ (Interview Daniel am 17.05.2011, Wien).

GW schilderte weiters, dass es ihr primär darum gegangen war, eine Besserung ihrer Beschwerden zu erreichen, um so ihre bisherige Lebensplanung weiterführen zu können. Alles, was darüber hinaus ging war ihr zunächst unwichtig. Die erhaltene Diagnose war für sie zu Beginn von keinerlei Bedeutung für ihre mittelbare Lebensführung (Interview GW am 17.08.2011, Wien).

Der Umgang mit der belastenden Situation war für die Betroffenen mit einem erheblichen Kraftaufwand verbunden. Zusätzliche Probleme in anderen Bereichen, wie etwa eine prekäre finanzielle Situation oder konfliktreiche Familienverhältnisse, belasteten zusätzlich und verminderten die persönlichen Ressourcen, um mit den spezifischen Beschwerden umzugehen.

„Der Y¹² hat einmal Schulden gehabt. Das haben wir dann in den Griff gekriegt. Und es ist wieder für ihn im Außen in Ordnung gekommen und in seinem Alltag und dann haben ihm die Stimmen auch nichts mehr antun können.“ (Interview Mikus am 03.08.2011, Wien).

Laut Krankheitsverständnis der Befragten bestand ein Hauptanliegen darin, die Alltagsfähigkeit wiederherzustellen (siehe Kap. 6.5.3). Gleichzeitig schlug sich auch in den Beschreibungen nieder, dass sich die Lebensgestaltung an die jeweiligen Gegebenheiten anpasste. Zu nennen sind dabei risikoreiche Verhaltensweisen als Teil des Lebenskonzepts, die Anpassung des Alltags an die Beschwerden und die Beschwerdebekämpfung als Alltag.

Hinreichend bekannt ist die Absicht dominierender Behandlungssysteme, risikoreiches Verhalten zu vermeiden. Meine InterviewpartnerInnen schilderten entsprechenden Verhaltensweisen jedoch auch als Teil ihrer etablierten Lebensführung. Bemühungen, den Gefährdungen entgegenzuwirken bzw. diese auszuschließen griffen gleichzeitig in die Lebensgestaltung ein.

Über dieses Paradox erzählte Daniel sehr anschaulich:

„[...] wenn jetzt jemand, ja, in der Gastronomie arbeitet, jeden Tag seine fünf Krügeln trinkt aber sonst ganz in Ordnung ist. Dann wird er Alkoholiker und er muss aufhören zu trinken oder er wird sterben. Und für ihn ist es einfach ein integraler Bestandteil seines Jobs und seines Lebens, dass, wenn er da steht, er einfach seine Krügerln trinkt jeden Abend. Sein ganzes Arbeitskonzept, dass er bis dorthin gehabt hat, würde nicht mehr funktionieren. [...] Ich weiß es bei vielen Leuten, die würden einfach auch im Job nicht mehr funktionieren, wenn sie ihre Sachen, die sie bis jetzt so gemacht haben, nicht mehr machen könnten. [...] Wo das einfach so dazugehört. Und dass es dann auch eine Schwierigkeit wäre, das, dass sich da einzugestehen, dass etwas nicht stimmt, weil man dann einfach auch das Lebenskonzept ändern müsst.“ (Interview Daniel am 31.05.2011, 17.05.2011 Wien).

¹² Männlicher Vorname, der aus Gründen der Anonymisierung zu Y umgeschrieben wurde.

Die Verwobenheit von Alltäglichem und vorhandenen Belastungen wirkte sich auf den Alltag auch insofern aus, als er in Bezugnahme auf erkrankungsbedingte Schwierigkeiten gestaltet wurde. Dabei kam es zu Entscheidungen bezüglich der Lebensgestaltung, um einer Verschlechterung der Befindlichkeit vorzubeugen oder nicht Gefahr zu laufen, etwaige Einschränkungen sichtbar werden zu lassen. So wurden Berufschancen nicht wahrgenommen, aus Angst das sichere Umfeld zu verlassen oder es kam zu einem bewussten gesellschaftlichen Rückzug aufgrund einer stark eingeschränkten Sozialfähigkeit.

Doch auch die Therapie an sich kann zum bestimmenden Lebensinhalt werden. GP befand sich über ein Jahr in einem Rehabilitationsprogramm. In seinem Bericht erzählt er von regelmäßigen Therapiesitzungen unterschiedlicher Form. An die 200 Stunden hätte er dort gehabt: „[...] das war schon Alltag dann auch, Therapiealltag“ (Interview GP am 29.06.2011, Wien), fasste GP zusammen.

6.7.1 Integration in den Alltag

Wie bereits dargestellt greift das Behandlungskonzept in die bisherige Lebensgestaltung ein. Die Umsetzbarkeit des Behandlungsplans hängt ferner davon ab, ob dieser Eingriff in Kauf genommen werden konnte oder wollte.

„Wo ich geschaut habe: Ok, wie kann ich, das was die gemacht haben, auch für mich selber verwenden oder nicht? Oder wenn, was müsste ich machen? Ist der Aufwand zu hoch oder nicht? Also, das kommt alles dazu, also ich möchte das jetzt nicht. Und inwieweit kann ich das so in mein Leben, das ich bis jetzt führe, integrieren. Also es gibt Sachen, die kann ich ändern und die habe ich auch geändert, teilweise und es gibt Sachen, die ich im Moment nicht ändern möchte einfach.“ (Interview Daniel am 31.05.2011, Wien).

Daniels Berufstätigkeit beschränkte sich beispielsweise auf die Abend- und Nachtstunden und stand in Verbindung mit einem starken sozialen Netzwerk. Eine Änderung des Tagesablaufs wäre mit dem Verlust der Erwerbsquelle sowie einer Destabilisierung sozialer Beziehungen einhergegangen.

Im Fall von auftretenden Leistungsabfällen, nahmen die Betroffenen auf die erhaltene Diagnose Bezug und legitimierten dadurch den Ausstieg aus bestehenden Leistungsansprüchen.

In Verbindung mit dem Behandlungskonzept stellte die Diagnose auch Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Einerseits durch eine greifende medikamentöse Behandlung, die es ermöglichte, wieder am Leben teilzuhaben, aber auch durch Anleitungen wie der Alltag neu gestaltbar gemacht werden kann.

„Es ist jeden Tag aufs Neue sozusagen, eine neue Erfahrung. Aber ich bin mir schon sicherer worden dabei. Ehm, wie gesagt, ich habe da einen Werkzeugkasten mitgekriegt, sozusagen, den ich halt nach der Therapie natürlich weiterverwende. Und das war am Anfang natürlich nicht leicht, das ist natürlich schwierig. Also ich habe mir am Anfang nicht leicht getan, weil alles neu war, das war schwierig. Und [...] ja, also mit, mit fortlaufender Praxis kommt natürlich die Erfahrung und mit stetigem Üben kommt natürlich auch die Sicherheit. Und immer wieder Sachen einmal ausprobieren. Immer wieder. Also wie ich die Umwelt wahrnehme und solche Sachen. Neue Erfahrungen machen und schauen ob es mir gut geht damit. Integrieren oder nicht, verwerfen.“ (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

Die Neugestaltung des Alltags wirkte dabei auf Vorstellungen über die eigene Person oder die Welt betreffend. Solche Veränderungen wurden durchgehend als sehr tiefgreifend geschildert; es handelte sich dabei um neue Art und Weisen zu Denken oder mit sich und der Umwelt umzugehen.

„Also einfach dann, was sich für mich einfach geändert hat durch diesen Prozess, war einfach, mir selbst gegenüber einzugestehen, dass ich ohne dem nicht auskomme. Also dass, dass der Mensch einfach mehr ist wie ein Organismus der nur vom Essen und Schlafen und Liebe machen und so alleine lebt. [...] Ich verändere mich auch total schnell dadurch, merke ich auch. Weil ich einfach so, ich habe mir gedacht: Ja, ich bin so und so und das ist halt Leben. Aber dass man es sich leichter machen kann, das hört man selten.“ (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

7 Diskussion

Im Zuge meiner Forschung spezifizierte sich meine anfängliche Frage danach, wie Betroffene selbst zu einer psychiatrischen Diagnose stehen, zu zwei Fragestellungen:

Welche Bedeutung geben betroffene Personen einer medizinisch definierten, psychiatrischen Diagnose?

und weiters

Wie wird diese Bedeutung in den Alltag aufgenommen?

Dabei identifizierte ich die soeben ausgeführten Schlüsselbereiche und setzte sie zueinander in Bezug. Ich konzentrierte mich vorrangig auf die Perspektiven von betroffenen Menschen, ergänzte diese aber mit Beiträgen von ExpertInnen, die in der psychiatrischen Versorgung tätig sind.

Beim Erstkontakt mit dem biomedizinischen System spielte die psychiatrische Diagnose für die unmittelbare Erfahrung der betroffenen Person eine untergeordnete Rolle. Im Vordergrund standen zunächst Anliegen rund um die Verbesserung des Zustandes bzw. einer Minderung des Leidensdrucks. Mit dem Zurücktreten dieser Priorisierung verstärkte sich die Bedeutung der Diagnose. Im Zuge meiner Forschung ergaben sich dabei verschiedene Funktionsbereiche: der eines alternativen bzw. zusätzlichen Erklärungsrahmens, eines Kommunikationsmittels zwischen Vertretern der medizinischen Profession, eines gatekeepers für einerseits Sozial- und Gesundheitsleistungen und andererseits Gemeinschaften und der Legitimation, um aus bestehenden Leistungsansprüchen auszustiegen. Je nach Funktion war auch die Bedeutung eine andere. Da sich Bedeutungsinhalte auch in ein und demselben Bereich innerhalb eines Narratives änderten, liegt der Schluss nahe, dass diese Bedeutungsgabe auch eine Strategie darstellt, die sich an den jeweilig vorherrschenden Bedürfnissen des/der Betroffenen orientiert. Diese These wird unterstützt durch die Beobachtung Deborah Lupton's (1997), dass „die vorherrschenden medizinischen Diskurse und Praktiken von Laien variierend aufgegriffen, verhandelt und transformiert werden, um ihren eigenen Gesundheitsstatus zu maximieren und physischen Stress und Schmerz zu vermeiden.“ (Lupton 1997: 95).

Nichter (2010) verweist in diesem Zusammenhang auf die Dynamität des sozialen Entstehungsfeldes von Krankheitskonzepten sowie auf deren bedeutungsvolle Nutzung zur eigenen Darstellung. In diesem Sinne übersteigt eine Kategorie ihre bloße, repräsentative Funktion von Beschwerden.

Die medizinische Definiertheit der Diagnose an sich war für meine InterviewpartnerInnen von keiner direkten Bedeutung. Vielmehr als die medizinische Verankerung traten in den Gesprächen die dominante Stellung des biomedizinischen Systems, die damit verbundene Freischaltung von Leistungen sowie die Verfügbarkeit medizinischer Modelle, als wesentliche Faktoren hervor. Einzig im inhärenten Krankheitsbegriff ließ sich eine Spezifität der medizinischen Diagnose für die Betroffenen ableiten. Im Hinblick auf ihren immanenten Krankheitsstatus befreite der Erhalt einer medizinischen Diagnose von sozialen Verpflichtungen und bewahrte vor entsprechende Sanktionen, indem Verantwortlichkeit für das Verhalten nicht dem betroffenen Menschen, sondern primär der Erkrankung zugerechnet wurde. In Verbindung mit Parsons' 1951 formuliertem Modell der Krankenrolle stellt die Diagnose hier eine offizielle Befreiung von wirkenden Rollenverpflichtungen dar. Laut meiner GesprächspartnerInnen bedeutete diese sozusagen legitimierte Einschränkung aber auch gleichzeitig das Risiko, zu Passivität bzw. Selbstaufgabe verleitet zu werden. Die in Parsons' Konzept weiter angeführte Pflicht zur Gesundheit, vermochte dem in den Erzählungen nicht entgegenzuwirken.

Ein weiterer Aspekt, der hier angesprochen wird, ist Sontag's (1978) Aufruf zur Entsozialisierung von Krankheit. Eine biomedizinische Diagnose befreit von anhaftenden Moralvorstellungen und Schuldzuschreibungen. In diesem Sinne ist Sontag auch um die Betonung der Neutralität einer Diagnose bemüht. Wie jedoch im Zusammenhang mit der Modellbildung beschrieben, ist eine Entsozialisierung nur in sehr spezifischer Weise durchführbar. Passender erscheint hier Lock's und Scheper-Hughes' (1986) Ansatz: Sie nehmen den Aspekt der biologischen „Neutralität“ zwar auf, plädieren jedoch weiterhin für die Miteinbeziehung begleitender sozialer Metaphern.

Meine Untersuchung ergab weiters, dass es sich bei der Bedeutungsgabe an sich nicht etwa nur um die Übernahme eines konkreten Krankheitsbildes handelte, vielmehr umschloss sie eine Modellbildung, in der selektiv Informationen aufgenommen wurden. Dadurch entstanden Querverbindungen bzw. nachvollziehbare Problemzusammenhänge, was wiederum ein allgemeines Gefühl der Kontrollierbarkeit vermittelte. Im Zusammenhang mit der Angst vor

Kontrollverlust, die von den Betroffenen in Verbindung mit dem Erlebten geschildert wurden, unterstreicht dies die tief greifende Wirkung des Diagnosemodells, unabhängig davon, welches Erklärungssystem nun angewandt wird. Zu betonen gilt hier auch die Individualität jeder Diagnose, die sich, je nach hinzugezogenen Informationen, verschieden gestaltet. Laut Kleinman (1980) beinhalten Erklärungsmodelle bestehende Ansichten über die Erkrankung sowie deren Behandlung und beziehen sich auf konkrete Krankheitsepisoden. Ihre Entstehung und Anwendung verbindet er mit der Bemächtigung zum Umgang mit bestimmten Problemstellungen. Dabei bieten sie Erklärungen für die Erkrankung, die ihr einerseits eine Bedeutung verleihen, gleichzeitig aber auch die weitere Vorgehensweise bezüglich der Behandlung mitbestimmen.

Medikalisierte Perspektiven wiederum, sind für die jeweils Betroffenen mit unterschiedlichen Konsequenzen verbunden. Somit variieren auch die jeweiligen Bedeutungen einer medizinisch definierten Diagnose (Carpenter-Song 2008).

Aus den vorangegangenen Erläuterungen ergibt sich also, dass die Bedeutung einer Diagnose eine dynamische ist und sich situativ, hinsichtlich bestehender Bedürfnisse, und folglich auch individuell entwickelt.

Die Anwendung bzw. der Geltungsanspruch einer psychiatrischen Diagnose war für meine GesprächspartnerInnen nicht immer frei von äußerer Druckeinwirkung. Wenn frei geschaltete Leistungen der Existenzsicherung dienen, ist es nur mehr schwer möglich, von Entscheidungsfreiheit und Wahloptionen zu sprechen. Hier verweise ich auf Foucault's relationalen Machtbegriff. In diesem Sinne stellt die Diagnose eine Verbindung in einem Set von Machtverhältnissen dar, durch das Ressourcen und Kapazitäten verteilt werden (vgl. Lupton 1997: 99).

Aus der Tatsache, dass Erzählungen über die Diagnose stets Schilderungen über die erlebte Behandlung nach sich zogen, entnehme ich, dass Diagnose und Behandlung nicht abgetrennt voneinander betrachtet werden. Dieses Argument unterstützt auch, dass je nachdem, wie die Behandlung bzw. Betreuung erfahren wurde, sich auch die Einstellung gegenüber der erhaltenen Diagnose änderte. So fließen Erfahrungen im Zusammenhang mit der Behandlung in die Bewertung der Diagnose mit ein. Ansprüche meiner GesprächspartnerInnen an eine Behandlung waren dabei die Einbindung der Person, die als mündig und nicht primär als Krankheitsträger gesehen wird und die Informierung über Medikamentengabe bzw. deren Nebenwirkungen. Zur Einschätzung der Behandlung wurden also hauptsächlich Kontakte mit

ÄrztInnen herangezogen. Interventionen seitens anderer Berufsgruppen beschrieben die Betroffenen nicht als Teil des medizinischen Behandlungsplans und betrachteten diese auch nicht als konstitutiv. ÄrztInnen bekleiden somit eine Schlüsselposition, da sie als die RepräsentantInnen des biomedizinischen Systems gesehen werden. Die Arzt-Patienten-Beziehung wirkt somit auf die Bewertung des gesamten Krankenbehandlungssystems und weiterführend auch auf die der Diagnose selbst.

Erlebte Stigmatisierung zeigte sich als weitere Wirkgröße. Alle GesprächspartnerInnen verwiesen auf die Verbindung zwischen psychiatrischen Diagnosen und Stigmatisierung. Sie kann somit als ein Charakteristikum verstanden werden. Stigmatisierung äußerte sich in den Erzählungen in Form von Entmündigung, sozialer Distanzierung und einer diffamierenden Sichtweise auf die Inanspruchnahme therapeutischer Betreuung. Indes wurde die Fähigkeit zu selbstverantwortlichem Handeln der Betroffenen in Frage gestellt, weiters kam es zu einer Distanzierung zwischen dem Umfeld und der jeweiligen Person. Diese Stigmata wurden dabei vom Umfeld, aber auch von den betroffenen Personen selbst initiiert. Der Erhalt einer psychiatrischen Diagnose verbindet diese drei Momente und erscheint in diesem Zusammenhang als ultimativer Ausdruck einer beschädigten Identität.

Eine stigmatisierte Person, so Goffman (1963), tendiert zumeist zu denselben inkorporierten Vorstellungen über Identität, wie der Rest der Gesellschaft. Der oder die Betroffene führt also auch sich selbst vor Augen, dass sie/ er den vorherrschenden Standards nicht ausreichend entspricht. Auch Fabrega (1993) betont die Wirkkraft einer psychiatrischen Diagnose dahingehend, als dass Krankheit in der Psychiatrie einen direkten Kommentar über das Selbst darstellt. Psychologische Erfahrung und soziales Verhalten werden als Indikatoren für eine Erkrankung herangezogen, gleichzeitig setzt sich aus ihnen, so Fabrega (1993: 167) aber auch das Selbst zusammen. Psychiatrisch diagnostiziert zu sein kommt so der gleichzeitigen Markierung einer Normabweichung des Selbst gleich. Dadurch sind psychiatrische Diagnosen vom Grund auf potentiell stigmatisierend.

Die zentrale Stellung des Selbst im Zusammenhang mit Stigmatisierung unterstützt wiederum Yang's et al. (2007) Ansatz der Verortung von Stigma in moralischen lokalen Welten. Dabei entwickelt sich Stigma in Verbindung mit den bedeutungsvollen Werten einer Gesellschaft bzw. eines Individuums, und bedroht gerade diese. Des Weiteren streichen Yang et al. (2007) den intersubjektiven Charakter von Stigma hervor, welcher Manifestationen von Stigmatisierung vor allem in den Auseinandersetzungen zwischen Menschen lokalisiert. Eine erhaltene Diagnose nahm weiters insofern im Alltag Niederschlag, als dass den

assoziierten Stigmata entgegnet wurde. Auf die genannten Äußerungen (Entmündigung, soziale Distanzierung und eine diffamierende Sichtweise auf die Inanspruchnahme therapeutischer Betreuung) reagierten die Betroffenen mit Tabuisierung, Isolation und Ablehnung medizinischer Behandlung. Die angewandten Strategien beeinflussten wiederum die Lebensführung. In ihrem Artikel „Stigma despites Recovery. Strategies for Living in the Aftermath of Psychosis“ führen Jenkins und Carpenter-Song (2008) aus, wie vormals mental erkrankte Menschen mit (drohender) Stigmatisierung umgehen. Stigma, so die Erkenntnis, wird auf einer alltäglichen Basis, in unterschiedlichsten sozialen Situationen erfahren und der Umgang somit zu einem Bestandteil des täglichen Lebens.

Ein weiterer Punkt, auf den ich aufmerksam machen möchte, ist Eigen-Stigmatisierung. Die, in einer Gesellschaft vorhandene Vorstellungen und Vorurteile wirken in gleicher Weise auf Menschen mit, wie ohne einer gestellten Diagnose. Stigmatisierung wird demnach nicht nur von außen, sondern auch von innen erfahren. Hier gilt es ebenso diese Wirkrichtung in die Betreuung mit einzuschließen. Die psychiatrische Diagnose in Verbindung mit dieser sogenannten zweiten Krankheit (Sontag 1978) wurde in den Narrativen zwar teilweise als befreiend geschildert, in dem Sinne, als es von Eigenschuld bzw. Verantwortlichkeit befreit. Gleichzeitig jedoch galt die Diagnose bei den Befragten als aufgeladen mit Symbolen und negativen Zuschreibungen, die, wie Taussig (1980) fordert, auch mitzuberücksichtigen sind.

Der Umstand, dass die Bedeutungsgabe einer Diagnose aus unterschiedlichen Bereichen gespeist wird, unterstützt eine weitere Prämisse der Foucaultschen Tradition: Es gibt keine einheitliche Medizin. Medizinische Anliegen und Bereiche unterscheiden sich voneinander und wirken an verschiedenen Orten (Lupton 1997). „Die Macht“, so Foucault (1976: 114), „wirkt durch kleinste Elemente: die Familie, die sexuellen Beziehungen, aber auch: Wohnverhältnisse, Nachbarschaft etc. Soweit man auch geht im sozialen Netz, immer findet man die Macht als etwas das ‚durchläuft‘, das wirkt, das bewirkt.“ Gleichzeitig verweist dieser Umstand aber auch darauf, dass eine psychiatrische Diagnose, ebenso wie die dadurch beschriebenen Zustände, vielerlei – medizinische ebenso wie auch nicht der Medizin zuzurechnende – Aspekte des menschlichen Seins gleichzeitig durchziehen (vgl. Hahn 1984).

Der zweite Teil meiner Fragestellung bezog sich darauf, wie die Bedeutung der Diagnose in den Alltag aufgenommen wird. Als zentraler Punkt entwickelte sich, wie ein Problem überhaupt erst erfasst wird. Laut der Betroffenen erschwerte die beschriebene Diskontinuität und die sich normalisierende Betrachtungsweise auf Beschwerden zu Beginn ein adäquates

Problembewusstsein. Bei der Entwicklung dieses Bewusstseins ergab sich, dass die Symptome im Hinblick auf ein zu Grunde liegendes Weltbild rezipiert und folglich wahrgenommen wurden. Dies schloss auch die generelle Sicht auf Krankheit mit ein. So wurde Krankheit mehrmals als Etwas beschrieben, das nicht per se zu bekämpfen, sondern vielmehr zu überwinden ist; als ein Entwicklungsprozess, den es auch zu entfalten gilt. Daraus entnehme ich, dass vorhandene Vorstellungen einer Person bestimmen, wie entsprechende Ereignisse und Handlungsweisen interpretiert und folglich aufgenommen werden. So lässt sich sagen, dass das Weltbild einen groben Rahmen zur Verfügung stellt, aus dem Ordnungsmodelle abgeleitet werden, welche anfänglich den Ort der Wahrnehmung und infolgedessen auch die Beurteilung des Erlebten, verbunden mit einer Zuständigkeitszuschreibung, bestimmen. Hahn (1984) betrachtet die Problemkonzeptualisierung und -definition des Betroffenen als primär und somit jeglicher medizinischen Diagnose vorangestellt. Ebenso streicht Kleinman (1988) hervor, dass Erfahrungen über bereits existente Vorstellungen und Interpretationen des Geschehenen vermittelt wahrgenommen werden.

Dass die Wahrnehmung jedoch nicht nur von individuellen Vorstellungen bestimmt ist, legt Csordas' (1988) Modell des Embodiment in Verbindung mit Scheper Hughes' und Lock's (1987) Konzept der drei Körper dar. Gesellschaftliche und kulturelle Konstrukte gehen hier in die individuelle Anschauung über und wirken somit wiederum determinierend auf die Problemerkfassung und deren Interpretation.

Die Erkenntnis um die positive und unterstützende Erfahrung vermeintlicher Symptome durch meine GesprächspartnerInnen zeigt, wie das jeweilige Problemverständnis auch die Bewertung der Ereignisse zwischen gut und schlecht, beängstigend und erhebend, normal¹³ und krank definiert. Dies deckt sich mit Scharfetter (1985), der von der Natürlichkeit psychopathologischer Symptome ausgeht. Die betreffenden Erfahrungen sind zwar ungewöhnlich, jedoch menschliches Allgemeingut (Scharfetter 1985: 19). Ob sie als Zeichen von Krankheit oder etwa Religiosität gelten, ist auch von der Miteinbeziehung lebensgeschichtlicher und soziokultureller Parameter abhängig. Unterstrichen wird dies weiter durch Kleinman's (1988) Aufzeichnungen über mentale Erkrankungen, welche er als Teil des Lebens selbst sieht.

¹³ Hier beziehe ich mich auf Canguilhem (1943), der als Oppositionspaar nicht gesund und krank verwendet, sondern krank normal gegenüberstellt.

Als weiterer beeinflussender Faktor für die Aufnahme der Bedeutung in den Alltag erwies sich das jeweilige soziale Umfeld. Aus der Beobachtung, wie sich Menschen, mit ähnlichen Symptomen verhalten oder wie diese behandelt werden, entnahmen die betroffenen GesprächspartnerInnen Orientierung für ihr eigenes Verhalten. Ich folgere daraus, dass das Umfeld implizite Anforderungen an den Umgang mit der eigenen Situation der betroffenen Person stellt. Ferner diene das Umfeld auch als Impulsträger im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Problembewusstseins. Darüber hinaus wurden vor allem die Maßnahmeneinleitung und die administrative Organisation zum Großteil von Angehörigen übernommen. Hier ergibt sich eine Machtposition seitens agierenden Angehörigen. Durch die Festlegung der Zuständigkeiten bestimmen sie auch weiterführend den jeweiligen Wirkungsgrad einer medizinisch definierten Diagnose. Estroff's et al. (1991) Arbeit über die Darstellung von Illness und Self unter Personen mit schwerwiegenden mentalen Erkrankungen bestätigt die Wichtigkeit des Umfelds für die Selbsteinschätzung. Persönlichen und soziokulturellen Aspekten bzw. Erfahrungswerten, so Estroff et al. (1991), kommen eine größere Bedeutung zu, als etwa rein klinischen Anleitungen.

Wie die Diagnose in den Alltag aufgenommen wurde, hing weiterführend auch davon ab, wie eben dieser gestaltet war. Waren andere Alltags- bzw. Lebensinhalte im Vordergrund, kam der Diagnose wenig Bedeutung zu. Fehlten hingegen andere Lebensbereiche, kam es in den Erzählungen zu einer vermehrten Konzentration auf die Krankheit. Besonders anschaulich beschreibt Mark Nichter (1988) diesen Vorgang in seinem Artikel „The mission within the madness.“ Er stellt darin die selbst initiierte Form von Medikalisierung als einen Ausdruck von agency dar. Anhand des Fallbeispiels von Joan zeigt er auf, dass Krankheit und Kranksein, bedingt durch das Fehlen anderer Lebensbereiche, auch als Identitäts – stiftende Kräfte fungieren können. Daraus folgere ich, dass der Alltag auch die Gewichtung der erhaltenen Diagnose bestimmt.

Die Verbundenheit des Behandlungsplans mit der Diagnose habe ich bereits weiter oben ausgeführt. In diesem Zusammenhang ergab sich weiters, dass die, mit der Erkrankung assoziierten Beschwerden in das alltägliche Leben integriert waren; die Krankheit also konstitutiver Bestandteil des Alltags war. Mit der Übernahme der psychiatrischen Diagnose und dem verbundenen Erklärungsrahmen, wurden bisherig in die Lebensführung integrierte Verhaltensweisen als krankmachend und gefährdend interpretiert. Ferner wurde berichtet, wie Behandlungsmaßnahmen an sich die Alltagsführung übernommen hatten. Daraus lässt sich ableiten, dass indirekt, durch die Aufnahme einer Diagnose, die eigene Lebensgestaltung

destabilisiert wird und es somit auch zu einem Entzug von Alltag kommt. Wie die Diagnosebedeutung integriert und die Therapie aufgenommen wurde, hing dabei davon ab, wie einschneidend diese Eingriffe wahrgenommen wurden. Hier kam es zu teils bewussten Entscheidungen gegen therapeutische Empfehlungen.

Die Diagnose wirkte sich ferner dadurch aus, als dass sie anhand des verknüpften Behandlungsplans konkrete Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellte. Therapeutische Interventionen, medikamentöser Art eingeschlossen, stellten in manchen Fällen die Alltagsfähigkeit überhaupt erst wieder her. Dabei wirkte die Behandlung auf fundamentale Konzepte der Lebensführung. Es lässt sich also sagen, dass die Therapie über das spezifische Krankheitsbild hinauszielt, weiter noch, in das gesamte Lebensspektrum eingreift. Dies deckt sich mit dem Foucaultschen Ansatz der disziplinären Macht, eine der Medizin inhärenten Machtform. Nach Lupton (1997: 99) stellt sie Richtlinien zur Verfügung, wie der Patient seinen Körper verstehen, regulieren und erfahren sollte. Dabei wird der Betroffene davon überzeugt, dass eine bestimmte Art und Weisen zu Denken oder sich zu verhalten für ihn angebracht sind.

Meine Gesprächspartner entwickelten zunächst individuelle, biographisch geprägte Erklärungen für ihre Befindlichkeit. Die gezogenen Querverbindungen vermittelten ihnen ein Gefühl der Kontrolle, in einer Situation, die an sich durch Kontrollverlust geprägt war. Dem gegenüber stelle ich den Zeitpunkt, zu dem meine GesprächspartnerInnen eine psychiatrische Erkrankung in Betracht zogen: Dabei handelte es sich um den Moment, in dem bisherigen Erklärungsmuster nicht mehr auszureichen schienen. Der Diagnosemoment wird also von einer Auflösung vormalig festgemachter Problemzusammenhänge begleitet. Daraus resultiert wiederum eine Verschiebung der eigenen Biographie, was einen erneuten Kontrollverlust mit sich bringt. Die Aufnahme einer psychiatrischen Diagnose stellt somit einen besonders vulnerablen Zeitpunkt für den oder die Betroffene(n) dar.

Bei der angewandten Klassifikation des ICD 10 handelt es sich um ein auf die Pathologie und das Individuum konzentriertes System (vgl. Conrad 2007; Lock/Nguyen 2010). Subjektive Erfahrungen in Worte zu fassen und verständlich zu machen, beschrieben meine GesprächspartnerInnen als eine schwierige und oft unbefriedigende Unternehmung. Die pathologische Ausrichtung des Diagnosesystems verstärkte in diesem Zusammenhang die ohnehin schon vorhandene Angst, nicht richtig verstanden und weiters vorschnell in ein Krankheitsbild eingeordnet zu werden. Die Problematik dieser Orientierung unterstreicht auch

die diskurstheoretische Tradition. Der medizinische Diskurs schafft seine eigenen Körper. Folglich wird man auch das vorfinden, wovon man ausgeht, dass es vorhanden ist (Lupton 1997: 99).

Der Wahrnehmung der Anamnese als primär verbalen Akt mit VertreterInnen der Ärzteschaft stand ein durch die Miteinbeziehung blickdiagnostischer Verfahren, weiter gefasstes Anamneseverständnis gegenüber. Dies legt den Schluss nahe, dass nicht nur Informationen über die Behandlung an sich, sondern auch über die Bandbreite der Diagnoseerstellung selbst nicht ausreichend bekannt waren.

Hinsichtlich der geforderten Aufklärung ist hinzuzufügen, dass es den Betroffenen nicht primär um die aktive Teilnahme an Entscheidungsprozessen, im Sinne eines *shared decision makings* ging, sondern vielmehr darum, wie Hamann et al. 2003 beschrieben, überhaupt erst Informationen über die momentanen Vorgänge zu erhalten. Von Bedeutung erscheint in diesem Zusammenhang die Arbeit Scharfettters (1985:4), in der er hervorstreicht, dass Erleben und Verhalten eines Menschen, je nach der Umgebung wechseln. Als Beispiel führt er an, wie das jeweilig vorherrschende Erscheinungsbild eines/ einer PatientIn auch davon abhängt, wie Gespräche miss- oder gelingen. Hier verweise ich nochmals auf die Verbindung zwischen erfahrener Behandlung und der Diagnoseeinschätzung.

Das positive Erleben sogenannter Symptome beschreibt Felix de Mendelssohn (2011) in seinem Artikel: „Wir. Ein Fragment“. Im Hinblick auf die bestehenden Belastungen können diese in demselben Maße als Selbstheilungsversuche gedeutet werden. Im gleichen Sinne berichteten meine GesprächspartnerInnen von divergierenden Sichtweisen zwischen ihnen und den Behandelnden über die vorliegende Problematik. Als krank definierte Verhaltensweisen dienten zum Teil auch als Stütze bzw. Schutz für die Betroffenen. Was sie als gesunden Ausdruck empfanden, therapierten die Ärzte als ein zu bekämpfendes Zeichen von Krankheit. Eine vorab pathologisierende Symptomerfassung empfanden die Betroffenen als einen Entzug des Wirklichkeitsgehalts und eine Fehleinschätzung ihrer tatsächlichen Problematik. Meine InterviewpartnerInnen betonten dabei, dass sich auch hinter scheinbar diffusen Zusammenstellungen durchaus eine komplexe Logik verbirgt. Lock und Scheper-Hughes (1986), sowie Arthur und Joan Kleinmann (1991) warnen in diesem Zusammenhang vor einer rein medizinisch angeleiteten Symptomerhebung, die dem Leiden der Betroffenen Legitimation und Aussagekraft aberkennt.

Die Bedeutung des Umfelds wurde bereits dargestellt. In diesem Zusammenhang ließ sich in meiner Untersuchung ein Interesse am Krankheitsbegriff seitens der Angehörigen feststellen. Auch Estroff (1993: 276) weist auf dieses Spannungsfeld hin: Die politische und ökonomische Dimension betrachtend, handelt es sich bei den sozialen und materiellen Aufwendungen, um auf Menschen mit mentalen Beschwerden einzugehen, sie zu unterstützen oder sie einzuschließen, um große Belastungen für das Umfeld. Daraus resultiere der Druck, die betreffende Person stetig als krank zu definieren und einzuschätzen, um so die Verantwortlichkeit für die Betreuung festzumachen. Hier zeigt sich auch der Einfluss moralischer lokaler Welten (Yang et al. 2007), welche determinieren, was für die involvierten Personen gerade auf dem Spiel steht.

Je nach Existenz und Bedeutsamkeit anderer Lebensbereiche änderten sich das Diagnoseverständnis und ihr Stellenwert. Parallel dazu aber, wurde die Lebensgestaltung auch den vorhandenen Defiziten bzw. Schwierigkeiten angepasst. Phänomene wurden erst dann als krankheitswertig empfunden, wenn sie den Alltag zu bedrohen bzw. stören begannen. Als Ziele galten dabei, den Alltag und die Alltagsfähigkeit wiederherzustellen. Die Krankheit wurde jedoch auch als Bestandteil des Alltags an sich geschildert. Diese Ambivalenz führte zu einem Paradox in der Behandlung. Denn der Apell zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise kam einer Veränderung der Lebensgestaltung und somit einem Entzug des Alltags gleich.

Weiters führte die Aufnahme eines medizinischen Erklärungsmodells, sei es teilweise oder gänzlich, zu Veränderungen des eigenen Weltbildes. Dies wirkte nicht nur auf Krankheits – relevante Zusammenhänge, sondern auf das gesamte Lebensspektrum. Bedenkt man, dass das jeweilige Weltbild die Wahrnehmung und Interpretation von Erlebnissen bestimmt, ergab sich in diesem Fall ein Kreis, in dem die Sicht auf die Welt, die Sicht auf Krankheit bestimmte. Die Krankheit wiederum veränderte die Sichtweise auf die Welt und das Leben und somit auch den Umgang mit dem Weltgeschehen.

Abschließend lässt sich sagen, dass nicht nur das Kranksein ein subjektives ist, sondern dass die medizinische Diagnose aus der Sicht der Betroffenen gleichermaßen individuell angeeignet wird. Der bezeichnende Terminus allein ist nicht aussagekräftig. Rund um den Begriff besteht ein Krankheitsmodell, das teilweise schon existent ist und teilweise erst erarbeitet wird. Die Modellbildung selbst basiert dabei auf der jeweiligen Funktionsweise der Diagnose, aktueller oder drohender Stigmatisierung, der erlebten Behandlungspraxis, dem

eigenen Problemverständnis, dem sozialen Umfeld sowie dem bestehenden Alltagsleben der betroffenen Person. Lediglich im Zusammenspiel mit diesem Modell entfaltet die Diagnose ihre Bedeutung und ihre Wirkkraft. Schließen möchte ich meine Arbeit mit folgendem Zitat, welches diesen Entwicklungsprozess beschreibt:

„Ok, super jetzt ist das so. Aha, so, geht es mir so? Ich mein, das sagt jetzt, der sagt jetzt grün und; Aha, grün, das ist grün. Geht es mir jetzt grün? Und das ist einfach so ein abstrakter Begriff. Ich habe dann aber auch Bücher gelesen über Grün und es ist drinnen gestanden es gibt dunkelgrün und hellgrün und so [...] Das ist halt so eine grobe Einteilung. [...] Es ist dann letztlich so eine gesellschaftliche Klassifizierung. So eine rein pragmatisches System inhärente Sache. Nur eben auch ein Schritt, glaube ich, der einmal eine bittere Pille ist, die man schlucken muss.“ (Interview GP am 05.07.2011, Wien).

8 Anhang

8.1 Datenverzeichnis

8.1.1 Interviews

Interviewpartner	Datum/ Ort	Dokumentation
Daniel	17.05.2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript
Daniel	31.05.2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript
Mikus, Monika	18.06.2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript
Mikus, Monika	03.08.2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript
GP	29.06.2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript
GP	05.07.2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript
GW ¹⁴	17.08. 2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript
GW	31.08.2011, Wien.	Mitschrift/ Protokoll
Dr ⁱⁿ Gollner, Christine Klinische Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, OWS, Wien.	24.05.2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript
OÄ Dr ⁱⁿ Huber, Claudia-Montserrat Psychiaterin, OWS, Wien.	17.07.2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript
Dr. Scholz, Peter und Dr. Hannes Gregoritsch Anwälte, SVA, Wien	17.06.2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript
Wodicka, Peter Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, OWS, Wien	29.06.2011, Wien.	Audiomitschnitt/ Protokoll/ Transkript

¹⁴ Dieses Interview wurde von Stephan Höller geführt.

8.1.2 Vorträge

Müller, Antje: Das Ende ein Verlust? - der Wandel aus Sicht Psychoseerfahrener. XII. Tagung „Die subjektive Seite der Schizophrenie“ „Schizophrenie in Bewegung“ 24.-26.02.2010 in Wien. Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie in Wien in Kooperation mit den Universitätskliniken für Psychiatrie in Hamburg und Greifswald. Audiomitschnitt Online im WWW unter URL:
http://www.mikus.at/own_domains/www.stimmenhoeren.info/antje.mp3 [Stand: 10.09.2011].

Prim. Dr. Langer, Peter: Stationsgespräche. 07.12.2010 in Wien. Anamnesegruppen Wien. eigene Mitschrift.

Prim. Drⁱⁿ Miller-Reiter, Eleonore: Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft aus Sicht der Sozialpsychiatrie. 16.06.2011 in Wien. HPE. eigene Mitschrift.

8.1.3 Berichte

Unterguggenberger Maria (2009) Bericht: Praktikum Akutpsychiatrie OWS Wien. 09 - 10.2009. erstellt am 12.11.2009.

Unterguggenberger Maria (2010) Bericht: Praktikum Autistenhilfe Wien. 05.2009 - 02.2010. erstellt am 5.02.2010.

8.1.3 Internetforum

Diskussion über Erfahrungen mit psychologischen / psychiatrischen Diagnosen. 10.02.2011 - 11.07.2011. Seite 1 – 9. In: Das Forum rund um die Psychologie. Online im WWW unter URL: <http://www.psychologieforum.de/diskussion-ueber-erfahrungen-mit-psychologischen-psychiatrischen-diagnosen-8981>. [Stand: 17.07.2011].

8.2 Literaturverzeichnis

Adorno, Theodor Wiesengrund/Dahrendorf, Rolf/Pilot, Harald/Albert, Hans/Habermas, Jürgen/Popper, Karl Raimund (1969) *Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie*. Darmstadt: Luchterhand.

Atkinson, Paul Anthony (1995) *Medical talk and medical work*. London: Sage.

Berg, Charles & Milmeister, Marianne (2008). Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden. Über die Kodiervverfahren der Grounded-Theory-Methodologie [47 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*: 9:2:13. Online im WWW unter URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0802138>. [Stand: 14.03.2011].

Bowker, Geoffrey C./Star, Susan Leigh (1999) *Sorting things out: classification and its consequences*. Massachusetts: MIT Press.

Böhm, Andreas (2000) Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. 475-484. In: Flick, U./Kardorff, E. v./Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Sozialforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Brakel Van, Wim H. (2006) Measuring health-related stigma- a literature review. In: *Psychology, Health & Medicine* 11:3:307-334.

Canguilhem, George (1943) *Das Normale und das Pathologische (Essai sur quelques problèmes concernant le normale et le pathologique)*. Clermont-Ferrand: Imprimerie la Montagne. Aus dem Französischen von Monika Noll und Rolf Schubert. München 1974: Hanser.

Carpenter-Song, Elizabeth A. (2008) Caught in the psychiatric net: meaning and experiences of ADHD. Pediatric bipolar disorder and mental health treatment among a diverse group of families in the United States. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 33:61-85.

Conrad, Peter (1992) Medicalization and social control. In: *Annual Review of Sociology* 18: 209-232.

Conrad, Peter (2007) *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Maryland: The John Hopkins University Press.

Conrad, Peter/Schneider, Conrad (1980/1992^{3. Auflage}) *Deviance and medicalization: from badness to sickness: with a new afterword by the authors*. Philadelphia: Temple University Press.

Crawford, Robert (1985) A cultural account of health: self control, release, and the social body. 204-234. In: McKinlay, J.B. (Hrsg.) *Issues in the political economy of health care*. London: Tavistock.

Csordas, Thomas J. (1988) Embodiment as a paradigm for anthropology. In *Ethos* 18:5-47.

Das, Veena (2011) Stigma, contagion, defect: Issues in the anthropology of public health. Präsentiert auf der Konferenz: Stigma and global health: Developing a research agenda. Bethesda, MD, September 5-7. Online im WWW unter URL: www.stigmaconference.nih.gov/FinalDasPaper.htm. [Stand: 09.09.2012].

Disselkamp-Niewiarra, Solveigh (2000) Rekonstruktion subjektiver Gewalttheorien von Jugendlichen. 495-513. In: Kraimer, Klaus (Hrsg.) *Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Eisenberg, Leon (1977) Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 9-23.

Estroff, Sue E./Lachicotte, William S./Illingworth, Linda C./Johnston, Anna (1991) Everybody's got a little mental illness: accounts of illness and self among people with severe, persistent mental illnesses. In: *Medical Anthropology Quarterly*: 5:4: 331-369.

Estroff, Sue. E. (1993) Identity, disability, and Schizophrenia. The problem of chronicity. 247-286. In: Lindenbaum, Shirley/ Lock, Margaret (Hrsg.) (1993) *Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley/Los Angeles/ California: University of California Press.

Fabrega, Horacio Jr. (1993) Biomedical psychiatry as an object for a critical medical anthropology. 166-188. In: Lindenbaum, Shirley/ Lock, Margaret (Hrsg.) (1993) *Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley/Los Angeles/ California: University of California Press.

Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst /Steinke, Ines (Hrsg.) (2000): Qualitative Forschung- Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Foucault, Michel (1976) Mikrophysik der Macht. Michel Foucault. Über Straffjustiz, Psychiatrie und Medizin. Berlin: Merve Verlag.

Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (2003) Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV-UTB Verlag.

Glaser, Barney (1978) Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. Mill Valley, California: Sociology Press.

Glaser, Barney/Strauss, Anselm (1967/1998) Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung, Bern: Huber.

Glaser, Barney with the assistance of Judith Holton (2004). Remodeling Grounded Theory [80 paragraphs]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research: 5:2:4. Online im WWW unter URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs040245>. [Stand: 14.03.2011].

Goffman, Erving (1963) Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Harmondsworth/Ringwood: Penguin.

Good, Byron J. (1977) The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran. In: Culture, Medicine and Psychiatry 1: 25-58.

Hahn, Robert A. (1984) Rethinking „illness“ and „disease“. In: Contributions to Asian Studies 18: 1-23.

Hamann Johannes/Leucht Stefan/Kissling Werner (2003) Shared decision making in psychiatry. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 107: 403–409.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.) (2011) Psychische Erkrankungen: Hohe Wachstumsdynamik in Österreich. In: Sozialversicherung aktuell: 22. Online im WWW unter URL:

http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=648931&action=2&p_menuid=73011&p_tabid=2. [Stand: 17.06.2011].

Jenkins, Janis H./Carpenter-Song, Elizabeth A. (2008) Stigma despite recovery. Strategies for living in the aftermath of psychosis. In: *Medical Anthropology Quarterly* 22:4: 381-409.

Joralemon, Donald (1999) *Exploring medical anthropology*. Boston, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: Allyn and Bacon.

Jutel, Annemarie (2009) Sociology of diagnosis: a preliminary review. In: *Sociology of Health & Illness* 31:2:278-299.

Kaplan, Robert David (1996) *The ends of the earth: a journey at the dawn of the 21st century*. New York: Random House.

Kleinman, Arthur (1980) *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkely: The Regents of the University of California Press.

Kleinman, Arthur (1988) *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.

Kleinman, Arthur (1995) *Writing at the margins: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: The Regents of the University of California Press.

Kleinman, Arthur (1997) Everything that really matters: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. In: *The Harvard Theological Review* 90:3: 315-335.

Kleinman, Arthur/Kleinman, Joan (1991): Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 15:3: 275-301.

Kleinman, Arthur/Kleinman, Joan (1997) The appeal of experience; the dismay of images: cultural appropriations of suffering in our times. 1-21. In: Kleinman, Arthur/Das, Veena/Lock, Margaret (Hrsg.) (1997) *Social suffering*. Berkely/Los Angeles/London: The Regents of the University of California Press.

Kutalek, Ruth (2009) Teaching medical anthropology to medical students – a challenge. 17-29. In: Kutalek, Ruth/ Prinz, Armin (Hrsg.) (2009) *Essays in medical anthropology*. The

Austrian Ethnomedical Society after thirty years. Wiener Ethnomedizinische Reihe: 6. Wien/Muenster: LIT Verlag.

Kutalek, Ruth (2011) Medizinanthropologie am Schnittpunkt: Interdisziplinarität zwischen Anthropologie und Medizin. Univeristät Wien Habilitationsschrift.

Lamnek, Siegfried (1995^{3. korrigierte Auflage}) Qualitative Sozialforschung Band 1. Methodologie. Psychologie Verlags Union Weinheim: Beltz Verlag.

Legewie, Heiner/Schervier-Legewie, Barbara (2004) "Research is hard work, it's always a bit suffering. Therefore on the other side it should be fun." Anselm Strauss in conversation with Heiner Legewie and Barbara Schervier-Legewie. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research: 5:3:22. Online im WWW unter URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0403222> [Stand: 04.03.2011].

Littlewood, Roland (1990) From categories to contexts: a decade of the ‚new cross-cultural psychiatry’. In: The British Journal of Psychiatry 156:308-327.

Littlewood, Roland (1991) Against pathology. The new psychiatry and its critics. In: The British Journal of Psychiatry 159:696-702.

Lock, Margaret (1988) New japanese mythologies: faltering discipline and the ailing housewife. In: American Ethnologist 15:1:43-61.

Lock, Margaret/Kaufert, Patricia (Hrsg.) (1988) Pragmatic women and body politics. Cambridge/Melbourne: Cambridge University Press.

Lock, Margaret/Scheper-Hughes, Nancy (1986) Speaking truth to illness: metaphors, reification, and a pedagogy for patients. In: Medical Anthropology Quarterly 17:5:137-140.

Lock, Margaret/Nguyen, Vinh-Kim (2010) An anthropology of biomedicine. Malden, Oxford/West Sussex: Wiley-Blackwell.

Lupton, Deborah (1997) Foucault and the medicalisation critique. 95-110. In: Peterson, Alan/Bunton, Robin (Hrsg.) (1997) Foucault, health and medicine. London: Routledge.

Lux, Thomas (2003) Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. 10-31. In: Lux, Thomas (Hrsg.) (2003) Kulturelle Dimensionen der Medizin. Berlin: Reimer Verlag.

- Mayring, Phillipp (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim/ Basel: Beltz Verlag.
- Mendelssohn, de Felix (2011) Wir. Ein Fragment. In: Die Presse 26:11: 1-6.
- Nichter, Mark (1981) Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. In: Culture, Medicine and Psychiatry 5:4:379-408.
- Nichter, Mark (1988) The mission within the madness: self-initiated medicalization as expression of agency. 327-353. In: Lock, Margaret/Kaufert, Patricia (Hrsg.) (1988) Pragmatic Women and body politics. Cambridge/Melbourne: Cambridge University Press.
- Nichter, Mark (2010) Idioms of distress revisited. In: Culture, Medicine and Psychiatry 34:2:401–416.
- Parsons, Talcott (1951) The social system. New York: Free Press.
- Paulitsch, Klaus (2009) Grundlagen der ICD-10-Diagnostik. Wien: Facultas.
- Rechlin, Thomas (1998) Ursachen und Wirkungen der zeitgenössischen Antipsychiatrie. 83-103. In: Baer, Rolf (Hrsg.) (1998) Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Scharfetter, Christian (1985^{2. Auflage}) Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Scheper-Hughes, Nancy/Lock, Margaret (1987) The mindful body: a prolegomenon to future research in medical anthropology. In: Medical Anthropology Quarterly 1:1:6-41.
- Shorter, Edward (2003) Geschichte der Psychiatrie. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Sontag, Susan (1978) Illness as Metaphor. New York. Farrar Straus & Giroux
- Strauss, Anselm (1987) Qualitative analysis for social scientists. New York: Cambridge University Press.
- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet (1998^{2nd edition}) Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. California: SAGE Publications.
- Szasz, Thomas S. (1969) The myth of mental illness. In: American Psychologist 15:113-118.

Taussig, Michael T. (1980) Reification and the consciousness of the patient. In: Social Science and Medicine 14B:3-13.

Truschkat, Inga/Kaiser, Manuela/ Reinartz, Vera (2005) Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten [48 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research: 2:22. Online im WWW unter URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502221>. [Stand: 10.02.2011].

Whiteford, Linda M./Bennett, Linda A. (2005) Applied anthropology and health and medicine. 119-147. In Kedia, Satish/van Willigen, John (Hrsg.) (2005) Applied anthropology: domains of application. Westport, Connecticut, London: Praeger Publishers.

Yang, Lawrence Hsin/Kleinman, Arthur/Link, Bruce G./Phelan, Jo C./Lee, Sing/Good, Byron (2007) Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. In: Social Science & Medicine 64:1524-1535.

Young, Allan (1982) The anthropologies of illness and sickness. In: Annual Review of Anthropology 11: 257-285.

Zola, Irving K. (1972) Medicine as an institution of social control. In: Sociological Review 20:487-504.

8.3 Abstract

Aufgrund psychischer Beschwerden nahmen 2009 rund zehn Prozent der österreichischen Bevölkerung Leistungen der Krankenkasse in Anspruch. Für den Bezug eines Großteils dieser Leistungen ist eine entsprechende medizinische Indikation, in Form einer Diagnose, erforderlich. Doch wie stehen die betroffenen Menschen zu der medizinisch und psychiatrisch gefassten Konzeptualisierung ihrer Beschwerden? Welche Bedeutung geben betroffene Personen einer medizinisch definierten, psychiatrischen Diagnose und wie wird diese Bedeutung in den Alltag aufgenommen?

Mit der medizinischen Erfassung von Krankheit setzte ich mich hier in Form des Konzepts der Medikalisierung auseinander. Dem stellte ich entsprechende medizinanthropologische Modelle bezüglich Krankheit und Gesundheit gegenüber. Vor allem im psychiatrischen Bereich ist es unabdingbar, auch Formen von Stigmatisierung mit einzubeziehen. Dabei ergänzte ich den Fokus klassischer Stigmatheorien, welche sich primär auf das Individuum beziehen, mit Ausführungen zur moralischen Dimensioniertheit von Stigma.

Methodisch habe ich mich auf eine explorative, qualitative Ausrichtung gestützt. Als Methode kam die Grounded Theory nach Strauss und Corbin zum Einsatz, wobei ich jedoch auch Aspekte aus der Tradition Glasers' miteinbezog.

Im empirischen Teil meiner Arbeit identifizierte ich wiederkehrende Schlüsselfelder in den Bereichen der Bedeutungsgabe und deren Integration in den Alltag. Dabei ergab sich, dass die medizinisch definierte, psychiatrische Diagnose keinem statischen Konstrukt entspricht, sondern subjektiv angeeignet wird. Dies geschah in Form einer individuellen Modellbildung, in der Daten selektiv aufgenommen und verworfen werden. Die Entwicklung des Modells war beeinflusst von der jeweiligen Funktionsweise der Diagnose, aktueller oder drohender Stigmatisierung, der erlebten Behandlungspraxis, dem eigenen Problemverständnis, dem sozialen Umfeld sowie dem bestehenden Alltagsleben der betroffenen Person. Die jeweilige Bedeutung der Diagnose orientierte sich hierbei an bestehenden Bedürfnissen und ist, wie auch deren Integration, als variabel zu betrachten. Die medizinische Konzeptualisiertheit an sich ergab sich als hintergründig. Die dominante Stellung des Medizinsystems empfanden die Betroffenen dabei als beeinflussender als deren spezifischen Inhalte.

8.4 Lebenslauf

Ausbildungs- und Berufsweg

- 1994 – 1998 Hauptschule mit Schwerpunkt Musik, Nußdorf - Debant.
- 1998 - 2003 Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe mit Matura; Schwerpunkt Sprachen: Französisch und Italienisch, Lienz.
- 2003 - 2004 Hotel du Vin****, Winchester. Großbritannien.
- 2004 – 2005 Europäischer Freiwilligendienst im sozialpädagogischen Bereich, Santiago de Compostela. Spanien.
- 2005 - 2012 Studium der Kultur- und Sozialanthropologie
Schwerpunkt Medizinanthropologie, Universität Wien.
- 2005 – 2009 Reisebegleitung bei europäischen Kultur- und Bildungsreisen für People to People.
- 2006 – 2009 Ausbildung zur Rettungssanitäterin mit folgendem zweijährigen Voluntariat, Rotes Kreuz, Wolkersdorf.
- 2009 - 2011 Psychotherapeutisches Propädeutikum, Promente Wien.
- 09 – 10.2009 Vollzeit-Praktikum auf einer psychiatrischen Akutstation, Otto Wagner Spital, Wien.
- 2009 - 2010 Mitarbeit am Forschungsprojekt: Generationswechsel in kleinen Familienbetrieben. Feldforschung, Auswertung und Publikation.
- 2009 - 2012 Tutorin für patientInnenorientierte Medizin und Gesprächsführung, Medizinische Universität Wien.
- 2010 – 2011 Schulassistentin durch die Autistenhilfe, Wien.
- 2010 – 2011 Gestalttherapeutische Einzelselbsterfahrung bei Dr. Rudolf Riedinger.
- 02 – 11.2010 Balintgruppe bei Dr. Alfred Lindmaier.
- 03 – 06.2012 externe Supervision angelehnt an Balintgruppenarbeit bei Dr. Wolfgang Lalouschek.
- 2010 – 2011 Schritteser Speckbar, Wien.
- 2010 – 2012 Fortbildungen an der Medizinischen Universität Wien.
- seit 07.2012 Spacelab, ein arbeitsmarktpolitisches Jugendprogramm, Wien.